

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
Instituto René Rachou
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

**O DILEMA INTERVENCIONISTA: ANÁLISE DAS NARRATIVAS JURÍDICAS NAS
AÇÕES DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA PARA USUÁRIOS DE DROGAS EM
BELO HORIZONTE**

por
Nathália Lopes Gomes Pinto Ferreira

Belo Horizonte
2021

DISSERTAÇÃO

DSC – IRR

N. L. G. P. FERREIRA

2021

NATHÁLIA LOPES GOMES PINTO FERREIRA

**O DILEMA INTERVENCIONISTA: ANÁLISE DAS NARRATIVAS JURÍDICAS NAS
AÇÕES DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA PARA USUÁRIOS DE DROGAS EM
BELO HORIZONTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou como requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Políticas, Programas e Serviços de Saúde

Orientação: Prof. Dr. Rômulo Paes de Sousa
Coorientação: Prof. Dr. José Luiz de Amorim
Ratton Junior

Belo Horizonte
2021

Catálogo-na-fonte
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ
Biblioteca do IRR
CRB/6 1975

F413d
2021

Ferreira, Nathália Lopes Gomes Pinto.

O dilema intervencionista: análise das narrativas jurídicas nas ações de internação compulsória para usuários de drogas em Belo Horizonte/ Nathália Lopes Gomes Pinto Ferreira – Belo Horizonte, 2021.

XII, 138 f.: il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f. 114 – 136

Dissertação (Mestrado) - Dissertação para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou. Área de Concentração Saúde Coletiva.

1. Tratamento Compulsório Ambulatorial 2. Usuários de Drogas 3. Serviços de Saúde Mental 4. Política de Saúde I. Título. II. Souza, Rômulo Paes de (Orientação). III. Rattón Junior, José Luiz de Amorim (Coorientação).

CDD – 22. ed. – 362.29

Nathália Lopes Gomes Pinto Ferreira

**O DILEMA INTERVENCIONISTA: ANÁLISE DAS NARRATIVAS JURÍDICAS NAS
AÇÕES DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA PARA USUÁRIOS DE DROGAS EM
BELO HORIZONTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou como requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Rômulo Paes de Sousa (IRR/FIOCRUZ MINAS) Presidente

Profª Dra. Celina Maria Modena (IRR/FIOCRUZ MINAS) Titular

Profª Dra. Roberta Salazar Uchôa (UFPE) Titular

Dissertação defendida e aprovada em Belo Horizonte, 31/08/2021

Dedico esta dissertação a todas e todos os trabalhadores e gestores do SUS comprometidos com a efetivação de direitos da população brasileira.

AGRADECIMENTOS

*“Muitas vozes falam em mim.
Uma delas escreve.”
(Viviane Mosé, 2007)*

Ao meu orientador, Prof. Rômulo, minha profunda gratidão, pelo incentivo precioso durante este percurso, e por conciliar, de modo diligente, sua generosidade ao rigor acadêmico. Agradeço também pelo modo elegante com que me ensinou a equilibrar os excessos e as faltas, apoiando minhas escolhas e me inspirando a seguir adiante.

Ao meu coorientador, Prof. José Luiz, que desde a qualificação trouxe contribuições inestimáveis a este trabalho, ao apresentar perspectivas que possibilitaram a ampliação de meus horizontes.

Aos professores Fausto e Celina, pelo modo afetuoso e preciso com que teceram considerações sobre os desafios e potencialidades desta pesquisa. Às professoras Roberta e Ana Regina, pelas valiosas contribuições à versão final deste trabalho.

Aos professores da Pós-Graduação em Saúde Coletiva, por fomentarem o pensamento crítico, articulando o método científico ao compromisso social.

À Patrícia, Andrea, Núzia e Bernadete, que sempre me auxiliaram prontamente nas mais diversas demandas.

À turma com quem tive o prazer de compartilhar aprendizados e afetos: Maíra, Tereza, Cibele, Mariana, Iara, Laís, Natalias, Marcelas, Cássia, Ana Cristina, André, Michelle e Gislaine. Vocês trouxeram mais leveza e poesia a essa caminhada.

À SMSA, por me conceder licença parcial para aperfeiçoamento profissional, para que eu pudesse me dedicar a esta pesquisa.

À GRSAM, ao gerente Fernando Siqueira e equipe: Vânia, Valdirene, Marina e Hebert (que acompanhava as demandas da judicialização no campo da saúde mental), pelo apoio a esta pesquisa, desembaraçando os caminhos para sua realização.

Às referências técnicas de saúde mental de BH, por seu papel fundamental na sustentação do cuidado em liberdade, na rede de atenção psicossocial do município.

À equipe da Regional Barreiro, pela calorosa acolhida. À Maiari, por me receber com entusiasmo; seu auxílio e organização primorosos facilitaram muito o acesso aos processos judiciais.

Aos gestores e equipe da DRES e GAERE CS, pela parceria. À Cristina, por me representar com vivacidade durante os períodos em que precisei me afastar do trabalho. À Silvia, pelas afetuosas conversas sobre o mestrado e sobre a vida. À Lígia e à Raquel, por ouvirem meus desabaços, com muita empatia, e me ajudarem a elaborar saídas.

Aos colegas do SUS BH, com quem aprendo todos os dias. Às equipes de saúde mental, que cuidam com afeto, fazem resistência e ampliam as possibilidades de vida dos usuários.

Ao professor Cornelis, que, ainda na graduação, possibilitou que eu me aproximasse da pesquisa em saúde coletiva, a partir dos projetos de extensão e iniciação científica no campo da gestão participativa de políticas públicas.

À Isabella, amiga cuja presença foi fundamental em diferentes etapas deste trabalho: ao me incentivar a participar do processo seletivo para o mestrado, em sua leitura atenta do projeto de pesquisa e da dissertação, no compartilhamento e na indicação de bibliografias, e no acolhimento nos momentos de angústia.

À Natália Tavares e à Gabriela, amigas que me apoiam incondicionalmente.

À Edna e à Claudia, que, em diferentes momentos, possibilitaram que eu sustentasse meu desejo, apesar das intempéries.

Ao primo Paulo e ao amigo Juliano, pelas profícuas interlocuções com o campo do Direito. Às tias Célia e Regina, que sempre foram participantes entusiastas de minhas conquistas, e incentivaram o gosto pela leitura desde a infância. Ao irmão Thales, pela torcida.

Aos meus pais Ajax (*in memoriam*) e Graça, pelo amor irrestrito, que possibilitou que eu chegasse até aqui.

RESUMO

A internação psiquiátrica compulsória de usuários de álcool e outras drogas, ocorre por meio de determinação judicial, geralmente, a pedido da família e embasada por relatório dos profissionais de saúde. Apesar desse tipo de medida buscar suporte em legislação alinhada aos direitos humanos, faltam evidências que justifiquem as vantagens das práticas compulsórias no tratamento de dependência das drogas. Esta pesquisa, de caráter qualitativo, exploratório e documental, buscou compreender as narrativas jurídicas relativas às 14 ações de internação compulsória de adultos usuários de álcool e outras drogas, em uma Regional de Saúde de Belo Horizonte, no período de dois anos (2016-2018). Para tal, foi empregada a Análise de Conteúdo de Bardin, por meio da qual foi criada uma tipologia que congregou os dados em torno de duas categorias: estigmatização do usuário e concepções acerca da medida de tratamento obrigatório determinada judicialmente. Observou-se o predomínio de critérios não-técnicos na fundamentação das judicializações e que o conceito de periculosidade, entendido como risco a terceiros, mais do que o risco à saúde do usuário de álcool e outras drogas, avalizou a demanda pela internação compulsória. Também nesse sentido, observou-se que a atuação fragmentada das políticas públicas de saúde e assistência social favoreceu a judicialização de conflitos sociais, e que não haviam sido esgotadas as possibilidades de intervenção intra e intersetorialmente. Assim, percebeu-se a necessidade de aprimoramento do diálogo entre Poder Executivo, sociedade civil e órgãos do sistema de justiça, e a importância do estabelecimento de critérios que reduzam vieses subjetivos na aplicação da internação compulsória.

Palavras- Chave: Internação Compulsória. Usuários de Drogas. Serviços de Saúde Mental. Política de Saúde.

ABSTRACT

Involuntary commitment of drug users occurs through a judicial determination, usually at the request of the family and based on a report from health professionals. Although this type of measure seeks support in legislation aligned with human rights, there is a lack of evidence to justify the advantages of compulsory practices in the treatment of drug addiction. This qualitative, exploratory, and documentary research sought to understand the legal narratives related to 14 involuntary commitment actions of adult users of alcohol and other drugs in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil, in the period of two years (2016-2018). To this end, Bardin's Content Analysis was used, through which a typology was created that gathered the data around two categories: stigmatization of drug users and conceptions about the compulsory treatment measure determined by law. It was observed the predominance of non-technical criteria in the judicializations and that the concept of dangerousness, understood as a risk to others, rather than the risk to the health of the drug user, supported the demand for involuntary commitment. It was also observed that that the fragmented action of public health and social assistance policies favored the judicialization of social conflicts, and that the possibilities for intra- and inter-sectorial intervention had not been exhausted. Thus, it was noticed the need to improve the dialogue between the Executive Branch, civil society and organs of the justice system, and the importance of establishing criteria that reduce subjective biases in the application of involuntary commitment.

Keywords: Involuntary Commitment. Drug Users. Mental Health Services. Health Policy.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Parâmetros comparativos entre o modelo psicossocial e o modelo asilar, segundo Costa-Rosa.....	30
Quadro 2: Síntese dos referenciais teóricos utilizados para a análise.....	36
Quadro 3: Codificação e categorização dos dados da pesquisa.....	46
Quadro 4: Perfil dos casos analisados	49
Quadro 5: Princípios do tratamento efetivo para usuários de drogas, de acordo com o NIDA.....	70
Quadro 6: Síntese sobre desinstitucionalização e institucionalização.....	72
Quadro 7: Critérios utilizados pela Defensoria Pública para embasar a internação compulsória.....	75
Quadro 8: Quadros de agitação/alteração aguda do comportamento/confusão mental que justificam o atendimento prioritário, segundo o Protocolo de Manchester.....	76
Quadro 9: Parâmetros para cálculo do índice de autonomia.....	78
Quadro 10: Encaminhamento de ações conforme cálculo do índice de autonomia.....	78

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Apêndice A: Classificação das doenças dos usuários para os quais foi solicitada internação compulsória.....	131
Tabela 2 – Apêndice B :Substâncias psicoativas citadas nos processos.....	132

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CERSAM AD	Centro de Referência em Saúde Mental Álcool e Drogas
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CID	Classificação Internacional de Doenças
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
ESF	Equipe de Saúde da Família
FEBRACT	Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MP	Ministério Público
NIDA	<i>National Institute on Drug Abuse</i>
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
PROAD	Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SES-MG	Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TJMG	Tribunal de Justiça de Minas Gerais
TJRS	Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul
TJSP	Tribunal de Justiça de São Paulo
UAA	Unidade de Acolhimento Adulto
UAi	Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
O entrelaçamento da subjetividade com o objeto de pesquisa	16
2 OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo geral.....	19
2.2 Objetivos específicos.....	19
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	20
3.1 Proibicionismo, patologização e criminalização das pessoas que usam drogas .	20
3.2 Breve histórico da política sobre drogas no Brasil: aspectos históricos, jurídicos e legais	22
3.3 Interloquções entre a redução de danos e a atenção psicossocial na produção do cuidado em liberdade.....	27
3.4 O paradigma do recovery: possibilidades de superação das adversidades	
3.5 Síntese	36
4 PERCURSO METODOLÓGICO	38
4.1 Contexto.....	38
4.2 Abordagem metodológica.....	40
4.3 Coleta de dados	41
4.4 Caminho da pesquisa e tratamento de dados	43
4.4.1 O início da pesquisa	43
4.4.2 Descortinando os documentos	44
4.4.3 Codificação e categorização dos dados: a montagem do quebra-cabeça	47
5 RESULTADOS.....	49
5.1 O retrato dos casos analisados.....	
5.2 A quem serve a internação compulsória?.....	61
5.2.1 O conflito familiar transformado em apelo à saúde	63

5.2.2 A desarticulação intrasetorial como combustível para a judicialização.....	65
5.2.3 Alguns indicativos de freios e contrapesos à judicialização.....	66
5.3 A desarticulação entre as políticas públicas como mola propulsora do “risco” .	69
5.3.1 O conceito de risco nos processos de internação compulsória.....	78
5.3.2 Risco para terceiros e sua relação com o proibicionismo.....	87
5.4 Argumentos favoráveis à internação compulsória: a tábua de salvação	93
5.5 A penalização do usuário na linha de montagem do sistema de justiça.....	98
5.6 Resultados promissores nos serviços substitutivos ao manicômio	102
6 DISCUSSÃO.....	105
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	111
REFERÊNCIAS	114
APÊNDICE A	137
APÊNDICE B	138

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem por objetivo analisar as ações judiciais de internação compulsória para usuários de álcool e outras drogas em uma Regional de Saúde de Belo Horizonte. Trata-se de pesquisa exploratória, utilizando abordagem qualitativa, em que por meio da análise documental, busca-se compreender e analisar as ações de internação compulsória, a partir da investigação de seus fundamentos. Para tal, será realizada análise de conteúdo dos processos judiciais que ensejaram a adoção dessa modalidade de internação.

A judicialização da saúde pode ser entendida como um recurso utilizado para facilitar o acesso a uma medicação ou a um tratamento que, de outra forma seria mais difícil alcançar.

Uma pesquisa recente sobre a percepção e o comportamento dos brasileiros em relação ao acesso ao Judiciário apontou que apesar de ser avaliado como “lento, caro, difícil para utilizar, pouco honesto, pouco confiável e pouco independente” (CUNHA; OLIVEIRA, 2019, p.157), a percepção é de que seu desempenho tem sido aprimorado. Porém, o aumento expressivo dos processos de judicialização – 130% entre 2008 e 2017, de acordo com o Conselho Nacional de Justiça/INSPER (2019) –, tem preocupado gestores, devido ao impacto orçamentário e à parcialidade das decisões judiciais.

Outro aspecto relevante sobre a judicialização da saúde no Brasil foi discutido no trabalho de Vanessa Oliveira (2019), ao apontar uma tendência recente do Judiciário de priorizar demandas individuais em detrimento das coletivas, o que não promove alterações na política pública, representando ganhos apenas para alguns indivíduos.

Ademais, apesar de haver legitimidade do Judiciário para atuar na retificação de falhas na implementação da política pública, há disfuncionalidade quando sua ação é voltada para a formulação de políticas, esfera de atuação do Poder Executivo. Nesse sentido, Figueiredo et al. (2020) destacam a importância de que seja aprimorado o diálogo entre os Poderes a fim de que haja maior resolutividade das ações em saúde.

Carinci et al. (2015) informam que nos países de elevada renda em que há Estado de Bem-Estar Social, com sistemas nacionais de saúde, inexistem na Constituição o direito individual à saúde.

Flood e Gross (2014) citam mudanças que favoreceram a judicialização da saúde:

1) O fim da "Guerra Fria", que permitiu a recontextualização dos direitos humanos, reduzindo a divisão entre direitos civis, sociais, econômicos e políticos; 2) A crítica crescente sobre a visão de que assegurar condições materiais de existência, tais como moradia, alimentos e saúde é tão importante quanto o direito à liberdade de expressão e religiosa; 3) Uma política neoliberal imposta por Washington, conduzindo a restrições de políticas sociais e privatizações, prejudicando o direito à saúde; 4) Garantia do direito à propriedade intelectual de indústrias farmacêuticas, dificultando o acesso a medicamentos, como no caso da AIDS; 5) Reformas no Sistema de Saúde visando ao controle de custos, reduzindo o acesso e levando pacientes a procurarem a justiça para obter tratamento; 6) Inclusão do direito à saúde na Constituição dos países para agilizar o processo de equidade e igualdade. (p.64)

No caso da internação compulsória de usuários de álcool e outras drogas, a judicialização é atravessada por diferentes atores: os profissionais de saúde que subsidiam a decisão judicial por meio de relatórios sobre a assistência prestada, informando também sobre as necessidades terapêuticas do sujeito; os familiares que demandam a internação; e o usuário, que é objeto das ações do Estado.

O Guia Estratégico para o Cuidado de Pessoas com Necessidades Relacionadas ao Consumo de Álcool e outras Drogas: Guia AD (BRASIL, 2015) indica duas vertentes nas quais saúde mental e justiça se relacionam:

1. Práticas judiciárias de ordenamento das políticas de saúde, nas quais ocorre oposição entre justiça e saúde. Nesse contexto, Ministério Público e Defensoria Pública acionam o Judiciário a fim de superar as defasagens assistenciais e/ou propor alterações na condução das políticas de saúde;
2. Práticas judiciárias que exigem cuidados individualizados, nas quais ocorre oposição entre justiça e sujeitos envolvidos (que podem ou não consentir com a ação proposta), ou quando os profissionais da justiça endossam as demandas apresentadas pelo usuário ou seus familiares.

Azevedo (2016) assinala as contradições desse processo:

de um lado põe-se uma possibilidade que é a necessidade de preservação da vida evocada e simbolizada pela internação compulsória, mesmo sendo estratégia que não leva em consideração outras possíveis necessidades e direitos dos indivíduos, muitas vezes em situação de sofrimento mental e também de risco social, necessitando de intervenções de outras naturezas, não só calcadas no isolamento. De outro, o discurso de luta e garantia de direitos, liberdades e autonomia dos indivíduos que vivem situações de transtornos mentais graves, decorrentes do uso de drogas, uso esse que, em casos graves, evidentemente acarreta prejuízos para funções psíquicas necessárias ao desempenho desses mesmos direitos e liberdades. (p.14).

A internação compulsória está prevista na Lei Federal 10.216/2001 e, diferentemente de outras modalidades de internação psiquiátrica regulamentadas pela Portaria 2.391/2002¹, não foi objeto de regulamentação, ensejando diversas interpretações acerca de sua aplicação.

A portaria supracitada enfatiza a Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias, formada por integrantes do Ministério Público, profissionais de saúde (um deles externo ao serviço onde a internação foi realizada), sendo recomendável também a participação de associações de usuários dos serviços de saúde mental e de direitos humanos (BRASIL, 2002). Essa comissão deve ser criada pelo gestor estadual, como forma de dar transparência às ações realizadas, de modo a verificar a ocorrência da internação involuntária dentro de parâmetros éticos e técnicos.

A Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira aprovada em 2001 (depois de doze anos de tramitação no Congresso do Projeto de Lei do então Deputado Paulo Delgado) traduziu os anseios do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental que, na década de 1970, denunciou as condições degradantes às quais os pacientes eram submetidos, e redirecionou o modelo assistencial (AMARANTE, 1996; LOBOSQUE, 2020). Nesse modelo, destaca-se o cuidado em liberdade, o respeito aos direitos humanos e à autonomia dos usuários.

¹ Portaria 2391/2002: Regulamenta as internações psiquiátricas voluntárias (quando o usuário consente), involuntárias (quando o usuário não consente) e voluntárias que se tornam involuntárias (quando o usuário retira seu consentimento, após manifestar concordância prévia), visando resguardar os direitos das pessoas com sofrimento mental. Para tal, as internações involuntárias devem ser comunicadas ao Ministério Público até 72 horas após o início da internação. (BRASIL, 2002)

Apesar de estar citada em uma legislação de cunho progressista, autores críticos da internação compulsória têm destacado a ocorrência de internações arbitrárias (FORTES, 2010; SALVATORI; VENTURA, 2013; DINIZ, 2018): aquelas cujas ocorrências não são baseadas nas necessidades terapêuticas dos usuários: quando se visa desobstruir os logradouros públicos que são cenas de uso, quando se deseja afastar o usuário de seu território devido aos conflitos com familiares e com traficantes.

Faltam evidências para apoiar práticas compulsórias no tratamento de dependência das drogas, e forçar alguém a se tratar suscita implicações éticas por comprometer a liberdade dos sujeitos e o vínculo terapêutico, fundamental para o êxito do tratamento (CAPLAN, 2008; WERB et al., 2015; KISELY; CAMPBELL; O'REILLY, 2017). Contudo, a revisão de literatura internacional aponta que é comum em vários países a adoção das internações psiquiátricas compulsórias, embora não haja consenso sobre as circunstâncias em que deva ocorrer (FINSTEIN et al., 2016; JONG et al., 2016).

O entrelaçamento da subjetividade com o objeto de pesquisa

Os questionamentos que suscitaram essa pesquisa têm relação com minha trajetória acadêmica e profissional. Durante a graduação em Psicologia, ao cursar as disciplinas de Psicologia Social, Saúde Coletiva e Saúde Mental, também me aproximei de diversos movimentos sociais, dentre eles o Movimento da Luta Antimanicomial.

Nessa época, participei de projetos de iniciação científica e de extensão universitária sobre a gestão participativa das políticas públicas de saúde, e passei a acompanhar de perto as reuniões do Conselho Municipal de Saúde e as Conferências de Saúde de Belo Horizonte. Esse momento foi fundamental para que eu compreendesse o contexto da construção do Sistema Único de Saúde, o que despertou em mim o desejo de trabalhar na saúde pública.

Já formada como psicóloga, iniciei o trabalho na Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, após aprovação em concurso público da área da saúde. Desde então, atuo

como referência técnica em saúde mental, atividade que desempenho há oito anos.

Neste trabalho, uma das atividades desenvolvidas refere-se ao acompanhamento e articulação da rede de serviços de saúde nos casos para os quais é requerida ou determinada internação compulsória de usuários de álcool e outras drogas. Essa atribuição implica atuar no sentido de garantir a assistência, visando atender as necessidades de saúde do usuário, e responder as demandas judiciais dentro do prazo estipulado, uma vez que seu descumprimento acarreta pagamento de multa, dentre outras penalidades impostas ao município.

Desde o momento em que tive contato com os processos judiciais, me inquietou o modo como, a despeito da existência de uma rede de atenção psicossocial robusta no município, havia recorrência de pedidos de internação compulsória em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas.

Há casos em que os usuários já são acompanhados pela rede, há outros casos que são novos para os serviços de saúde, sendo necessário que os profissionais realizem a busca ativa e ofertem atendimento, para responder a determinação judicial.

Há casos nos quais o usuário está em abandono de tratamento, e não é possível reverter a determinação judicial, a partir de resposta fundamentada sobre a assistência prestada naquele momento, sendo necessário articular com o Serviço de Atendimento Médico de Urgência a condução do usuário até o CAPS.

Este é um momento de grande tensão, já que a imposição do tratamento mobiliza um aparato assistencial: na Secretaria Municipal de Saúde: a Gerência da Rede de Saúde Mental e a Gerência de Urgência, que desloca uma ambulância para fazer cumprir a ordem judicial; na Regional de Saúde: a referência técnica de saúde mental, que articula com os plantonistas do CAPS que vai receber o usuário sua chegada ao serviço, podendo ser necessário contactar também profissionais da UBS, devido ao seu conhecimento da realidade do território.

Tal evento pode ser traumático para o usuário, não só devido à ruptura abrupta em sua rotina, mas por seu potencial disruptivo no vínculo estabelecido com os profissionais de saúde. Estes podem discordar da medida judicial, por uma variedade de motivos: desrespeito à autoridade sanitária, com consequente redução de sua

capacidade de tomada de decisão; a intersetividade desarticulada do projeto terapêutico pode levar a iatrogenias, uma vez que pode não ser recomendada para o caso judicializado; desorganização do processo de trabalho no CAPS, que é compelido a cumprir a determinação judicial, muitas vezes num prazo exíguo.

O embaraço relativo a tais situações e a identificação de lacunas no campo do conhecimento relativo à atuação do Poder Judiciário na assistência aos usuários de álcool e outras me mobilizou no sentido de buscar apreender melhor o fenômeno, ao ingressar no mestrado em Saúde Coletiva.

Ao optar pela metodologia qualitativa de pesquisa, afastado, de antemão, qualquer possibilidade de neutralidade na condução deste estudo, por estar profundamente mobilizada pelo tema.

Assim, um dos esforços, ao pesquisar, consistiu em administrar a subjetividade, em movimentos de aproximação e distanciamento do objeto, nos quais eu me perguntava se quem estava se posicionando era a profissional de saúde militante ou a pesquisadora.

Uma última ressalva é necessária: por circunstâncias diversas, esta pesquisa não abarcou a entrevista com os profissionais envolvidos na judicialização, como previsto no projeto de pesquisa submetido à banca, no exame de qualificação. A escolha pela análise documental, nesse sentido, acatou as recomendações da banca sobre a necessidade de aprofundamento no tema, considerando o tempo e os recursos disponíveis para tornar a pesquisa exequível em uma pesquisa de mestrado.

2OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar as narrativas jurídicas nas ações de internação compulsória para adultos usuários de álcool e outras drogas em uma Regional de Saúde de Belo Horizonte, no período entre 2016 e 2018.

2.2 Objetivos específicos

- Compreender os padrões relativos às ações judiciais de internação compulsória de usuários de álcool e outras drogas;
- Analisar os fundamentos das ações judiciais de internação compulsória de usuários de álcool e outras drogas.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Proibicionismo, patologização e criminalização das pessoas que usam drogas

No final da década de 1970 e início dos anos 1980, as transformações do modelo de assistência às pessoas com sofrimento mental, protagonizadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, pautaram o cuidado em liberdade, a partir da implementação de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico/manicômio.

Nesse contexto, o modelo asilar ou manicomial, no qual as pessoas com sofrimento mental foram segregadas e tratadas de modo desumanizado, foi cunhado de Holocausto Brasileiro² (ARBEX, 2013), e objeto de crítica de vários autores (AMARANTE, 1996; LOBOSQUE, 2020; FIRMINO, 1982; COSTA-ROSA, 2000; YASUI, 2010).

No campo da assistência aos usuários de álcool e outras drogas, entretanto, houve um “atraso histórico” (BRASIL, 2003, p.6) na formulação de política pública específica³, já que o tema não foi enfrentado pelo movimento reformista, em seus primórdios. Assim, as primeiras intervenções junto a tais usuários, no início do século XX, foram realizadas prioritariamente por atores ligados à Justiça e à segurança pública (MACHADO, 2006; PETUCO, 2019).

² Holocausto Brasileiro: “Pelo menos 60 mil pessoas morreram entre os muros do Colônia [hospital da cidade de Barbacena, MG]. Tinham sido, a maioria, enfiadas nos vagões de um trem, internadas à força. Quando elas chegaram ao Colônia, suas cabeças foram raspadas, e as roupas, arrancadas. Perderam o nome (...) Cerca de 70 % não tinham diagnóstico de doença mental (...) Homens, mulheres e crianças, às vezes, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violados. (...) Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Em alguns dias, os eletrochoques eram tantos e tão fortes, que a sobrecarga derrubava a rede do município” (BRUM, 2013, pp.13-14)

³ Somente em 2003, com a publicação da *Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas*, o Ministério da Saúde adotou a redução de danos como estratégia, política e ética do cuidado: Segundo Dias (2013), a redução de danos pode ser entendida como estratégia (denominada pelo autor de dispositivo) quando fazemos referência à “prática concreta, ou seja, as organizações, associações e programas que operam efetivamente as ações de redução de danos; já a dimensão de paradigma revela os efeitos éticos e políticos dessa prática a partir de sua institucionalização enquanto política pública” (p.15)

Nesse período, as ações governamentais brasileiras estavam voltadas ao controle das drogas ilícitas, alinhando-se ao cenário internacional, por meio da adesão à Convenção de Haia, de 1911, tratado que versava sobre o controle da venda de morfina, ópio, cocaína e heroína.

À época, os Estados Unidos foram os protagonistas desse processo, devido ao puritanismo e à ciência médica, que preconizava que as substâncias deveriam ser utilizadas apenas com finalidades terapêuticas. Surgiam, então, as bases para o que viria a ser denominado de proibicionismo ou guerra às drogas (FIORE, 2012; PETUCO, 2019). Nessa perspectiva, qualquer consumo de substância psicoativa não prescrita deveria ser objeto de repressão, e seus usuários considerados doentes ou “adictos”, e criminosos (MACHADO, 2006, PETUCO, 2019), sendo-lhes destinados espaços segregadores e punitivos tais como sanatórios ou prisões.

No início do século XX, o governo brasileiro não se mostrou preocupado com os usuários alcoolistas, o que favoreceu o surgimento de entidades privadas, tais como a Liga Antialcoólica e a Liga Brasileira de Higiene Mental, pautadas em concepções moralistas e eugenistas acerca do consumo dessa substância. (MACHADO, 2006, PETUCO, 2019).

Apenas a partir da década de 1970, os usuários de álcool e outras drogas passaram a ser encaminhados aos hospitais psiquiátricos, e, posteriormente a centros especializados de tratamento. (MACHADO, 2006).

O paradigma defendido pela ONU em suas convenções nos anos de 1961, 1971 e 1988, preconizava um mundo sem drogas, demandando investimentos elevados no combate ao narcotráfico e ao uso de substâncias psicoativas consideradas ilícitas, o que não coibiu a expansão desse mercado, já que ocorreu aumento da oferta de drogas e da pureza das substâncias, assim como redução de seu preço. Assim, esse modelo não é considerado eficaz, pois está associado ao aumento da violência e da população carcerária, uma vez que a legislação relacionada ao proibicionismo pune severamente tanto usuários como traficantes (WOOD et al., 2009; MALLIORI et al., 2015).

3.2 Breve histórico da política sobre drogas no Brasil: aspectos históricos, jurídicos e legais

A literatura indica três domínios legislativos principais usados para fundamentar o tratamento de usuários de drogas: aqueles pertencentes à saúde ou aos serviços sociais (que combinados recebem o nome de leis civis) e as leis criminais. Muitos países adotam uma ou mais legislações no que diz respeito ao uso de drogas, mas nem todos possuem as três alternativas (OPSAL et al., 2013).

Em 1920, o debate no Congresso Nacional acerca do tratamento de usuários de substâncias psicoativas gerou dissenso: “o pomo da discórdia(...) girava em torno do local de reclusão mais adequado (para os deputados, seria o hospital psiquiátrico; para os senadores, o melhor seria a penitenciária).” (PETUCO, 2019, p.72)

O Decreto 2861/1914 ocasionou mudanças na legislação brasileira, visando promover seu alinhamento ao disposto na Convenção de Haia. Por meio do Decreto 4294/1924, determinou-se que a venda de ópio e cocaína seria punida com a prisão, assim como seria aplicada a internação compulsória nos casos de embriaguez que trouxesse prejuízos para o usuário e para terceiros. Já o Decreto 14.969/1921, dispôs sobre a criação de sanatórios para toxicômanos (PETUCO, 2019; MACHADO; MIRANDA, 2007)

Carvalho (2016) destaca que apesar de ser possível encontrar marcas da criminalização das drogas em todo o percurso histórico brasileiro, “somente a partir da década de 1940 é que se pode verificar o surgimento de política proibicionista sistematizada” (p.53).

Durante a Ditadura Militar (1964-1985), o Brasil tornou-se signatário das Convenções Internacionais visando combater o tráfico de drogas e foi publicado o Decreto 54.216/1964, alinhado às proposições da ONU (ALVES, 2009; CARVALHO, 2016).

Nesse período, foram reforçados os estereótipos do usuário de drogas como um sujeito doente- adotando-se o discurso psiquiátrico para legitimar o controle do uso de substâncias (MACHADO; MIRANDA, 2007) -, e do traficante, como

delincente, a partir de leis penais, que não distinguiam um do outro (CARVALHO, 2016).

A Lei 6368/1976 possibilitou que fossem criados centros de tratamento, ainda que apenas os usuários de drogas ilícitas fossem contemplados nessa proposta, ao mesmo tempo em que endureceu as medidas repressivas aos traficantes. (CARVALHO, 2016; MACHADO, MIRANDA, 2007)

Do ponto de vista assistencial, apesar de distintas legislações citarem o tratamento de dependentes de álcool e outras drogas, não houve efetivação da política pública voltada a esse público até 1990.

Segundo Alves (2009, p. 2314), “os primeiros serviços extra-hospitalares especializados na assistência aos usuários de drogas ilícitas começaram a ser criados no Brasil somente na segunda metade da década de 1980”, a partir dos movimentos das reformas sanitária e psiquiátrica. Até esse período, os usuários de drogas eram encaminhados aos hospitais psiquiátricos ou às instituições de caridade.

Nesse cenário, destacaram-se os serviços, ligados em sua maioria a universidades, criados na década de 1980: Centro Mineiro de Toxicomania (CMT), em Belo Horizonte; Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), em Salvador; Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD), em São Paulo; Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao uso de drogas (NEPAD), no Rio de Janeiro, Centro de Orientação Sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos (CORDATO), em Brasília. (PETUCO, 2019)

A Lei 11.343/2006⁴, que revogou a Lei 6368/1976, apresentou em seu texto o tratamento para o usuário de drogas (ao invés da privação de liberdade), mas aumentou o tempo de reclusão para traficantes, sem apresentar critérios claros que diferenciassem o usuário do traficante. Assim, “um considerável número de sujeitos encarcerados por tráfico pode ser usuário ou pequeno varejista, cuja atividade não está associada à violência” (GOMES-MEDEIROS et al., 2019).

⁴ A Lei 11.343/2006 “institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências” (BRASIL, 2006).

Em abril de 2019, a Lei 11.343/2006, foi alterada por meio do Decreto 9761/2019, que aprovou a nova *Política Nacional sobre Drogas* (PNAD) - Lei 13.840/2019 -, cuja responsabilidade passou a ficar a cargo dos Ministérios da Cidadania, da Saúde, da Justiça, da Segurança Pública e dos Direitos Humanos, da Família e da Mulher. É relevante destacar que nesse documento a ênfase está colocada em atividades relacionadas à repressão do tráfico e preconização da abstinência, desconsiderando os apontamentos da *Política para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), que valorizava as estratégias de redução de danos.

Conforme afirmativa do site da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT, 2019) “houve um endurecimento da política antidrogas e fortalecimento das Comunidades Terapêuticas”.

Tais equipamentos, apresentam, hoje, características distintas do que foi proposto por Maxwell Jones⁵, nos anos 1950, quando surgiram as primeiras comunidades terapêuticas na Inglaterra. No contexto brasileiro, houve uma grande expansão desses serviços na década de 1990 (MACHADO; MIRANDA, 2007), atuando na perspectiva religiosa, por meio do entrelaçamento de práticas de disciplina, laborterapia e espiritualidade, com predomínio da orientação pentecostal (IPEA, 2017).

De acordo com Nota Técnica do IPEA (2017) sobre o perfil das comunidades terapêuticas:

Percebendo os indivíduos adictos como a um só tempo, doentes e moralmente fracos, os programas terapêuticos das CT pretendem tanto tratar dos sintomas decorrentes do uso problemático de SPA (Substâncias Psicoativas), como também operar uma reforma moral dos sujeitos, que os conduza a uma reinvenção de si. Para tanto, um dos principais instrumentos mobilizados nestes programas é o isolamento físico e social destes sujeitos, marcado pela internação longa, e, durante a sua vigência, pela circunscrição de telefonemas e visitas, bem como pela interdição sexual. Estas medidas

⁵ Á época, ao adotar proposições terapêuticas que visavam relações menos verticalizadas entre equipe de saúde e pacientes, e métodos grupais, pautados na convivência entre pares e de reforma do sistema de saúde mental, Jones destacou a importância de que os sujeitos participassem ativamente de seu tratamento e da construção de atividades laborais e educativas que faziam parte da rotina da instituição. (SANTOS, 2014, PETUCO, 2019)

buscariam estabelecer uma ruptura espacial e temporal para os sujeitos internados, criando as bases para a efetivação da rotina interna as CT. (p.9)

Além do tratamento moral, o relatório da Inspeção Nacional de Comunidades Terapêuticas, de 2017, realizado nas cinco regiões do país, por meio de iniciativa do Conselho Federal de Psicologia (CFP), do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, do Ministério Público Federal (PFDC/MPF), apontou violações de direitos humanos em todos os equipamentos visitados (Conselho Federal de Psicologia, 2018).

Apesar de serem veiculadas na imprensa, com frequência, notícias sobre violações de direitos nas comunidades terapêuticas (ISTO É, 2021; LEVY, 2019, 2020; Portal G1, 2021) seu apelo junto ao imaginário social enquanto solução para os problemas relacionados às drogas persiste.

Nas regiões Sul e Sudeste do país, há maior concentração de CAPS AD(COSTA, RONZANI, COLUGNATI, 2018), mas ainda assim recorre-se às comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos.

No Espírito Santo, a Secretaria Estadual privilegiou o credenciamento de clínicas particulares para responder às determinações de internação compulsória de usuários de drogas entre 2014 e 2019(LEAL *et al*, 2021; HERNANDES *et al*, 2021). Em Curitiba (PR), o primeiro CAPS AD III foi criado apenas em 2012, (VASCONCELOS, OSELAME, DUTRA, 2015), e o Ministério Público Estadual criou o Sistema de Informação “Protege” visando monitorar as internações hospitalares realizadas contra a vontade dos usuários, e coibir excessos e violações de direitos (ARAGÃO *et al*,2021; ARAGÃO, FERNANDES, MEIRA, s.d.).

No Rio de Janeiro(capital), as internações psiquiátricas (voluntárias, involuntárias e compulsórias) ocorrem por meio de um sistema de regulação próprio, e podem ser realizadas em quatro hospitais gerais, com leitos de saúde mental. Os técnicos do CAPS do território onde é realizada a internação do usuário, avaliam o estado clínico dele, e encaminham para hospitais psiquiátricos, se considerarem necessário. Em outros municípios do Estado, as normativas preconizam o direcionamento das demandas para serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, não havendo regulação para internações compulsórias. A orientação da Gestão Estadual é de que os profissionais de saúde devem avaliar a necessidade da medida e tentar

que a internação se dê de modo voluntário. Muitas vezes o Judiciário determina internação em comunidades terapêuticas ou leitos de saúde mental em hospital geral e as internações são realizadas neste último serviço, preferencialmente. (FORNAZIER, 2018).

No Rio Grande do Sul, as internações compulsórias em leitos de hospital geral na região de Santa Maria corresponderam a 23% do total de internações em decorrência do uso prejudicial de álcool e outras drogas, em 2016, e um grupo gestor se debruçou sobre o tema devido ao aumento expressivo desse tipo de demanda (ANDRETTI *et al*, 2021). Em Porto Alegre, os mandados para condução coercitiva, visando à avaliação psiquiátrica de usuários de drogas são direcionados aos oficiais de justiça, que acionam SAMU e Brigada Militar para realizar a operação e condução para um hospital público ou conveniado (MUNIZ, 2015; SCHORN, 2016; ROMANINI, 2016), assim como tem sido fomentada a parceria público-privada com Comunidades Terapêuticas (BARROSO, 2020). Um hospital psiquiátrico da capital, referência para 88 municípios da Região Metropolitana também realiza internações compulsórias (CliqCamaquã, 2021; RIO GRANDE DO SUL, 2021).

Em São Paulo, as ações de internação compulsória em massa, cujo objetivo foi desobstruir o espaço público- a região da Luz, a maior cena de uso do país-com forte viés repressivo, ensejaram responsabilização do governo estadual, por meio de ação proposta pela Defensoria Pública (RUI, 2012, DUARTE *et al*, 2012). De acordo com a Secretaria Municipal de São Paulo, de 2009 a 2012, por meio da Operação Centro Legal foram realizadas mais de 300 internações compulsórias em serviços municipais (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2013); e em 2017, o então Prefeito João Dória, por meio de seu secretário de Justiça, solicitou a internação compulsória de mais de 400 usuários, em equipamentos do interior do Estado (Portal R7, 2019), contrastando com o programa de Braços Abertos, de seu antecessor Haddad, pautado nas experiências de redução de danos e Housing First⁶, que ofertou ações de promoção da saúde, alimentação, moradia e geração de renda (RUI; FIORE; TOFOLI, 2016).

⁶ O modelo *Housing First* é um exemplo exitoso de política intersetorial, no qual se viabiliza o acesso à moradia a pessoas em situação de rua, juntamente com ofertas de outras políticas públicas, favorecendo a redução do consumo de álcool e outras drogas e a criação de novas formas de sociabilidade (BRASIL, 2019).

Em Santa Catarina, além das internações realizadas no Instituto de Psiquiatria, em São José, houve credenciamento de Comunidades Terapêuticas, com financiamento público a partir de 2013 (QUEIROZ, 2021; MAINGUÉ, 2020; Portal NSC, 2017; MIRA, 2012).

A Portaria 3088/2011, que dispõe sobre os serviços de base territorial e comunitária, foi alterada por meio da Portaria 3588/2017, que incluiu os hospitais psiquiátricos na Rede Atenção Psicossocial, acirrando a disputa em torno do modelo assistencial.

Trataremos, a seguir, da política pública no campo da atenção psicossocial e da redução de danos, em comparação com o modelo asilar.

3.3 Interlocações entre a redução de danos e a atenção psicossocial na produção do cuidado em liberdade

Outra concepção acerca do uso de drogas surgiu no século XX na Inglaterra, quando após a Primeira Guerra Mundial, muitas pessoas tentavam parar de usar morfina, mas apresentavam abstinência grave. Nesse contexto foram prescritos opioides menos danosos visando reduzir o sofrimento dos dependentes, conforme consta no Relatório *Rolleston*, de 1926. Este documento lançou as bases para a redução de danos. (PETUCO, 2019)

Essa perspectiva é pautada na autonomia do usuário, que é co-responsabilizado por seu tratamento e nas ações desenvolvidas no território, por meio da articulação de redes (BRASIL, 2003).

Embora não haja consenso na literatura sobre o conceito de redução de danos, Andrade (2004), aponta 3 princípios orientadores:

1. Pragmatismo: é uma prática com metas claras - como, por exemplo, reduzir o número de infecções entre usuários de drogas injetáveis - configurando-se como importante estratégia de saúde pública;

2. Tolerância: respeita o usuário de drogas, pois parte do pressuposto de que os indivíduos têm o direito de usar drogas;
3. Diversidade: abrange diversas práticas, tais como programa de troca de seringas, terapia de substituição de uma substância por outra menos prejudicial, salas de consumo assistido, oferta da droga de modo gratuito (visando desestimular o tráfico de drogas), entre outras.

No Brasil, a adoção de estratégias ligadas à redução de danos surgiu no final dos anos 1980, em meio à epidemia de HIV/AIDS, quando sanitaristas preocupados com a transmissão do vírus entre usuários de drogas injetáveis, em Santos (SP), adotaram o programa de troca de seringas. Porém, devido à incompreensão da medida, considerada como incentivo ao uso de drogas pelo Ministério Público de São Paulo, houve responsabilização civil e criminal dos atores ligados à iniciativa (MESQUITA, 1998).

No campo da saúde mental, as estratégias de redução de danos ganharam corpo a partir das deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, e a experiência de Salvador, dos Consultórios de Rua, criados em 1999, foi transformada em política pública em 2011 (BRASIL, 2011; MORAES et al., 2015). Essas equipes trabalham de modo itinerante, deslocando-se até as cenas de uso onde estão os usuários de álcool e outras drogas para oferta de cuidados, facilitando, dessa forma, o acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Petuco (2019) destaca que os programas de redução de danos são realizados com diferentes graus de autonomia e contraposição nos municípios e que

estas transgressões vão constituir não apenas um conjunto difuso e pouco unificado de estratégias de resistência, mas também o próprio ser da experiência brasileira com RD [redução de danos], que terminou por absorver, aos seus saberes e práticas, diversas das características do público ao qual se destinava: transgressão, flexibilidade, capacidade de fazer alianças e operar nos territórios, desobediência, improvisado. (p.252)

Nesse sentido, a redução de danos, constituída a partir de diferentes saberes e práticas⁷ e, inicialmente pensada a partir de estratégias e projetos (SIQUEIRA, 2016) até que viesse a se tornar política pública destinada aos usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003; PETUCO, 2019; MACHADO, 2006), precisou abrir caminho e disputar espaço com a perspectiva hegemônica, calcada na repressão. Além disso, Petuco (2019) enfatiza que o encontro entre a redução de danos e a reforma psiquiátrica brasileira modificou ambos os campos, de modo a suscitar debates, que “teriam reorganizado o campo e o discurso, reconfigurando lutas e reposicionando agentes” (p.270).

Observamos as primeiras experiências brasileiras no campo da atenção psicossocial, criados a partir da experiência de Santos, que em 1989 fechou a Casa Anchieta, vinculada ao INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), devido aos maus-tratos e torturas aos pacientes, e criou os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). Em 1991, tais serviços passaram a ter financiamento do Ministério da Saúde, passando a compor o novo modelo assistencial em saúde mental (NASCIMENTO, 2019).

Por meio da Portaria 224/1992, foi regulamentado o funcionamento dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), com funcionamento integral (24 horas diárias), inspirados na reforma psiquiátrica italiana. Já os CAPS, inspirados na psiquiatria de setor francesa, funcionavam cinco dias por semana (por até oito horas diárias), de modo intermediário entre o ambulatório e a internação, e focava sua intervenção na construção de sociabilidades que emergiam a partir das relações terapêuticas e da clínica ampliada⁸.(LUZIO; YASUI, 2010).

⁷ “A RD ultrapassou a dimensão meramente preventiva, não a abandonando. Ultrapassando o preventivismo, tornou-se uma ética do cuidado que orienta a prática de trabalhadores de saúde, nas esferas pública e privada.” (PETUCO, 2019, p. 219). Tal ética do cuidado já estaria presente na atuação dos redutores de danos (que inicialmente eram chamados de monitores ou agentes de saúde), ao realizar seu trabalho nas cenas de uso de cocaína injetável no início dos anos 1990, por meio da escuta dos usuários e da oferta de insumos, a partir da construção de vínculos. (SIQUEIRA, 2016)

⁸ A Clínica Ampliada propõe abordar o processo saúde doença por meio da articulação de vários saberes; o compartilhamento dos diagnósticos e terapias adotados no tratamento com a equipe multiprofissional, visando qualificar a assistência; ampliação do objeto de trabalho e a responsabilização dos profissionais de saúde por meio da atuação conjunta de equipes de referência e de apoio matricial, organização dos processos de trabalho de modo a favorecer o diálogo e a escuta qualificada dos usuários; oferecer suporte aos profissionais de saúde para que possam lidar de modo construtivo com as dificuldades enfrentadas no trabalho. (Brasil, 2009)

Os NAPS e os CAPS surgiram como procedimentos de uma rede hierarquizada por níveis de assistência, da qual faziam parte também os ambulatórios e as unidades básicas de saúde com equipes de saúde mental, coexistindo com os hospitais psiquiátricos. Somente com a Portaria 336/2002, fruto da III Conferência Nacional de Saúde Mental, de 2001, foi proposto um novo modelo assistencial, no qual os CAPS foram considerados como serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. (LUZIO; YASUI, 2010).

Esse novo modelo, denominado de psicossocial, busca a integralidade do cuidado, a partir da compreensão de que a saúde mental também é afetada por fatores sociais e políticos, e que só pode ser sustentada a partir de um compromisso ético, que articule a clínica e a política (LOBOSQUE, 2020).

Um dos conceitos caros ao modelo de atenção psicossocial é o de território, entendido não só em sua dimensão geográfica, mas também em sua dimensão simbólica, pois é onde o sujeito constrói sua vida, suas relações afetivas, de trabalho, de cultura, lazer, entre outras. (YASUI, 2010; COSTA-ROSA, 2000).

As diferenças entre o modelo psicossocial e o modelo asilar foram destacadas por Costa-Rosa (2000), a partir de quatro parâmetros constitutivos das práticas em saúde mental: concepções sobre saúde-doença-cura, o que define o objeto e as técnicas de intervenção dos profissionais de saúde; características organizacionais do processo de trabalho e da instituição onde o cuidado é ofertado; características do relacionamento estabelecido com o público atendido; efeitos éticos e terapêuticos da abordagem. Esses parâmetros, conforme propostos pelo autor, são apresentados no Quadro 1, a seguir:

Quadro 1: Parâmetros comparativos entre o modelo psicossocial e o modelo asilar, a partir do modelo de Costa-Rosa (2000)

Modelo psicossocial	Modelo asilar
Ênfase na interação entre fatores biopsicossociais	Ênfase na determinação orgânica (organismo como foco da intervenção)
Intervenções: psicoterapia, reinserção no trabalho, fomento à autonomia do sujeito	Tratamento = medicamento
Protagonismo do paciente em seu tratamento, consideração de suas singularidades e vínculos afetivos na proposta terapêutica	Apagamento da subjetividade e do contexto social e familiar do paciente
Lócus da intervenção: existência-sofrimento do sujeito	Lócus da intervenção: o organismo doente
Equipe multiprofissional que mantém interlocução constante (horizontalidade nas relações)	Ausência de interlocução entre os profissionais responsáveis pela assistência à saúde (forte hierarquização entre os saberes)
Instituições: Rede de Atenção Psicossocial (UBS, CAPS)	Instituição: hospital psiquiátrico
Efeitos: Reposicionamento do sujeito em relação ao sofrimento que o acomete; emancipação	Efeitos: cronificação do paciente; silenciamento dos sintomas

Fonte: Adaptado de Costa-Rosa (2000)

Alinhado ao modelo psicossocial, a Política Nacional de Humanização preconiza: a inseparabilidade entre atenção e gestão dos processos de produção de saúde, a transversalidade (que implica ampliação do diálogo entre os sujeitos) e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos (BRASIL, 2009).

Para superação do modelo asilar, é necessário que haja um diálogo efetivo entre os profissionais de diversas formações, numa perspectiva que valorize os diferentes saberes, sem hierarquizações entre diferentes categorias profissionais. Entretanto, como as práticas manicomiais podem ocorrer dentro ou fora dos hospitais psiquiátricos (ainda não totalmente extintos no Brasil), é necessária a reflexão permanente sobre o cuidado ofertado aos usuários e a articulação da Reforma Psiquiátrica com outros movimentos políticos e sociais.

Compõe também esse cenário o acolhimento do usuário, a construção de uma relação terapêutica por meio do vínculo e da responsabilização pelo cuidado

(LOBOSQUE, 2020), que seja compartilhada com o usuário por meio do projeto terapêutico singular⁹ e do fomento à sua autonomia, incentivando sua participação social em diversas atividades: laborais, políticas, artísticas, culturais.

Esses aspectos foram contemplados na Portaria 3088/2011, que estabeleceu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do SUS, com as seguintes diretrizes:

- I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III - combate a estigmas e preconceitos;
- IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI - diversificação das estratégias de cuidado;
- VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- XI - promoção de estratégias de educação permanente; e
- XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular. (BRASIL, art. 2º)

Destacaram-se, nesse contexto, dois programas, o Atitude, do Estado de Pernambuco, e o Braços Abertos, da Prefeitura de São Paulo.

O Programa Atitude (Atenção Integral aos Usuários de Drogas e seus Familiares), criado em 2011, objetivava reduzir a violência no estado, por meio de

⁹ Projeto Terapêutico Singular “é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. É uma variação da discussão de “caso clínico”. Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários” (BRASIL, 2010, p.27).

ações voltadas aos usuários de crack e outras drogas em situação de rua, tais como oferta de alimentação, banho, moradia, atividades educativas e de promoção da saúde. Nesse cenário, o programa, ao reconhecer as especificidades da redução de danos na América Latina, destaca que: “o principal dano que se quer reduzir é a violência e o encarceramento que estão ligados, principalmente, às dinâmicas dos mercados de drogas” (RATTON et al., 2016, p.4).

O Programa de Braços Abertos, criado em 2014, teve como objetivo intervir na região da Luz, cena de uso de drogas no centro de São Paulo, ofertando ações de promoção da saúde, alimentação, moradia e geração de renda (RUI; FIORE; TOFOLI, 2016).

A partir do “Plano Crack: É possível vencer”, do Governo Federal (2010), foi criado o serviço, inicialmente denominado de Casa de Acolhimento Transitório, e, posteriormente, de Unidade de Acolhimento: serviço residencial de caráter transitório, para usuários de álcool e outras drogas em situação de vulnerabilidade social, em tratamento no CAPS AD. (BRASIL, 2012). A entrada no serviço é pactuada com o usuário e com os demais moradores, e ocorre a partir da construção do projeto terapêutico singular. O tempo de permanência é de até seis meses (BRASIL, 2011) e é um importante recurso para a reconstrução de vínculos afetivos, sociais e profissionais; promoção do autocuidado e fomento à autonomia. (GUALBERTO, 2019)

Tal serviço, entretanto, não recebeu o mesmo financiamento que as Comunidades Terapêuticas (SANTOS, 2019), e disputa na arena política, a destinação de recursos públicos e do modelo assistencial no campo da política sobre drogas.

3.4 O paradigma do recovery: possibilidades de superação das adversidades

O conceito de *recovery* surgiu dentro dos movimentos sociais de pessoas com sofrimento mental na década de 1970 nos Estados Unidos, Canadá e Inglaterra, a partir de reivindicações de participação social e autonomia como parte da luta por direitos. (VASCONCELOS, 2017; WALDEMAR et al., 2016; BACCARI; CAMPOS; STEFANELLO, 2015; COSTA, 2017).

Embora não haja consenso sobre sua tradução¹⁰, o termo faz referência ao processo pelo qual as pessoas são capazes de construir significado para suas vidas, por meio da superação das dificuldades trazidas pela doença, deslocando a ênfase da cura e da remissão de sintomas para o empoderamento do sujeito. Nesse contexto, os profissionais de saúde por meio de práticas voltadas ao estímulo da autonomia, do senso de pertencimento comunitário e da esperança, favorecem o tratamento e maior controle pelo usuário dos serviços de saúde mental a respeito da condição que o acomete. (CORRADI-WEBSTER, 2017; BACCARI; CAMPOS; STEFANELLO, 2015, WALDEMAR et al., 2016; VASCONCELOS, 2017)

Outras características importantes do *recovery* são o suporte entre pares¹¹, por meio do compartilhamento de experiências comuns, e o combate à estigmatização, por meio da luta por reconhecimento de seus direitos (COSTA, 2017).

Costa (2017) destaca que vários países como Itália, Escócia, Suécia, Dinamarca, Noruega, Austrália e Nova Zelândia adotaram o *recovery* em suas políticas e práticas no campo da saúde mental. Além disso, o Plano de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde (2013-2020) também recomendou o *recovery* como abordagem a ser adotada em serviços de base comunitária nos países-membros.

No Brasil, por meio de uma parceria entre o Conselho Federal de Psicologia e o *Yale Program for Recovery and Community Health*, foi realizado o 1º Colóquio Internacional em *Recovery*, em 2016 (VASCONCELOS, 2017). Um dos desdobramentos desse evento foi a publicação de edição temática do periódico Cadernos Brasileiros de Saúde Mental sobre o tema, documento importante para

¹⁰ Alguns autores traduzem *recovery* como “superação”, “restabelecimento”, “recuperação”, “reabilitação”, “empoderamento”, entretanto, outros optam por não traduzir o termo, por ser empregado de formas distintas por usuários e profissionais de saúde e abarcar várias práticas. (PIAT; SABETTI; COUTURE, 2008; BACCARI; CAMPOS; STEFANELLO, 2015; CORRADI-WEBSTER, 2017; VASCONCELOS, 2017)

¹¹ Suporte de pares (do inglês *Peer Support*) é um conceito que remete à ajuda e apoio mútuos entre as pessoas com sofrimento mental, de modo a favorecer o engajamento no tratamento ao promover o compartilhamento de experiências e melhorar a autoconfiança e a qualidade de vida desses sujeitos. (SHALABY; AGYAPONG, 2020)

orientar as práticas no país, uma vez que “no Brasil, a discussão sobre *recovery* ainda é incipiente” (CORRADI-WEBSTER, 2017, p.116).

Vasconcelos (2017) sistematizou características importantes do *recovery*:

- “Processo pessoal e singular de lidar com a vida e com o transtorno mental, que possui ao mesmo tempo dimensões sociais e políticas associadas à cidadania” (p.40): os maus prognósticos da psiquiatria tradicional não foram confirmados por meio de estudos longitudinais, que apontaram melhoria na qualidade de vida dos usuários, principalmente quando estes tinham acesso a programas de habitação, escolarização, emprego, atenção psicossocial e suporte de pares. Os achados dessas pesquisas também se mostraram válidos no campo de álcool e outras drogas, principalmente na perspectiva de redução de danos.

- Movimento social: O movimento de pessoas com sofrimento mental (em alguns locais dos usuários de serviços e seus familiares), cuja luta por direitos iniciou-se a partir das reformas nos sistemas de saúde mental, soma-se a outras reivindicações, visando reduzir a desigualdade e ampliar a participação social.

- Atenção orientada para o *recovery* em saúde mental, álcool e outras drogas e pessoas em privação de liberdade: ampla mobilização de atores sociais das esferas da sociedade civil e governamentais visando à discussão de diretrizes e implementação de ações e serviços, pautados nos seguintes princípios: promoção do acesso e do engajamento dos usuários, integralidade do cuidado, projetos terapêuticos para cada sujeito, inclusão na comunidade.

Vasconcelos (2017) destaca que para além das redes locais, há fomento do *recovery* para que se torne referência em âmbito nacional e internacional:

Nesta esfera, representa desde as concepções ontológicas e ético políticas, a legislação, como também os princípios básicos que devem orientar a política de saúde mental, drogas e de atenção a presidiários em um país, ou de orientação internacional para o campo, nas esferas de planejamento, implementação, avaliação e política de recursos humanos e formação dos trabalhadores e profissionais (Vasconcelos, 2017, p.42-3)

Finalmente, Vasconcelos (2017) indica em sua sistematização que a contratação de trabalhadores de *peer support* (trabalhadores de suporte de pares) é

estratégia essencial no *recovery*. Aos usuários que se sobressaem são ofertados empregos como trabalhadores de suporte de pares em diferentes serviços.

A revisão da literatura realizada por Llewellyn-Beardsley et al. (2019) sobre o papel da narrativa dos usuários na perspectiva do *recovery* aponta os vários efeitos terapêuticos dessa prática, quando lhes é possibilitado contar sua história: proporciona aos profissionais de saúde maior empatia e compreensão do sofrimento vivenciado pelo usuário e promove maior apoio entre os pares; compartilhar a própria experiência de *recovery* na qualidade de trabalhador de suporte de pares foi descrito como uma tarefa singular em um inquérito nacional nos EUA; o direito e a capacidade de definir as próprias experiências e de externalizar os sentimentos negativos é descrito como um mecanismo principal no *recovery*; a produção de um quadro conceitual, a partir de uma revisão sistemática, sobre os impactos das narrativas de *recovery* sobre quem as escuta: foram identificados cinco tipos de impacto: ligação, compreensão do *recovery*, redução do estigma, validação da experiência pessoal e respostas emocionais e comportamentais.

Assim, as histórias pessoais foram descritas como uma tecnologia-chave do *recovery*, ao incorporar os valores associados à recuperação e ao prover os meios necessários à efetivação desses valores (LLEWELLYN-BEARDSLEY et al.,2019).

3.5 Síntese

No Quadro 2, a seguir, apresentamos uma síntese relativa às contribuições da atenção psicossocial, do *recovery* e da redução de danos, que serão utilizadas na análise documental.

Quadro 2: Síntese dos referenciais teóricos utilizados para a análise

Campo teórico	Contribuições para a análise
Atenção psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • Integralidade do Cuidado; ou seja, a compreensão de que a saúde mental precisa ser abordada a partir de sua dimensão biopsicossocial; • Compromisso ético do profissional de saúde ao articular a clínica e a política ao cuidar do usuário, representadas por práticas que considerem a perspectiva do usuário e a promoção de sua cidadania.
Recovery	<ul style="list-style-type: none"> • Estímulo às habilidades de enfrentamento do usuário para superar as adversidades decorrentes de sua condição, tais como a participação comunitária, o combate à estigmatização e o respeito à narrativa do usuário, já que definir as próprias experiências tem valor terapêutico; • Suporte entre pares, por meio do compartilhamento de experiências entre os usuários.
Redução de danos	<ul style="list-style-type: none"> • Tolerância: respeito à escolha relativa ao uso de álcool e outras drogas, não sendo exigida abstinência imediata; • Pragmatismo: as estratégias incorporadas ao tratamento têm objetivos claros e são pactuadas com o usuário.

Fonte: Quadro elaborado pela pesquisadora em julho de 2021.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Contexto

Belo Horizonte possui uma população de 2.521.564 habitantes e é subdividida em nove Regionais Administrativas: Pampulha, Barreiro, Centro-Sul, Leste, Oeste, Norte, Venda Nova, Noroeste e Nordeste, visando ao planejamento e gestão pelo Poder Executivo Municipal. Essa divisão favorece também a territorialização das ações em saúde. (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2021)

De acordo com o Relatório Anual de Gestão de 2020, foram realizados 326.309 atendimentos referentes à saúde mental no município no ano citado (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2021). O município ocupa lugar de destaque no cenário nacional, pois foi a primeira metrópole a implementar uma rede de serviços alinhados aos pressupostos da Luta Antimanicomial (NASCIMENTO, 2019, VAINER, 2016), é uma das capitais brasileiras que realiza mais investimentos (*per capita*) na área da saúde e possui elevada cobertura de Estratégia de Saúde da Família (mais de 80% de sua população) (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2021).

A Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte é composta por diversos serviços que funcionam de modo articulado para atender às necessidades assistenciais dos usuários. Cabe destacar que é no caso a caso, e na construção com o próprio usuário de seu projeto terapêutico singular, que se tecem os caminhos do cuidado em liberdade. No campo da assistência aos usuários de álcool e outras drogas, existem os Centros de Referência em Saúde Mental Infanto-Juvenil (CERSAMI), que atendem às urgências da infância e adolescência, incluindo o uso prejudicial de álcool e outras drogas e os CERSAM AD, que são Centros de Referência em Saúde Mental¹² para atendimento de usuários adultos que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Além disso, as equipes de saúde mental lotadas nas UBS (Unidades Básicas de Saúde), por meio dos atendimentos aos usuários e do

¹² A nomenclatura adotada em Belo Horizonte, Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), equivale aos serviços denominados por Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), nas Portarias do Ministério da Saúde.

apoio matricial às Equipes de Saúde da Família, possibilitam o tratamento no território onde o usuário reside, facilitando o acesso e a integralidade do cuidado. Para usuários em situação de rua que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, a equipe do Consultório de Rua se desloca até as cenas de uso, para a partir do vínculo, ofertar cuidados em saúde. Há, ainda, aqueles usuários que já são acompanhados pelos CERSAM AD e que, devido à situação de extrema vulnerabilidade, podem ser acolhidos na Unidade de Acolhimento Transitório (existe uma destinada a adultos e outra ao público infanto-juvenil), até que refaçam seus laços e possibilidades de reinserção social (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2019). O município possui cinco Centros de Referência em Saúde Mental Álcool e Drogas (CERSAM AD), localizados nas regionais Centro-Sul, Barreiro, Pampulha/Noroeste, Venda-Nova e Nordeste (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2021).

A Regional Barreiro, campo de estudo desta pesquisa, faz limite com quatro municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte, e possui uma população de aproximadamente 300 mil pessoas, sendo um importante pólo industrial. (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2021). A escolha por essa Regional se deveu ao seu lugar de destaque para a Política de Saúde Mental do Município: além de ser a localidade que primeiro implantou um CAPS-criado em 1993-(CÔRTEZ, 2020), é onde está a Unidade de Acolhimento Transitório para adultos usuários de álcool e outras drogas de Belo Horizonte, serviço de referência para os cinco CERSAM AD. Em junho de 2018, foram criados dez leitos de saúde mental em um hospital geral localizado no Barreiro, destinado aos casos de usuários com sofrimento mental que necessitem de suporte para estabilização de seu quadro clínico, incluindo situações relativas à intoxicação por uso de álcool e outras drogas e abstinência grave(HMDCC, 2018).

O CERSAM AD Barreiro está localizado à Rua Barão de Monte Alto, 211, Bairro Cardoso. O serviço foi inaugurado em 2013 e é referência para usuários que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, residentes nas Regionais Barreiro e Oeste. O CERSAM AD Barreiro dispõe de cinco consultórios para atendimento e 70 profissionais de saúde em sua equipe, de diferentes categorias profissionais: médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem e terapeutas ocupacionais (CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019).

A Regional Barreiro possui um Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVS) com a seguinte composição: 6,72% de sua população é considerada de baixo risco, 60,53% de médio risco, 24,12% de elevado risco e 8,63% de muito elevado risco. Esse índice combina variáveis socioeconômicas e é usado pela Secretaria Municipal de Saúde para definir áreas prioritárias de investimento na política pública (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2018). Já a regional Oeste, para a qual o CERSAM AD Barreiro também é referência, tem cerca de 45% de sua população classificada como de baixo risco, contrastando com regiões de elevada vulnerabilidade na mesma regional (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2018).

4.2 Abordagem metodológica

Nesta pesquisa foi adotada a abordagem qualitativa, que trabalha com os significados que os sujeitos atribuem a um dado fenômeno, a partir das interações sociais que ocorrem num dado momento histórico (MINAYO, 2016).

O total de casos de internação compulsória de adultos usuários de álcool e outras drogas no período entre 2016 e 2018, referenciados no CERSAM AD Barreiro, foi objeto de estudo. Trata-se, portanto, de amostra não probabilística, do tipo amostragem por conveniência, útil em pesquisas exploratórias (OLIVEIRA, 2001).

Destaca-se que o estudo desenvolvido não visou a representatividade do fenômeno no município de Belo Horizonte. Buscou-se, por meio da análise de conteúdo (BARDIN, 2011) dos processos judiciais, compreender o perfil das ações de internação compulsória e analisar seus fundamentos.

Segundo Oliveira e Silva (2005), a pesquisa com processos judiciais é classificada como documental, o que:

traz, ao menos, duas implicações metodológicas: a questão do poder e a da interpretação. Estes questionamentos surgem principalmente quando se trabalha qualitativamente com os dados, quando a preocupação está em buscar a lógica e os códigos que estão informando as palavras para inferir sobre grupos sociais específicos (p.245)

De acordo com Bryman (2012), na análise de conteúdo a construção de significado pelo pesquisador, ao possibilitar a emergência de categorias dos dados,

visa produzir conhecimento a partir de novas formas de apreensão dos fenômenos sociais, considerando o contexto em que os documentos foram produzidos. Assim, como a subjetividade é um componente da interpretação, é necessário que seja administrada pelo método e o pesquisador precisa ser cauteloso, evitando classificar conteúdo latente ao invés do conteúdo manifesto. Além disso, ainda que a análise de conteúdo possibilite esclarecer questões investigadas na pesquisa, o método não permite estabelecer relação de causalidade entre os fatos estudados.

Outra limitação do método refere-se ao fato de que “a informação, aqui, circula num sentido único; pois embora tagarela, o documento permanece surdo, e o pesquisador não pode dele exigir precisões suplementares” (CELLARD, 2012, pp. 295-296).

4.3 Coleta de dados

Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto René Rachou/FIOCRUZ Minas e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, foi realizado um levantamento junto à Gerência de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde dos processos judiciais de internação compulsória de usuários de álcool e outras drogas da Regional escolhida como campo de estudo, no período entre 2016 e 2018, para que fosse iniciada a coleta dos dados.

Cellard (2012) destaca as dimensões às quais o pesquisador deve estar atento, principalmente, o contexto social em que o documento foi produzido, os conceitos-chave e a lógica interna do texto.

Seguimos os passos propostos por Bardin (2011) na análise de conteúdo: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise é a fase em que foi organizado o planejamento das ações desenvolvidas, buscando-se operacionalização e sistematização iniciais. Nessa etapa, foi realizado o levantamento dos documentos para a análise, a partir da formulação de hipóteses e elaboração das categorias para fundamentar a interpretação.

A partir da definição dos objetivos e do material analisado, passou-se a fase de constituição do *corpus*, que atendeu aos critérios de exaustividade (não exclusão de documentos), representatividade e homogeneidade (os documentos devem ter características semelhantes a fim de possibilitar a comparação).

Inicialmente, foi realizada uma leitura “flutuante”, ou seja, um primeiro contato com o material, visando à obtenção de maior familiaridade com os documentos. A partir de leituras sucessivas, foram identificados conceitos-chave e, à luz do referencial teórico, as categorias foram definidas.

Foi realizada também referenciação de índices e elaboração de indicadores, ou seja, marcadores que possibilitaram extrair a essência dos textos analisados. Nesta fase, recortaram-se unidades do texto visando à análise temática e codificação para registro dos dados. (BARDIN, 2011)

Para finalizar a pré-análise, preparou-se o material para editá-lo, procedeu-se ao recorte das mensagens e numerou-se os elementos do corpus, visando transformar o material por meio de operações de padronização e equivalência.

Na fase de exploração do material, os textos foram analisados de modo aprofundado, o que implicou agrupar os elementos identificados na pré-análise em categorias – por meio de operações de classificação dos elementos a partir da caracterização de diferenças e reagrupamento a partir de semelhanças – considerando os critérios estabelecidos previamente, visando à realização de inferências.

Num segundo momento de exploração do material, foram identificadas unidades de registro, visando à categorização e contagem da frequência. Buscou-se, assim, captar os sentidos das mensagens, ou seja, a significação a partir de segmentos de conteúdo. Para finalizar essa etapa, procedeu-se à identificação de unidades de contexto nos documentos, visando à compreensão das unidades de registro.

Passou-se então ao tratamento dos dados e interpretação, visando condensar e destacar as informações obtidas pela análise (BARDIN, 2011).

4.4 Caminho da pesquisa e tratamento de dados

4.4.1 O início da pesquisa

Após a aprovação do projeto de pesquisa, foi realizado contato telefônico com o Núcleo de Educação Permanente da Regional Barreiro, conforme orientação da Secretaria Municipal de Saúde, para apresentação da pesquisadora e início da coleta de dados na sede da Regional de Saúde.

Os processos de internação compulsória, que são objeto da presente pesquisa, estavam arquivados, por ano, junto a outras demandas oriundas do sistema de justiça (Defensoria Pública, Ministério Público e Judiciário) relativas à assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde da Regional. Assim, foi necessário fazer uma triagem dos documentos, visando localizar aqueles que versavam sobre a internação compulsória de usuários de álcool e outras drogas no período entre 2016 e 2018, antes de serem digitalizados e encaminhados por e-mail.

Houve casos em que o início da judicialização havia ocorrido no final de 2015, assim como casos em que o desdobramento da judicialização se estendia para o ano seguinte àquele estabelecido inicialmente. Assim, visando obter informações que possibilitassem reconstruir a narrativa da internação compulsória, documentos complementares foram solicitados por e-mail à regional de saúde.

Além disso, foi realizado contato com a Gerência de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde, para que fosse possível acessar os documentos visando à certificação de que a totalidade dos casos havia sido contemplada na coleta dos dados.

Essa certificação foi necessária, uma vez que as demandas oriundas do sistema de justiça endereçadas ao município, no campo da saúde, primeiramente são encaminhadas à Secretaria de Saúde, onde é localizada a área técnica que deve responder à solicitação/determinação. A área técnica responsável identifica a Regional a qual a demanda se destina e encaminha para a referência técnica contribuir na articulação da rede de atenção à saúde do usuário, cuja assistência é objeto da ação judicial. Os profissionais dos serviços de saúde de referência para o usuário informam, por meio de relatório, sobre a assistência prestada, diagnóstico e

projeto terapêutico. Esse documento é encaminhado à Regional de Saúde, que o remete à Secretaria de Saúde, e é endereçado à Assessoria Jurídica, antes de ser encaminhado ao órgão de origem à demanda. Após a certificação de que todos os documentos necessários haviam sido contemplados, passou-se à análise.

4.4.2 Descortinando os documentos

Nessa primeira etapa, a análise teve início com a seleção dos textos para a constituição do corpus de pesquisa. Do universo de 20 casos, foram excluídos três casos referentes a demandas judiciais cujo objeto não foi a internação compulsória: uma ação de interdição proposta por um idoso, genitor de usuário de álcool e crack (idade não informada), com trajetória de vida nas ruas; uma ação da Vara Criminal requerendo documentos sobre hipótese diagnóstica e relatório de acompanhamento de usuário acutelado, com 28 anos, que realizava tratamento no CERSAM AD e uma ação da Vara de Família requerendo informações sobre o tratamento de usuária, de 32 anos, curatelada pela mãe, com diagnóstico de esquizofrenia e abuso de substâncias psicoativas.

Foram excluídos também outros dois casos cuja demanda pela internação compulsória não se relacionou ao consumo de álcool e outras drogas: o caso de uma usuária octagenária, sem suporte familiar, com quadro sugestivo de demência, com determinação de internação compulsória em Instituição de Longa Permanência para Idosos; o caso de um usuário de 38 anos, com diagnóstico de esquizofrenia e transtorno de acumulação. Além desses casos, mais um caso, encaminhado de modo equivocado à Regional Barreiro, foi excluído da amostra, já que o usuário realizava tratamento para a dependência de álcool e outras em um CERSAM AD de outra regional do município.

Foram selecionados 14 casos de usuários de álcool e outras drogas, para os quais houve manifestação do Poder Judiciário acerca da medida de internação compulsória, pleiteada pela família. Desses, dois do sexo feminino e doze do sexo masculino, com idade entre 18 e 53 anos.

A caracterização dos casos analisados será apresentada no próximo capítulo.

Tais documentos, para serem considerados válidos, atenderam aos critérios de exaustividade (não exclusão de documentos), representatividade (abarcando o universo estudado) e homogeneidade (os documentos devem ter características semelhantes a fim de possibilitar a comparação).

Após a constituição do corpus, passou-se à leitura “flutuante”, processo em que um primeiro contato foi estabelecido com o material, visando apreender seu conteúdo de modo genérico (BARDIN, 2011).

Nesse primeiro contato estabelecido com os processos, observou-se que no tocante ao desfecho, a determinação judicial de internação compulsória se dividiu em dois grupos: indeferimento (3 casos) e deferimento da medida (11 casos).

Não houve deferimento dessa medida sem documentos que informassem sobre a condição clínica do paciente. Entretanto, na proposição de algumas ações, houve tentativa de encaminhamento coercitivo para exame médico, quando a necessidade da internação compulsória poderia ser confirmada ou infirmada.

Cabe destacar que para um caso houve duas decisões judiciais nesse período: inicialmente a internação foi indeferida devido à ausência de documentos que descrevessem minuciosamente o estado de saúde do usuário; com a apresentação dos documentos solicitados, houve deferimento posterior.

Quanto ao diagnóstico dos usuários (Apêndice A), observa-se que 27% são poliusuários e que 21,6% dos diagnósticos estão relacionados exclusivamente com a ingestão de álcool, seja no padrão de abuso ou dependência.

Quanto ao tipo de substância psicoativa, a droga mais citada nos processos foi o crack (25,7%) (Apêndice B), contrastando com a sua representação, em termos diagnósticos, nos processos, conforme apontado na tabela 2 (Apêndice A) pela classificação CID F 14.2 (Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao uso de Cocaína- síndrome de dependência) de 8,1%.

A sobre-representação do crack em detrimento do álcool, droga que traz maiores prejuízos em termos de saúde pública (BASTOS, BERTONI, 2014), pode ter relação com a percepção social daquela substância, já que o crack é visto como “substância dotada de vontade e autonomia próprias, entidade viva e má, que se

sobrepõe imperiosa à questionável força de vontade dos ‘viciados’ a ela submetida” (BORGES; SANTOS; PORTO, 2018, p.434).

A predominância de ações pleiteando que o usuário fosse internado compulsoriamente em estabelecimento fechado em detrimento do tratamento realizado em serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico é algo que se destacou nos processos analisados. Em nenhuma das ações pleiteou-se tratamento no CERSAM AD, o que parece refletir o desejo dos familiares de usuários de álcool e outras drogas de seu afastamento do convívio social. Em três processos, a solicitação de internação veio acompanhada de orçamento de clínicas privadas.

Ao longo das várias leituras do material que constitui o corpus da pesquisa, tornou-se evidente que nos processos ocorreu a reiteração do argumento de que a internação compulsória é “necessária, imprescindível, imperativa, prioritária, indispensável, urgente” (apareceu 118 vezes), sendo solicitado o deferimento da medida em caráter liminar, sob os termos “tutela antecipada” e “tutela provisória de urgência” (apareceu 125 vezes nos processos). A cada vez que esse argumento foi apresentado, foi realizada uma marcação num quadro, de modo a contabilizar sua frequência.

Na argumentação utilizada para fundamentar a necessidade da medida de internação compulsória, evocou-se o direito à saúde aliado à narrativa de que outras modalidades de tratamento haviam sido tentadas, sem êxito.

O formulário da Defensoria Pública entregue ao familiar do usuário de drogas, para preenchimento pelo médico assistente, foi um componente importante da judicialização na regional Barreiro. Tal fato se deveu ao direcionamento das perguntas do documento de modo a favorecer a internação compulsória. Em um dos processos analisados percebe-se o tensionamento entre Secretaria de Saúde e Justiça, pois a orientação da Secretaria de Saúde de que o médico não poderia informar sobre a assistência prestada ao usuário, com a finalidade de subsidiar processo judicial, foi contestada, a partir de consulta ao Conselho Regional de Medicina.

Observou-se também que dez ações de internação compulsória foram propostas pela Defensoria Pública, sendo necessário que o familiar que pleiteou tal medida assinasse uma declaração de hipossuficiência, visando alcançar a gratuidade

do acesso à justiça. Assim, a vulnerabilidade social é um aspecto relevante dos casos analisados.

Ainda nessa primeira etapa da análise, por meio de leituras sucessivas, buscou-se construir indicadores, a partir da sistematização dos dados e dos conceitos-chave identificados. Nesta fase, recortaram-se unidades do texto visando à análise temática e codificação inicial dos dados.

4.4.3 Codificação e categorização dos dados: a montagem do quebra-cabeça

Codificar é o processo em que dados brutos são tratados de modo sistemático, visando à elaboração de categorias, que representem o conteúdo em análise. Nesta fase, os elementos foram classificados a partir da caracterização de diferenças e reagrupados considerando as semelhanças. Os padrões que se repetiram ao longo das leituras dos processos de internação compulsória balizaram o recorte de unidades de texto e sua inclusão em um primeiro código denominado de conceito-chave.

Os conceitos-chave identificados foram: atributos do usuário, contexto familiar, fracasso terapêutico e internação compulsória.

Em um segundo momento, os processos de decomposição e reagrupamento dos dados possibilitaram a emergência de duas categorias: estigmatização do usuário e concepções acerca da medida de tratamento obrigatório determinada judicialmente. Tais categoriais, apresentadas nos próximos capítulos, compõem a base analítica dos processos de internação compulsória.

Os processos de codificação e categorização dos dados estão representados no Quadro 3 a seguir e constituem o que Bardin (2011) denominou de fase de exploração dos dados. Nesta etapa, composta pela identificação de unidades de registro e unidades de contexto (representados no quadro, respectivamente, por conceitos-chave e categorias), buscou-se extrair significação do material, a partir da compreensão do contexto em que a mensagem foi analisada.

Quadro 3: Codificação e categorização dos dados da pesquisa

Unidades de Texto	Conceito-Chave	Categoria
<ul style="list-style-type: none"> - “ameaçador”, “agressivo”, “hostil”, “perigoso”, “briguento”, “incivilizado”, “desordeiro”, “desobediente”, “destruidor”, “mentiroso”, “irresponsável”; - “sujo”, “morador de rua/errante”, “notívago”, “ocioso”, “vagabundo”, “ladrão”, “criminoso”, “bandido”, - “doente”, “dependente”, “viciado”, “toxicômano”, “drogado”, “alcoólatra”, “bêbado”, “intoxicado”, “psicopata/sociopata”, “dominado pela droga”; “debilitado”, “apático”, “estranho”, “doido”; - “não possui discernimento”, “não possui crítica”, “incapaz” (quando não há interdição ou curatela do usuário), “curatelado”. 	Atributos do usuário	Estigmatização do usuário
<p>Fragilização dos vínculos afetivos (devido aos conflitos constantes entre usuários e familiares e dos usuários com terceiros: comerciantes do bairro, vizinhos, traficantes);</p> <p>Perdas financeiras/endividamento (porque o usuário não contribui para seu próprio sustento nem para a renda familiar; má gestão do BPC (Benefício de Prestação Continuada), quando o beneficiário é o próprio usuário; dívidas devido ao uso de álcool e outras drogas; objetos furtados pelo usuário para trocar por drogas, destruição de objetos).</p>	Contexto familiar	Estigmatização do usuário
<p>Recusar tratamento (dizer não precisar), baixa adesão (faltar aos atendimentos, não usar medicação prescrita ou usar de modo inadequado), abandonar o tratamento (evadir do serviço de saúde, recusar conversar com a equipe quando esta realiza visita domiciliar, não sustentar a abstinência por longos períodos).</p>	Fracasso Terapêutico	Estigmatização do usuário
<ul style="list-style-type: none"> - “Tratamento”, “tratamento integral da dependência química”; - “Último recurso para salvar a vida do sujeito”, “única solução para que não piore ao longo do tempo”, “medida factível, embora em caráter excepcional, para proteção dos interesses do próprio usuário”; - “Medida para compelir ao tratamento por tempo mais duradouro e como alternativa eficaz de adesão”; - “Quando provada a necessidade do tratamento adequado ao enfermo ou for conveniente a ordem pública”; - “Medida de segurança”, “medida determinada a fim de garantir a segurança do paciente e de seus familiares”; - “Alguma intervenção terapêutica é melhor do que nenhuma”, “parece ser a medida mais aconselhável”; - “Justiça terapêutica”, “o tratamento não precisa ser voluntário para ser efetivo”; - “Libertação do vício”, “sopro de esperança”; - “Cerceamento de liberdade”, punição; prisão. 	Internação Compulsória	Concepções acerca da medida de tratamento obrigatório determinada judicialmente

Fonte: Quadro elaborado pela pesquisadora em abril de 2021.

5 RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados os resultados da pesquisa, organizados da seguinte maneira. Primeiro, será apresentada uma breve contextualização dos quatorze casos analisados.

Na seção seguinte, serão apresentados os componentes da internação compulsória, a partir da caracterização do usuário de álcool e outras drogas, sua dinâmica familiar e o endereçamento da demanda de tratamento ao sistema de justiça. Na seção analítica subsequente, serão apresentadas as potencialidades e as fragilidades do sistema de saúde, em sua articulação intrasetorial, como forma de responder à judicialização. Na sequência, serão apresentados a desarticulação entre as políticas públicas, como elemento favorável à judicialização da saúde, e o modo pelo qual o sistema de justiça apreende o conceito de risco, ao deferir ou indeferir a internação compulsória. Por fim, trataremos dos resultados promissores nos serviços substitutivos ao manicômio.

5.1 O retrato dos casos analisados

Visando contextualizar os quatorze casos analisados, apresentamos a seguir um quadro acerca do perfil dos usuários para os quais foi pleiteada a internação compulsória:

Quadro 4: Perfil dos casos analisados

Caso	Idade	S e x o	Percurso na rede de saúde	Motivação para a internação compulsória	Deferimento	Desfecho
-------------	--------------	----------------------------	----------------------------------	--	--------------------	-----------------

A	18	M	<p>Não havia sido atendido pelo CERSAM antes; relato de que os pais haviam tentado internação em Comunidade Terapêutica em outro município; Em avaliação realizada em hospital psiquiátrico de Belo Horizonte não foram constatadas quaisquer alterações psicopatológicas</p>	<p>Os conflitos intensos com o núcleo familiar, somados à evasão escolar, e a suspeita dos pais em relação a atos infracionais, que teriam sido cometidos pelo jovem, para financiar o consumo de substâncias psicoativas</p>	<p>Foi determinado pelo juiz: “tratamento voluntário em comunidade terapêutica” ou “tratamento ambulatorial no CAPS por tempo indeterminado”</p>	<p>Após várias buscas ativas, o usuário compareceu ao CERSAM AD acompanhado de sua mãe. Afirmou fazer uso recreativo de maconha, mas aceitou retornar ao serviço para acompanhamento</p>
B	53	M	<p>Apesar de acompanhado há 4 anos pelo CERSAM AD, o usuário apresentava pouca vinculação ao tratamento.</p>	<p>Os conflitos constantes com a genitora, autora da ação judicial e sua</p>	<p>O juiz indeferiu a internação compulsória, argumentando</p>	<p>Continuidade do acompanhamento pelo CERSAM AD.</p>

				curadora, somados à situação de ameaça por traficantes, ensejaram a demanda pela internação compulsória	que a medida caracteriza cerceamento de liberdade	
C	Não informada	M	O usuário possuía histórico de trajetória de rua, havia sido acompanhado pelas equipes do CERSAM AD e da UBS e manteve-se abstinente por sete meses, abandonando o tratamento após esse período. O usuário também havia permanecido por cinco meses em comunidade terapêutica.	Os conflitos com familiares, e a retirada de pertences domésticos para financiar o consumo de drogas ensejou a demanda pela internação compulsória.	Deferida a internação compulsória	A mãe do usuário informou aos profissionais do serviço, quando realizaram a busca para reinseri-lo em tratamento e cumprir a determinação judicial de internação compulsória, que o usuário estava cumprindo pena restritiva de liberdade.
D	41	F	A usuária já havia sido acompanhada pelas equipes do CERSAM AD e da UBS, e passado por mais de 15 internações em comunidades terapêuticas, a pedido da mãe	A mãe da usuária, idosa, estava desgastada com as situações relativas à dependência de drogas da filha,	À época da determinação judicial de tratamento, a usuária estava vivenciando uma piora de	A equipe de saúde informou, por meio de relatório, que havia a recomendação de que o tratamento fosse ofertado na modalidade semi-intensiva, ou seja, Permanência-Dia, e que a

				ensejando conflitos familiares.	seu quadro clínico, que a impedia de trabalhar (ocupação não mencionada), e estava sendo atendida no CERSAM AD, na modalidade de tratamento ambulatorial	equipe insistiria nessa proposta, a partir do vínculo construído com a usuária.
E	33	M	O usuário já havia sido acompanhado pelas equipes da UBS e do CERSAM AD, assim como havia sido assistido por comunidade terapêutica.	A proposição da ação foi realizada pelo pai do usuário, devido ao agravamento de seu quadro clínico e trajetória de vida nas ruas	O juiz indeferiu a internação compulsória, alegando se tratar de cerceamento de liberdade.	Na busca ativa feita pela equipe do CERSAM AD, o usuário havia sido encaminhado para tratamento hospitalar devido à pneumonia. Após a alta hospitalar, o usuário foi encaminhado ao CERSAM AD, para tratamento para a dependência de álcool e outras drogas, e manteve boa adesão. Tais

						informações foram repassadas aos órgãos do sistema de justiça, que havia sido acionada novamente pelo pai, para reformar a decisão anterior. A juíza que analisou o caso indeferiu a internação compulsória, uma vez que o usuário já estava sendo acompanhado.
F	53	M	Apesar das visitas domiciliares realizadas pela equipe da UBS, oferta de tratamento neste serviço, e no CERSAM AD, não houve adesão.	O usuário não saía de casa, por receio de sofrer agressão de traficantes, causando apreensão em toda a família.	Deferimento da medida de internação	Houve deferimento da internação compulsória, mas não seu cumprimento, até onde foi possível acompanhar pela leitura dos documentos.
G	Não informada	M	O usuário havia sido acompanhado pela equipe da UBS, mas não aderiu ao tratamento no CERSAM AD.	Mãe demandou internação compulsória devido à dependência de cocaína, ensejando situação de rua, abandono do	Deferimento da medida de internação	O usuário mostrou-se surpreso com a busca ativa realizada pelo CERSAM AD, pois relatou não fazer consumo de álcool e outras drogas há cinco anos, trabalhar como motoboy e

				emprego e da família		frequentar a igreja. Tais informações foram confirmadas por sua mãe, presente no momento da visita domiciliar e autora da ação judicial. Destaca-se, nesse caso o hiato temporal de seis anos referente ao período entre a abertura do processo e a decisão judicial que deferiu a internação compulsória.
H	24	M	O usuário já havia sido acompanhado pela Unidade Básica de Saúde e pelos CERSAM e CERSAM AD, com passagem também pelo CAPS de município próximo, onde residia seu genitor, e Hospital Psiquiátrico de BH.	A mãe do usuário, que se tratava de um câncer não conseguia cuidar do filho.	Deferimento da medida de internação	À época em que foi determinada a internação compulsória, a mãe informou que havia internado o filho em uma comunidade terapêutica, com previsão de alta após seis meses de acompanhamento na instituição.
I	42	M	O usuário não havia aderido às ofertas de tratamento realizadas	O usuário teve seu quadro clínico agravado-abuso de	Deferimento da medida.	A equipe da UBS realizou busca ativa a fim de ofertar

			<p>pelas equipes da UBS e do CERSAM AD</p>	<p>substâncias, transtorno de acumulação e situação de rua- após a morte de seu genitor, e mudança de seus familiares, para outro endereço, o que ensejou o agravamento da situação de vulnerabilidade, já que o usuário ficou sem suporte social. O relatório do médico da ESF recomendando a internação, já que o usuário não aderiu às ofertas de atendimento na UBS, foi o que avalizou a judicialização.</p>		<p>tratamento, mas o usuário não foi localizado.</p>
--	--	--	--	---	--	--

J	32	M	O usuário já havia sido acompanhado pela equipe do CERSAM AD, equipe da UBS	O caso foi judicializado a partir do relatório fornecido pela comunidade terapêutica que acompanhou o usuário, e que informou que o tratamento havia sido interrompido devido à descontinuidade do pagamento pela família.	Deferimento da internação compulsória	Após a determinação de internação compulsória, a equipe do CERSAM AD informa sobre a Hospitalidade Noturna no serviço por 12 dias, seguida de Permanência-Dia, após melhora do quadro clínico, com boa adesão ao uso da medicação e suporte familiar satisfatório.
K	37	M	Além do tratamento no CERSAM, o usuário já havia sido internado em hospitais psiquiátricos devido à agitação psicomotora e agressividade.	A judicialização foi validada por profissional do CERSAM, devido ao consumo de múltiplas substâncias psicoativas de longa data,	Deferimento da internação compulsória	UBS faz busca ativa e afirma que usuário está desaparecido, conforme relato de sua mãe, e que ele não está cadastrado, pois “é morador de rua”.

				situação de errância e envolvimento em conflitos com outros usuários de álcool e outras drogas		
L	38	M	O usuário havia sido acompanhado pela equipe da UBS	A família havia buscado a internação compulsória do usuário devido à situação de rua relacionada ao consumo de substâncias psicoativas.	Deferimento da medida de internação compulsória	O usuário estava desaparecido há meses, segundo informado pela genitora à equipe da UBS, não sendo possível cumprir a determinação de internação compulsória por esse motivo. Como o usuário possuía histórico de trajetória de vida nas ruas, a Equipe do Consultório de Rua foi acionada para realizar a busca ativa.
M	43	F	A usuária estava sendo acompanhada pela equipe do CERSAM há quase dois anos,	A irmã da usuária requereu a internação compulsória devido	A juíza indeferiu a internação compulsória e	Quando foi requerida a internação compulsória, a usuária não havia sido localizada no território e a

			com baixa adesão às propostas terapêuticas	à elevada vulnerabilidade social (vínculos familiares rompidos, situação de rua, e exposição a violência nas cenas de uso)	solicitou informações atualizadas sobre o caso, para poder se certificar de que a medida pleiteada era adequada.	equipe estava mobilizada na tentativa de encontrá-la.
--	--	--	--	--	--	---

N	53	M	O usuário já havia sido atendido na UBS, e encaminhado para CERSAM AD e clínicas particulares, sem adesão.	O caso foi judicializado devido ao quadro de embriaguez constante e conflitos familiares	Deferimento da medida de internação	Apesar da determinação de internação compulsória, a médica da UBS, que havia feito o relatório endossando a medida, informou que seria feita nova tentativa de tratamento no CERSAM AD, já que após a discussão do caso com vários setores da política pública, concluiu-se que as ofertas assistenciais não haviam sido esgotadas.
---	----	---	--	--	-------------------------------------	---

Fonte: elaborado pela pesquisadora em novembro de 2021.

5.2 A quem serve a internação compulsória?

Nos casos analisados, predominou a caracterização negativa dos usuários, na qual o uso problemático de álcool e outras drogas estabeleceu um marco na vida desses sujeitos, ao promover um apagamento de sua identidade, que só pôde ser nomeado desde então, a partir de outros atributos que fizessem menção ao comportamento de usar substâncias psicoativas.

Assim, a partir dessa matriz identitária-representada nos processos por “drogado”, “doente”, “dependente”, “viciado”, “toxicômano”, “alcoólatra”, “bêbado,” “intoxicado” -; derivaram outras características - como “perigoso”, “desobediente”, “ameaçador”, “briguento”, “ocioso”, “desordeiro”, “incivilizado”, “destruidor”.

À semelhança do que é apresentado nas teorias de rotulação social¹³ (*labelling approach*), há que se perguntar quem é autorizado, a partir da legitimidade conferida por seu status social, a dizer sobre “aquele que está dominado pelo vício” e “não possui discernimento”, apesar de não estar interdito.

Quem tem legitimidade para propor a ação judicial é o familiar, insatisfeito com as medidas adotadas pelo poder público para enfrentar a dependência de álcool e outras drogas. O discurso desse familiar ganha verniz normativo ao ser amparado pelo direito à saúde – encampado pela Defensoria Pública ou Ministério Público – que ao judicializar o caso, alega a impossibilidade de diálogo com o usuário, ensejando a recusa à mediação de conflitos.

¹³ “La pregunta relativa a la naturaleza del sujeto y del objeto en la definición de los comportamientos desviados há orientado las búsquedas de los teóricos del labelling approach en dos direcciones: una dirección ha conducido al estudio de la formación de la "identidad" desviada y de lo que se define como "desviación secundaria", " es decir el efecto de la aplicación de la etiqueta de "criminal" (o también de "enfer-mo mental"),sobre la persona a quien se adosa la etiqueta;la otra dirección conduce al problema de la definición, de la constitución de la desviación como cualidad atribuida a comportamientos y a individuos en el curso de la interacción y, por ello, conduce también hacia el problema de la distribución del poder de definición, hacia el estudio de aquellos que en sociedad detentan en mayor medida el poder de definición, es decir hacia el estudio de las agencias del control social” (BARATTA, 2004, p.87).

À exceção de um caso, no qual o juiz pediu que o usuário fosse citado¹⁴ no processo (pois havia atingido a maioria), em todos os outros, requereu-se a “opção pela não realização de audiência de conciliação/mediação”, evitando a possibilidade de solução do problema pelas vias extrajudiciais.

Tal postura minoritária de valorização do discurso do usuário também foi relatada na pesquisa de Diniz (2018), que entrevistou juízes no Estado do Rio de Janeiro sobre o deferimento da internação compulsória de usuários de crack: apenas 16% daqueles que deferiram a adoção da medida “mencionaram a necessidade de acesso ao paciente antes de analisar o pedido, por meio da chamada audiência de inspeção pessoal” (p.228).

Por outro lado, a resposta da autoridade sanitária, ao descrever as características do usuário, seu contexto social e a adesão ao tratamento, ou sua ausência, favoreceu ou dificultou a judicialização, ainda que não seja possível estabelecer uma relação direta entre o posicionamento do profissional de saúde e a decisão judicial.

Assim, no contexto da decisão judicial, no qual os profissionais de saúde foram convocados à ação, produziu-se a ausência¹⁵ (SANTOS, 2002) do discurso do usuário a partir de sua classificação como elemento disruptivo na dinâmica familiar.

Nesse sentido, ao determinar a internação compulsória do usuário de álcool e outras drogas, o juiz parece ter visado mais à solução do conflito familiar, do que tratar das consequências da dependência de álcool e outras drogas para sociedade. Isso porque a decisão judicial não buscou alcançar a transformação da política pública, atingindo apenas o usuário, sua família e os serviços de saúde envolvidos.

Esse fato representa um problema, pois em um contexto de escassez de recursos¹⁶, como sinaliza Paixão (2019, p.2169): “A retirada de recursos públicos para

¹⁴ Citação: “Ato pelo qual o Poder Judiciário convoca o réu, o executado ou o interessado para integrar a relação processual e, querendo, defender-se ou manifestar-se em juízo, dando-lhes conhecimento da ação contra eles demandada” (Glossário Jurídico, STF, 2021).

¹⁵ Segundo Boaventura Sousa Santos (2002, p.252): “Embora em todas as lógicas de produção de ausência a desqualificação das práticas vá de par com a desqualificação dos agentes, é nesta lógica que a desqualificação incide prioritariamente sobre os agentes, e só derivadamente sobre a experiência social (práticas e saberes) de que eles são protagonistas.”

¹⁶ Em 2016, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 95, que congelou os investimentos públicos por 20 anos. Segundo Santos e Vieira (2018, p.2308): “Na prática, o ajuste fiscal implementado no Brasil

atender ordens judiciais em confronto com as políticas de saúde estabelecidas privilegiam o autor da ação e penalizam a coletividade dependente da rede pública de saúde”.

O estudo de Vanessa Oliveira (2019) sobre o perfil socioeconômico dos autores de ações judiciais sinaliza que enquanto a judicialização da política pública geralmente ocorre nos segmentos sociais com maior renda e escolaridade, nos segmentos sociais com menor renda e escolaridade, predomina o endereçamento de conflitos familiares.

Nesse sentido, consideramos que a judicialização dos casos analisados, representada pela internação compulsória, foi proposta para apaziguar um conflito familiar, mais do que para mitigar os efeitos prejudiciais da dependência de álcool e outras drogas para o próprio sujeito. Este ponto será objeto da próxima seção.

5.2.1 O conflito familiar transformado em apelo à saúde

A fragilização dos vínculos familiares devido aos conflitos constantes com o usuário de álcool e outras drogas foi um aspecto que se destacou em todos os casos analisados:

“Mãe queixou que é somente ela que se preocupa e tem que cuidar do paciente; que a irmã dele e o cunhado estão cansados do paciente, então se afastaram dele.”

“A sra. M disse que solicitaria auxílio do sobrinho, sendo o único familiar que o paciente atende e respeita.”

“Trata-se de caso de grande comprometimento da saúde do jovem que já não respeita regras básicas de convivência em casa, e usa substâncias psicoativas de forma crônica.”

não teve por objetivo principal controlar o desequilíbrio momentâneo nas contas públicas, mas sim forçar a redução da participação do Estado na oferta de bens e serviços à população, por meio da diminuição do gasto com políticas públicas.”

A revisão da literatura sobre a inserção da família no tratamento de usuários com sofrimento mental apontou uma variedade de termos para se referir a essa prática, muitas vezes podendo ser interpretados como sinônimos: gestão de casos centrada na família, modelo de intervenção com usuários e suas famílias, intervenção orientada para a família. Todas as abordagens reconhecem a relevância da família como central para o tratamento e seis práticas foram identificadas nos artigos analisados: planejamento do cuidado familiar e definição de objetivos; ligação entre a família e os serviços e o respeito aos direitos dos familiares; apoio instrumental, emocional e social; avaliação dos membros da família e da dinâmica familiar; psicoeducação, um sistema integrado de cuidados. (FOSTER et al., 2015)

Vejamos como essas práticas foram apresentadas nos casos analisados:

“Sua mãe(...) autora do processo, **também é acompanhada por nós** e neste momento está mais tranquila e tolerante em relação aos comportamentos inadequados do usuário. **Acreditamos que um acompanhamento mais próximo do Centro de Saúde à família poderia nos ajudar nesta tentativa de vincular o Sr. W ao tratamento, inclusive ofertando acompanhamento psicológico a mãe.**”

“A mãe informa que está prestes a fazer uma cirurgia e fica preocupada como o filho irá se comportar. Por ser separada do pai dele fica ainda mais difícil, pois o pai mora em X [outro município].(...) **Oriento a mãe a levar o paciente no CERSAM AD com encaminhamento da Equipe de Saúde da Família. A mãe compareceu no Centro de Saúde em 21/9/2017 e buscou o encaminhamento.** (...) Informou que conversou com o filho e ele disse que aceita o tratamento no CERSAM AD. **Explico para a mãe que o serviço está disposto a ajudá-la no manejo dos cuidados com o filho.**”

Nos casos analisados, a família foi acolhida nos serviços de saúde como parte do tratamento do usuário, para que pudesse compartilhar suas dificuldades e obter orientação sobre o manejo adequado.

Entretanto, algumas situações vivenciadas pelos familiares tais como adoecimento, comprometimento da renda para pagar dívidas relativas às drogas e ameaças de traficantes ensejaram o pedido do afastamento do usuário do domicílio:

“Embora tenha coligido aos autos cópia das petições iniciais das ações mencionadas, verifica-se que naquele feito o autor requereu que o ora agravante fosse compelido a efetuar o custeio do tratamento(...) no Centro de Reabilitação X, onde já **teria celebrado um convênio de hospedagem e tratamento.**”

“A Sra. X informou que obteve a curatela do usuário e **gostaria que ele ficasse preso em algum lugar para fazer o tratamento.**”

Em que pese o desgaste familiar, a equivalência do tratamento à hospedagem e à prisão indica que a família esperava alcançar objetivos que extrapolam quaisquer propostas terapêuticas.

5.2.2 A desarticulação intrasetorial como combustível para a judicialização

Em nenhum dos casos analisados, foi citada a Unidade de Acolhimento Transitório, para a qual o usuário poderia ser encaminhado pelo CERSAM AD, nas situações de maior vulnerabilidade social. De acordo com o site da Prefeitura de Belo Horizonte:

As Unidades de Acolhimento Transitório constituem-se como respostas para alguns dos modos de expressão da fragilidade social, quais sejam: a vida na rua, a ruptura dos vínculos familiares e sociais e a proteção nas situações de ameaças e risco à vida dos usuários. Orientadas pelos mesmos princípios dos demais dispositivos da Reforma Psiquiátrica e do SUS, as Unidades de Acolhimento - UA (adulto) e UAi (infanto-juvenil) se inserem na rede de cuidados como dispositivos de suporte social aberto, que oferecem proteção sem excluir ou segregar. (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2020)

O encaminhamento dos usuários à Unidade de Acolhimento poderia favorecer não apenas a adesão ao tratamento e o acompanhamento dos casos pelos serviços da rede de saúde municipal, mas também o apaziguamento do sofrimento dos familiares.

Em apenas um caso de elevada vulnerabilidade social, representada pela trajetória de vida nas ruas, foi destacada a articulação com o Consultório de Rua, equipe multiprofissional que atua nas cenas de uso, por meio do vínculo e do acolhimento, favorecendo o acesso aos serviços de saúde.

A pesquisa de Machado, Modena e Luz (2020), sobre as práticas de cuidado realizadas em três CERSAM AD de Belo Horizonte evidenciou achados diferentes dos que foram apresentados nesta pesquisa: por meio da realização de grupos focais com usuários e familiares, estes destacaram a importância de o tratamento ser realizado em serviço de base comunitária, com a participação da família, rechaçando a proposta de reduzir o tratamento à internação em ambiente fechado.

Esse aspecto lacunar poderá ser esclarecido em pesquisas futuras em que se investigue quais fatores influenciam a decisão familiar na busca de tratamento na rede de atenção psicossocial em detrimento do modelo asilar.

5.2.3 Alguns indicativos de freios e contrapesos à judicialização

Destacaram-se dentre os casos analisados, aqueles em que o apoio familiar se apresentou como fator de estabilização:

“O pai está presente no tratamento e concorda com a alta da Hospitalidade Noturna em 21/05/2018. A intenção é que o usuário seja liberado com o pai nesta data. Nega vontade de usar substância e relata estar disposto a trabalhar com o pai na venda de algodão doce.”

“G relata estar frequentando o NA (Narcóticos Anônimos), fazendo acompanhamento psicológico, realizando projetos assistenciais na igreja que frequenta e trabalhando como motoboy. Está residindo com sua esposa e mãe.”

Foge ao escopo do presente trabalho discutir as especificidades da proposta do grupo Narcóticos Anônimos. Entretanto, uma vez que ele foi citado em um dos casos analisados como exemplo exitoso, apresentamos a seguir algumas de suas características.

Trata-se de um grupo de ajuda mútua, no qual os adictos (nomeação que define a identidade de seus membros) compartilham suas experiências, em reuniões, visando à abstinência de quaisquer drogas, por meio da metodologia dos Doze Passos, que “se definem na admissão de que existe um problema com uso de substâncias psicoativas, na busca de ajuda, na autoavaliação, no compartilhamento

em nível confidencial, na disposição para reparar danos causados e para trabalhar com outros ‘adictos’ que queiram se recuperar” (LOECK, 2009, pp.16-17).

Além disso, a espiritualidade é um importante componente do tratamento, não sendo vinculado a uma religião específica, mas à conexão com um Poder Superior (LOECK, 2009).

Essas características apontam para um modelo híbrido de tratamento, pois embora a imposição da abstinência e o recurso à espiritualidade reflitam uma concepção proibicionista- já que o lócus de controle é externo, ou seja, o usuário precisa delegar a terceiros o êxito do tratamento, por ser impotente frente à droga- a ausência do isolamento social e o incentivo à retomada de vínculos, por meio da reparação, como proposta terapêutica, alinham-se ao modelo psicossocial, por apostarem na capacidade e autonomia do usuário.

Nos dois casos citados acima, além do apoio familiar, a inserção no trabalho também foi um indicativo da melhora do quadro clínico e do fortalecimento de laços sociais. Porém, na maioria dos casos analisados, esse aspecto não foi contemplado:

“Fica o dia inteiro em casa e à noite sai para usar drogas.”
“A Sra. H é uma senhora que hoje luta pela sobrevivência do filho drogado, o que afeta toda sua vida e não a permite trabalhar.”
“Ele não sabe certo ou errado, não conseguirá emprego em lugar algum.”
“Atualmente apresentando incapacidade para atividades laborativas.”
“Uso abusivo de álcool que a tem impedido de trabalhar.”

Esses elementos foram citados nos relatórios, buscando responder às perguntas do formulário da Defensoria Pública, que visavam alcançar a extensão do dano causado pelo uso de álcool e outras drogas:

“Favor explicar com detalhes o quadro clínico vivenciado pelo paciente, bem como a repercussão disso para a sua vida pessoal e profissional.”

“O quadro atual do paciente impede que ele exerça atividade profissional?
Justificativa.”

Em alguns casos, mesmo quando o usuário realizava alguma atividade, essa foi citada de modo a estigmatizá-lo, por sua associação com o uso de álcool e outras drogas:

“Observa-se que embora o paciente trabalhe informalmente com a venda de recicláveis, esta atividade torna-se subterfúgio para agravar sua condição de errância, contribuindo para sua permanência nas ruas e para o uso abusivo de drogas.”

(Resposta de profissional da UBS)

No trecho anterior, destaca-se que a inserção precária no mercado informal de trabalho, por meio da atividade de venda de materiais recicláveis, soma-se ao consumo de drogas para potencializar a estigmatização do usuário.

Segundo Jessé Souza (2016), esse processo de desclassificação social não permite reconhecer o usuário de drogas como um semelhante, já que a igualdade jurídica precisa ser legitimada socialmente, o que não ocorreu nos casos analisados, pois os sujeitos não foram considerados interlocutores válidos.

Assim, o que se observou foi a dificuldade de compreensão de alguns profissionais sobre o acúmulo de desvantagens sociais que pesa sobre as classes desfavorecidas, a partir de uma leitura moral do uso de álcool e outras drogas.

Nessas situações, de extrema vulnerabilidade social, a articulação com outras políticas públicas seria de grande valia para o cuidado integral dos usuários. Assim, vejamos como essa interlocução ocorreu nos casos analisados.

5.3 A desarticulação entre as políticas públicas como mola propulsora do “risco”

A intersectorialidade é um tema que pode ser entendido a partir de diferentes enfoques: abordagem, processo, paradigma, estratégia, modo de gestão das políticas públicas (CARMO; GUIZARDI, 2017). Se do ponto de vista teórico não há consenso em torno de sua conceituação (AKERMAN et al., 2014; CARMO; GUIZARDI, 2017) do ponto de vista prático não há dissenso em torno da ideia de que a gestão e a operacionalização conjunta de diferentes políticas possibilitam maior efetividade das ações, ao propiciar melhoria das condições de vida da população e melhor uso dos recursos públicos. (WANDERLEY; MARTINELLI; PAZ, 2020; CARMO; GUIZARDI, 2017, AKERMAN et al., 2014).

O modelo *Housing First* é um exemplo exitoso de política intersectorial, no qual se viabiliza o acesso à moradia a pessoas em situação de rua, juntamente com ofertas de outras políticas públicas, favorecendo a redução do consumo de álcool e outras drogas e a criação de novas formas de sociabilidade (BRASIL, 2019).

Nos casos analisados, o relatório de somente uma equipe de saúde citou articulação com a assistência social, mais especificamente, com o PAEFI (Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos) “voltado para famílias e pessoas que estão em situação de risco social ou tiveram seus direitos violados” (BRASIL, 2021).

Também a situação de rua vivenciada pelos usuários que tiveram seus casos judicializados não mobilizou a articulação dos profissionais de saúde com o Serviço Especializado de Abordagem Social (SEAS), que, de acordo com informação disponibilizada no site da Prefeitura de Belo Horizonte, trata-se de trabalho:

desenvolvido pela Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania. Um trabalho de busca ativa, que identifica a presença de pessoas vivendo nas ruas e auxilia no acesso a direitos. Com atuação em toda a cidade, por meio de equipes distribuídas nas nove coordenadorias regionais, o serviço é realizado em parceria com entidade socioassistencial conveniada com a PBH. Os profissionais, das áreas de Ciências Humanas e Artes, abordam as pessoas em situação de rua, nos turnos da manhã, tarde e noite, procurando criar um vínculo de confiança e, a partir de então, construir juntos um caminho de superação das vulnerabilidades e riscos. Busca-se, através desse contato, ouvir as pessoas, entender seus desejos, demandas e necessidades, para inseri-las nos serviços públicos da cidade,

como saúde, educação, habitação e cultura, entre outros. (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2021)

Nesse cenário, destacou-se a ausência de interlocução entre as políticas públicas de saúde e assistência social, por meio das quais se poderia desenvolver ações intersetoriais, contribuindo para evitar o agravamento da situação. Nesse sentido, ressaltamos a atuação do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)¹⁷, que junto com os demais serviços do território, poderiam trabalhar conjuntamente na busca de soluções locais.

Em alguns casos, foi citada, pontualmente, a política de segurança pública, notadamente a Polícia Militar, acionada para registrar situações conflituosas, perpetuando a concepção de que as questões relativas ao consumo de drogas são caso de polícia.

Assim, a atuação fragmentada das políticas públicas favorece o que Lancetti (2015) denominou de contrafissura, conceito que faz referência ao sintoma social que articula mídia, política, saúde e judiciário na busca por respostas imediatas, visando solucionar problemas complexos, a partir de uma perspectiva reducionista do fenômeno contemporâneo da dependência das drogas.

Um episódio ocorrido em São Paulo, descrito pela jornalista Clara Becker, na revista Piauí de março de 2013, ilustra bem as controvérsias em torno do tema. O juiz que trabalha próximo à cena de uso, denominada de Cracolândia, analisando cerca de 20 solicitações diárias de internação involuntária (a pedido de familiares), não deferiu nenhum pedido de internação compulsória.

O magistrado é retratado como uma pessoa sensível aos sofrimentos dos familiares, trabalha em condições ergonômicas inadequadas, impensáveis para uma profissão de prestígio social elevado, recusa ser chamado pelo pronome de tratamento destinado à categoria, e quando questionado sobre a baixa eficácia da medida de internação demandada pelos familiares, justifica sua conduta com

¹⁷ Centro de Referência da Assistência Social: “porta de entrada [da política] de assistência social, localizado prioritariamente em áreas de maior vulnerabilidade social(...)com o objetivo de fortalecer a convivência com a família e com a comunidade” (BRASIL, 2021)

argumento religioso.” O Talmude diz que cada pessoa é um universo. Se você salva duas, já foram dois universos salvos” (BECKER, 2013).

Na porta do Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD), local onde o juiz trabalha, manifestantes protestam contra a atuação do magistrado, que objetiva agilizar o processo de internação compulsória, e reivindicam o respeito aos direitos dos usuários de drogas. Para o magistrado, trata-se de garantir o acesso à saúde, para os manifestantes, de violação de direitos. Quando perguntado sobre qual sua avaliação acerca dos protestos, diz: “O que é a opinião pública? Eu tomo minhas decisões de acordo com a minha consciência e com pesquisas”. O juiz rebate também a ideia de que estaria corroborando com uma política higienista e afirma que “As pessoas estão projetando seus temores inconscientes. Não vai sair um monte de perua recolhendo gente na rua”.

O salvacionismo encarnado pelo juiz que despacha na cracolândia pode ser equiparado ao discurso de comunidades terapêuticas que atuam na perspectiva religiosa, como a Missão Batista Cristolândia, na qual um dos usuários dos casos em análise esteve internado por três meses. De acordo com o site da organização, sua missão é: “Transformar as cracolândias em Cristolândias, prevenindo e combatendo o uso indevido de drogas e substâncias psicoativas, buscando a transformação dos dependentes químicos pelo Evangelho de Jesus Cristo, reinserindo-os ao convívio social e familiar” (CRISTOLÂNDIA, 2021).

Essa concepção salvacionista apareceu na proposição de várias ações de internação compulsória:

“A internação é a **derradeira tentativa de restabelecer o estado de saúde e salvaguardar a vida da primeira requerida**, consistindo em sopro de esperança da parte requerente em recuperar sua filha.”

(Caso D, pag. 8, negrito no original)

“Soma-se a tudo o que foi exposto, o fato de que, segundo as informações contidas no relatório anexo, o quadro atual do paciente é urgente, o que o impede de aguardar a designação da internação em data futura e incerta pelo SUS (...) a internação acaba sendo a única solução possível para o tratamento do paciente.”

A Assessoria Jurídica do Município, visando subsidiar a defesa da Secretaria de Saúde, solicita o envio de informações complementares aos serviços de saúde, tais como:

“Há política pública implementada, no âmbito municipal, visando atender à pretensão da parte autora?”
“Há evidências científicas de que o fármaco ou procedimento pleiteado é eficaz no tratamento da patologia que acomete a parte autora?”
“Há evidências científicas que atestem pela superioridade do tratamento pleiteado pela parte autora em relação ao tratamento alternativo fornecido pelo SUS?”
“O procedimento ou medicamento já se encontra incorporado aos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas?”

A primeira pergunta foi respondida informando sobre a Rede de Atenção Psicossocial do Município, as ofertas assistenciais, a adesão ao tratamento – ou sua ausência – e o projeto terapêutico, que delineou as estratégias dos serviços de saúde para favorecer a vinculação do usuário.

As demais perguntas não foram respondidas pelos serviços de saúde nos casos analisados, o que favoreceu a preponderância da narrativa salvacionista, para respaldar a judicialização.

Essa narrativa contraria o disposto na Nota Técnica 86/2014, do Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS/UFMG/TJMG), de que a internação de usuários de drogas, quando necessária, deve ser breve, visando à desintoxicação.

Esse documento também afirma que “a internação compulsória prolongada em hospitais psiquiátricos está proscrita”, assim como assevera que as internações prolongadas em comunidades terapêuticas “não têm evidenciado bons resultados clínicos, com uma relação custo-benefício negativa” (MINAS, GERAIS, 2014, p.2-3).

A única menção à suposta eficácia da internação compulsória foi realizada na proposição da ação pela Promotoria, citando parte do documento estadunidense “Dos

princípios do tratamento efetivo” do NIDA (*National Institute on Drug Abuse*), publicação nº 4180, cuja síntese apresento no Quadro 5 a seguir.

Entretanto, como se verá a seguir, os demais pontos apresentados no documento não sustentam esse argumento, preconizando uma abordagem de cuidado integral ao usuário de álcool e outras drogas:

Quadro 5: Princípios do tratamento efetivo para usuários de drogas, de acordo com o NIDA

1. Não há um tratamento único que seja ideal para todos.
2. O tratamento deve estar sempre disponível.
3. O tratamento efetivo deve contemplar as várias necessidades da pessoa, não apenas o uso de drogas.
4. O plano de tratamento deve ser continuamente avaliado, e, se for o caso, modificado para assegurar que se mantenha atualizado com as mudanças nas necessidades da pessoa.
5. É importante que o paciente permaneça um período adequado de tempo no tratamento.
6. O aconselhamento (individual e /ou em grupo) e outros tipos de psicoterapias comportamentais são componentes indispensáveis do tratamento efetivo para a dependência.
7. Para muitos pacientes, os medicamentos formam um elemento importante do tratamento, especialmente quando se combinam com diferentes tipos de terapia.
8. No caso de indivíduos com problemas de dependência ou abuso de drogas, que ao mesmo tempo apresentam outros transtornos mentais, devem-se tratar os dois problemas de forma integrada.
9. A desintoxicação médica é apenas a primeira etapa do tratamento para a dependência, e por si só, pouco faz para modificar o uso de drogas em longo prazo.
10. O tratamento não precisa ser voluntário para ser efetivo.
11. O uso de drogas durante o tratamento deve ser supervisionado constantemente.
12. Os programas de tratamento devem incluir exames para HIV/AIDS, hepatite B e C, tuberculose e outras enfermidades infecciosas, conjuntamente com outras terapias necessárias para ajudar os pacientes a modificar ou substituir aqueles comportamentos que os colocam a si e aos outros em risco de serem infectados.
13. A recuperação da dependência das drogas de ser um processo em longo prazo e frequentemente requer várias tentativas de tratamento.

Fonte: NIDA (2020). Quadro elaborado pela pesquisadora em abril de 2021.

Em consulta ao artigo citado pela Promotoria, obteve-se a explicação para o item 10: a entrada e a permanência no tratamento poderiam ser favorecidas pela coerção advinda de familiares, empregadores ou sistema de justiça criminal (NIDA, 2020).

Na experiência brasileira, esse tipo de coerção, tal qual ocorreu em São Paulo, na maior cena de uso de drogas do país, foi relacionada às escolhas forçadas dos usuários, que para evitar a responsabilização como traficantes, aceitavam a internação (LANCETTI, 2015; RUI, 2013). Entretanto, ao se adotar esse tipo de abordagem, há risco significativo de abandono do tratamento, por comprometer o vínculo com os profissionais de saúde.

Nos casos analisados, também se verificou que as internações forçadas não produziram bons resultados terapêuticos:

“Já foi internada em mais de quinze instituições fechadas, e sempre quando sai, volta ao uso compulsivo, sem qualquer mudança de seu comportamento. Por isto, o tratamento involuntário/compulsório certamente se mostrará ineficaz como essas outras internações.”

“A mãe informa que X não pôde vir, pois encontra-se internado em numa clínica para tratamento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Ela relata que esta já é a 23ª internação do filho em clínicas do tipo.”

Assim, parece haver um contrassenso nas internações compulsórias, uma vez que, para fazer valer o direito à saúde, cria-se uma porta de entrada paralela à própria organização da política pública, que não altera as condições de vida do usuário, nem o reconhece como capaz de se responsabilizar como sujeito e cidadão.

Isso não quer dizer que a internação não possa ser utilizada: ela tem seu lugar no tratamento e é um recurso que pode ser empregado quando os profissionais assistentes recomendarem. Está prevista na Lei da Reforma Psiquiátrica e nas portarias que dispõem sobre o funcionamento da rede de atenção psicossocial: deve ocorrer em hospital geral, quando houver indicação clínica para tal, ou seja, nos casos em que houver comprometimento clínico concomitante ao sofrimento mental.

Consideramos importante destacar esse aspecto, pois em um dos casos analisados o profissional de saúde considerou o tratamento no CERSAM AD como “alternativo à internação”, sugerindo desconhecimento de que o preconizado na Reforma Psiquiátrica é a substituição dos hospitais psiquiátricos por serviços de atenção de base comunitária.

Ademais, a Defensoria Pública, na proposição de várias ações, afirmou:

“Note-se que os médicos em geral nunca aproveitam a possibilidade de internação involuntária (que pode ser autorizada diretamente pelo profissional de saúde ante o pedido da família comunicado o MP), não importa a gravidade do caso, porque receiam fazê-lo sem autorização da Justiça. Por isso a necessidade premente de intervenção do Judiciário”

Assim, quando o foco está na internação, o modelo psicossocial é invisibilizado, reforçando o argumento da internação compulsória, a partir do modelo biomédico. O

Quadro 6 a seguir, elaborado por Ramoa, Teixeira e Belmonte (2019) sintetiza as diferenças entre os modelos:

Quadro 6: Síntese sobre desinstitucionalização e institucionalização

Desinstitucionalização	Institucionalização
Foco no sujeito	Foco na droga
Conceito de saúde ampliado	Conceito de doença
Modelo de Atenção Psicossocial	Modelo Biomédico
Cuidado em liberdade	Isolamento
Lógica da Redução de Danos	Abstinência como Princípio
Inclusão social	Reabilitação
Cuidado no território	Asilamento
Centros de Atenção Psicossocial, Unidades de Acolhimento, Residenciais Terapêuticos	Comunidades terapêuticas

Fonte: Ramoa, Teixeira, Belmonte (2019).

Assim, ganha força o que se convencionou denominar de biologização da psiquiatria: o tratamento do sofrimento psíquico unicamente a partir de sua vertente biológica, dissociada de processos históricos e sociais, dos quais os manuais diagnósticos como o DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) é um dos maiores representantes (Neves *et al*, 2021)

Dentro dessa perspectiva, não se pergunta sobre quais funções o álcool e as outras drogas exercem na vida do usuário, nem qual relação ele estabelece com as substâncias psicoativas e com outros sujeitos, recusando o protagonismo do usuário no seu tratamento.

Esse espaço para que o usuário pudesse falar sobre si não apareceu de modo significativo nos processos. Foi possível recolher alguns fragmentos da subjetividade desses usuários a partir do discurso de terceiros: seus familiares, vizinhos que se dispuseram a fornecer informações à Defensoria Pública, deste órgão, do Ministério Público e do juiz de que deferiu ou não a internação compulsória e dos profissionais de saúde.

Assim, o esvaziamento do discurso do usuário de álcool e outras drogas denota uma assimetria de poder na judicialização, que se manifesta na legitimação daqueles autorizados a falar em nome do usuário de álcool e outras drogas, já que este é descrito na proposição da ação como um indivíduo que “não possui discernimento”, e que “está totalmente dominado pelo vício”.

Nesse sentido, o trabalho de Parker (2011) sobre o processo de estigmatização de alguns grupos sociais, desenvolvido a partir do postulado de Goffman (1975)¹⁸, contribui para pensar sobre o status do usuário de álcool e outras drogas: um processo social no qual desigualdades são reforçadas, por meio de relações de poder que envolvem práticas discriminatórias e excludentes, a partir da aplicação de normas sociais.

Assim, ainda que os processos analisados só possibilitem fazer inferências sobre um período bastante reduzido, observou-se que a desarticulação intra e intersetorial favoreceu a judicialização dos casos, operando inclusive como forma de sanção, a partir do conceito de risco, que será explicitado na próxima seção.

Essa desarticulação inclusive foi explicitada em um dos casos analisados:

“Após discutir este caso com representantes de vários setores da PBH, foi avaliado por eles que não foram esgotados todos os recursos da prefeitura neste caso (...) em tempo, dou por cancelados todos os relatórios feitos por mim, anteriores ao dia de hoje”

Embora a médica que assinou o relatório tenha se manifestado no sentido de retificar os documentos produzidos anteriormente, a internação compulsória já havia sido determinada no mês anterior.

A desarticulação entre as políticas públicas também foi destacada em um estudo que buscou avaliar a intersetorialidade na promoção da saúde em seis municípios da região metropolitana de Belo Horizonte: “A incoerência entre o operacional-praticado e o plano programático-normativo evidenciam que a

¹⁸ Estigma, para Goffman (1975), é um atributo individual valorado socialmente de forma negativa, acarretando segregação e menosprezo desse indivíduo pelos demais.

intersetorialidade ainda constitui um desafio a ser superado” (SILVA et al., 2014, p.4368).

O trabalho desarticulado entre as políticas públicas promoveu a ideia de que não havia mais recursos a serem utilizados nos casos acompanhados, fazendo emergir o conceito de risco como balizador da judicialização. Esse aspecto será apresentado na próxima seção.

5.3.1 O conceito de risco nos processos de internação compulsória

O conceito de risco foi um elemento central em todos os casos analisados e fundamentou a proposição das ações de internação compulsória, por meio da caracterização dos agravos à saúde do usuário devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas, assim como o risco à terceiros, representado pela periculosidade.

Na saúde pública, a concepção de risco relaciona-se à maior exposição de um dado grupo populacional a um agravo, por suas características individuais e sociais, que predispõe ao aumento da probabilidade de adoecimento, em comparação a outros grupos populacionais não expostos às mesmas condições. Nesse contexto, a vigilância epidemiológica, ao identificar as vulnerabilidades de determinados grupos, possibilita a adoção de práticas preventivas, de modo a mitigar os agravos, e a alocação de recursos para as ações em saúde, a partir do diagnóstico em determinado local. (CESAR, 1998)

Para a Defensoria Pública, o risco poderia ser deduzido a partir das respostas dos profissionais de saúde às seguintes perguntas, presentes em um formulário, entregue ao familiar, no qual constavam perguntas abertas e outras com espaço destinado à marcação de um X, em uma espécie de questão de múltipla escolha de uma prova:

Quadro 7: Critérios utilizados pela Defensoria Pública para embasar a internação compulsória

“A ausência de internação urgente do(a) paciente poderá ocasionar ao paciente as seguintes consequências:

- Risco de Morte;
- Perda irreversível de órgãos ou de funções orgânicas;
- Risco de ataques epiléticos;
- Risco de cegueira;
- Dores relevantes;
- Grave Comprometimento da saúde;
- Outras.

Explicação das consequências acima, inclusive futura.”

“O quadro atual do paciente permite identificar algum grau de prioridade para a internação necessária? Sim Não

Justificar.”

“O quadro atual do paciente permite que ele aguarde a designação da internação (caso necessária), em data futura e incerta, pelo SUS, sem colocar em risco a sua própria vida e a vida de familiares? Sim Não

Justificar.”

“A ausência de tratamento poderá ocasionar danos ao paciente ou a terceiros?
Justificar.”

Nos casos analisados, a Defensoria Pública alega “a imprescindibilidade da medida para manutenção da vida do usuário” e que “outros modelos terapêuticos seriam inócuos diante do sério estado clínico e violência no seu modo de agir”. Ou seja, considerando a gravidade da condição clínica do usuário e seu comportamento agressivo, seria razoável requisitar uma medida excepcional, representada pela internação compulsória.

Entretanto, a concepção de “urgência na internação” descrita acima não coincide com sua aplicação na saúde, representada pelo Protocolo de Manchester, classificação de risco adotada pela Prefeitura de Belo Horizonte. Esse protocolo clínico estabelece critérios prioritários para atendimento dos usuários que chegam aos serviços de saúde, com base no diagnóstico e tempo necessário para a intervenção ser realizada visando à preservação da vida do usuário. (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2014)

No documento “Demanda Espontânea na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte”, o uso de drogas lícitas e ilícitas está citado no quadro “casos não urgentes que necessitam de priorização”, dentro do critério “condições de vulnerabilidade ou de atendimento oportuno” (p.29), ensejando atendimento do usuário pela equipe de saúde da família. O sofrimento mental agudo tem como unidade de atendimento de referência o CERSAM, “exceto nos casos de abstinência, intoxicação grave ou outros casos de instabilidade clínica que justifiquem primeiro atendimento na UPA” (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2014, p.31).

O atendimento prioritário (classificação amarela do Protocolo de Manchester¹⁹), de acordo com fluxograma da Secretaria Municipal de Saúde (2020) justifica-se nos seguintes quadros de agitação/alteração aguda do comportamento/confusão mental:

Quadro 8: Quadros de agitação/alteração aguda do comportamento/confusão mental que justificam o atendimento prioritário, segundo o Protocolo de Manchester

- Febre baixa
- Desidratação moderada/intensa
- Letargia
- Choro inconsolável
- Alucinações
- Agitação psicomotora
- Aceleração moderada da fala/pensamento
- Ideação persecutória ou delirante
- Ideação de autoextermínio
- Uso abusivo recente de álcool ou outras substâncias psicoativas
- História dos seguintes fatores de risco ou condições clínicas associadas:
- Trauma cranioencefálico recente (< 72h).
- Perda de consciência nas últimas 24h.
- Déficit neurológico focal > 24h associado ao quadro atual.
- Gestante/puerpério imediato (10 dias).
- Maiores de 85 anos.
- Pessoa restrita ao domicílio.
- Uso de álcool ou substâncias psicoativas.
- Relato discordante (história fornecida não explica achados físicos - sentinela de abusos/maus-tratos)

Fonte: Prefeitura de Belo Horizonte (2020). Quadro elaborado pela pesquisadora em abril de 2021.

¹⁹ Classificação Amarela do Protocolo de Manchester - Atendimento Prioritário: Garantir o atendimento médico (ou do cirurgião-dentista no caso de queixas relacionadas à saúde bucal) no Centro de Saúde em até 1 hora. Se necessário, o usuário será encaminhado a outro ponto de atenção para continuidade do cuidado. Estes casos necessitam de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertadas, inicialmente, medidas de conforto pela enfermagem até a avaliação do profissional médico ou dentista (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2020, p.8)

Depreende-se da leitura do protocolo da Secretaria Municipal de Saúde (2020) que é a partir do quadro clínico apresentado e da classificação da urgência no momento da avaliação que a conduta assistencial é determinada, não sendo possível definir, a priori, pela internação.

Outro elemento que se destacou nos casos analisados foi o indicativo de maior gravidade, quando não foi possível a localização dos usuários no território – por estarem em situação de rua no centro da cidade ou em errância – indicando fragilização dos vínculos sociais e maior exposição a diversos agravos à saúde:

“Em conversa com a mãe do paciente, fomos informados que o mesmo está desaparecido desde (...) e a família não tem notícias de seu paradeiro”.

“Comportamento errante pela cidade e outros municípios, constante envolvimento em brigas e lutas corporais com outros dependentes químicos. Situação de mendicância. Uso de diversas substâncias ilícitas”.

“Foram feitas várias tentativas de busca ativa na residência do paciente nas últimas duas semanas, mas ele estava desaparecido. Em 12/04, fizemos contato telefônico com o pai, que nos informou que o filho havia retornado para casa muito debilitado fisicamente. Combinamos com o pai que ele acompanharia o paciente em nosso serviço no dia seguinte, no entanto, ele preferiu levar o filho até a UPA (...). No momento, o paciente está aguardando internação clínica para tratar de pneumonia”.

A pesquisa de Rui (2014) sobre a importância do que denominou “da relação entre centralidades-periferia” também reflete essa perspectiva. Nas periferias, onde o desleixo com a aparência e os excessos decorrentes do uso de crack são objeto de controle e punição por parte de conhecidos e traficantes, há maior regramento no consumo de substâncias, já que a violação ao código de conduta local, poderia ensejar inclusive a expulsão do território. Já no centro, onde as possibilidades de obtenção de renda são maiores e as relações são mais fugazes, a tendência ao descontrole do consumo é maior.

Ainda no campo de produção de conhecimento sobre experiências com usuários em situação de rua, destaca-se o índice de autonomia elaborado pela equipe

de referência de Belo Horizonte²⁰, apresentado no Manual do Cuidado para a População em Situação de Rua (BRASIL, 2012). Os Quadros 7 e 8 a seguir apresentam os parâmetros para o cálculo desse índice.

Quadro 9: Parâmetros para cálculo do índice de autonomia

Índice de Autonomia	Risco Físico	Risco Mental	Risco Social
0	Problema físico incapacitante	Problema mental incapacitante	Dorme na rua
1	Problema físico grave, mas não incapacitante	Problema mental grave, mas não incapacitante	Dorme em abrigo ou albergue
2	Sem doenças físicas graves	Sem doenças mentais graves	Dorme em repúblicas ou superior a albergue

Fonte: Candiani (2012). Quadro elaborado pela pesquisadora em abril de 2021.

Quadro 10: Encaminhamento de ações conforme cálculo do índice de autonomia

As somas dos índices acima definirão as ações da equipe conforme escore abaixo:

- 5 a 6 – Caso discutido só em reunião de equipe;
- 3 a 4 – Discutir caso com equipe de apoio da UBS (saúde mental, serviço social etc.);
- 0 a 2 – Discutir caso em reunião ampla da abordagem conjunta.

O prontuário do usuário deve fazer referência ao Índice de Autonomia (IA) deste. A ESF da PSR [População em Situação de Rua] de Belo Horizonte desenvolveu índice de autonomia (IA) para conseguir priorizar cuidado. Os pacientes com autonomia baixa eram discutidos mais frequentemente e em fóruns mais amplos.

Fonte: Candiani (2012). Quadro elaborado pela pesquisadora em abril de 2021.

A aplicação dessa ferramenta não foi realizada integralmente na maioria dos casos analisados, predominando o enfoque relativo aos dois primeiros tipos de risco: o físico e o mental. Nesse sentido, uma maior articulação com a política de assistência social, responsável pelos equipamentos citados na coluna “Risco Social”, poderia ser

²⁰ À época em que o documento foi publicado, havia uma equipe de saúde da família de referência para a população em situação de rua no município, lotada em Unidade Básica de Saúde na região central. Posteriormente, com o crescimento dessa população em Belo Horizonte e em consonância com a descentralização das ações voltadas a esse público, foi preconizado que todas as equipes de saúde atendessem as pessoas em situação de rua. (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2017; MARIANO, 2017)

um instrumento auxiliar na estruturação de um projeto terapêutico singular nos casos de maior vulnerabilidade.

Por outro lado, o uso de crack-droga mais citada nos processos- não deveria ser associado ao risco de morte per si, uma vez que, de acordo com a Pesquisa Nacional sobre o Uso de Drogas, realizada pela Fiocruz (2014), o tempo médio de uso da substância em capitais brasileiras é de oito anos, ou seja, não corrobora com a ideia de que o uso de crack é letal.

O risco de overdose devido ao consumo de crack não encontra respaldo na literatura, sendo o óbito por causa externa (homicídio) a principal causa de mortalidade nesse público (TEIXEIRA; ENGSTROM; RIBEIRO, 2017; RIBEIRO et al., 2006).

Entretanto, algumas manifestações dos profissionais, não previstas nos protocolos clínicos e diretrizes institucionais da Secretaria Municipal de Saúde, reforçaram a narrativa da imprescindibilidade da internação compulsória:

<p>“Finalidade desta internação e sua urgência: Abstinência de entorpecentes”.</p> <p>(Resposta de profissional da RAPS de Belo Horizonte)</p>
<p>“Conforme relato supra o grau de prioridade de internação em ambiente seguro e protegido é urgente, emergente e imediato”.</p> <p>(Resposta de comunidade terapêutica que havia acompanhado o usuário por alguns meses)</p>
<p>“Sem intervenção imediata, certamente ele está incorrendo em risco de morte para si ou para qualquer cidadão contribuinte ou não, até mesmo a qualquer animal de estimação ou não”.</p> <p>(Resposta de comunidade terapêutica que havia acompanhado o usuário por alguns meses)</p>
<p>"O paciente precisa ser internado compulsoriamente e quanto mais rápido melhor, tendo em vista que, mora na rua, pratica pequenos furtos para manter seu vício e pode morrer em decorrência do vício ou ser morto por não conseguir pagar pelas drogas que usa".</p> <p>(Resposta de profissional da RAPS de Belo Horizonte)</p>
<p>“Paciente pode fazer uso abusivo de drogas levando a overdose e risco de morte”.</p> <p>(Resposta de profissional da RAPS de Belo Horizonte)</p>

“A ausência de internação urgente do internando em estabelecimento fechado e adequado ao seu tratamento poderá lhe ocasionar RISCO DE MORTE DE SI E DE TERCEIROS, PERDA IRREVERSÍVEL DE ÓRGÃOS E FUNÇÕES ORGÂNICAS, RISCO DE ATAQUES EPILÉPTICOS, CONVULSÕES GRAVES A PONTO DE CAUSAR MORTE, IMINÊNCIA DE DIABETES TIPO 1 E 2 E CIRROSE HEPÁTICA para o internando e terceiros que habitam em seu redor”.

(Caixa alta no original, resposta de comunidade terapêutica que havia acompanhado o usuário por alguns meses)

Nos excertos supracitados, destaca-se não só a ausência de rigor técnico na avaliação realizada, mas também a desconsideração do papel que a ambivalência pode exercer no tratamento e qual deve ser a postura da equipe:

As equipes experientes no tratamento de dependentes de drogas devem saber que a plena implicação do sujeito com o seu tratamento, em geral, não é a regra que ocorre com os que iniciam tratamento, nem se produz de forma imediata. A motivação para interromper o uso varia de uma pessoa para outra e, com frequência, ela se apresenta de forma flutuante, oscilando em diferentes momentos de sua trajetória. Esse é um dos motivos pelos quais aprendemos que não devemos ter atitude passiva e ficar esperando que a pessoa decida se tratar. Também não podemos deixar por conta da pessoa a tomada de decisões sobre os procedimentos indicados no tratamento, pois, sendo a motivação instável, ela pode colocar obstáculos ao tratamento, mantendo a situação inalterada. Assim, as posturas extremas, como impor o tratamento e exigir abstinência, e todas as mudanças de conduta ou, simplesmente, aguardar que cada pessoa tome todas as decisões são igualmente equivocadas e improdutivas. (CANDIANI; PEDRA; GALLASSI, 2012, p.73)

O imperativo ético do cuidado em liberdade pode exigir que esta seja restringida, pontualmente, para que a assistência seja viabilizada, nos momentos de maior agravamento do quadro clínico. A adoção dessa conduta deve ser discutida em equipe, e com o usuário (se não for possível no momento da intervenção, a posteriori), para que o vínculo possa ser mantido e haja continuidade do tratamento.

Esse parece ser um ponto sensível na discussão sobre o tratamento, porque sinaliza para um momento crítico, que mobiliza as equipes técnica e afetivamente, exigindo um cálculo clínico apurado na condução do caso, ao combinar contenção e vínculo.

De acordo com Mantovani et al. (2010), o manejo do comportamento agitado e/ou agressivo envolve medidas não farmacológicas que dizem respeito à ordenação

do espaço físico visando garantir a proteção do paciente e da equipe de saúde, assim como a privacidade do usuário; a adoção de atitude empática, mas também assertiva, por meio de modulação do tom de voz, e intervenção verbal clara e concisa; escuta atenta que incentive o usuário a expressar o que está sentindo, assim como o estímulo à capacidade do paciente de lidar com o que está vivenciando, com o apoio dos profissionais de saúde.

No que tange às medidas farmacológicas a serem adotadas com a finalidade de tranquilização do usuário: estas devem mantê-lo responsivo para viabilizar uma avaliação adequada, assim como o estabelecimento de uma relação terapêutica. (MANTOVANI et al., 2010).

Quanto às medidas de manejo físico -a contenção mecânica, situação em que o paciente é fixado ao leito por meio de faixas de tecido; a contenção física, quando o paciente é imobilizado por vários profissionais e o isolamento, quando o paciente pode se movimentar, mas é mantido em um ambiente fechado, sem possibilidade de sair do local- os autores sinalizam que sua adoção é controversa, e seu emprego só deve ocorrer quando as demais intervenções falharem:

Além do respeito à dignidade e aos direitos civis do paciente, a prática não encontra clara sustentação em evidências científicas e está associada à ocorrência de efeitos colaterais graves e mesmo óbito. Os resultados dos poucos estudos sobre frequência, duração, tipo e indicadores de contenção são heterogêneos(...) nota-se um esforço mundial no sentido da instituição de diretrizes para normatização de métodos de isolamento e de contenção física ou mecânica, visando à restrição da prática para aquelas situações nas quais a restrição se faz realmente necessária para a proteção do paciente. (MANTOVANI et al., 2010, p.101)

Considerando que a opção pelo emprego desses recursos exige uma ação coordenada da equipe de saúde, e mobiliza aspectos técnicos e subjetivos dos profissionais, destacamos a contribuição de Merhy e Franco (2009) sobre o “trabalho vivo em ato”, que conjuga duas dimensões: a dimensão técnica, ou seja, aquela relativa à finalidade do trabalho desempenhado; e a dimensão da prática social, que diz respeito às relações com os outros trabalhadores e com os usuários que são assistidos. Nesse sentido, os autores nos dizem:

O trabalho em saúde pode ser percebido usando como exemplo o trabalho do médico, no qual se imagina a existência de três valises para demonstrar o arsenal tecnológico do trabalho em saúde. Na primeira valise se encontram-se instrumentos (tecnologias duras), na segunda, o saber técnico estruturado (tecnologias leve-duras) e, na terceira, as relações entre sujeitos que só têm materialidade em ato (tecnologias leves). Na produção do cuidado, o médico (mas poderia ser o enfermeiro, o técnico da saúde) utiliza-se das três valises, arranjando de modo diferente uma com a outra, conforme o seu modo de produzir o cuidado. Assim, pode haver a predominância da lógica instrumental; de outra forma, pode haver um processo em que os processos relacionais (intercessores) intervêm para um processo de trabalho com maiores graus de liberdade, tecnologicamente centrado nas tecnologias leves e leve-duras. (MERHY, FRANCO, 2009, p.282-283)

Depreende-se do excerto acima que para exercer bem a sua atividade, além de competências técnicas e relacionais, o profissional de saúde, ao seguir diretrizes clínicas e institucionais, precisa também dispor de certo grau de autonomia. Tal conduta, difere, portanto, da internação compulsória, aquela determinada pela Justiça.

Nesses casos, a gestão do risco relaciona-se ao que Castiel et al. (2010, 2017) denominaram de abordagem preemptiva dos riscos em saúde: uma modalidade de prevenção sanitária que busca antecipar os efeitos de comportamentos deletérios dos indivíduos, ensejando uma reação exagerada a essas condutas, a partir de uma resposta moral totalizante, que conjuga argumentos técnicos e visões reducionistas do fenômeno em questão. (CASTIEL; VASCONCELOS-SILVA; MORAES, 2017; BAGRICHEVSKY; CASTIEL; VASCONCELOS-SILVA; ESTEVÃO, 2010)

A abordagem preemptiva dos riscos foi evidenciada também na proposição de várias ações, quando a Defensoria Pública defendeu a condução coercitiva para a realização de exame médico, justificando o requerimento a partir do Decreto-Lei 891/1938:

“O Decreto 891/1938 continua em vigor e permite que os toxicômanos ou intoxicados habituais sejam submetidos a internação obrigatória, por tempo determinado ou não. **A medida tem cabimento sempre que se mostre como forma de tratamento adequado ao enfermo ou conveniente à ordem pública** (grifo nosso) e será efetivada em hospital oficial para psicopatas ou estabelecimento hospitalar submetido à fiscalização oficial. **O pedido pode ser formulado por autoridade policial, Ministério Público ou, conforme o caso, por familiares do doente.**”

(grifo nosso)

De acordo com Carvalho (2016), tal documento foi criado a partir do alinhamento com a Convenção de Genebra de 1936, visando regulamentar “questões relativas à produção, ao tráfico e ao consumo, e, ao cumprir as recomendações partilhadas, proíbe inúmeras substâncias consideradas entorpecentes” (p.50).

Diniz (2018) afirma que não há consenso entre os juristas sobre a vigência do decreto-lei 891/1938, embora nos processos analisados defenda-se sua validade.

Outro documento também utilizado pela Defensoria Pública, o Decreto 24.559/1934, foi revogado em 1990, conforme consta em consulta à legislação no site da Câmara dos Deputados (BRASIL, 2020). Tal documento prevê no artigo 12 a dispensa de relatório médico quando a internação for determinada pela justiça.

O recurso a legislações do Estado-Novo²¹ (1937-1945) para fundamentar o pleito à internação compulsória aponta para o predomínio de uma visão conservadora entre os defensores públicos e promotores, indicando ressonância com o momento autoritário e de retrocesso nas políticas públicas que o país atravessa.

No próximo tópico desenvolveremos esse argumento, correlacionando com a perspectiva proibicionista.

5.3.2 Risco para terceiros e sua relação com o proibicionismo

O risco para terceiros foi utilizado para fundamentar as ações de internação compulsória, a partir da enumeração de diferentes situações conflituosas envolvendo os usuários:

“Paciente consegue evadir, volta depois, alcoolizado e intoxicado com substâncias as quais não conseguimos identificar, com alterações evidentes de comportamento, agressividade e hostilidade.”

“Embora apresente bom vínculo familiar, já passou ao ato heteroagressivo com a mãe e filho menor (decorrente da embriaguez).”

²¹ Estado Novo brasileiro (1937-1945): Período em que o país foi governado por Getúlio Vargas, que ao assumir o poder por meio de um golpe, aboliu a Constituição vigente, cassou os mandatos de representantes do Poder Legislativo, destituiu os governadores e nomeou interventores alinhados ao poder central para substituí-los, censurou a imprensa e anulou direitos individuais e políticos. (CODATO, 2015)

<p>“Algumas vezes fica violento, por causa de sua dependência, já até subiu no telhado de sua casa e o destruiu.”</p>
<p>“Observo que todos os quartos estão trancados por medida de segurança, pois segundo os pais e irmãos, C tira todos os pertences que puder, tanto materiais pessoais, celulares, materiais de higiene, eletrodomésticos e outros.”</p>
<p>“Existem evidências de que é fundado o temor do usuário ser assassinado, [por não ter pagado dívida relativa às drogas consumidas], assim como outro membro da sua família que esteja próximo a ele.”</p>
<p>“Depois que as drogas entraram na vida dele, sua família não tem mais sossego, tendo que trancar os objetos pessoais, e os pais temem pela vida dele.”</p>

Nessa argumentação, os conflitos supracitados reforçam a periculosidade dos usuários por serem utilizados como exemplo da violência que os acomete ao usarem álcool e outras drogas.

Nesse contexto, as expressões “ausência de crítica”, “totalmente dominado pelo vício”, “sem discernimento”, “a sua dependência, como sói ocorrer nas hipóteses dos usuários de drogas pesadas como cocaína ou crack, é tão forte que não possui mais capacidade mental para compreender o quanto a sua vida – sem mencionar as pessoas com quem tem contato – está em risco”, “a droga retira do depoente um de seus maiores direitos: o de decidir” retratam a irracionalidade do usuário de drogas, que perde sua agência, para a substância de que faz uso.

O que primeiro se destaca nessa narrativa tem relação com os mitos proibicionistas, com ampla difusão no imaginário social, conforme assinalado por Medeiros e Tófoli (2018): o uso de drogas ilícitas é sempre prejudicial, ocasionando a dependência (contrariando evidências científicas de que cerca de 12% dos usuários de drogas tornam-se dependentes); as drogas ilícitas não podem ser terapêuticas (contrariando evidências de que há substâncias proibidas, tais como a psilocibina, LSD e MDMA, que podem favorecer o tratamento de várias condições patológicas como a depressão, transtorno de estresse pós traumático e ansiedade) (Portal G115/10/2018); a toxicidade das drogas ilícitas é maior do que as lícitas, havendo, portanto, maior probabilidade de ocasionar a morte por overdose (o que contraria evidências científicas de que o álcool, por exemplo, é uma droga menos segura em comparação a várias drogas ilícitas).

Ainda que nos trechos em destaque tenha sido feita menção ao álcool, depreende-se que a ênfase está colocada nas substâncias ilícitas, já que o prejuízo maior decorreria das “drogas pesadas”, devido não só ao seu poder destrutivo para o usuário, mas também para a família, que sofre as consequências do envolvimento do usuário com atos ilícitos.

Nesse sentido, Fiore (2012) destaca que “ao proibir a produção, o comércio e o consumo de drogas, o Estado potencializa um mercado clandestino e cria novos problemas” (p.14), tais como as violências associadas ao tráfico de drogas, situação explicitada pelos dois últimos trechos citados acima.

O proibicionismo opera também criando situações embaraçosas, por sua interdição ao debate com os próprios usuários. Alguns exemplos citados por Petuco (2019), em sua tese, ilustram esse embaraço:

Em julho de 2008, durante Fórum Global de ONG’s preparatório à Assembleia Geral das Nações Unidas para discutir o tema das drogas, houve um incidente analisador destas tensões. Discutia-se a participação de pessoas que usam drogas na elaboração e fiscalização das políticas de drogas em todos os Estados-membros da ONU. Houve intensa polêmica, posicionando, de um lado, algumas entidades de defesa dos direitos de pessoas que usam drogas, e do outro, uma importante ONG estadunidense. Como a controvérsia não avançasse na direção do consenso, optou-se por constituir um grupo de trabalho que era a própria expressão do paradoxo: de um lado representantes de uma ONG que defendia a não participação de pessoas que usam drogas em instâncias deliberativas e de fiscalização sobre políticas de drogas; do outro, representantes da associação asiática de pessoas que usam drogas. Ironicamente, discutia-se com pessoas que usam drogas para dizer que não se deve discutir com pessoas que usam drogas (p.156-7).

O outro exemplo refere-se às Marchas da Maconha no Brasil. Petuco (2019) destaca que as manifestações iniciadas em 2002, no Rio de Janeiro, passaram a ter alcance nacional, a partir de mobilizações realizadas pela internet, o que suscitou resistência de setores conservadores da sociedade civil e do governo. O direito de manifestar-se sobre a descriminalização da maconha foi objeto de apreciação pelo STF em 2011, por meio da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 187. Os ministros deliberaram, de modo unânime, pela ocorrência das marchas, pautando-se nos direitos de reunião e de livre expressão do pensamento (STF, 2011).

Analogamente, o argumento adotado na proposição da ação de que o usuário estaria subjugado pela substância, motivo pelo qual seria incapaz de adotar qualquer atitude sensata é o que corrobora para o silenciamento de sua narrativa.

Entretanto, em alguns casos foi observada não só a adesão ao tratamento realizado no CERSAM AD, a partir da construção do caso clínico²² e da articulação de rede, como também a superação da situação de dependência:

“O paciente estava em sua casa com o autocuidado preservado, tranquilo, cordial, e, inicialmente, muito surpreso com nossa presença. Segundo ele, está abstinente de drogas há cinco anos e quatro meses. Fato em seguida confirmado por sua mãe [que havia demandado a internação compulsória para o filho].”

“Neste período, apresentou boa adesão, cumprindo os acordos de forma satisfatória com boa crítica de sua condição e necessidade de ajuda (...) tem apresentado bom vínculo, retornando às consultas agendadas previamente.”

O estudo de Moore et al. (2017), que entrevistou 60 pessoas que se identificam como dependentes de álcool e outras drogas, aponta que o binarismo saúde X dependência não permite reconhecer que esses sujeitos adotam práticas de autocuidado. Nesse contexto, o emprego do termo “saúde” como se fosse um conceito neutro, não possibilita compreendê-lo a partir de hierarquizações, julgamentos morais e distribuição de poder entre os atores sociais.

Rui (2014), que realizou etnografia em cenas de uso em São Paulo e Campinas com usuários de crack, partiu, em sua pesquisa de doutorado, de uma inquietação acerca de um rótulo único que identificasse todos os usuários, já que a experiência humana é diversificada. Descobriu em sua pesquisa que os usuários adotam diversas estratégias de redução de danos, mesmo em situações extremas.

²² Construção do caso clínico: “Construir o caso clínico é preliminar à demanda do paciente. Em outros termos, é colocar o paciente em trabalho, registrar seus movimentos, recolher as passagens subjetivas que contam, para que o analista esteja pronto a escutar a sua palavra, quando esta vier.” Viganò (1999, p.45)

Uma dessas estratégias refere-se ao comportamento agressivo das mulheres como forma de escapar de violências perpetradas por homens nas cenas de uso, achado também de outras pesquisas realizadas com mulheres usuárias de crack, como a de Queiroz (2015), em Belo Horizonte, e Malheiros (2018), em Salvador. Vejamos o que dizem as autoras:

“Na pesquisa, as duas situações de confronto explícito [com a pesquisadora] envolveram mulheres (...). Sendo um espaço majoritariamente masculino, as mulheres se destacam pela agressividade” (Rui, 2014, p.71-72).

“São mulheres insubmissas, que contrariam qualquer norma de gênero²³ e disputam o espaço público das cenas de uso com os homens, porém se submetem as forças da polícia e do mercado de drogas local” (Malheiros, 2018, p.271).

Ainda que mulheres sejam violentadas por homens que fazem uso de drogas, não são estas substâncias as responsáveis pela violência, mas as relações de poder que se constituem no interior das relações de gênero. Afinal, não são quaisquer membros da família que são violentados por homens usuários de drogas, ocupam prioritariamente essa posição mulheres, crianças e homens não viris (Queiroz, 2015, p.40)

Nos casos analisados, o rompimento com a norma de gênero foi explicitado quando além da agressividade no contexto da rua, manifestaram hostilidade ou negligência com familiares próximos que pertencem a segmentos sabidamente vulneráveis, por estarem localizados em pontos extremos do ciclo de vida: crianças e idosos. Nesse sentido, a estigmatização das mulheres ganha contornos de maior ruptura com o social, em comparação com os homens, pois a elas foi tradicionalmente destinado o espaço doméstico e do cuidado.

O aumento de mulheres em situação de rua em Belo Horizonte²⁴, por sua vez, sinaliza a necessidade de desenvolvimento de políticas específicas voltadas a esse

²³ Norma de gênero: “Dizer que gênero é uma norma não é exatamente o mesmo que dizer que existem visões normativas de feminilidade e masculinidade, mesmo que tais visões normativas claramente existam. Gênero não é exatamente o que alguém “é” nem é precisamente o que alguém “tem”. Gênero é o aparato pelo qual a produção e a normalização do masculino e do feminino se manifestam junto com as formas intersticiais, hormonais, cromossômicas, físicas e performativas que o gênero assume” (BUTLER, 2016, p.253).

²⁴ Jornal O Tempo, 16/11/2020, Em cinco anos triplica o número de mulheres em situação de rua: <https://www.otempo.com.br/cidades/em-cinco-anos-triplica-o-numero-de-mulheres-em-situacao-de-rua-1.2413022>

público, já que apesar de ainda serem minoritárias em relação ao total da população de rua, apresentam maior vulnerabilidade à violência.

“Mãe de seis filhos, mas não cuida de nenhum”, compõe o relatório médico para responder à demanda judicial de um dos casos analisados, enquanto em outro o que se destaca é o fato da usuária, que está na quarta década de vida, usar drogas desde a adolescência, e representar um fardo para a mãe idosa.

Esse aspecto emocional apresentado no relatório de alguns profissionais e na proposição da ação, também foi notado no discurso de juízes, quando perguntados sobre como decidiram pela internação compulsória de usuários de crack no Rio de Janeiro: “O argumento do desespero das mães como fundamento para deferimento de pedido de internação compulsória, que foi frequente nas falas dos entrevistados, (...) não se mostrou recorrente quando da análise documental.” (DINIZ, 2018, p.257)

Assim, ainda que não seja possível estabelecer quais decisões foram pautadas mais por disposições subjetivas dos juízes do que por critérios objetivos, devido à limitação do método utilizado nesta pesquisa, ressaltamos a pertinência de considerar que este é um componente da decisão judicial.

No próximo capítulo serão apresentadas algumas concepções acerca da internação compulsória, a partir da caracterização das sentenças judiciais.

5.4 Concepções sobre a internação compulsória

As concepções sobre a internação compulsória serão apresentadas a partir de dois pontos de vista: favoráveis à adoção da medida e desfavoráveis à adoção da medida. A escolha por essa abordagem justifica-se a partir dos padrões identificados em cada grupo de decisão e pela impossibilidade de se definir um padrão, a partir da nomeação do juiz que proferiu a sentença, devido à variabilidade de magistrados que julgaram os casos analisados.

5.4 Argumentos favoráveis à internação compulsória: a tábua de salvação

Na primeira perspectiva, de modo geral, utilizou-se o argumento de que se tratava de último recurso, sendo necessária a internação compulsória:

“A internação compulsória sempre que possível deve ser evitada e empregada somente como último recurso, na defesa do internando.”
“Restou demonstrada a necessidade da imposição da medida requerida.”
“Não há outra forma de atendimento aos princípios constitucionais e aos dispositivos esculpados em legislações infraconstitucionais, que não a internação compulsória da usuária.”
“A única solução para que não piore ao longo do tempo.”
“Medida factível, embora em caráter excepcional, para proteção dos interesses do próprio [usuário]”.
“Tratamento médico adequado à sua desintoxicação e libertação do vício”.

Os trechos anteriores permitem inferir que é com base no papel da recaída, tal qual proposto por Souza e Carvalho (2012), que o argumento se sustenta:

A recaída comparece como medida não do fracasso da instituição, mas como medida da fraqueza individual e gravidade da doença, reforçando a necessidade de um exercício de poder que exclui a opção, opinião e desejo do sujeito doente. O que seria a recaída? Ao ser um meio de individuar o fracasso e índice da gravidade da doença, a recaída ganha estatuto de uma verdade sobre a natureza deste indivíduo. A recaída só se coloca num sistema de signos e valores governados pela lógica de que o objetivo final desta estratégia é a vida livre de drogas. (p.46)

O exercício de poder a que os autores fazem menção foi explicitado na proposição de uma das ações pela Promotoria: “**A droga retira do depoente um de seus maiores direitos: o de decidir!**” (requisição de internação de compulsória com exclamação e em negrito no original).

Nesse contexto, a limitação da autonomia do usuário, justificada a partir do agenciamento da droga, favorece a restrição de direitos. Esse argumento opera culpabilizando o usuário, por meio de um viés moral, já que, dentro da perspectiva

apresentada pelo promotor, a escolha do uso de substância psicoativa implica renúncia da capacidade de autodeterminação.

Ao trazer essa discussão para o campo da cidadania, verifica-se que essa limitação não se aplica a outros usuários que adotam comportamentos prejudiciais à saúde, quando optam por consumir mercadorias lícitas. Assim, “todos esses indivíduos, expostos ou não, passam a ser responsáveis por alterar comportamentos não saudáveis, mesmo sendo mantido tanto o seu direito de decisão como a liberdade de escolha no mercado a produtos e/ou práticas vistas como danosas à saúde” (CASTIEL et al., 2017, p. 4).

Logo, o que parece fundamentar o argumento da Promotoria é a ideia de que o uso de drogas deveria ser objeto de recriação, já que para se acessar substâncias proscritas, é necessário recorrer a expedientes que não pertencem à esfera da legalidade.

Nessa perspectiva, para justificar a tutela do usuário de drogas a Defensoria Pública e a Promotoria recorreram a jurisprudências²⁵ :

“Trata-se de tendência jurisprudencial, que se consolida em todo o país (...):

AGRAVO DE INSTRUMENTO. DECISÃO MONOCRÁTICA. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA. CABIMENTO. Comprovada a necessidade de internação por dependência química e doença, é de ser determinada a medida, a fim de garantir a segurança do paciente e de seus familiares. O direito à saúde de forma gratuita é garantia fundamental e dever do Estado (artigo 196 da Constituição Federal). Agravo não provido (TJRS, AI 70026400119, 8ª Câm. Cível, Rel. Alzir Filipe Schmitz, julg. em 30/09/08).

Na pior das hipóteses, caso se entenda pela necessidade prévia da realização do exame médico, mas considerando a gravidade dos fatos narrados, a recusa na submissão à perícia médica e sua incapacidade para exprimir a própria vontade[grifo nosso], é imperiosa, no mínimo, a condução coercitiva para a realização de exame médico, quando então poderá ser ratificada a internação compulsória ou determinada a esta internação involuntária mediante simples recomendação médica e comunicação ao Ministério Público, nos termos dos artigos 6º, II, e 8º da Lei nº. 10.216/2001.”

²⁵ O verbete jurisprudência, de acordo com o glossário jurídico, do site do STF, possui duas acepções: 1. Conjunto de decisões reiteradas de juízes e tribunais sobre algum tema; 2. Orientação uniforme dos tribunais na decisão de casos semelhantes. (Glossário Jurídico, STF, 2021).

“APELAÇÃO CÍVEL. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA. JUNTADA DE LAUDO MÉDICO COM A INICIAL. SUA AUSÊNCIA NÃO JUSTIFICA O INDEFERIMENTO DA INICIAL QUANDO HÁ SITUAÇÃO DE URGÊNCIA. POSSIBILIDADE DE AVALIAÇÃO NO CURSO DA AÇÃO. O pedido de internação compulsória, em situação de urgência, por ordem judicial, dispensa a juntada, com a inicial, de laudo médico indicando a necessidade da providência. Possibilidade de realizar-se o exame de avaliação psiquiátrica no curso da lide, mormente quando há pedido expresso nesse sentido, sob a alegação de que o demandado não aceita submeter-se ao exame e a situação reclama urgência no atendimento ao menor.” Sentença desconstituída”.

(TJRS. Apelação provida, 7ª Câmara Cível, nº 70027079607, Comarca de Erechim. Rel. André Luiz Planella Villarinho, julgado em 17/12/2008).

É necessário, contudo, ponderar sobre o peso das jurisprudências nas decisões judiciais, principalmente quando estas são produzidas visando sua utilização em situações futuras.²⁶

O que se depreende da leitura dos excertos acima é que a partir da recusa inicial da internação compulsória, questionou-se a decisão judicial, por meio de recurso, argumentando-se sobre a necessidade da medida pleiteada ser concedida em caráter liminar²⁷, devido à gravidade e urgência da situação.

Em um dos casos analisados, o juiz afirmou que a liminar estava “tumultuando o andamento processual”, o que indica um possível equívoco no emprego desse recurso. Além disso, como já sinalizado no capítulo 5, a menção à “tutela antecipada” e à “tutela provisória de urgência”, por repetidas vezes ao longo do processo, para enfatizar a necessidade da medida, antecedida por relatos dramáticos, parece ter influenciado fortemente o deferimento da internação compulsória.

Nesse sentido, o risco de dano irreparável- a morte- como argumento para a concessão da internação compulsória, em caráter liminar, parece relacionar-se mais

²⁶ “De todos os problemas que podem surgir daí, sem dúvida o principal deles é que a fixação pela enunciação de regras (como as máximas da experiência) na tentativa de alcançar ou dar continuidade a uma unidade e a uma uniformidade podem fazer com que o julgador seja afetado em sua verdadeira tarefa, que é a de determinar a solução adequada para as partes na situação única e irrepetível do caso concreto” (SCHMITZ, 2018, p.248).

²⁷ Liminar: “Ordem judicial emitida de imediato pelo juiz em caso de tutela de urgência, concedida antes da discussão do mérito da ação. Visa resguardar direito do requerente(impetrante), em face da evidência de suas alegações (fumus boni iuris) e da iminência de um dano irreparável (periculum in mora). Possui caráter precário, tendo em vista que o direito sob análise pode ser mantido ou revogado no julgamento do feito” (Glossário Jurídico, STF, 2021).

ao risco social (conflito com outros usuários de drogas e com familiares, e dívidas não pagas aos traficantes, que ensejam ameaças à vida) do que risco à saúde.

Para justificar a internação do ponto de vista sanitário, apontou-se a falência dos tratamentos anteriores:

<p>“Tratamento integral da dependência química, porque(...) se recusa ao tratamento, o que torna a opção ambulatorial absolutamente inócua.”</p>
<p>“Medida para compelir ao tratamento por tempo mais duradouro e como alternativa eficaz de adesão.”</p>
<p>“Após diversas tentativas de tratamento via CAPS, foi promovido o encaminhamento para internação compulsória devido à gravidade e peculiaridade do caso, visto que não aceita tratamento.”</p>
<p>“De acordo com os laudos médicos em anexo, foram tentadas medidas médicas alternativas, sem, contudo, obter o resultado eficaz e semelhante àquele pretendido por meio da internação compulsória pleiteada.”</p>

Por outro lado, houve casos em que os magistrados se mostraram reticentes em relação à adoção da medida, e mesmo na proposição da ação pela Defensoria Pública, foi possível fazer essa leitura:

<p style="text-align: center;">“Parece ser a medida mais aconselhável”</p> <p style="text-align: center;">“São divergentes as opiniões acerca da melhor forma de tratamento, mas todos defendem que alguma intervenção terapêutica é melhor do que a omissão”</p> <p style="text-align: center;">(Franco Junior, 2012 citado na proposição de várias ações pela Defensoria Pública)</p>

Apesar de não se mostrarem totalmente convencidos, a decisão judicial nesses casos foi favorável ao deferimento da internação compulsória:

“Dessa forma, até que se produza uma dilação probatória mais aprofundada, a internação em instituição especializada – que pode ser pública ou privada – parece ser a medida mais aconselhável. Fundado nessas considerações, dou provimento ao recurso para determinar a internação compulsória de C. em instituição especializada para o tratamento de dependente químico, a ser indicada pelo poder público municipal, sob pena de multa diária de R\$500,00, limitada a R\$ 15.000,00.”

A despeito do custo relativo ao procedimento de internação, e da penalidade, no caso de seu descumprimento, não parece razoável determinar ao município que a execute caso haja dúvidas acerca de sua aplicabilidade. O princípio da razoabilidade, também denominado de proporcionalidade²⁸, por alguns autores, pode ser coadunado com o da equidade²⁹, um dos princípios doutrinários do SUS, para a reflexão que buscamos desenvolver no caso citado.

Com a prerrogativa de fazer valer o direito à saúde, o Judiciário pode decidir pela concessão da assistência pleiteada, porém, é necessário observar sua pertinência, necessidade e proporcionalidade, já que atuando em desacordo com essa premissa, pode favorecer a iatrogenia e o mau uso de recursos públicos.

Além da atuação do Judiciário, é necessário considerar a atuação dos demais órgãos do sistema de justiça – a Defensoria Pública e o Ministério Público – na judicialização da política pública.

Nesse sentido, uma pesquisa recente realizada pelo IPEA sobre o papel do Ministério Público na efetivação de políticas públicas no campo da saúde mental, destaca a importância de que o órgão atue em uma perspectiva resolutiva, buscando obter o consenso por meio de estratégias dialógicas extrajudiciais, ao invés de

²⁸ De acordo com Piske (2011), o princípio da proporcionalidade é composto por três elementos: O primeiro é a pertinência. Analisa-se aí a adequação, a conformidade ou a validade do fim. Portanto se verifica que esse princípio se confunde com o da vedação do arbítrio. O segundo é o da necessidade, pelo qual a medida não há de exceder os limites indispensáveis à conservação do fim legítimo que se almeja. O terceiro consiste na proporcionalidade mesma, tomada "stricto sensu", segundo a qual a escolha deve recair sobre o meio que considere o conjunto de interesses em jogo.

²⁹ “O princípio da equidade é fruto de um dos maiores e históricos problemas da nação: as iniquidades sociais e econômicas. Essas iniquidades levam a desigualdades no acesso, na gestão e na produção de serviços de saúde. Portanto, o princípio da equidade, para alguns autores, não implica a noção de igualdade, mas diz respeito a tratar desigualmente o desigual, atentar para as necessidades coletivas e individuais, procurando investir onde a iniquidade é maior” (MATTA, 2007, p.69)

demandista, favorecendo a judicialização ao direcionar o conflito ao Poder Judiciário. (MUSSE, PESSOA, SOUZA, 2019)

A resolutividade do Ministério Público, ao buscar estratégias dialógicas com diferentes atores sociais é denominada de juridicização, e pode contemplar ações que vão da realização de audiências públicas até a fiscalização da implementação da política pública. No campo da internação compulsória, pode atuar “no controle da legalidade da restrição da liberdade de locomoção” (MUSSE; PESSOA; SOUZA, 2019, p.31), ao trazer a efetivação do direito à saúde para o centro do debate, em diálogo com outros direitos fundamentais.

Esse espaço dialógico entre diferentes esferas do poder público e da sociedade civil não foi observado nos casos analisados e pode ser uma estratégia interessante visando à redução da judicialização e ofertas assistenciais adequadas às necessidades dos usuários.

A seguir, abordaremos os argumentos desfavoráveis à internação compulsória, a recusa ao “vigiar e punir”³⁰.

5.5 A penalização do usuário na linha de montagem do sistema de justiça

Nos casos que em a internação compulsória foi indeferida, por motivo diverso da ausência de documentação comprobatória, foram apresentados os seguintes argumentos pelos juízes:

“A recomendação de que o paciente fosse submetido a tratamento voluntário em comunidade terapêutica; devendo o paciente ser tratado **primeiro em ambulatório/CAPS/CERSAM por tempo indeterminado.**” (negrito no original)

“A internação compulsória caracteriza cerceamento de liberdade”.

³⁰ Título do livro do filósofo francês Michel Foucault (1926-1984), que tratou do exercício do poder em diferentes períodos históricos, do Poder Soberano (Sec. XVI), quando a punição aplicada àqueles que infringiam o código de conduta era o suplício e as torturas em praça pública, até o surgimento das prisões, nos séculos XVIII e XIX.

No argumento relativo à determinação de que o tratamento ambulatorial ocorresse por tempo indeterminado: parece haver um excesso do Judiciário, uma vez que essa definição deveria ser uma prerrogativa dos profissionais de saúde.

Segundo Schmitz (2018), “apenas as conclusões não técnicas do perito podem ser desconsideradas pelo juiz; as demais, se não forem bastantes, dão azo a uma segunda perícia” (p.161).

Além disso, a preconização do tratamento em dois serviços – CAPS/CERSAM e comunidades terapêuticas – indica que o magistrado decidiu sem estar devidamente esclarecido sobre as diferenças entre as propostas terapêuticas das instituições. No que tange ao indeferimento da internação compulsória, com a apresentação do argumento de que se tratava de cerceamento de liberdade, a justificativa apresentada pelos magistrados foi:

“Com exceção das modalidades de prisão decorrentes do Direito Penal e da prisão civil do devedor de alimentos, **o ordenamento jurídico não permite o cerceamento de liberdade de quem quer que seja salvo se a pessoa não puder manifestar validamente sua vontade, como é o caso das internações compulsórias. Inviável, pois, deferir a medida pretendida sem que ao menos haja uma ação de interdição em curso, na qual poderá se aferir uma suposta incapacidade da parte de manifestar sua vontade de maneira válida.** Por tais razões, indefiro o pedido de antecipação de tutela. Havendo dúvidas sobre a capacidade da parte requerida, ouça-se o Ministério Público”.

Essa decisão parte do questionamento da legitimidade da adoção da internação compulsória, por não estar prevista constitucionalmente como tratamento e violar o direito à liberdade dos sujeitos (SARLET; MONTEIRO, 2015).

Entretanto, em um dos casos analisados em que houve indeferimento da internação compulsória, com a justificativa acima, observou-se incongruência entre o argumento e o caso concreto julgado: alegou-se que devido à excepcionalidade da medida, seria “necessário que houvesse pelo menos uma ação de interdição em

curso”, contudo, a curatela³¹ do usuário, anexada ao processo, foi um documento que passou despercebido pela magistrada.

Tal desatenção é digna de nota, pois toda a construção do caso ocorreu a partir da narrativa de que desde a primeira infância o usuário já apresentava dificuldades em seu desenvolvimento, e, segundo o relatório da equipe de saúde, o déficit cognitivo foi um fator que dificultou a adesão ao tratamento, devido à baixa capacidade analítica do usuário.

Esses dados sugerem que pode ter ocorrido “copia e cola sentença³²”, prática adotada por juízes, ao se valerem de decisões anteriores para julgar o caso que está sendo analisado no momento presente, tal qual noticiado pela Folha de São Paulo em 2020. Além do caso supracitado, houve documentos em que o nome do usuário para o qual se determinou a internação, foi trocado, o que reforça a hipótese da ocorrência da prática “copia e cola”.

Tal prática guarda relação com a economia processual na qual os atores do sistema de justiça visam dar celeridade à análise dos casos, adotando o princípio da eficiência, formando uma “comunidade de interesses” na qual busca-se produtividade máxima (SAPORI, 1995), em detrimento da análise do que é singular em cada caso. Assim, se a linha de montagem que imprime ritmo à produção de decisões judiciais favorece o sistema de justiça, o mesmo não pode ser dito em relação ao usuário sobre o qual se decide, pois a se a premissa adotada é falsa-tal qual no caso supracitado-, a conclusão não será verdadeira.

Na esteira dessa linha de montagem, representada pela proposição das ações pela Defensoria Pública, destacou-se o embasamento no Decreto-Lei 891/1938, evocando o argumento da manutenção da ordem pública.

Somado ao Decreto-Lei 891/1938, a Defensoria Pública também solicitou em alguns casos:

³¹ Segundo Diniz (2018, p.153), o “processo de interdição, atualmente denominado de submissão à curatela” visa “nomear um curador para aquelas pessoas que não tem mais capacidade para tomar decisões por si próprias, ante a ausência de racionalidade”.

³² “Juiz copia e cola sentenças, erra nome de preso e impede saída de detento com tuberculose na pandemia”: Juiz copia e cola sentenças, erra nome de preso e impede saída de detento com tuberculose na pandemia - 30/07/2020 - Cotidiano - Folha (uol.com.br)

“A entidade de internação (...) deve fornecer laudos mensais sobre o estágio clínico do usuário e a **possibilidade de retorno ao convívio social**”.

O trecho do documento em destaque na citação acima assemelha-se à ressocialização pretendida pelas instituições carcerárias e ao exame de verificação de cessação de periculosidade³³, necessário para que os apenados obtenham progressão de regime.

Essa concepção de periculosidade do usuário de drogas também apareceu para justificar a necessidade da internação compulsória em alguns casos:

“Medida de segurança”.

“Medida determinada a fim de garantir a segurança do paciente e de seus familiares”.

Nesse sentido, a medida de segurança³⁴ citada equivale à punição.

Assim, a internação compulsória parece atuar mais como aparato repressivo do que terapêutico, aproximando-se daquilo que foi denominado por Peyraube (2017) como o “braço sanitário da lei”, por retirar a autonomia do usuário de álcool e outras drogas, ao puni-lo e restringir seus direitos.

Nesse contexto, ao aproximar o usuário de álcool e outras drogas da figura do criminoso, destaca-se a representação social³⁵ da periculosidade daquele é objeto da

³³ Exame de verificação de cessação de periculosidade: “exames psiquiátricos aplicados ao final de um prazo estabelecido impostos aos julgados considerados especialmente perigosos e semi-imputáveis” (REISHOFFER; BICALHO, 2017)

³⁴ Medida de segurança “é uma medida de defesa social aplicada a pessoas inimputáveis [pessoas que devido à sua condição mental não são capazes de entender o caráter ilícito de certas condutas] que cometeram crime e que revelem periculosidade social. Tal medida tem por finalidade evitar que o indivíduo volte a delinquir” (Glossário Jurídico, STF, 2021).

³⁵ Representações Sociais, de um ponto de vista estático, podem ser consideradas “teorias que ordenam ao redor de um tema(...) uma série de proposições que possibilita que coisas ou pessoas sejam classificadas, que seus caracteres sejam descritos, seus sentimentos e ações sejam explicados” (...) e “de um ponto de vista dinâmico, as representações sociais se apresentam como uma “rede” de

ação, combinando, na decisão judicial, elementos relativos às regras formais do processo (critérios objetivos) àqueles que fazem referência às normas não escritas, ou seja, aos preconceitos do julgador (ADORNO, 1994). Assim, ainda que seja evocada a proteção da vida daquele que prejudica sua saúde ao fazer uso de substâncias psicoativas, a ênfase recai na avaliação do comportamento tido como socialmente reprovável e suas consequências para a sociedade: a desagregação familiar e a prática de atos ilícitos.

Assim, ao prescindir da oitiva do usuário para o qual se pleiteia a internação compulsória, visando dar celeridade ao processo, o sistema de justiça acaba por penalizar o usuário de álcool e outras drogas, ao suprimir sua cidadania.

5.6 Resultados promissores nos serviços substitutivos ao manicômio

As respostas do CERSAM AD às demandas judiciais de internação compulsória, por sua vez, alinharam-se à perspectiva crítica à internação compulsória, endossando a necessidade de o tratamento ser conduzido a partir do consentimento do usuário:

“Em resposta à requisição administrativa referente ao Sr. J, informo que, em decorrência da solicitação de internação compulsória e de indicação clínica do caso, o mesmo está em nosso serviço em regime integral (Hospitalidade Noturna) desde 27/04/2018, quando recebeu liberdade condicional do sistema prisional. Através de manejo cuidadoso e intensivo da equipe técnica, o Sr. J. está aceitando os cuidados ofertados. Demanda com insistência ser transferido para o Hospital Galba Veloso [hospital psiquiátrico], que, segundo ele, foi o acordado com o Juiz pela família. Sua família também insiste nesse ponto. Embora resistente, está fazendo uso da medicação prescrita. Apresenta risco de evasão e toda a equipe está orientada a fazer vigilância próxima. Mesmo assim, o risco é importante e deve ser considerado em seu tratamento. Estamos trabalhando no sentido de reforçar o vínculo com o usuário que, até o momento, tem consentido em permanecer no serviço.”

“Informamos que o paciente em questão, Sr. C, está em atendimento regular nesta unidade desde 31/03/2017. De acordo com as referências técnicas que acompanham o caso e dados do prontuário, ele está abstinente há sete meses,

ideias, metáforas e imagens, mais ou menos interligadas livremente, e por isso, mais móveis e fluidas que teorias (Moscovici, 2007, pp. 207-8).

fato confirmado pela mãe. Nunca faltou aos atendimentos agendados. Seu quadro atual é de humor estável, com sono e apetite preservados, negando qualquer fissura ou desejo de usar drogas novamente. Relata expectativa de retorno ao mercado de trabalho. Nossa avaliação é de que não há qualquer indicação de internação involuntária ou compulsória”.

“Em resposta ao processo nº XXX, referente à internação compulsória de E., informo que em 25/04 ele recebeu alta do Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro [hospital geral], onde deu entrada em 18/04 e foi encaminhado ao CERSAM AD, a nosso pedido. Desde então, está em Hospitalidade Noturna, ou seja, em regime integral de tratamento, atendendo pedido da Procuradoria Geral do Município, e, também uma indicação clínica do quadro. O Sr. E tem aceitado nossos cuidados, está sendo cooperativo e participa das atividades coletivas que propomos, além dos atendimentos individuais. Tem se comportado muito bem e aceitado o uso da medicação prescrita. Em breve, conversaremos com a família sobre um projeto terapêutico que garanta a autonomia e responsabilização do paciente, além do apoio e segurança dos pais.”

As condutas adotadas pelo serviço destacadas acima estão em consonância com a Política Nacional de Humanização, que preconiza o diálogo entre usuários, gestores e trabalhadores, e a co-responsabilização e autonomia dos sujeitos: refletem a construção do projeto terapêutico de modo compartilhado com o usuário, a partir da compreensão de que além do tratamento da dependência, é necessário contribuir para que os usuários desenvolvam novas formas de se relacionar consigo e com o mundo, como explicitado nas práticas de negociação do uso da medicação e permanência no serviço.

O alinhamento do serviço com os princípios da atenção psicossocial, da redução de danos e do *recovery* também foram demonstrados, quando citaram o envolvimento da família no tratamento e o fortalecimento dos laços com o serviço, a partir do incentivo ao protagonismo do usuário no seu processo terapêutico.

Nesse sentido, as respostas institucionais dos serviços substitutivos mostraram-se, nas situações supracitadas, ilustrativas do que Rameh (2017) denominou de recursividade. Tal conceito parte do pressuposto de que as pessoas que fazem consumo abusivo de drogas não estão coladas na substância, o que implica reconhecer “seus avanços, mudanças, dificuldades encontradas em seu processo de repetição pessoal” (RAMEH, 2017, p.31), e que a recaída faz parte do processo, não sendo vista como indicativo do fracasso terapêutico.

Além disso, nos casos analisados, observou-se que a internação compulsória foi convertida em Hospitalidade Noturna³⁶ (modalidade de tratamento integral no CERSAM AD), pelos profissionais de saúde. Apesar da hospitalidade noturna não configurar internação, no sentido estrito do termo, já que não é gerada Autorização para Internação Hospitalar³⁷(AIH), a oferta assistencial na modalidade integral foi aceita pelo Poder Judiciário, como cumprimento da medida de internação compulsória.

Esse aspecto é importante por dois motivos. O primeiro deles porque além do atendimento aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, contempla-se o princípio da proporcionalid

ade (pertinência, necessidade e proporcionalidade no sentido estrito, PISKE, 2011) já que a resolutividade foi alcançada, por meio da assistência realizada em um nível de atenção de menor complexidade do que a demandado (leito hospitalar, ou vaga em comunidade terapêutica).

O segundo motivo tem relação com o fato de que não foram encontrados relatos de práticas semelhantes à adotada em Belo Horizonte, uma vez que o cumprimento da decisão judicial habitualmente ocorre por meio da internação em hospitais (gerais ou psiquiátricos) ou comunidades terapêuticas. (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2013; CliqCamaquã, 2021; RIO GRANDE DO SUL, 2021; BARROSO, 2020; MUNIZ, 2015; SCHORN, 2016; ROMANINI, 2016; RUI, 2012; DUARTE *et al*, 2012; ANDREETI *et al*, 2021; FORNAZIER, 2018; LEAL *et al*, 2021; HERNANDES *et al*, 2021;

³⁶ A hospitalidade noturna (HN) é uma modalidade de tratamento intensivo na qual o usuário permanece no CAPS AD, devido a indicações clínicas tais como “desintoxicação, e/ou critérios psicossociais, como a necessidade de observação, repouso e proteção, manejo de conflito” (BRASIL, 2012, p. 3).

³⁷ AIH: “é o documento hábil para identificar o paciente e os serviços prestados sob regime de internação hospitalar e fornecer informações para o gerenciamento do sistema. É através deste documento que Hospitais, Profissionais e Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia - SADT se habilitarão a receber pelos serviços prestados.” (BRASIL, 2004, p.8)

VASCONCELOS, OSELAME, DUTRA, 2015; ARAGÃO *et al*,2021; ARAGÃO, FERNANDES, MEIRA, s.d.).

6 DISCUSSÃO

A análise dos processos de internação compulsória demonstrou que os recursos não haviam sido esgotados dentro da própria rede de saúde, na articulação desta com outras políticas públicas e em seu diálogo com órgãos do sistema de justiça (Defensoria Pública e Ministério Público).

No que tange ao âmbito intrasetorial, percebeu-se a ausência de critérios técnicos na fundamentação que serviu de base para as judicializações, indicando a necessidade de ofertar não só treinamento em serviço, mas também espaços de educação permanente³⁸ aos profissionais de saúde, a fim de que possam ser atualizados sobre os protocolos institucionais e diretrizes que orientam as práticas de cuidado em saúde mental. Nesta capacitação, recomenda-se que sejam trabalhados aspectos relativos às concepções que os profissionais têm acerca do usuário de álcool e outras drogas, pois atitudes reforçadoras de estigmas sobre esses sujeitos podem constituir não só uma barreira de acesso aos serviços de saúde, mas também favorecer a judicialização dos casos.

Ainda no âmbito intrasetorial, observou-se que a ausência de resposta a algumas perguntas realizadas pela Assessoria Jurídica aos profissionais de saúde, a fim de subsidiar a defesa do Município, favoreceu o argumento de que o pleito tinha procedência, por fazer parecer que se tratava de inércia do Poder Executivo na implementação da política de saúde.

Assim, o argumento apresentado pelos órgãos do sistema de justiça de que a internação compulsória seria necessária para efetivar o tratamento, foi endossado

³⁸ Educação Permanente em Saúde: conceito que se refere à aprendizagem que ocorre por meio dos questionamentos que surgem na realidade concreta da prática profissional, acerca dos problemas enfrentados, através da construção de conhecimento que agrega as experiências dos trabalhadores de saúde ao campo da formação, que abrange aspectos técnicos-científicos, éticos e relacionais, visando produzir mudanças que qualifiquem o exercício profissional desses trabalhadores. (CECCIM; FERLA, 2009)

pela falta de manifestação adequada dos profissionais, apresentada nos relatórios produzidos sobre os acompanhamentos dos casos.

Sobre a interlocução entre as políticas de saúde e assistência social, observou-se na análise dos documentos, que sua articulação ainda é incipiente, o que propicia respostas fragmentadas a problemas complexos, diminuindo a resolutividade no enfrentamento da situação.

Contudo, ressaltamos que tal aspecto precisa ser melhor investigado, pois, há limitações no uso do método empregado nesta pesquisa, que impedem a realização de mais inferências, que poderiam ser obtidas por técnicas complementares como entrevistas realizadas com profissionais das duas políticas públicas e observação participante nos serviços.

No campo da interlocução entre esferas dos Poderes Executivo e do Sistema de Justiça, ferramentas conhecidas por juridicização, ou seja, aquelas relativas à atuação resolutiva ao invés de demandista do Ministério Público – tais como audiência pública e fomento a fóruns permanentes que tratem de temáticas relevantes no campo das políticas públicas – poderiam propiciar respostas alinhadas aos princípios e às diretrizes do Sistema Único de Saúde e favorecer a gestão participativa das políticas públicas, por meio do controle social.

É nesse sentido que destacamos duas experiências dialógicas – uma entre o Poder Executivo e o Sistema de Justiça, e a outra entre o Poder Executivo e a sociedade civil – que, se aplicadas à política sobre drogas poderiam trazer ganhos para toda a sociedade.

A primeira delas refere-se à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), que ao estabelecer diretrizes para o uso de fármacos requisitados pela via judicial, evita o dispêndio de recursos públicos em drogas sem eficácia, embora de grande apelo popular, como a fosfoetanolamida, conhecida como “pílula do câncer³⁹” (SOUZA D’ÁVILA; ANDRADE; AITH, 2020). À semelhança das requisições de internação compulsória, há que se estabelecer critérios para sua

³⁹ “Em 2016, na Ação Direita de Inconstitucionalidade que buscou a suspensão da lei que liberava a dispensação da fosfoetanolamina (pílula do câncer), o STF estabeleceu que medicamentos e tecnologias que não tenham a segurança e eficácia comprovadas, não devem ser fornecidos” (SOUZA D’ÁVILA; ANDRADE; AITH, 2020, p.70).

execução, que reduzam vieses subjetivos, em sua aplicação, ou sua extinção, caso estudos científicos recomendem sua proscricção.

Como essa modalidade de internação não foi regulamentada no Brasil, destacamos, a título de ilustração, o que ocorreu na França. Uma mudança na legislação, em 2011, inseriu a revisão da internação compulsória por um juiz no prazo de até 72 horas e a possibilidade da realização do tratamento compulsório em serviço de base comunitária (GOUREVITCH et al., 2013).

No contexto latino-americano, há que se considerar o cenário de extrema desigualdade social na discussão da política sobre drogas e sua interface com o sistema de justiça. Este pode promover o encarceramento de populações vulneráveis ao pautar sua atuação na perspectiva proibicionista.

Na Colômbia, a Corte Constitucional, de perfil progressista, tem sido chamada a responder, com frequência, a demandas de setores conservadores sobre a penalização do consumo de drogas. À semelhança do que ocorre no Brasil com a Ação Direta de Inconstitucionalidade, a Corte colombiana dispõe de atos para declarar inconstitucionais as investidas reacionárias dos Poderes Legislativo e Executivo. No México, a Lei contra o Microtráfico, de 2009, definiu quantidades de drogas para consumo pessoal, visando à descriminalização do usuário. Tal medida possibilitou o encerramento da “persecução penal ou imposição de medida restritiva de direitos a pessoas classificadas como fármaco-dependentes ou consumidoras” (SOARES, 2021, p.35).

A segunda experiência é a mediação sanitária,⁴⁰ proposta por Delduque e Vazquez Castro (2015), que também poderia ser uma alternativa à internação compulsória. Trata-se da “construção de núcleos de Mediação Sanitária, no âmbito das Secretarias de Saúde, em todos os níveis, para operar a Mediação interna ao

⁴⁰ “A Mediação Sanitária é um modelo alternativo de resolução de conflitos na área da saúde. As relações em saúde transcendem a ótica bilateral do médico com o paciente, para envolver muitos outros atores presentes em um sistema de saúde, advindo, daí, conflitos de toda a ordem, internos e externos ao sistema, criando condições para a judicialização. Conflitos internos (como os assistenciais, organizativos e conflitos entre profissionais) geram desgastes e judicialização, como também fazem os conflitos gerados fora do sistema, mas com reflexos diretos dentro dele, assim como os conflitos sociais e conflitos legais igualmente geram a judicialização” (DELDUQUE; VAZQUEZ CASTRO, 2015, p.512)

sistema e externa com seus usuários, há de ser um novo paradigma a substituir a litigância e a judicialização” (p.512).

Consideramos essa proposta inovadora por trazer o usuário para o centro do debate. Nesse sentido, destacamos que seria importante que a mediação sanitária no campo da internação compulsória, em Belo Horizonte, incluísse membros da Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais, a ASUSSAM.⁴¹ A pesquisa de Cunha e Goulart (2015) sobre a participação política dos membros da ASUSSAM pode ser entendida como uma forma de mediação sanitária, já que adota a perspectiva deliberacionista: “entendida como processo de tomada de decisão, de argumentação e justificação de posições. É caracterizada pela proposição de participação conjunta do Estado e dos cidadãos na formulação e controle de políticas, devendo ser pública e inclusiva” (p.516).

Outros atores que também deveriam compor a mediação sanitária são integrantes da Frente Mineira Drogas e Direitos Humanos⁴² e do Fórum Mineiro de Saúde Mental⁴³, por pautarem o debate sobre políticas públicas de saúde mental e sobre álcool e outras drogas, partindo de uma perspectiva que congrega diversos movimentos sociais, articulando a clínica à política.

O contexto macropolítico, no qual a internação compulsória ocorre, também deve ser considerado, já que com o ajuste fiscal adotado pelo governo brasileiro, a judicialização da saúde tende a agravar iniquidades no acesso a bens e serviços, principalmente quando não propõe alterações que alcancem muitos usuários.

Portanto, o cenário atual é de acirramento das disputas pelos recursos públicos. Nessas circunstâncias, destaca-se o crescimento das comunidades terapêuticas no país, que também reivindicam esses recursos, apesar das críticas às propostas de intervenção dessas instituições, cujo funcionamento não se alinha aos princípios e diretrizes da atenção psicossocial e do Sistema Único de Saúde.

⁴¹ ASUSSAM: “Foi fundada em 15 de março de 1994, por usuários engajados no Movimento da Luta Antimanicomial, mesmo sendo, na época, usuários de hospitais psiquiátricos.” (ASUSSAM, 2021)

⁴² A Frente Mineira Drogas e Direitos Humanos objetiva “intervir no debate público sobre as políticas de drogas a partir de uma perspectiva antiproibicionista, antimanicomial e antiprisional” (FMDDH, Página do Facebook, 2021).

⁴³ “O Fórum Mineiro de Saúde Mental é um espaço de lutas composto por diferentes entidades. Todos em defesa da Luta Antimanicomial e pela Reforma Psiquiátrica” (FMSM, Página do Facebook, 2021).

Nesse sentido, a publicação de documentos oficiais que endossam a participação de tais instituições na política pública, acaba por reforçar práticas segregacionistas e discriminatórias, contribuindo para a exclusão social do usuário de álcool e outras drogas.

Por outro lado, experiências brasileiras, tais como aquelas adotadas em São Paulo, no Programa de Braços Abertos, e em Pernambuco, no Programa de Atitude, poderiam servir de base para implementar as políticas no campo da assistência aos usuários de álcool e outras drogas.

Ambos os programas combinaram estratégias de redução de danos, tais como acesso aos serviços de saúde, sem preconização de abstinência como condição para o tratamento, aliadas à oferta de moradia e renda, ampliando a proteção social dos indivíduos e sua reinserção na comunidade. Nesse contexto, a articulação de diferentes políticas públicas na perspectiva da promoção dos direitos humanos e a compreensão de que o consumo de álcool e outras drogas foi mais um componente de histórias de vida marcadas pela vulnerabilidade e pela violência, em vez de causa de sua ruína social, possibilitou a reconstrução de novas sociabilidades, por meio do reconhecimento da cidadania desses usuários. (RATTON et al., 2016; RUI; FIORE; TÓFOLI, 2016)

As experiências inspiradas pelo modelo *Housing First* no Brasil foram criadas tanto pelo poder público, como no caso de Porto Alegre⁴⁴, em 2018, focando “na necessidade de moradia, saúde mental e tratamento de uso de álcool e outras drogas” (BRASIL, 2019, p. 129), como pela sociedade civil, em Curitiba⁴⁵, por meio da parceria entre o Instituto Nacional de Direitos Humanos da População de Rua e a Mitra Arquidiocese, no mesmo ano. Entretanto, por se tratar de política de governo e não de Estado, esse tipo de experiência tende a ser descontinuada, devido à alternância no poder dos ocupantes de cargos eletivos no Poder Executivo, a cada dois ou quatro

⁴⁴ “A implantação do *Housing First* iniciou no município de Porto Alegre com o lançamento do Plano Municipal de Superação da Situação de Rua (PMSSR), em maio de 2018 e é gerido e implantado pelo poder público municipal dentro da Política da População em Situação de Rua” (BRASIL, 2019, p.129).

⁴⁵ “O projeto não conta com financiamento do poder público e não há, em Curitiba, nenhuma normativa que oriente os projetos de *Housing First*. (...) o projeto dispõe de 5 moradias e equipe cedida pelas instituições parceiras e, até novembro de 2019, contava com 3 residências em uso por 4 moradores” (BRASIL, 2019, p.119).

anos (períodos em que são realizadas eleições no Brasil), ou oito anos, quando se trata de reeleição.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação da internação compulsória de usuários de álcool e outras drogas em um CERSAM AD de uma regional de saúde de Belo Horizonte, a partir da análise documental dos processos judiciais, possibilitou compreender sobre alguns aspectos dessa modalidade de judicialização da saúde.

A redução de danos, política e estratégia do cuidado preconizada no município, foi destacada nos relatórios dos profissionais de saúde, ainda que, em muitos momentos, coexistindo com discursos proibicionistas. Tais discursos foram a tônica das proposições de internação compulsória pelos órgãos do sistema de justiça.

A análise realizada não possibilita extrapolar os achados para todo o município, mas fornece indicativos dos campos de tensionamento da política pública de saúde com o sistema de justiça e as disputas em torno do modelo assistencial no campo das drogas. As questões relativas à demanda por internação compulsória em comunidades terapêuticas apareceram nos casos analisados, mas não foram aprofundadas, e devem ser investigadas em pesquisas posteriores.

Assim, é necessário destacar o contexto macropolítico brasileiro de retrocesso representado pela nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD) -Lei 13.840/2019, por meio da qual os esforços governamentais se baseiam em políticas proibicionistas, sabidamente ineficazes, tanto do ponto de vista do tratamento, quanto do ponto de vista social, ao aumentar o encarceramento de populações mais vulneráveis. Pesquisas futuras poderão analisar quais as mudanças ocorreram nos serviços da rede de atenção psicossocial dos municípios brasileiros a partir da publicação da referida Lei em um contexto de ajuste fiscal, representado pela redução do investimento nas políticas públicas.

Experiências exitosas no campo da política internacional sobre drogas, pautadas pela redução de danos, tais como as salas de consumo assistido, existentes há mais de 30 anos em países europeus e há quase 20 anos no Canadá (HAYLE, 2015), ainda não foram incorporadas ao debate brasileiro. Ainda que a realidade local seja distinta (não apresentamos mortes causadas por overdose de opioides como problema de relevante de saúde pública, por exemplo), as estratégias de redução de danos, ao promoverem práticas de autocuidado e facilitarem o acesso dos usuários

aos serviços de saúde, apontam para a necessidade de tais estratégias serem reintroduzidas na política nacional.

É também nesse sentido que a Organização das Nações Unidas se pronuncia, ao incluir a reforma na política sobre drogas como objetivo de desenvolvimento sustentável, na Agenda 2030, devendo se basear na promoção dos direitos humanos e na redução de desigualdades sociais (TINASTI et al., 2015).

No contexto brasileiro, as iniciativas progressistas mais recentes no campo da redução de danos estão ligadas a organizações da sociedade civil: o É de Lei, em São Paulo⁴⁶, a Iniciativa Negra por uma Nova Política sobre Drogas (criada em 2015), a Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas – RENFA (criada em 2016), a Frente Mineira sobre Drogas e Direitos Humanos (criada em 2012), o Coletivo Balance (criado em 2006), o Coletivo DAR (Desentorpecendo a Razão), o Growroom e a Rede Pense Livre (LEAL, 2017). A Escola Livre de Redução de Danos, de Pernambuco, também desenvolve um trabalho importante na temática, nas áreas relativas à formação de profissionais, intervenções em campo, e junto aos movimentos sociais (Escola Livre de Redução de Danos, 2021).

Nesse sentido, é no contexto instituído da Nova Política sobre Drogas, de 2019, pautada no proibicionismo, que a sociedade civil se organiza, em um movimento instituinte, que” aparece como atividade revolucionária, criativa, transformadora por excelência” (BAREMBLITT, 2002, p. 30).

A ascensão conservadora ao poder central, que legitima o retorno dos manicômios por meio da Portaria 3588/2017, ensejou repúdio de vários movimentos sociais, tais como o documento do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, que destaca com veemência o caráter antidemocrático e de retrocesso nas políticas

⁴⁶ É de Lei: além de ser o primeiro centro de convivência para usuários de drogas no Brasil (desde 1998), dissemina práticas sobre usos menos danoso de substâncias psicoativas, por meio da oferta de insumos e capacitação para a população mais vulnerável. Além disso, por meio dos Projetos ResPire (iniciado em 2011, no qual são ofertadas orientações sobre interações entre diferentes substâncias e assistência a usuários de drogas no contexto de festas de música eletrônica) e Mulheridades, por meio do qual “mulheres cisgêneras [em conformidade com o gênero atribuído desde o nascimento] trans, travestis e pessoas não binárias possam compartilhar as particularidades das intersecções com o uso de drogas entre um grupo mais próximo e sensível às particularidades relativas ao gênero” (É de Lei, 2021).

públicas de saúde no país (CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2018)⁴⁷.

A escalada autoritária que fez retroceder a gestão participativa de políticas públicas, por meio do decreto federal 9926/2019, que excluiu a sociedade civil do Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (FOLHA DE PERNAMBUCO, 2019), não ocorreu sem resistência. A Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) ajuizou, no STF, a Ação Direta de Inconstitucionalidade⁴⁸ 6659, questionando a exclusão da participação da sociedade civil do Conselho, alegando violação de direitos fundamentais e do princípio da separação entre os poderes (STF, 2021).

Tais disputas sinalizam a dificuldade de produção de consensos, ainda que provisórios, devido à intensa disputa no campo político. O cerceamento do campo dialógico entre a esfera estatal e a sociedade civil reflete-se na judicialização dos conflitos sociais.

No campo da política de álcool e outras drogas, em que o debate é atravessado por forças que tensionam pela descriminalização do uso de drogas e pela despenalização do usuário, ressaltando o papel do Estado na execução de políticas públicas respaldadas nos direitos humanos, de um lado, e por narrativas pseudocientíficas que flertam com o messianismo, com forte apelo emocional, de outro, sinalizam que só por meio da potencialização do controle social, será possível transpor o obscurantismo.

⁴⁷ Comentários acerca da Portaria 3588, de 21 de dezembro de 2017, do Ministério da Saúde: alerta sobre os graves retrocessos da Reforma Psiquiátrica Brasileira em tempos sombrios (Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, 2018).

⁴⁸ Ação Direta de Inconstitucionalidade: “Ação de competência originária do STF que tem por objetivo a declaração de inconstitucionalidade de uma lei ou ato normativo federal ou estadual. Nesse tipo de ação, é feita a análise em abstrato da norma impugnada, sem avaliar sua aplicação a um caso concreto” (Glossário Jurídico, STF, 2021).

REFERÊNCIAS

ADORNO, S. Crime, justiça penal e desigualdade jurídica: as mortes que se contam no tribunal do júri. **Revista USP**, v. 21, p. 132-51, 1994

AKERMAN, M. et al, Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4291-4300, 2014.

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, 2009.

AMARANTE, P. D. C O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 264 p., 1996.

ANDRADE, T. M. Redução de danos: um novo paradigma? In: TAVARES, L.A; ALMEIDA, A.R.B.; FILHO, A.N.(Org). *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo*. Salvador: EDUFBA; CETAD/UFBA, 2004.

ANDRADE, V.R.P. Sistema Penal Máximo X Cidadania Mínima: Códigos da Violência na Era da Globalização. Editora Livraria do Advogado. Porto Alegre, 2003.

ANDRETI, Tainara Oliveira; OLIVEIRA, Douglas Casarotto.; SOUZA, Janine Gudolle. Interfaces entre CAPS ad e Judiciário no cuidado em saúde mental. **Disciplinarum Scientia - Ciências da Saúde**, v. 22, n. 1, p. 17-23, 2021.

ARAGÃO, Suélyn Mattos de; FERNANDES, Rosane Antunes; MEIRA, Marcos Vinicius de. A fiscalização das internações involuntárias no Estado do Paraná: relato de experiência do Sistema PROTEGE. **Políticas Públicas e Mobilidade Urbana: uma compreensão científica da atualidade**. S.d.

ARAGÃO, Suélyn Mattos de; FERNANDES, Rosane Antunes; MEIRA, Marcos Vinicius de; KUSMA, Solena Ziemer. Sistema de Informação de Controle de Internações Psiquiátricas no Estado do Paraná: PROTEGE. **Informação & Informação**, n. 2, v. 26, p. 706-728, 2021. Disponível em:< <https://brapci.inf.br/index.php/res/v/161599>> Acesso em 15 out 2021.

ARBEX, D. Holocausto Brasileiro. Genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil. São Paulo: Editora Geração. 2013.

AZEVEDO, A. O. O dispositivo da internação compulsória: perspectivas de pessoas atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2016.

AZEVEDO, A. O.; SOUZA, T. P. Internação compulsória de pessoas em uso de drogas e a Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 491–510, 2017.

BACCARI, I.O.P; CAMPOS, R.T.O. STEFANELLO, S. Recovery: revisão sistemática de um conceito. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 1, p. 125-136, 2015.

BAGRICHEVSKY, M.; CASTIEL, L.D.; VASCONCELOS-SILVA, P.R.; ESTEVAO, A. Discursos sobre comportamento de risco à saúde e a moralização da vida cotidiana. **Ciência e Saúde Coletiva**, v 15, supl.1, p.1699-1708, 2010

BARATTA, A. Criminología Crítica y Crítica del Derecho Penal: introducción a la sociología jurídico-penal. Traducción de Álvaro Bunster. 1ª edição. Buenos Aires. Ed. Siglo Veintiuno Editores. Argentina, 2004.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Tradução: Luis Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BAREMBLITT, G. Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática. 5. ed. Belo Horizonte, MG: Instituto Félix Guattari, 2002.

BARROS, M.A.L.L. Direito e Consequência: reflexão para uma sociologia da decisão jurídica. Revista da Faculdade de Direito. Universidade de São Paulo, v.113, pp.535-561. 2018.

BARROSO, Priscila Farfan. **Comunidades Terapêuticas como política de Estado: uma análise sobre a inclusão deste modelo de cuidado nas políticas sobre drogas no Rio Grande do Sul.** Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2020.

BASTOS, F.I; BERTONI, N. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras. Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 224 p. 2014.

BECKER, C. Isso não é um filme: o juiz da internação compulsória não mandou confinar ninguém. **Revista Piau**, edição 78. Março de 2013. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/materia/isso-nao-e-um-filme/>> Acesso em: 14 set 2020.

BERTOLOZZI, M.R. *et al*, 2009. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 2, p. 1326-1330. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600031&lng=en&nrm=iso Acesso em 03 jan 2021.

BORGES, S. A. C.; SANTOS, M. L. R.; PORTO, P. N. Discurso Jurídico-Moral Humanizador sobre drogas e violência sanitária na saúde da família. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 117, p. 430–441, 2018

BRASIL. Centro de Referência da Assistência Social. Ministério da Cidadania. Disponível em: <Centro de Referência de Assistência Social - Cras — MINISTÉRIO DA CIDADANIA Secretaria Especial do Desenvolvimento Social (mds.gov.br)> Acesso em 02 de maio de 2021.

BRASIL. Constituição Federal. 1988.

BRASIL. Decreto nº 24.559, de 03 de julho de 1934. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html> Acesso em 02 out 2020.

BRASIL. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019,. Brasília, DF. Disponível em: <<https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/697347259/decreto-9761-19>>. Acesso em: 15 out. 2019.

BRASIL. Decreto-Lei 891, de 25 de novembro de 1938. Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes. Rio de Janeiro. 1938.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Resolução 03, de 24 de julho de 2020. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. É possível *housing first* no Brasil? Experiências de moradia para população em situação de rua na Europa e no Brasil. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Estratégico para o Cuidado de Pessoas com Necessidades Relacionadas ao Consumo de Álcool e outras Drogas: Guia AD. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Lex-Legislação em Saúde Mental 1990-2004, Brasília, 5.ed. amp., p. 17-19, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2391, de 26 de dezembro de 2002. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Caderno de Atenção Básica, nº27. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Manual do Sistema de Informações Hospitalares do SUS(SIH/SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica Ampliada e Compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e AIDS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Serviço de Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos. Disponível em:<[Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos — Português \(Brasil\) \(www.gov.br\)](#)> Acesso em 02 maio de 2021

BRASIL. Decreto 9926, de 19 de julho de 2019. Dispõe sobre o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2019/decreto/D9926.htm> Acesso em 21 de julho de 2021.

BRUM, E. D. Prefácio: Os loucos somos nós. *In*: Holocausto Brasileiro. Genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil. São Paulo: Editora Geração. 2013.pp.13-17

BRYMAN, A. Social Research Methods. Fourth Edition. Oxford University Press. 2012.

BUTLER, J. Regulações de Gênero. **Cadernos Pagu**, v. 42, p. 249–274, 2016. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8645122>. Acesso em: 20 mar. 2021

CAETANO, C. Em cinco anos, triplica o número de mulheres em situação de rua. **Portal O Tempo**. Disponível em :< <https://www.otempo.com.br/cidades/em-cinco->

[anos-triplica-o-numero-de-mulheres-em-situacao-de-rua-1.2413022](#)> Acesso em 27 jun 2021.

CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE (2019). Trabalho anti-drogas realizado pelo CERSAM AD Barreiro é bem avaliado por comissão. Disponível em: <<https://www.cmbh.mg.gov.br/comunica%C3%A7%C3%A3o/not%C3%ADcias/2019/04/trabalho-anti-drogas-realizado-pelo-cersam-barreiro-%C3%A9-bem-avaliado-por>> Acesso em 13 de abril de 2020.

CANDIANI, C. Doenças Crônicas In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CANDIANI, C; PEDRA, M.; GALLASSI A. Álcool e Drogas. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012

CAPLAN, A. Denying autonomy in order to create it: the paradox of forcing treatment upon addicts. **Addiction (Abingdon, England)**, v. 103, n. 12, p. 1919–1921, 2008.

CARINCI, Fabrizio. et al. Towards actionable international comparisons of health system performance: expert revision of the OECD framework and quality indicators. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 27, n. 2, p. 137-146, 2015.

CARMO, M.E; GUIZARDI, F.L. 2017. Desafios da intersetorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p; 1265-1286, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/physis/2017.v27n4/1265-1286/pt>> Acesso em 20 junho 2021;

CARVALHO, S. A Política Criminal de Drogas no Brasil: estudo criminológico e dogmático da Lei 11.343/2006. 8ª edição. Ed. Saraiva. 2016.

CASTIEL, L. D. O mal-estar na cultura medicamentalizada. Caderno IHU Ideias. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Instituto Humanitas Unisinos, ano 16, nº279, vol.16, 2018.

CASTIEL, L. D., VASCONCELOS-SILVA, P.R., MORAES, D.R. Micromortevida Severina? A comunicação preemptiva dos riscos. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 8, 2017. Disponível em: <<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/201/micromortevida-severina-a-comunicacao-preemptiva-dos-riscos>>. Acesso em 01 Abr.: 2021.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Educação Permanente em Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2009. Disponível em :<

<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>> Acesso em 07 novembro 2021.

CELLARD,A.A análise documental.In: Poupart,J et al.(Org.)A pesquisa qualitativa:enfoques epistemológicos e metodológicos.3ª edição.Petrópolis:Vozes. 2012.

CESAR,C.L.G. “O enfoque de risco” em saúde pública. In: BARRETO, ML., et al., orgs. Epidemiologia, serviços e tecnologias em saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. 235 p. Epidemiológica series, nº 3. 1998. Disponível em: <[barreto-9788575412626-08.pdf \(scielo.org\)](http://barreto-9788575412626-08.pdf) > Acesso em 01 Abr.: 2021

CHAVES, T. V. *et al.* Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 6, p. 1168-1175, dez. 2011.

CliqCamaquã. Juiz determina internação do andarilho “Jiboião”. Disponível em: <<https://www.cliccamaqua.com.br/noticia/48735/juiz-determina-internacao-do-andarilho-jiboiao.html>> Acesso em 13 out 2021.

CODATO, A. Estado Novo no Brasil: Um Estudo da Dinâmica das Elites Políticas Regionais em Contexto Autoritário. Dados. **Revista de Ciências Sociais**, v.58, nº2, pp.305-330, 2015.

COLETIVO DAR. Site. Disponível em :< <http://coletivodar.org/quem-somos/>> Acesso em 21 julho 2021.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. Comentários acerca da Portaria 3588, de 21 de dezembro de 2017, do Ministério da Saúde: alerta sobre os graves retrocessos da Reforma Psiquiátrica Brasileira em tempos sombrios. Disponível em:<https://site.mppr.mp.br/arquivos/File/Comentarios_sobre_a_Portaria_3588.pdf> Acesso em 21 julho 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Pela revogação da Resolução CONAD nº 3/2020.nov. 2020.Disponível em: <https://site.cfp.org.br/pela-revogacao-da-resolucao-conad-no-3-2020/> . Acesso em 26 fev. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA/ Instituto de Ensino e Pesquisa. Judicialização da Saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução.2019.

CORRADI-WEBSTER, C.M. Paradigma do recovery como orientador de políticas e práticas em saúde mental. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, v. 13, n. 3, p. 116-117, 2017.

CORTES, C.A. Linha Guia de Saúde Mental da Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte: proposta para uma construção coletiva. Especialização em Saúde Pública. Belo Horizonte: ESP-MG. 2020.

COSTA, M.N. Recovery como estratégia para avançar a reforma psiquiátrica no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v.9, n.21, p. 1-16, 2017.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade (livro eletrônico). AMARANTE, P. (Org.) Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. 3ª edição.2012

CRISTOLÂNDIA, 2021. Disponível em:< [https:// www.cristolandia.org](https://www.cristolandia.org)> Acesso em 11 de abril de 2021.

CUNHA, C.N.; GOULART, M. S.B. A participação política de pessoas com sofrimento mental: a Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais (ASUSSAM-MG). **Psicologia em Revista**, v. 21, n. 3, p. 513-533, 2015

CUNHA, L.G.; OLIVEIRA, F.L. Acesso à Justiça: percepção e comportamento dos brasileiros. In: OLIVEIRA, V.E. (Org.) Judicialização de Políticas Públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

DARDOT, P.; LAVAL, C. A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal. Tradução Mariana Echalar. 1ªed. São Paulo: Boitempo, 2016.

DELDUQUE, M.C; VAZQUEZ CASTRO.E. A mediação sanitária como alternativa viável à judicialização das políticas de saúde no Brasil. **SAÚDE DEBATE**, v. 39, n. 105, p.506-513, 2015.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. Tradução Sandra Regina Netz. Porto Alegre: Artmed. 2006

DIAS, R.M. Experimentação e cuidado: um campo problemático das drogas e a emergência da redução de danos no Brasil. Tese (Doutorado) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, 2013

DINIZ, I.T.P.C. A interface entre os saberes jurídico e psiquiátrico acerca da internação compulsória de usuários de crack no Rio de Janeiro e região metropolitana entre 2010 e 2015. Tese(doutorado). Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro. 2018.

DUARTE, C G; ANDRADE, L. P.; SOUZA, D. C; BRANCO, M A O. Internação Psiquiátrica Compulsória: a atuação da Defensoria Pública do Estado de São Paulo. **Revista da Defensoria Pública**, v. 5 - n.1, 2012

É DE LEI. Site. Disponível em: <<https://edelei.org/>> Acesso em 21 de julho de 2021.

EL PAÍS Brasil. STF suspende julgamento sobre a descriminalização das drogas. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2019/05/30/politica/1559242849_891358.html>. Acesso em: 24 out. 2019.

ESCOLA LIVRE DE REDUÇÃO DE DANOS. Site. Disponível em :<<https://www.escolalivredereducaodedanos.org/>> Acesso em 15 nov.21.

ESCOBAR, J.A.C.A maconha como estratégia contra a fissura de crack em usuários de um programa de assistência social do estado de Pernambuco. Platô Drogas e Políticas. Revista da Plataforma Brasileira de Políticas Sobre Drogas. Vol. 2, número 2, nov. 2018.

FEBRACT. Sancionada pelo Presidente a Lei 13.840/2019, nova lei sobre drogas. Disponível em: <<http://febract.org.br/portal/sancionada-lei-13840-2019-sobre-politica-de-drogas/>>. Acesso em: 20 out. 2019.

FIGUEIREDO, I. V. O.; CASTRO, M. S. M. ; SILVA, G. D. M. ; Miranda, W. ; MAGALHAES JR, H. M. ; PAES-SOUSA, R. . Judicialization of administrative measures to tackle the COVID-19 pandemic in Brazil. Revista do Serviço Público (Brasília), v. 71, p. 189-211, 2020.

FINSTEIN *et al.* Tensions between policy and practice: A qualitative analysis of decisions regarding compulsory admission to psychiatric hospital | Elsevier Enhanced Reader. 2016: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0160252716300425> > Access 06 jul 2019.

IORE, M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos estud. - CEBRAP**, n. 92, p. 9-21, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/nec/a/yQFZQG48VQvdYW8hQVMybCd/?lang=pt> > Acesso em 05 de abril de 2021.

IORE, M. Os equívocos da internação compulsória. *Revista Carta Capital*. Janeiro 2013. Disponível em: <[Os equívocos da internação compulsória - CartaCapital](#) >. Acesso em: 06 maio 2021

IORE, M. Uso de drogas: substâncias, sujeitos e eventos. Tese (doutorado). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Estadual de Campinas. 2013.

FIRMINO, H. Nos porões da loucura. Codecri, Rio de Janeiro. 1982.

FLICK, U. Pesquisa qualitativa: por que e como fazê-la. In: Introdução à pesquisa qualitativa. Tradução: Joice Elias Costa. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FLOOD, C.M., GROOS, A. Litigating the right to health: what we can learn from a comparative law and health care systems approach. **Health & Human Rights: An International Journal**, v. 16 n. 2, p. 62-73, sep. 2014.

FOLHA DE PERNAMBUCO. Governo exclui sociedade civil de conselho de políticas sobre Drogas. 2019. Disponível em: < <https://www.folhape.com.br/politica/governo-exclui-sociedade-civil-de-conselho-de-politicas-sobre-drogas/111195/>> Acesso em 21 julho 2021.

FOLHA DE SÃO PAULO, Cotidiano. Moraes, do Supremo, libera processo que discute porte de drogas para consumo pessoal - 24/11/2018 -. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/11/moraes-do-supremo-libera-processo-que-discute-porte-de-drogas-para-consumo-pessoal.shtml>>. Acesso em: 24 out. 2019.

FORNAZIER, M L. **A Judicialização da Saúde: as internações compulsórias na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro**. Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

FORTES, H.M. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v.10, p.S321-30, dez. 2010. Suplemento 2.

FÓRUM MINEIRO DE SAÚDE MENTAL. Página do Facebook. Disponível em: <https://www.facebook.com/F%C3%B3rum-Mineiro-De-Sa%C3%BAde-Mental-229120503955704/?ref=page_internal> Acesso em 22 de julho de 2021.

FOSTER, K *et al.* Family Focused Practice in Mental Health Care: An Integrative Review. *Child and Youth Services*, 37(2), 129- 155. 2015. Available from: <[Foster et al. accepted FFMHP 2015.pdf \(qub.ac.uk\)](#)> Access on 25 May 2021

FRASER, S.O futuro da “dependência”: crítica e composição. Tradução de Daniela Sequeira, revisão técnica de Andrea Gallassi, Francisco Netto e Mauricio Fiore. Platô: Drogas e Políticas. Revista da Plataforma Brasileira de Políticas sobre Drogas. v. 1, n.1 p.71-90. Setembro 2017.

FRENTE MINEIRA SOBRE DROGAS E DIREITOS HUMANOS. Site. Disponível em: < <https://www.facebook.com/pg/drogasedireitoshumanos/posts/>> Acesso em 21 de julho de 2021

FROMM, D. O “fim da Cracolândia: etnografia de uma aporia urbana. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Campinas, SP. 2017.

G1. Política. STF deve julgar no segundo semestre se porte de drogas para consumo próprio é crime | Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2019/06/12/stf->

[deve-julgar-no-segundo-semester-se-porte-de-drogas-para-consumo-proprio-e-crime.ghtml](#)>. Acesso em: 24 out. 2019.

GOFFMAN, E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes (Trad.). Rio de Janeiro: LTC. 1975

GOMES, B. R; ADORNO, R.C.F. Tornar-se “noia”: trajetória e sofrimento social nos “usos de crack” no centro de SP. Etnográfica. **Revista do Centro em Rede de Investigação em Antropologia**, v. 15, n. 3, 2011

GOMES-MEDEIROS, D. et al. Política de drogas e Saúde Coletiva: diálogos necessários. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 7, e 00242618, 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000903001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 Nov. 2019. Epub July 29, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00242618>.

GOUREVITCH, R. *et al.* Law & Psychiatric: The Evolution of Laws Regulating Psychiatric Commitment in France. **Psychiatric Services**, v.64, n.7, p.609-612, jul.2013. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/244992338_Law_Psychiatry_The_Evolution_of_Laws_Regulating_Psychiatric_Commitment_in_France> Access on 22 July2021.

GUALBERTO, V.V. Uma morada onde cabe cada um: relato de experiência na Unidade de Acolhimento Transitório adulto. Trabalho de Conclusão de Curso. Especialização em Atenção a usuários de álcool e outras drogas no SUS. Escola de Saúde Pública. Belo Horizonte. 2019.

HAYLE, S. Comparing Drug Policy Windows Internationally: Drug Consumption Room Policy Making in Canada, England and Wales. **Contemporary Drug Problems**, v.42, n.1, p.20-37, mar.2015

HERNANDES, L F; VESCOVI, P; FIGUEIREDO, T A M ; GENTILI, R M Lopes. Internação Compulsória e Vida em Cena: subjetividades em descompasso. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 41 (n.spe 4), p. 1-12. 2021.

HMDCC. Em iniciativa inédita no SUS-BH, Hospital Célio de Castro vai inaugurar dez leitos de saúde mental. 2018. Disponível em:< <http://www.hmdcc.com.br/em-iniciativa-inedita-no-sus-bh-hospital-celio-de-castro-vai-inaugurar-10-leitos-de-saude-mental/>> Acesso em 09 nov. 2021.

HMDCC. Hospital Célio de Castro se firma como referência no atendimento ao paciente com sofrimento mental em iniciativa inédita no SUS-BH. 2018. Disponível em: < <http://www.hmdcc.com.br/hospital-celio-de-castro-se-firma-como-referencia-no-atendimento-ao-paciente-com-sofrimento-mental-em-iniciativa-inedita-no-sus-bh/>> Acesso em 9 nov 21.

INICIATIVA NEGRA. Site. Disponível em :< <https://www.iniciativanegra.com.br/>> Acesso em 20 de julho de 2021.

IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). Nota Técnica nº21. Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras. IPEA.2017.

ISTO É. MG: Após relatos de maus-tratos, casa de acolhimento a dependentes químicos é fechada. 2021 Disponível em :< <https://istoe.com.br/mg-apos-relatos-de-maus-tratos-casa-de-acolhimento-a-dependentes-quimicos-e-interditada/>> Acesso em 29 out 2021.

JONG *et al.* Interventions to reduce compulsory psychiatric admissions. A systematic review and Meta-analysis. **JAMA Psychiatry**, v. 73, n. 7, p. 657-664, 2016. /jamapsychiatry.2016.0501 Published online June 1, 2016. Access 06 jul 2019.

JORGE, M. S. B. et al . Ritual de consumo do crack: aspectos socioantropológicos e repercussões para a saúde dos usuários. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2909-2918, out 2013. Disponível em :http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000015&lng=en&nrm=iso Acesso em 25 mar 2021.

KISELY S.R., CAMPBELL, L.A., O'REILLY, R. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders | Cochrane. 2017. Disponível em: <https://www.cochrane.org/CD004408/SCHIZ_compulsory-community-and-involuntary-outpatient-treatment-people-severe-mental-disorders>. Access 6 oct. 2019.

KUO, M. *et al.* A drug use survey among clients of harm reduction sites across British Columbia, Canada, 2012. **Harm reduction journal**, v. 11, n. 13, 2014.

LANCETTI, A. Contrafissura e plasticidade psíquica. Coleção Saúde Loucura, nº50, série Políticas do Desejo nº5., 1ª edição. São Paulo: Hucitec. 2015.

LEAL, F.X. Movimento antiproibicionista no Brasil: discursos de resistência. Tese (Doutorado em Política Social). Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas. 2017.

LEAL, F; GARCIA, M L T; DENADAI, M C V B; CAMPANHARO, L S. Gastos com internações compulsórias por consumo de drogas no Estado do Espírito Santo. **SAÚDE DEBATE**, v. 45, n. 129, p. 378-392, 2021.

LEVY, C. Adolescentes denunciam tortura em comunidade evangélica. Correio Braziliense. 2020. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/brasil/2020/10/4885724-adolescentes-denunciam-tortura-em-comunidade-terapeutica-evangelica.html> Acesso em 31 out 21

LEVY, C. A vida dos internos em comunidade terapêutica é pular de inferno em inferno. Intercept. 2019. Disponível em :<
<https://theintercept.com/2019/05/30/comunidades-terapeuticas-internos/>> Acesso em 31 out 21

LLEWELLYN-BEARDSLEY, J. *et al*, Characteristics of mental health recovery narratives: Systematic review and narrative synthesis. **PLoS ONE** v. 14, n. 3, 2019. Available from:< Characteristics of mental health recovery narratives: Systematic review and narrative synthesis (plos.org)> Access on 25 May21

LOBOSQUE, A.M. Intervenções em saúde mental: um percurso pela reforma psiquiátrica brasileira. São Paulo: Hucitec. 2020.

LOECK, J.F. Adicção e Ajuda Mútua: Estudo Antropológico de Grupos de Narcóticos Anônimos na cidade de Porto Alegre (RS). Dissertação (Mestrado). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2009.

LOPES, L. Santos. A contribuição de Alessandro Baratta para a criminologia crítica. De Jure: Revista Jurídica do Ministério Público do Estado de Minas Gerais, n. 11, p. 69-80, 2008.

LUZIO, C.A; YASUI, S. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. **Psicologia em Estudo**, v.15, n.1, p.17-26, 2010.

MACHADO, A.R; MIRANDA, P.S.C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.14, n.3, p.801-821, 2007.

MACHADO, A.R.; MODENA, C.M.; LUZ, Z.M.P. Das proposições da política às práticas dos serviços: há novidades nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 1, e300118, 2020

MACHADO, A.R. Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: Um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Saúde Pública. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2006.

MAINGUÉ, C. **Barras de aço ou paredes invisíveis: das internações forçadas aos novos tratamentos para a “loucura”**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Jornalismo). Centro de Comunicação e Expressão. Universidade Federal de Santa Catarina. 2020.

MALHEIROS, L.S.B. Tornar-se mulher usuária de crack: trajetórias de vida, cultura de uso e política sobre drogas no centro de Salvador, Bahia. Dissertação. Mestrado em

Antropologia. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. 2018

MALLIORI, M. et al. Mental health impact of the war on drugs. **BJPsych International**, v. 12, n. 3, p. 53–54, 2015.

MANTOVANI, C. *et al.* Manejo de paciente agitado ou agressivo. **Brazilian Journal of Psychiatry, Volume: 32 Suplemento 2**. pp.96-103. Out 2010. Disponível em:< <https://www.scielo.br/j/rbp/a/5sFSTKMhdRN6Vp7WkcbYBJg/?lang=pt&format=pdf>> Acesso em 21 jun 2021.

MARIANO, R. Número de moradores de rua cresce 70% em BH em dois anos: pelo menos 3 mil vivem sem teto fixo. **Hoje em dia**. Belo Horizonte, 14 jun 2017. Disponível em:< <https://www.hojeemdia.com.br/horizontes/n%C3%BAmero-de-moradores-de-rua-cresce-70-em-bh-em-dois-anos-pelo-menos-3-mil-vivem-sem-teto-fixo-1.445437>> Acesso em 20 jun 2021.

MASCARENHAS, F. A redução de danos faz apologia ao respeito. *A Tarde*(site). 2016. Disponível em:< <https://atarde.uol.com.br/muito/noticias/1756280-a-reducao-de-danos-faz-apologia-ao-respeito>> Acesso em 20 de julho de 2021.

MATTA, G.C. Princípios e Diretrizes do SUS. 2007. Disponível em:< [Políticas de Saúde - Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde.pdf \(fiocruz.br\)](#) > Acesso em 24 jun 2021

MEDEIROS, D.; TOFOLI, L.F. Mitos e evidências na construção das políticas sobre drogas. In: Boletim de Análise Político-Institucional. Políticas de Drogas. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2018.

MENDES, E.V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Trabalho em Saúde. Dicionário da Educação Permanente em Saúde.pp.278-284. 2009

MESQUITA, F. Dar oportunidade de vida ao usuário de drogas injetáveis-polêmica nacional. In: BASTOS, F.I. et al. (Org.) *Troca de seringas: ciência, debate e saúde pública*. Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: MS, 1998. p. 101-112.

MINAS GERAIS. Assembleia Legislativa. Entenda a norma: Diretrizes para o atendimento prestado pelas Comunidades Terapêuticas. Disponível em: <https://mediaserver.almg.gov.br/acervo/128/72/1128072.pdf>. Acesso em 13 de março de 2021.

MINAS GERAIS. Lei 22.460, de 23 de dezembro de 2016. Estabelece diretrizes sobre o atendimento prestado pelas Comunidades Terapêuticas no Estado. Disponível em: <
<https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=LEI&num=22460&ano=2016>> Acesso em 13 de março de 2021.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça do Estado. Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde. Belo Horizonte: TJMG, 2014. (Nota Técnica, n. 86)

MINAYO, MCS. O desafio da pesquisa social. In: Minayo, MCS (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2016

MINAYO, MCS. O desafio do conhecimento. *Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 14ª edição. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOORE, D. *et al.* Challenging the addiction/health binary with assemblage thinking: An analysis of consumer accounts. **International Journal of Drug Policy**, P.155-163, 2017.

MORAES, M. et al . Los retos de la reducción de daños como política pública de drogas en Brasil. **Psicol. pesq.**, v. 9, n. 2, p. 148-158, dez. 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472015000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 21 out. 2019

MOSCOVICI, S. Representações Sociais: investigações em psicologia social. Tradução: Pedrinho A. Guareschi. 5ª edição. Petrópolis, RJ. Editora: Vozes. 2007.

MOSÉ, V. Pensamento Chão: Poemas em prosa e verso. Editora Record. Rio de Janeiro, 2007.

MOURA, R.M.B. Desfile do 18 de maio em Belo Horizonte: a busca do elemento cultural como possibilidade de transformação dos significados sociais da loucura. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais. 2011.

MUNIZ, A D. **A eficácia do cumprimento de medidas liminares de condução coercitiva para avaliação médico-psiquiátrica de drogaditos. Especialização em Gestão Pública**. Escola de Administração. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2015.

MUSSE, L.B.; PESSOA, O.A.G; SOUZA, S.L.N.S. Entre a judicialização e a juridicização: por um Ministério Público resolutivo nas políticas públicas de saúde mental. Texto para Discussão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. IPEA Brasília. 2019.

NEVES, A. et al. A psiquiatria sob o neoliberalismo: da clínica dos transtornos ao aprimoramento de si. In: *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. Safatle, V; Silva Junior, N; Dunker, C(org). Belo Horizonte: Autêntica, 2021.

NIDA. Principles of Effective Treatment. National Institute on Drug Abuse website. <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/principles-effective-treatment>. September 18, 2020. Accessed May 5, 2021.

OLIVEIRA, F. L. DE; SILVA, V. F. DA. Processos judiciais como fonte de dados: poder e interpretação. **Sociologias**, n. 13, p. 244–259, jun. 2005.

OLIVEIRA, T.M.V. Amostragem Não Probabilística: adequação de situações para uso e limitações de amostras por conveniência, julgamento e quotas. Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado. **Administração Online**, v. 2, nº3, 2001. Disponível em :< https://pesquisa-eaesp.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/arquivos/veludo_-_amostragem_nao_probabilistica_adequacao_de_situacoes_para_uso_e_limitacoes_de_amostras_por_conveniencia.pdf> Acesso em 22 setembro 2020.

OLIVEIRA, V.E. Os caminhos da judicialização do direito à saúde. In: OLIVEIRA, V.E. (Org.) *Judicialização de Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

OPSA, A. et al. Factors associated with involuntary admissions among patients with substance use disorders and comorbidity: a cross-sectional study. **BMC Health Services Research**, v. 13, n. 1, p. 57, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10 Décima revisão. Trad. do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 3 ed. São Paulo: EDUSP; 1996.

OZELLA, S. Adolescência: uma perspectiva crítica. In: *Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas*. Koller, S.H.(org). Rio de Janeiro. Conselho Federal de Psicologia, 2002.

PAIXÃO, A.L.S. Reflexões sobre a judicialização do direito à saúde e suas implicações no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n.6, p. 2167-2172, 2019

PARKER, Interseções entre estigma, preconceito e discriminação na saúde pública mundial. In: MONTEIRO, S., and VILLELA, W. comps. *Estigma e saúde* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013, 207 p. ISBN: 978-85-7541-534-4. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/hrc5s>. Acesso em 02 de março de 2021.

PAULUZE, T. Juiz copia e cola sentenças, erra nome de preso e impede saída de detento com tuberculose na pandemia. *Folha de São Paulo*. 30/07/2020. Disponível em :<[Juiz copia e cola sentenças, erra nome de preso e impede saída de detento com](#)

tuberculose na pandemia - 30/07/2020 - Cotidiano - Folha (uol.com.br)> Acesso em 24 jun.2021.

PEPE, V L. E. et al. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2405-2414, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Jul. 2019.

PEREIRA, A.S.; WURFEL,R.F. O uso de maconha como estratégia de redução de danos em dependentes de crack. **Aletheia**, n. 34, p. 163-174, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942011000100013&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 25 março 2021

PETUCO, D.R. S. O Pomo da Discórdia? Drogas, Saúde, Poder. Curitiba: CRV,2019.

PEYRAUBE, R. Estigma de las personas que usan drogas. Cuidados de la salud y derechos humanos em America Latina.In: Drogas e direitos humanos : reflexões em tempos de guerra às drogas. Dalla Vecchia, M et al.(org). 1ª edição. Porto Alegre: Rede Unida.2017

PIAT, M. SABETTI, J.; COUTURE A. Do consumers use the word "recovery"? **Psychiatr Serv**, v. 59n. 4, p. 446-447, 2008. Available from:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18378849/> > Access on 23 May 21.

PISKE, O. Proporcionalidade e razoabilidade: critérios de inteligência e aplicação do direito. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. 2011. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/artigos-discursos-e-entrevistas/artigos/2011/proporcionalidade-e-razoabilidade-criterios-de-intelecao-e-aplicacao-do-direito-juiza-oriana-piske> Acesso em 12 setembro 2020.

Portal G1. Polícia Civil investiga denúncia de maus-tratos a pacientes de clínica de reabilitação em Roseira, SP. 2021. Disponível em :< <https://g1.globo.com/sp/vale-do-paraiba-regiao/noticia/2021/10/26/policia-civil-investiga-denuncia-de-maus-tratos-a-pacientes-de-clinica-de-reabilitacao-em-roseira-sp.ghtml>> Acesso em 31 out 21

Portal G1. Retorno do LSD na medicina: cientista aposta em resultados no tratamento da ansiedade. 2018. Disponível em< <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2018/10/15/retorno-do-lsd-na-medicina-cientista-aposta-em-resultados-no-tratamento-da-ansiedade.ghtml>> Acesso em 28 set 2020.

Portal NSC. Usuários recusam internação e encaminhamento para deixar cracolândia. Disponível em:< <https://www.nsctotal.com.br/noticias/usuarios-recusam-internacao-e-encaminhamento-para-deixar-cracolandia>> Acesso em 14 out 2021.

Portal R7. Prefeitura de SP pede à justiça internação compulsória para centenas de usuários de crack. Disponível em :< <https://noticias.r7.com/sao-paulo/prefeitura-de-sp-pede-a-justica-internacao-compulsoria-para-centenas-de-usuarios-de-crack-19052019>> Acesso em 16 out 2021.

Portal STF. OAB questiona exclusão da sociedade civil do Conselho Nacional de Política sobre Drogas (Conad). Disponível em: < <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=458506&ori=1>> Acesso em 21 de julho de 2021.

Portal STF. STF libera “marcha da maconha”. 2011. Disponível em :< <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=182124>> Acesso em 12 out 2020.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE (2014). Secretaria Municipal de Saúde. Demanda Espontânea na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: recomendações para organização do processo de trabalho no nível local. Disponível em:< [capa-demanda-espontanea.indd \(pbh.gov.br\)](#)> Acesso em 08 de maio de 2021.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE (2017). Decreto nº 16.730, de 27 de setembro de 2017. Dispõe sobre a Política Municipal Intersetorial para Atendimento à População em Situação de Rua e dá outras providências. Disponível em:< <http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1184553>> Acesso em 21 jun 2021.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE (2019). Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório Anual de Gestão 2019*. Disponível em: < <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/rag-2019.pdf>> Acesso em 23 de setembro de 2020.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE (2020) Secretaria Municipal de Saúde. Avaliação de Risco das Condições Mais Prevalentes. Demanda Espontânea na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte. Vol. 2. Disponível em:< [capa-1-demanda_espontanea.pdf \(pbh.gov.br\)](#)> Acesso em 08 de maio de 2021.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE (2020). Secretaria Municipal de Saúde. Unidade de Acolhimento. Disponível em: < [Unidade de Acolhimento | Prefeitura de Belo Horizonte \(pbh.gov.br\)](#)> Acesso em 30 maio 2021.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE (2021). Notícias. Abordagem garante direitos às pessoas em situação de rua. Disponível em :< [Abordagem garante direitos às pessoas em situação de rua \(pbh.gov.br\)](#)> Acesso em 02 de maio de 2021.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE (2021). Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório Anual de Gestão 2020*. Disponível em:<

<https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2021/rag-2020.pdf>> Acesso em 29 de abril de 2021.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE(2018). Índice de Vulnerabilidade da Saúde. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/estatisticas-e-indicadores/indice-de-vulnerabilidade-da-saude>> Acesso em 16 nov 2019.

QUEIROZ, IS. Norma de gênero e uso de drogas: normalização e diferença na experiência de mulheres. Tese(Doutorado). Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. 2015.

RAMEH-ALBUQUERQUE, R.C. Da pessoa que recai à pessoa que se levanta: a recursividade dos que usam crack. Tese (Doutorado). Saúde Coletiva. Universidade Federal de São Paulo. 2017.

RAMOA, M; TEIXEIRA, M.B.; BELMONTE, P. As comunidades terapêuticas no cenário das políticas públicas: o retorno a práticas institucionalizantes. **Revista Platô**, v.3, n.3, p.35-65, 2019.

RATTON, J.L. et al. Políticas de Drogas e Redução de Danos no Brasil: o Programa Atitude em Pernambuco. NEPS, UFPE;. 2016

REISHOFFER, JC; BICALHO, PPG. Exame Criminológico e Psicologia: crise e manutenção da disciplina carcerária. **Fractal: Revista de Psicologia**, v.29, n. 1.p. 34-44, 2017.

REISHOFFER, JC; BICALHO, PPG. Insegurança e produção de subjetividade no contemporâneo. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 21, n. 2, p. 425-444, 2009.

RENFA. Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas. Site. Disponível em:< <https://renfa.org/>> Acesso em 21 de julho de 2021.

RIBEIRO,M. *et al*, Causes of death among crack cocaine users. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 28, n. 3, p. 196-202, 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000300010&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Apr. 2021.

ROMANINI, M. **Narrativas do desassossego: do re-encolhimento às práticas de acolhimento aos usuários de álcool e outras drogas na rede de atenção psicossocial de Porto Alegre/RS**. Tese (Doutorado). Programa de Pós-graduação em Psicologia. Universidade Federal de Porto Alegre. 2016

ROSA, J.G. Grande Sertão: Veredas. Companhia das Letras. 1956.

RUI, T. Depois da “Operação Sufoco”: sobre espetáculo policial, cobertura midiática e direitos na “cracolândia” paulistana. *Contemporânea. Revista de Sociologia da UFSCAR*, V. 3, n. 2, 2013.

RUI, T. Nas tramas do crack: etnografia da abjeção. São Paulo. Terceiro Nome, 2014.

RUI, T.; FIORE, M.; TÓFOLI, L.F. “Pesquisa preliminar de avaliação do Programa ‘De Braços Abertos’”. Plataforma Brasileira de Política de Drogas (PBPD)/ Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM). São Paulo, 2016

SALVATORI, R. T.; VENTURA, C. A. A. Internamentos não voluntários civis por razão de transtorno psíquico na Catalunha: uma análise das decisões judiciais à luz da bioética. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 23, n. 2, p. 531–552, 2013.

SANCHES, LR, VECCHIA, MD. Reabilitação psicossocial e inclusão social de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: impasses e desafios. *Interface*, 2020.

SANTOS, B.S. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n. 63, pp.237-280, 2002.

SANTOS, C.A. Antagonismos e contradições na política sobre drogas: os pontos de atenção residencial de caráter transitório. Trabalho de Conclusão de Curso. Especialização em Atenção a Usuários de Drogas no SUS. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. 2019.

SANTOS, I.S.; VIEIRA, F.S. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 7, p. 2303-2314, 2018.

SANTOS, M.P.G. Comunidades Terapêuticas no Brasil: Contornos, Funções e Objetivos. Boletim de Análise Político- Institucional. IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada).2014

SAPORI, L.F. A administração da justiça criminal numa área metropolitana. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 10, n. 29, 143-157.1995

SARACENO, B, Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996, p.13-18.

SARLET, I.W.; MONTEIRO, F.H. Notas acerca da legitimidade jurídico-constitucional da internação psiquiátrica obrigatória. *Revista Eletrônica Direito e Política*, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciência Jurídica da UNIVALI, Itajaí, v.10, n.2, 1º quadrimestre de 2015. Disponível em: www.univali.br/direitoepolitica. Acesso em 12 setembro 2020.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D. de; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, ano. I, n.1, jul. 2009. Disponível em: <http://www.rbhcs.com/index_arquivos/Artigo.Pesquisa%20documental.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2018.

SCHMITZ, L. Z. Raciocínio probatório por inferências: critérios para o uso e controle das presunções judiciais. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Direito. Faculdade de Direito. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 2018.

SCHORN, M C G. **Itinerários Terapêuticos e Políticas Públicas: Percursos em Direção ao Hospital Psiquiátrico São Pedro**. Trabalho de conclusão de curso (Graduação) Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Curso de Políticas Públicas. 2016

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Hospital Psiquiátrico São Pedro. Disponível em :< <https://saude.rs.gov.br/hospital-psiquiatico-sao-pedro-hpsp>> Acesso em 13 out 2021

SEFFNER, F.; PARKER, R. Desperdício da experiência e precarização da vida: momento político contemporâneo da resposta brasileira à AIDS. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(57):293-304.

SEIXAS, C.T *et al.* O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. **Interface**, v. 23, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100205&lng=en&nrm=iso Acesso em 20 de março de 2021.

SHALABY, R.A.H.; AGYAPONG, V.I.O. Peer Support in Mental Health: Literature Review. **JMIR Ment Health**, v.7, n. 6, e15572, 2020. Available from:< https://mental.jmir.org/2020/6/e15572?utm_source=TrendMD&utm_medium=cpc&utm_campaign=JMIR_TrendMD_1> Access on 21 July 2021.

SILVA, KL, *et al.* Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4361-4370, 2014.

SILVA, M.E. Subjetividade. *In:* Dicionário de Políticas Públicas. Carmem Lúcia Freitas de Castro, Cynthia Rúbia Braga Gontijo, Antônio Eduardo de Noronha Amabile(Org). Barbacena. Ed.UEMG. 2012.

SIQUEIRA, D.J.R. As (Bem Ditas) Amizades numa sociedade com drogas. Ed. Recriar Pluralidade. 2016.

SKROMOV, D. Seminário On-line Aspectos Técnicos e Políticos da Internação Compulsória. *In:*. Drogas, Direitos Humanos e Laço Social. - Brasília: CFP, 160p. 2013.

SOARES, M.K. Cem Anos de Regulação do Consumo de Drogas na América Latina: o que nos dizem as trajetórias de Argentina, Brasil, Uruguai, Colômbia e México? In: Alternativas de cuidado a usuários de drogas na América Latina: desafios e possibilidades de ação pública. PIRES, R; SANTOS, M.P.(org) IPEA. CEPAL. 2021.

SOUZA D'ÁVILA, L; ANDRADE, E.I.G.; AITH, F.M.A. Consecuencias Políticas y institucionales de la judicialización de la salud en Brasil y Colombia: un análisis comparado. **Revista Derecho y Salud**. ,v. 4, n. 4, p. 64-75, 2020

SOUZA, J. A doença da humilhação. In: Crack e exclusão social. SOUZA, J.(org) Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2016, pp.29-37.

SOUZA.T.P., CARVALHO, S.R. Reduzindo danos e ampliando a clínica: desafios para a garantia do acesso universal e confrontos com a internação compulsória. **Polis e Psique**, v. 2, 2012.

SUCUPIRA, A.C; MENDES, R. Promoção da saúde: conceitos e definições. Sanare. Revista de Políticas Públicas, Sobral, Ceará, vol. 4, n.1, 2003. Disponível em:< [PROMOÇÃO DA SAÚDE: CONCEITOS E DEFINIÇÕES | Sucupira | SANARE - Revista de Políticas Públicas \(emnuvens.com.br\)](#)> Acesso em 11 junho 2021.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Ação Direta de Inconstitucionalidade. Disponível em:< <http://www.stf.jus.br/portal/glossario/>> Acesso em 21 de julho de 2021.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Citação. Disponível em:< <http://www.stf.jus.br/portal/glossario/> > Acesso em 20 junho 2021.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Jurisprudência. Glossário Jurídico. Disponível em:< <http://www.stf.jus.br/portal/glossario/> > Acesso em 10 junho 2021.

TAUIL, PL. Controle de agravos à saúde: consistência entre objetivos e medidas preventivas. **Inf. Epidemiol. Sus**, v. 7, n. 2, p. 55-58, 1998. Disponível em: < http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731998000200006&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 03 jan 2021

TEIXEIRA, MB; ENGSTROM, E M; RIBEIRO; J.M. Revisão sistemática da literatura sobre crack: análise do seu uso prejudicial nas dimensões individual e contextual. **Saúde debate**, v. 41, n. 112, p. 311-330, 2017. Disponível em :< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000100311&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 abril 2021.

TINASTI, K. *et al.* SDGs will not be achieved without drug policy reform. The Lancet. Vol. 386(999), p.1132. September 2015. Available from:< [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)00198-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)00198-1/fulltext)> Access on 14 July 2021.

TÓFOLI, L. F. , et al. Política de drogas e Saúde Coletiva: diálogos necessários. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 35, n. 7, e00242618, 2018. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/790/politica-de-drogas-e-sade-coletiva-dilogos-necessrios>. Acesso em 02 fev. 2021.

TRUGILHO, S.M., PEREIRA, N.F. Drogas ilícitas e internação compulsória: desafio à política pública de saúde mental. **Braz. J. of Develop.**, v. 6, n.4, p.21304-21315 apr. 2020

VAINER, A A. **Demanda e Utilização do Acolhimento Noturno em Centro de Atenção Psicossocial III na Cidade do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro. 2016.

VASCONCELOS, C R; OSELAME, G. B.; DUTRA, D.A. Processo de transição dos CAPS AD em Curitiba: Estudo de Revisão. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 8, n.4, 2015

VASCONCELOS, E.M. As abordagens anglo-saxônicas de empoderamento e recovery (recuperação, restabelecimento) em saúde mental: uma apresentação histórica e conceitual para o leitor brasileiro. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. v.9, n.21, p.31-47, 2017.

VENTURA, M. et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, p. 24, 2010.

VIGANÒ, C. (1999) A construção do caso clínico em saúde mental. **Curinga**, v.13. Belo Horizonte: EBP-MG, p.39-48.

WALDEMAR, A *et al.* Recovery -oriented practice in mental health inpatient settings: a literature review. **Psychiatric Services**, n. 67, p. 6, 2016

WANDERLEY, MB; MARTINELLI,ML; PAZ, RDO. Intersetorialidade nas políticas públicas. EDITORIAL. **Serv. Soc. Soc.** (137) Jan-Abr- 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sssoc/a/DPfFVvJzjDFYSzB9NWWHv7z/?lang=pt>> Acesso em 20 jun 2021

WERB, D, et al. The effectiveness of compulsory drug treatment: A systematic review. **Int J Drug Policy**, v. 28, p. 1-9, 2016. doi: 10.1016/j.drugpo.2015.12.005. Epub 2015 Dec 18. PMID: 26790691; PMCID: PMC4752879.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental Health Action Plan 2013-2020. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services. Available from:<https://doi.org/http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1> Access on 23 May 21.

YASUI, S. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, 190 p. Loucura & Civilização.

APÊNDICE A

Tabela 1 – Classificação das doenças dos usuários para os quais foi solicitada internação compulsória na Regional Barreiro, entre 2016 e 2018

Código da doença	Nome da doença	Frequência	Frequência Relativa (%)
F 04	Síndrome Amnésica orgânica não induzida pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas	1	2,7
F 10.2	Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao uso de Álcool - síndrome de dependência	3	8,1
F 12	Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao uso de Canabinoides	1	2,7
F 14.2	Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao uso de Cocaína - síndrome de dependência	3	8,1
F 33	Transtorno depressivo recorrente	2	5,4
F 50.2	Bulimia nervosa	1	2,7
F 19	Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas	10	27
F 70	Retardo Mental Leve	1	2,7
F 20	Esquizofrenia	4	10,8
F 22	Transtornos delirantes persistentes	2	5,4
F 23.3	Outros transtornos psicóticos agudos, essencialmente delirantes	1	2,7
F 25	Transtorno Esquizoafetivo	1	2,7
F 31	Transtorno Afetivo Bipolar	1	2,7
Y 90.8	Alcoolemia igual ou superior a 240mg/100ml	1	2,7
Y 91	Evidência de alcoolismo determinada pelo nível de intoxicação	1	2,7
T 51	Efeito Tóxico do álcool	1	2,7
Z 50	Reabilitação cardíaca	1	2,7
Z 72.1	Uso de álcool	2	5,4
-	Total	37	100

Fonte: Elaborado pela autora em fevereiro 2021, com dados da pesquisa.

APÊNDICE B**Tabela 2 – Substâncias psicoativas citadas nos processos analisados da Regional Barreiro, entre 2016 e 2018**

Substância	Frequência	Frequência Relativa (%)
Medicamentos (sem especificação)	1	2,9
Inalantes	3	8,6
Álcool	8	22,8
Maconha	7	20,0
Crack	9	25,7
Cocaína	4	11,4
Sem informação	3	8,6
Total	35	100

Fonte: Elaborado pela autora em fevereiro 2021, com dados da pesquisa.