

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA

MARIA CRISTINA TAVEIRA

**Internações compulsórias por processos judiciais para usuários de um Centro de
Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas**

Ribeirão Preto

2021

MARIA CRISTINA TAVEIRA

**Internações compulsórias por processos judiciais para usuários de um Centro de
Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Linha de Pesquisa: Uso e Abuso de Álcool e outras Drogas.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sandra Cristina Pillon.

Ribeirão Preto

2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação

Serviço de Biblioteca e Documentação

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Taveira, Maria Cristina

Internações compulsórias por processos judiciais para usuários de um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas / Maria Cristina Taveira; orientadora, Sandra Cristina Pillon – 2021.

89f.

Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.

1. Dependência Química. 2. Saúde Mental. 3. Internação involuntária. I. Pillon, Sandra Cristina. orient. II. Título.

Nome: TAVEIRA, Maria Cristina.

Título: Internações compulsórias por processos judiciais para usuários de um Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovada em: ____/____/____.

Banca examinadora

Prof. Dr. _____

Assinatura: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Assinatura: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Assinatura: _____

Julgamento: _____

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Agradeço, em especial, à minha afilhada, Nayra Taveira Rodrigues, por sua alegria de viver, por sua força e sua ajuda, sem a qual eu não teria conseguido.

AGRADECIMENTOS

À minha filha de coração e alma Ana Maria Cardoso da Silva, por me dar mais razões para viver.

À minha irmã Beatriz, por nossa luta inglória nessa dolorosa jornada que só nós sabemos.

À minha sobrinha Lívia Taveira Rodrigues, por me ensinar que a leveza é a melhor forma de viver.

À minha família, porque os amo e sei que sou amada.

Aos meus colegas de trabalho do CAPS ad, pela luta árdua no trabalho do dia a dia.

À minha orientadora, prof. Dra. Sandra Cristina Pillon, pela paciência e persistência comigo.

A João Lucarelli, pela ajuda, e à diretoria e funcionários do Sanatório Espírita Vicente de Paulo de Ribeirão Preto.

A meu irmão Mário José Taveira (*in memoriam*), que se foi em 01 de janeiro de 2020 e a quem nem pude chorar minha dor.

A Deus? Não! Deus... Não precisa dos meus agradecimentos. Conhece minha alma mais que eu mesma. Deus não precisa de palavras escritas. A Deus, apenas glória ao fato de Nele crermos e, por isso, nossa vida ter sentido

À minha amada mãe, Mathildes, que enfrentou tudo e todos por amor à família e, ainda hoje, aos 97 anos nos dá lições de sabedoria.

A mim, porque também mereço.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES), à quem também dedico meus agradecimentos

*“A esta hora, exatamente, há uma criança na rua.
É dever do homem proteger o que cresce,
Cuidar para que não tenha uma infância dispersa
pelas ruas,
Evitar que naufrague seu coração de barco,
Sua enorme vontade de pão e chocolate,
Caminhar por seus países de bandidos e tesouros
Pondo-lhes a esperança no lugar da fome.*

*Como se pode dormir de noite se há uma criança na
rua?
Exatamente agora, se chove nas cidades
Se desce o nevoeiro gelado no ar
E o vento não é nenhuma canção nas janelas
Não deve andar o mundo com o amor descalço
Levando um diário como uma asa na mão.*

*Eles esqueceram que há uma criança na rua,
Que há milhões de crianças que vivem na rua
E uma multidão de crianças que cresce nas ruas.
A esta hora, exatamente, há uma criança crescendo.
Eu a vejo apertando seu coração pequeno,
Olhando para todos com seus olhos de fantasia,
Percorrem e olham para o homem rico,
Um relâmpago forte cruza seu olhar,
Porque ninguém protege essa vida que cresce.
E o amor se perdeu como uma criança na rua!”
(Armando Tejada Gómez, “Há uma criança na rua”)*

“Se podes olhar, vê. Se podes ver, repara!”

(José Saramago)

RESUMO

TAVEIRA, Maria Cristina. Internações compulsórias por processos judiciais para usuários de um centro de atenção psicossocial – álcool e drogas. 2021. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.

O estudo teve por objetivo avaliar as características sociodemográficas e clínicas de 218 usuários de substâncias psicoativas, em um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS-ad), de Ribeirão Preto, que chegaram por mandado judicial para avaliação médica e internação compulsória. Trata-se de um estudo retrospectivo, baseado em dados secundários do tipo transversal da abordagem quantitativa. O período avaliado se deu entre os anos de 2008 e 2019. Foram avaliadas as informações sociodemográficas, tipos de internações, diagnósticos, tipos de substâncias psicoativas usadas, requerentes no processo judicial e motivações para a abertura do processo judicial. Os resultados demonstraram que os usuários encaminhados por demanda judicial se caracterizam por serem adultos, com média de idade de 30,5 anos, variando entre 15 e 69 anos, do sexo masculino 182 (83,5%), raça/etnia branca 146 (67,0%), viviam sem um companheiro 177 (81,2%), possuíam baixo nível de escolaridade 146 (66,1%), desempregados 140 (64,2%) e eram residentes de Ribeirão Preto 215 (98,6%). Quanto aos tipos de internações: 126 (58%) foram Internações Compulsórias, 66 (30,3%) internações voluntárias em Comunidades Terapêuticas, 69 (31,7%) internações voluntárias em hospital e 36 (16,6%) internações involuntárias. Considerando que o estudo se deu a partir da análise dos prontuários ao longo de um período de tempo, o mesmo paciente pode ter tido mais de uma internação em qualquer uma das modalidades. Em relação aos tipos de substâncias psicoativas as mais usadas foram: crack 104 (48,4%), cocaína 59 (27,4%), álcool 33 (15,3%) e a maconha 19 (8,8%). Um pouco mais da metade, 113 (54,6%) dos usuários, possuía outro transtorno mental associado ao uso de substâncias, dentre eles, a Esquizofrenia 40 (18,1%) e o Transtorno de Personalidade 25 (11,5%) foram os mais prevalentes, seguidos de Outros Transtornos Psicóticos 20 (9,2%) e Transtorno Afetivo Bipolar 18 (8,3%). Não apresentaram outro transtorno mental associado ao uso de substâncias 99 (45,4%). O estudo aponta principalmente a dificuldade das famílias dos usuários de álcool ou de outras drogas para lidar com situações de conflito, bem como a necessidade de políticas públicas de saúde que entendam a realidade na qual esses indivíduos estão inseridos.

Palavras-chave: Dependência Química. Saúde Mental. Internação involuntária.

ABSTRACT

TAVEIRA, Maria Cristina. Compulsory hospitalization by legal proceedings for users of a psychosocial Care Center – alcohol and drugs. 2021. Dissertation (Master in Sciences) – Ribeirão Preto School of Nursing, University of São Paulo, São Paulo, 2021.

The study aimed to evaluate the sociodemographic and clinical characteristics of 218 users of psychoactive substances, in a Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs (CAPS-ad) in Ribeirão Preto who arrived by court order for medical evaluation and compulsory hospitalization. This is a retrospective study based on secondary data of the transversal type of the quantitative approach. The evaluated period took place between the years 2008 to 2019. Sociodemographic information, type of hospitalizations, diagnosis, type of psychoactive substances used; applicant in the judicial process and reasons for opening the judicial process. The results showed that the users referred by judicial demand were characterized by being adults, with an average age of 30.5 years, ranging from 15 to 69 years old, male 182 (83.5%), white race / ethnicity 146 (67.0%), lived without a partner 177 (81.2%), had a low level of education 146 (66.1%), unemployed 140 (64.2%) and were residents of Ribeirão Preto 215 (98, 6%). Regarding the types of hospitalizations: 126 (58%) were Compulsory Hospitalizations, 66 (30.3%) voluntary hospitalizations in Therapeutic Communities, 69 (31.7%) voluntary hospitalizations and 36 (16.6%) involuntary hospitalizations. Considering that the study was based on the analysis of medical records over a period of time, the same patient may have had more than one hospitalization in any of the modalities. Regarding the type of psychoactive substance most used were: crack 104 (48.4%), cocaine 59 (27.4%), alcohol 33 (15.3%) and marijuana 19 (8.8%). A little more than half, 113 (54.6%) of users had another mental disorder associated with substance use; among them, Schizophrenia 40 (18.1%) and Personality Disorder 25 (11.5%) were the most prevalent, followed by Other Psychotic Disorders 20 (9.2%) and Bipolar Affective Disorder 18 (8.3%). There was no other mental disorder associated with substance use 99 (45.4%). The study mainly points out the difficulty of the family of users of alcohol or other drugs to deal with conflict situations, as well as the need for public health policies that understand the reality in which these individuals are inserted.

Keywords: Chemical Dependency. Mental Health. Involuntary Hospitalization.

RESUMEN

TAVEIRA, Maria Cristina. Hospitalización obligatoria por procesos judiciales para usuarios de un centro de atención psicosocial – alcohol y drogas. 2021. Tesis (Maestría en Ciencias) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, São Paulo, 2021.

El estudio tuvo como objetivo evaluar las características sociodemográficas y clínicas de 218 usuarios de sustancias psicoactivas, en un Centro de Atención Psicosocial por Alcohol y Drogas (CAPS-ad) en Ribeirão Preto que llegaron por orden judicial para evaluación médica y hospitalización obligatoria. Se trata de un estudio retrospectivo basado en datos secundarios de tipo transversal del enfoque cuantitativo. El período evaluado se desarrolló entre los años 2008 a 2019. Información sociodemográfica, tipo de hospitalizaciones, diagnóstico, tipo de sustancias psicoactivas consumidas; solicitante en el proceso judicial y motivos para la apertura del proceso judicial. Los resultados mostraron que los usuarios referidos por demanda judicial se caracterizaron por ser adultos, con una edad promedio de 30,5 años, rango de 15 a 69 años, varones 182 (83,5%), raza / etnia blanca 146 (67,0%), vivían sin pareja 177 (81,2%), tenían bajo nivel educativo 146 (66,1%), desempleados 140 (64,2%) y eran residentes de Ribeirão Preto 215 (98,6%). En cuanto a los tipos de hospitalizaciones: 126 (58%) fueron Obligatorias, 66 (30,3%) voluntarias en Comunidades Terapéuticas, 69 (31,7%) voluntarias y 36 (16,6%) involuntarias. Considerando que el estudio se basó en el análisis de historias clínicas durante un período de tiempo, un mismo paciente pudo haber tenido más de una hospitalización en cualquiera de las modalidades. En cuanto al tipo de sustancia psicoactiva más consumida fueron: crack 104 (48,4%), cocaína 59 (27,4%), alcohol 33 (15,3%) y marihuana 19 (8,8%). Un poco más de la mitad, 113 (54,6%) de los usuarios tenían otro trastorno mental asociado con el consumo de sustancias; entre ellos, la esquizofrenia 40 (18,1%) y el trastorno de personalidad 25 (11,5%) fueron los más prevalentes, seguidos de otros trastornos psicóticos 20 (9,2%) y el trastorno afectivo bipolar 18 (8,3%). No hubo otro trastorno mental asociado con el uso de sustancias 99 (45,4%). El estudio destaca principalmente la dificultad de la familia de consumidores de alcohol u otras drogas para afrontar situaciones conflictivas, así como la necesidad de políticas públicas de salud que comprendan la realidad en la que se insertan estos individuos.

Palabras llave: Dependencia Química. Salud Mental. Hospitalización Involuntaria.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Números e porcentagens do tipo e local das internações (n = 218)	44
Gráfico 2 – Números e porcentagens do tipo de internações (n = 218)	44
Gráfico 3 – Média de idade para início do uso de SPA dos usuários com processos	46
Gráfico 4 – Tempo médio entre o início do uso de SPA e o processo judicial	46
Gráfico 5 – Média de idade da primeira e da última IC	47
Gráfico 6 – Tipos de mudanças realizadas pelo usuário posteriormente a IC (n = 126).....	51
Gráfico 7 – Situação atual dos usuários com processo judicial para IC (n = 218).....	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos usuários de SPA com processo judicial para internação compulsória (n = 218). Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2021	40
Tabela 2 – Características sociodemográficas dos usuários de SPA com processo judicial para internação compulsória em Comunidade Terapêutica (n = 218). Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2021	41
Tabela 3 – Características sociodemográficas dos usuários com processo judicial internação hospitalar voluntária em hospitais (n = 281). Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2021	42
Tabela 4 – Características sociodemográficas dos usuários com mandado para internação involuntária por uso de SPA (n = 218). Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2021 .	43
Tabela 5 – Uso de substâncias e tipos de internações dos usuários com mandado para internação por uso de drogas (n = 218). Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2021.	45
Tabela 6 – Comorbidades psiquiátricas e histórico de tratamento prévio, segundo os registros dos usuários de drogas com demanda judicial (n = 218). Ribeirão Preto, 2021 ...	48
Tabela 7 – Distribuição das frequências e porcentagens dos principais motivos e os requerentes do processo judicial, segundo os registros dos usuários de SPA com demanda judicial (n = 218). Ribeirão Preto, Brasil, 2021	49
Tabela 8 – Apresentação frequência e porcentagens, das informações sobre o local, tempo e frequência de internação compulsória, segundo os registros dos usuários de SPA com demanda judicial (n = 218). Ribeirão Preto, 2021	50
Tabela 9 – Apresentação em frequência e porcentagens das informações sobre o ano do processo e as motivações para a solicitação da internação, segundo os registros dos usuários de SPA com demanda judicial (n = 218). Ribeirão Preto, 2021	50
Tabela 10 – Apresentação dos números e porcentagens da efetivação das internações compulsórias dos usuários de SPA (n = 218). Ribeirão Preto, 2021	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAIS SRPQ	Centro de Assistência Integral à Saúde de Santa Rita do Passa Quatro
CAPS-ad	Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicoativas
CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde
CT	Comunidade Terapêutica
DP	Defensoria Pública
DST	Doença Sexualmente Transmissível
GAG	Grupo Acolhimento Geral
GAM	Grupo de Acolhimento para Mulheres
HC FMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HST	Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto
IC	Internação Compulsória
IH	Internação Hospitalar
IV	Internação Voluntária
LENAD	Levantamento Nacional sobre o uso de Álcool e Drogas
MP	Ministério Público
OBID	Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PR	Programa Recomeço
SPA	Substâncias Psicoativas
SPSS	Statistical Program for Social Science
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
WHO	World Health Organization
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	144
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	17
2.1 TRANSTORNOS MENTAIS E INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS	17
2.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL	202
2.3 SOBRE AS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	23
2.4 CONCEITOS DE USO, ABUSO E DEPENDÊNCIA DE SPA	26
2.5 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL	28
3 JUSTIFICATIVA	33
4 OBJETIVOS	35
4.1 OBJETIVO GERAL	35
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
5 MATERIAIS E MÉTODO	36
5.1 DESENHO METODOLÓGICO	36
5.2 LOCAL	36
5.3 AMOSTRA	36
5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	36
5.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	37
5.6 PROCEDIMENTOS	37
5.6.1 Recrutamento	37
5.6.2 Instrumento	37
5.7 ASPECTOS ÉTICOS	38
5.8 ANÁLISES ESTATÍSTICAS	38
6 RESULTADOS	39
6.1 INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS	39
6.1.1 Internações compulsórias por uso de SPA	39
6.1.2 Internações voluntárias em CT por uso de SPA	40
6.1.3 Internação voluntária em hospital por uso de SPA	41
6.2 INFORMAÇÕES QUANTO AO TIPO DE SPA USADAS	44
6.3 INFORMAÇÕES SOBRE COMORBIDADE E TRATAMENTOS	47
6.4 INFORMAÇÕES SOBRE AS INTERNAÇÕES	48
7 DISCUSSÃO	53
7.1 INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICOS	53

7.2 INFORMAÇÕES QUANTO AO TIPO DE SPA USADAS	57
7.3 INFORMAÇÕES SOBRE COMORBIDADES E TRATAMENTOS	58
7.4 INFORMAÇÕES SOBRE AS INTERNAÇÕES.....	60
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
REFERÊNCIAS	70
APÊNDICE A – Formulário de Coleta de Dados.....	84

1 INTRODUÇÃO

A produção científica sobre os problemas relacionados ao uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas (SPA), especialmente as mais usadas, como tabaco, álcool, maconha, cocaína e derivados, tem sido diversa e ampla. Tendo em vista que esses problemas perpassam os aspectos psicológicos, sociais, econômicos, religiosos, educacionais, políticos e sanitários; ainda que os estudos representem boa parcela da produção do conhecimento sobre o assunto, faz-se necessária a constante investigação desses problemas para a melhor compreensão da complexa relação entre as drogas e o homem, suas consequências e os modos de enfrentamentos (MIGOTT, 2008).

Considerando que o uso de SPA altera o estado mental do indivíduo e acompanha a história da humanidade há milênios, tendo sido utilizada das mais diversas formas, desde em cultos religiosos até como elemento para ativar a criatividade e imaginação ou ainda para alívio de sintomas indesejáveis, as SPA tendem a sempre fazer parte da história da humanidade. A relação do indivíduo com as drogas, a forma de usá-las, dependendo do contexto, varia desde o padrão inofensivo ou recreacionista, o uso nocivo a graves níveis de dependência, ocasionando riscos para a saúde física, emocional e a vida social, com o abandono de atividades laborais, sociais, dentre outros problemas (NOVAES, 2014).

O abuso de álcool é considerado como um dos grandes problemas de saúde pública em todo o mundo e, de acordo com a World Health Organization (WHO, 2014), está classificado como o terceiro maior fator de risco relacionado a incapacidades e mortes. Esse nível de classificação independe do real desenvolvimento do país. Isso faz com que este assunto mereça atenção por parte da sociedade em geral e deve ser motivo relevante nas agendas de políticas de saúde públicas, bem como para a prevenção na educação e cuidados nos sistemas de saúde (WHO, 2014).

É sabido que o consumo de SPA altera o funcionamento do sistema nervoso central (SNC), podendo gerar consequências graves não apenas para o indivíduo que a consome, mas também para a familiares e sociedade (BATISTA; BATISTA; CONSTANTINO, 2012). Assim, de tempos em tempos, e a depender das diferentes culturas, diversas são as formas de lidar com os problemas que advém do uso abusivo de álcool e/ou de outras drogas e as diferentes formas de tratamento dispensados aos seus usuários. Segundo Ruiz e Marques (2015), os movimentos proibicionistas do uso não conseguiram interromper a demanda e o aumento do consumo de álcool e/ou de outras drogas, o que se expandiu para todas as

camadas sociais. As discussões sobre as formas mais adequadas e eficazes de tratar os usuários dependentes, que sofrem consequências desse uso, está aquém de um consenso.

Atualmente, existe um grande paradoxo em relação às internações hospitalares involuntárias e compulsórias de indivíduos com transtornos mentais relativos ao uso de SPA, pois, embora as internações hospitalares tenham, em princípio, a intenção de intervir em situação de crise, evitando que o usuário coloque em risco a sua própria vida e a de outras pessoas, há diversos questionamentos quanto à violação da liberdade e o caráter, muitas vezes, punitivo de tais internações (RUIZ; MARQUES, 2015). Entendidas por muitos como um modelo de exclusão, de reclusão e asilamento, as internações foram, até o advento da Reforma Psiquiátrica, que embasou a Lei 10.216 de 2001, alvos de intensas críticas dos defensores dos direitos humanos, devido às denúncias de maus tratos e por constituírem apenas uma forma de recolhimento daqueles julgados como desajustados para conviver em sociedade (RUIZ; MARQUES, 2015). No Brasil, embora a Lei exista desde 2001, foram os episódios de internação involuntária praticada pelas prefeituras dos municípios do Rio de Janeiro e São Paulo, seja a pedido das famílias de usuários de *crack*, seja das próprias prefeituras, que a colocou em evidência (COELHO; OLIVEIRA, 2014).

As internações compulsórias, enquanto política pública, tiveram ênfase nas populações usuárias e que viviam em situação de rua nos grandes centros urbanos. Sendo o *crack* o grande agregador dessa população, esses territórios passaram a ser denominados “*cracolândias*” (DUALIBI, 2010). A princípio, os números de internações involuntárias eram volumosos (GUERRA, 2012). Em 2012, foram 5.335 internações involuntárias de usuários de álcool e drogas no estado de São Paulo, segundo informações do Ministério Público (MP). Muitas vezes, a internação involuntária era realizada sem o consentimento do indivíduo e por meio da solicitação da família. As instituições hospitalares e comunidades terapêuticas (CT) que realizavam esse tipo de internação tinham até 72 horas para comunicá-la ao MP-SP. Na última década, 2010 foi o ano de maior número de notificações, com 6.103. Além disso, as estimativas desses tipos de internações ainda podem estar subestimadas e subnotificadas, uma vez que muitas entidades ainda funcionavam sem registros ou cadastramentos oficiais (GUERRA, 2012).

Além do uso de álcool e tabaco, que são as drogas legalizadas mais usadas, há também de ser considerado os elevados índices de prevalência de uso de cocaína e *crack* no Brasil, apresentados no II Levantamento Nacional sobre o uso Álcool e Drogas na população brasileira (LENAD, 2014). Os dados desse levantamento são preocupantes, pois apontam que o Brasil é um dos maiores consumidores no mundo de cocaína/ *crack* (LARANJEIRA et al,

2013). Dados de pesquisas realizadas em usuários de serviços especializados também apontam elevados índices de uso dessas SPA. Em estudo baseado em dados secundários, analisou 331 prontuários de pacientes usuários de uma CAPS-ad do Rio Grande do Sul, identificou-se que 62% eram usuários de crack, 59,5% de álcool e 42,3% de maconha (JORGE, 2010). Segundo Monteiro (2015):

Ao contrário do modelo de internação asilar/carcerário, o compulsório (sem consentimento) deve objetivar a inserção das pessoas acometidas de enfermidade mental em seu meio de convívio social. A proteção dos direitos fundamentais destes indivíduos deve perdurar mesmo nas situações em que haja perda ou diminuição da autonomia, como nas que envolverem o internamento obrigatório, que ainda constitui o principal meio de práticas de maus-tratos e violência contra os internos tanto no Brasil como no mundo.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), descritos no Plano de Ação para Saúde Mental 2013-2020, apontaram que as doenças mentais representaram 13% do total das doenças no mundo; destacando que os problemas relacionados à saúde mental foram relacionados as principais causas de incapacidade, mortalidade e gastos com saúde no início do século XXI (OMS,2012). Segundo Monteiro (2015), estima-se que cerca de 350 milhões de pessoas sofrerão de doenças mentais, como a depressão, e que outras 90 milhões podem desenvolver algum problema pelo abuso ou dependência de SPA. Destaca-se que este estudo se reportou a apenas uma pequena parcela da população, ou seja, a abusadores ou dependentes de SPA, da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, que em algum momento de suas vidas foram encaminhados para internação por meio de um mandado judicial. Ao serem analisados os prontuários dessas pessoas, verificou-se que tais internações podem ou não ter ocorridas, a partir da avaliação médico psiquiátrica, as motivações para sua efetivação ou não, outras internações prévias e as características sociodemográficas dessa população.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 TRANSTORNOS MENTAIS E INTERAÇÕES PSIQUIÁTRICAS

A “loucura” sempre caminhou junto com história dos homens e estes a compreenderam e trataram de diferentes modos, a depender da região geográfica em que viviam, da cultura e forma de pensar e da evolução da humanidade. Ainda em nossos dias, porém, a atenção aos chamados “doentes mentais”, “insanos” ou “loucos” não conseguiu alcançar um modelo de pensamento que agrega todas as questões que se impõem sobre o tema. Quais sejam, deve o louco de qualquer espécie viver em liberdade com o direito à expressão de sua loucura ou é obrigação moral dos ditos “normais” tratá-los para que não sofram, não façam outros sofrer e não corram riscos à sua integridade física e moral (FOUCAULT, 2010).

Quando no século XVII a loucura foi vista como fora da normal geral, grandes instituições asilares foram construídas pela Europa a fim de serem utilizadas como instrumento político-social, na medida em que para lá iam aqueles que não conseguiam fazer parte da produção e geração de riquezas da época. O trabalho era tido como parte integrante moral do sistema social e aqueles que não conseguiam se enquadrar eram tidos como “vagabundos”, “bêbados”, “ladrões” e “loucos de toda espécie” (FOUCAULT, 2010).

Nesse período, segundo Pena (2017), inicia-se o primeiro grande marco para a psiquiatria, quando Philippe Pinel, médico francês que dirigia o manicômio de Bicêtre, nos arredores de Paris, separa aqueles que considerava doentes mentais dos que haviam cometido delitos comuns, convencido de que aos primeiros era necessário dar tratamento diferenciado e tratá-los como pacientes. Com este pensamento, passaram a proliferar pelo mundo instituições psiquiátricas de grande porte que abrigavam os mentalmente insanos para estudo e assistência médica psiquiátrica. Importante destacar também, ao final do século XIX e início do século XX, as contribuições de Sigmund Freud que apresentava à ciência a descoberta do inconsciente e formas de tratamento através da psicanálise e hipnose (PENA, 2017).

Com o advento dos psicofármacos e o questionamento, tais formas de tratamento foram aos poucos sendo abolidas. A psiquiatria passou a incorporar os conhecimentos da neurologia e a atuar no diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais de origem orgânica (BACHESCHI; GUERREIRO, 2004; HOPPEN; VANZ, 2014). No Brasil a assistência psiquiátrica pautou-se por seguir modelos europeus, através da construção de grandes instituições totais que buscavam isolar o doente da sociedade para tratá-lo sob a perspectiva

científica e moral e, após, avançando para modelos que passaram a questionar tal prática e propor a reinserção social dessas pessoas através de programas governamentais específicos. O primeiro hospital exclusivo para doentes mentais foi inaugurado em 1852 e recebeu o nome de Hospício Pedro II. Em seguida, o império brasileiro passa a criar asilos para alienados, sob os cuidados da filantropia religiosa (OLIVEIRA, 2009).

A primeira lei para assistência de doentes mentais foi instituída sob o Decreto-Lei 1.132 de 1903, tomando por base a Lei francesa que organizava a assistência aos alienados e o recolhimento quando necessário (BRASIL, 1903), que se tornou a primeira norma a tratar de matérias relacionadas ao doente mental. Conforme destaca Renata Corrêa Britto (2004, p. 70):

O Decreto Nº 1.132 de 22 de dezembro de 1903 que reorganiza a assistência a alienados foi à primeira lei nacional que abordou a questão dos alienados. Era composto por 23 artigos que tratavam dos motivos que determinam a internação e dos procedimentos necessários para a realização da mesma; da guarda dos bens dos alienados; da possibilidade de alta; da proibição em se manter alienados em cadeias públicas; da inspeção dos asilos feita por comissão a mando do ministro da justiça e negócios interiores; das condições necessárias para o funcionamento do asilo; do pagamento das diárias dos doentes; da composição dos trabalhadores do Hospício Nacional e das colônias de alienados; da penalidade pelo descumprimento da lei.

De acordo com Strasser e Santos (2014), não há nenhuma preocupação com o Decreto de 1903 em tratar o doente, mas apenas em assegurar a vida em sociedade e manter a ordem pública. Tanto que qualquer pessoa, mediante requerimento, poderia, autorizado pelo Poder Público, recolher a pessoa e, somente após a internação, eram verificadas suas condições de saúde. Ainda segundo os autores, as internações não voluntárias seguiram por cerca de 30 anos, quando, em 1934, houve a revogação do decreto de 1903 e a criação de um novo, sob nº 24.559/1934, que trouxe algumas inovações, principalmente, quanto ao acompanhamento médico e social do paciente; porém, mantinha vários pontos do decreto anterior.

A partir daí, estabeleceu-se um Conselho com objetivo de prevenir e proteger os psicopatas, iniciando-se, dessa forma, uma afinada relação entre psiquiatria e justiça. A nova norma trouxe consigo um importante elemento que era o fato de os ditos “alienados” poderem ser submetidos a tratamento domiciliar, uma vez que o Decreto estabelecia regimes de internações com formatos diferentes, tais como: o aberto, o fechado e o misto, de onde surgiram as internações voluntárias e as internações a pedido do Estado ou de terceiros (STRASSER; SANTOS, 2014).

No Estado Novo, com a criação previdência-assistencial, são abertos hospitais psiquiátricos nas unidades da federação, que são dirigidos pelo Serviço Nacional de Doenças

Mentais (SNDM). A partir da década de 1960, no governo militar, há o incentivo para a criação de hospitais psiquiátricos privados. Foi na metade do século passado que houve uma superlotação dos asilos e uma proliferação de hospitais psiquiátricos, disseminados por todo o país com precárias condições de funcionamento e práticas ainda desumanas (OLIVEIRA, 2009). Os leitos hospitalares cresceram no mundo e no Brasil a tal ponto que instituições criadas ao exemplo das europeias, como o Hospital Juquery, em Franco da Rocha, São Paulo, abrigava 16 mil “doentes mentais” cuja função, em última análise, era o asilamento e a segregação social (PENA, 2017).

Historicamente, após a queda do regime militar no Brasil, na década de 1980, os hospitais psiquiátricos, ou como eram chamados à época “manicômios” ou “nosocômios”, foram abertos e expostos à população, podendo-se verificar as péssimas condições em que se encontravam os ditos “doentes mentais” em todo o país (STRASSER; SANTOS, 2014). De acordo com Pena (2017), a partir de movimentos surgidos na Europa, principalmente na Itália, as instituições asilares da psiquiatria passaram a ser questionadas, que fez surgir no Brasil movimentos dos trabalhadores de saúde mental questionamentos quanto à forma disciplinar e punitiva de tratamento dispensada aos doentes, bem como o isolamento em que viviam em instituições totalitárias que geravam lucros aos donos de hospitais e pouco “reabilitavam” seus indivíduos. Passou-se então a expandir um pensamento de libertação dos doentes, sua reinserção na comunidade e tratamento fora das instituições totais. O modelo chamado de Psiquiatria Democrática Italiano, sustentou o Processo de Desinstitucionalização.

Para Amarante (2001), o movimento da reforma psiquiátrica no Brasil teve como principal gerador a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), do Ministério da Saúde e o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). A 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em março de 1986, em Brasília, contou com diversos representantes da sociedade civil, dando força aos pensamentos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. No ano seguinte, no Rio de Janeiro, durante a I Conferência Nacional de Saúde Mental, teve início o primeiro movimento da chamada luta antimanicomial, movimento que incorporou todo sofrimento e anseios das populações asiladas em instituições psiquiátricas e tinha como pensamento ideológico uma sociedade sem manicômios e a inclusão e conquista da cidadania e dos direitos. A Reforma Psiquiátrica Brasileira teve como referenciais teóricos desde o movimento antipsiquiátrico americano, com Thomas Szasz e Erving Goffman, até o movimento europeu de Franco Basaglia, na Itália (LEONE, 2000). No entanto, sua maior influência é das análises genealógicas de Foucault e das práticas de desinstitucionalização de Basaglia (FARIA; SCHNEIDER, 2009).

2.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Em 1989, acompanhando o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, sensibilizado e convencido da necessidade de mudança das práticas assistenciais no campo da saúde mental pelo referido movimento, o deputado Paulo Delgado apresentou o Projeto de Lei nº 3657/89 que regulamentava os direitos dos doentes mentais em relação ao tratamento e indicava a extinção progressiva dos hospitais públicos e privados e sua substituição por serviços extra-hospitalares (PENA, 2017). Este projeto deu origem à Lei 10.216/2001 que “dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por novas modalidades de tratamento como CAPS, Hospital dia, e Lares Abrigados” (BRASIL, 2001). O principal objetivo da Lei nº10.216 de 2001 foi privilegiar a desospitalização dos doentes mentais, com a “extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outras modalidades de tratamento e práticas assistenciais” (AMARANTE, 1994).

Esse novo modelo de assistência psiquiátrica propõe ações descentralizadas, interdisciplinares e intersetoriais, passando por novos conceitos de saúde mental que inclui os conceitos de cidadania, qualidade de vida e uso dos direitos como cidadão que vão além da doença (PENA, 2017). Como decorrência dos direitos conquistados pela promulgação da Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001) e da Lei nº8.080/1990 (BRASIL, 1990), que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços de saúde, instaura-se a visão de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como responsável pelo oferecimento de linhas de cuidados vinculadas a atenção psicossocial da população (BRASIL, 2011).

Assim, a Rede de Atenção Integrada (RAPS) tem como proposta que os serviços de saúde sejam integrados e articulados por meio de ações e de equipamentos novos, oferecendo o cuidado integral, com equipe multiprofissional e assistência aos portadores de sofrimento mental e usuários de SPA (BRASIL, 2011). Segundo os artigos 5º e 6º da Portaria 3.088/2011, a RAPS consolidou as modalidades de tratamento com: Equipes de Atenção Básica em Saúde para população específica, Equipes de Consultório de Rua e Centros de Convivência, passando por serviços especializados como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i e CAPS ad II e III (estes últimos para usuários e dependentes de SPA), Atenção em Situação de Urgência e Emergência (SAMU), Enfermarias Psiquiátricas em Hospitais Gerais e Moradias de caráter Transitório. Também foram incluídas estratégias de desospitalização como as Residências Terapêuticas e o Programa de Volta pra Casa (BRASIL, 2011).

Segundo Balbino et al. (2016) há na criação do serviço substitutivo dos CAPS um compromisso ético com o direito a uma vida digna de seus usuários, “a despeito da doença mental ou de outras limitações sociais e econômicas”. É de responsabilidade do CAPS a articulação com a rede de atenção psicossocial (RAPS), ainda que possam ter configurações diferentes, de acordo com o porte dos municípios em que estão inseridos; sendo uma destas redes articulada pelo CAPS-ad.

Adotada em 2003, a Política Nacional Específica para Álcool e outras Drogas (PNEAD), em consonância com a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de álcool e Drogas, de 2004, privilegia em termos de importância, para o tratamento de transtornos mentais, os CAPS e, em especial, o CAPS-ad, quando disponível no território (BRASIL, 2004). De acordo com esta diretriz política, o CAPS-ad deve oferecer o cuidado personalizado em atendimento diário aos usuários, com condições desintoxicação, bem como atenção aos familiares. Deve ainda trabalhar de forma preventiva a uso de drogas, realizar o gerenciamento dos casos articulando com a rede com os serviços de atenção básica e unidades hospitalares especializadas e de referência.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil não é um movimento que se entende como findado. Ao contrário, está em constante discussão e transformação, uma vez que é um processo político e social bastante complexo em que há a necessidade do envolvimento de diversos seguimentos da sociedade, instituições e atores para sua implantação e fortalecimento em diversos territórios nos estados e municípios da federação (BRASIL, 2005). Com a Reforma Psiquiátrica não se extingue totalmente a necessidade de internação hospitalar para crises agudas. Dessa forma, a internação psiquiátrica como modalidade de tratamento ainda sobrevive, porém, com critérios médicos para tal intervenção. Há três possibilidades dessa forma de intervenção que preconiza o artigo 6º da Lei nº 10.216/01, a saber:

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: ocorre com o consentimento do usuário e com laudo médico circunstanciado;

II - internação involuntária: ocorre sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro com laudo médico circunstanciado; e

III - internação compulsória: determinada pela Justiça” (BRASIL, 2001).

Para Novaes (2014):

Com a publicação da Lei nº 10.216/01, a internação involuntária, por período prolongado, deveria ter sido abolida. Aliás, o projeto original da lei em questão, baseada na tradição basagliana, tinha como justificava não ser o hospital psiquiátrico um local adequado para tratamento de pessoas com transtornos mentais em geral, incluindo-se os dependentes químicos.

Ainda se nota que diversas emendas modificaram o projeto original de autoria do deputado Paulo Delgado, passando a Lei 10.216/01 a prever as três de internação descritas no parágrafo anterior (NOVAES, 2014). Há de ser mencionado que, no presente estudo, buscou-se apenas avaliar as Internações Compulsórias, cuja principal diferença da Internação Involuntária é o fato da existência de um processo judicial, que existe a figura do juiz de direito que irá analisar os fatos e determinar a condução coercitiva do indivíduo à avaliação médica. Mediante laudo médico circunstanciado que indique a real necessidade de internação hospitalar contrária à vontade do indivíduo, mas, considerando este em risco iminente para si ou para outrem, determinará também a condução coercitiva por meio de oficial de justiça e reforço policial se necessário.

Tais internações têm crescido em grandes proporções como atestam observações empíricas nos serviços de CAPS-ad e Hospitais Psiquiátricos, o que chama à atenção tanto do campo da saúde, quanto do direito, como registram inúmeros artigos e estudos sob denominação “a judicialização da saúde” (TRAVASSOS et al, 2013). Soma-se a isso a Portaria nº 3.088, publicada no DOU de 21 de maio de 2013, seção 1, p. 37-39, passando a considerar CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS-ad, CAPS ad III e CAPS i, conforme o censo populacional dos municípios. Assim, o modelo de atenção aos portadores de transtornos mentais muda o paradigma e a concepção de tratamento em saúde mental, que passa a contar com tais serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, a contar com a família e a comunidade como parceiras, sendo a ênfase do tratamento não mais a internação hospitalar, mas o cuidado em rede.

Estabelecidos a partir de uma nova lógica de saúde, com papel de destaque dentro da Reforma Psiquiátrica no Brasil, os CAPS constituem-se como instituições abertas e regionalizadas, formadas por equipes multidisciplinares, preocupados em oferecer cuidados ao sujeito em sofrimento psíquico, através de uma ótica não centralizada no diagnóstico psicopatológico, mas na escuta do indivíduo e suas condições psicossociais, sendo a grande meta a reintegração social do usuário (FARIA; SCHNEIDER, 2009). Segundo Fortes (2010), a Internação Psiquiátrica Compulsória (IC) é determinada pela autoridade judicial quando o portador de Transtorno Mental oferece risco para si, sua família ou para sociedade. Deve-se levar em conta as condições de segurança do estabelecimento de saúde quanto à salvaguarda

do paciente, dos demais internados e funcionários. Por se tratar de uma medida judicial, a Internação Compulsória não pode ser questionada quanto aos seus aspectos legais, porém muitos questionam os aspectos técnicos e éticos envolvidos, que tem por objetivo evitar que o indivíduo coloque a si e a outros em risco iminente de vida, após todos os outros mecanismos de intervenção feitos haverem se esgotados. A internação compulsória, em lei, é medida respaldada por ordem judicial que, para alguns autores, não se configura como cuidado, mas como violação do Estado à população, não caracterizando benefícios aos usuários de álcool e outras drogas, além de ser uma violação direito do cidadão (PENA, 2017, p. 33). Silva et al (2016) reafirmam que:

[...] a Lei nº 10.216/2001 é uma lei voltada para os portadores de transtornos mentais, na qual se inseriram os dependentes químicos. Essa lei dispõe sobre a proteção voltada para os acometidos de transtornos mentais e redirecionada para o modelo assistencial em saúde mental. Não há dúvida de que, após a publicação da Lei nº 10.216/2001, as políticas públicas tiveram início, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental, incluído o usuário de substância tóxica e bebida alcoólica.

Como citado a priori, desde os tempos mais remotos, os que se excediam no uso de bebidas, os infratores e os loucos foram inicialmente tratados sob a mesma categoria e no mesmo teto asilar. Com o decorrer do tempo, cada uma dessas esferas passou para o domínio de uma área de especialidade, cabendo aos infratores da lei o julgamento legal de seus atos e a prisão quando imposta por lei. Nesta categoria, enquadraram-se por longo tempo também os usuários de drogas ilegais, os quais eram presos, julgados e condenados, passando a compor a população prisional. Aos portadores de transtornos mentais e usuários de drogas lícitas, após o processo de desospitalização já mencionado, cabe o recurso do tratamento de sua enfermidade nos CAPS e, quando necessário, a internação hospitalar.

2.3 SOBRE AS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

O ser humano faz uso de SPA há milênios, integrando socialmente as pessoas por meio de atividades sociais, festividades e em cerimônias religiosas. Atualmente, embora esta forma de uso ainda perdure em raríssimos ambientes, o uso de álcool e/ou de outras drogas passou a fazer parte da vida social em várias culturas de forma a trazer consequências negativas (ARAÚJO et al, 2004). Na contemporaneidade, outras drogas, como as sintéticas, “balas”, anfetaminas e ecstasy, têm sido usadas por jovens em festas juntamente com drogas

conhecidas tradicionalmente, como o álcool, maconha, cocaína e crack. O número de pessoas que faz uso dessas SPA teve um crescimento significativo. Estima-se que este número era, no período de 2007 a 2011, de 172-250 milhões, passando para 167-315 milhões de pessoas (UNODC, 2013), considerando apenas as drogas ilícitas.

Embora as SPAs tenham o efeito de alterar o corpo, a consciência e o comportamento dos indivíduos, as consequências precisam ser observadas sob a experiência corpórea e psicológica individuais e dos valores de cada sociedade em que estão inseridos tais indivíduos (JORA, 2014). Tendo em vista as elevadas prevalências na população brasileira, mostrada em estudo de 2006, 28% da população brasileira (40% homens e 18% mulheres) haviam consumido bebida alcoólica no padrão de intoxicação pelo menos uma vez, 3% faziam uso nocivo de álcool e 9% eram considerados dependentes (LARANJEIRA et al, 2007). Também causa preocupação e foi objeto de estudos nacionais da última década o uso de cocaína (inalada e fumada), que apontou grande crescimento (CARLINI; GALDURÓZ, 2005; LARANJEIRA et al, 2013). O consumo na vida de cocaína passou de 2,3% para 2,9% e, o de crack, de 0,4% para 0,7% (CARLINI et al, 2001; CARLINI; GALDURÓZ; 2005).

Como SPA de maior uso da população em geral, o álcool, apesar de seu efeito euforizante, é uma substância que gera depressão do SNC. Em casos de intoxicações graves, pode causar coma e morte por parada cardiorrespiratória (GUARDIA; SURKOV; CARDÚS, 2011). Sua ação sobre a serotonina também produz uma sensação de euforia e bem-estar, que levam os indivíduos a desejar novas experiências com a substância (KOOB, 2011).

A cocaína pode ser atualmente encontrada sob duas formas: pó (cloridrato de cocaína), para uso via intranasal e endovenosa, quando dissolvida em água, e em forma de base livre, que pode ser fumada (crack) (RIBEIRO, 2005; DOMANICO, 2006). Os efeitos após o uso da cocaína estão relacionados ao aumento do estado de alerta, insônia e aceleração dos processos psíquicos (euforia, desinibição, mudanças perceptuais, ansiedade, aumento da autoestima e libido) e de comportamento (inquietação psicomotora), além de sintomas como fotofobia (decorrente da dilatação da pupila), sudorese e aumento da pressão arterial. Os efeitos são de curta duração, o que motiva o usuário a uma nova administração da droga em busca de permanecer mais tempo sob os efeitos euforizantes (WHO, 2004; KAPLAN; SADOCK; GREBB, 2007; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010). O uso da cocaína pode trazer também outros efeitos para alguns usuários, como perturbações de ordem psiquiátricas, alucinações, bem como prejuízos neurológicos e sintomas depressivos durante a abstinência da droga (RIBEIRO; NAPPO; SANCHEZ, 2012).

O crack surgiu primeiro nos EUA, na metade dos anos 1980, seguindo então para outros países, inclusive o Brasil, na década de 1990. Seu consumo teve uma relação com as camadas mais vulneráveis da população de grandes centros urbanos (AZEVEDO; SOUZA, 2017; DUAİLİBI, 2010). O crack também tem sido consumido com o tabaco (mesclado) ou em cachimbo, produzido artesanalmente, em latas de alumínio furadas, que são bastante comuns no Brasil e funcionam como um “cachimbo” com auxílio de cinzas de cigarro, o que resulta no aumento da combustão, gerando efeitos mais rápidos e intensos quando comparada à cocaína inalada (DOMANICO, 2006; KESSLER; PECHANSKY, 2008). Os efeitos euforizantes do crack são de curta duração (cinco a dez minutos), seguido pelo intenso desejo de novo uso, também conhecido como fissura (OSAP, 1991; ROMANO; RIBEIRO; MARQUES, 2002; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

Explica-se a rápida dependência do crack após os primeiros usos pela necessidade de repeti-los, sendo que a substância passa a ter um papel central na vida do usuário, em detrimento de outras necessidades e, então, a obtenção da droga passa a ser prioridade na vida da pessoa (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010). O potencial de dependência do crack está intimamente ligado fato de sua rápida velocidade e forte intensidade de ação nas sensações agradáveis, chamado de “reforço positivo” ou que alivia sentimentos desagradáveis; “reforço negativo” (LIMA, FONSECA E RIBEIRO, 2012). Se comparados aos usuários de cocaína inalada, os usuários de crack apresentam maior risco de desenvolver dependência, independente do gênero, etnia, associação com álcool ou tempo de consumo (CARLINI et al, 2001; CHEN; KANDEL, 2002; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

Alguns estudos mostram que a dependência do crack torna a droga prioridade na vida da pessoa, que passa a negligenciar compromissos sociais e familiares importantes como o cuidado com os filhos, empregos, na intenção de priorizar o uso da droga (OLIVEIRA; NAPPO, 2008; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010). Segundo Jora (2014), “a prevalência de transtornos mentais é maior entre os usuários de crack se comparados aos de cocaína inalada, sendo a depressão e a ansiedade as comorbidades psiquiátricas mais recorrentes”. Quando há transtorno mental associado, a vulnerabilidade para o desenvolvimento da dependência é ainda maior. Para vários autores, o que se observa nos consumidores é o uso de mais de uma substância. Os dependentes de cocaína ou crack, na maioria das vezes, também fazem uso de maconha ou mais ainda do álcool (WASHTON, 1989; ALVES, DUAİLİBI, 2007).

2.4 CONCEITOS DE USO, ABUSO E DEPENDÊNCIA DE SPA

Segundo Edwards, Marshal e Cook (1999):

Os conceitos que definem os critérios de diagnóstico de síndrome de dependência foram baseados nos conceitos da escola britânica de Griffith Edwards e serviram de base para a elaboração dos dois principais códigos de classificação das doenças mentais da atualidade: a Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID – 10), que se apresenta em sua décima versão (OMS, 1993), e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quarta versão (DSM – IV) (APA, 2002).

O uso de SPA pode ser feito de diversas formas: “socialmente aceito”, “uso nocivo” e de forma “dependente”. Necessário salientar que o termo socialmente aceito varia nas diferentes culturas, mas, para os estudiosos, traduz um uso que não agregue os termos consequências problemáticas para a saúde física, repetição do consumo, mal-estar na falta da substância. Ou seja, o uso daquela substância é eventual não sendo parte importante da vida do indivíduo (LARANJEIRA, 2010).

Um diagnóstico de dependência química é realizado somente com a presença de três ou mais dos sintomas como: forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância; dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término e níveis de consumo; estado de abstinência fisiológica quando o uso da substância cessou, sendo necessário uso com a intenção de aliviar tais sintomas; evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas; abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa; aumento do tempo necessário para se recuperar de seus efeitos; persistência no uso da substância a despeito de evidência clara de consequências manifestamente (EDWARDS; MARSHAL; COOK, 1999). De acordo com Edwards, Marshal e Cook (1999):

A dependência é considerada uma realidade clínica importante e compreender suas implicações faz parte da competência do profissional de saúde para que possa trabalhar mais efetivamente com os problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas; sendo imperioso o diagnóstico de dependência ou de uso nocivo para a avaliação da gravidade do problema, com finalidade de individualizar o diagnóstico e obter elementos indispensáveis para o planejamento terapêutico.

Há de ser considerado o fato de que muitos usuários de SPAs fazem uso de múltiplas drogas pela busca por maximização de sensações percebidas como prazerosas pelo usuário e a minimização de efeitos relacionados à intoxicação e abstinência (AZEVEDO; OLIVEIRA, 2011). Entender essas associações, bem como a “substância de preferência”, é de crucial importância para que os profissionais de saúde possam elaborar as medidas terapêuticas emergenciais e planos de tratamento compatíveis com as implicações dos diversos padrões de uso e abuso de múltiplas drogas (AZEVEDO et al, 2012).

Ainda que o indivíduo faça uso de mais de uma substância psicoativa, os diagnósticos devem ser feitos separadamente e de acordo com a classe de SPA consumida de forma mais intensa que atenda a pelos menos três dos critérios estabelecidos. Será feito o diagnóstico de dependência, segundo a CID 10. Somente será utilizado o diagnóstico de transtorno resultante do uso de múltiplas drogas quando os padrões de uso são dúbios e indiscriminados, ou seja, quando a identidade exata de alguma ou mesmo de todas as substâncias psicoativas consumidas é incerta ou desconhecida, desde que muitos usuários de múltiplas drogas frequentemente não sabem pormenores daquilo que consomem ou quando o usuário não consegue definir quais substâncias consumiu e quais quantidades consome periodicamente (OMS, 1993; RIBEIRO; REZENDE, 2013).

Para Jora (2014), o consumo de múltiplas drogas entre os usuários de crack é um comportamento muito comum, sendo a maconha e o álcool usados com o objetivo de reduzir a inquietação e a fissura decorrentes do uso do crack. Há um grande número de usuários que também utiliza o crack e a cocaína inalada (GUINDALINI et al, 2006; OLIVEIRA; NAPPO, 2008). Esta combinação compromete o prognóstico, já que está inevitavelmente associada a um início precoce, sendo seu uso mais frequente e, em quantidade excessivas, com envolvimento em atividades ilícitas.

A Classificação Internacional das Doenças (CID-10), em seu capítulo V, “Transtornos Mentais e Comportamentais”, configura o dependente de álcool e outras drogas como portador de “Transtorno Mental devido ao uso de substâncias psicoativas” com especificações de códigos do F10 ao F19, conforme segue:

- F10. - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool;
- F11. - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos;
- F12. - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides;

- F13. - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos;
- F14. - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína/crack;
- F15. - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína;
- F16. - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos;
- F17. - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo;
- F18. - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis;
- F19. - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas.

O fato de o uso nocivo e a dependência de SPA estarem classificados no capítulo de “transtornos mentais” traz consequências que muitas vezes causam confusões para leigos e mesmo pessoas que são da área. Segundo Azevedo e Souza (2017) (apud RAUTER, 2003), a psiquiatria traz um novo destino aos que fogem das normas, passando a serem excluídos não por infração a um código de leis explícito, como criminosos, mas ao serem definidos como doentes. Sua exclusão justifica-se como tratamento.

2.5 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

De acordo com a Constituição do Brasil (1998), em seu artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Em seu artigo 198, define:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.

Ademais, a OMS conceitua saúde, em seu preâmbulo, como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”. Nesse sentido, o direito à saúde é reconhecido, em leis nacionais e internacionais, como um direito fundamental que deve ser garantido pelos Estados aos seus cidadãos, por meio de políticas e ações públicas que permitam o acesso de todos os meios adequados para o seu bem-estar (VENTURA; DE MORAES; JORGE, 2013).

O direito à saúde implica, também, prestações positivas, incluindo a disponibilização de serviços e insumos de assistência à saúde, tendo, portanto, a natureza de um direito social, que comporta uma dimensão individual e outra coletiva em sua realização. A trajetória do reconhecimento do direito à saúde como relativo à dignidade humana e, conseqüentemente, sua incorporação nas leis, políticas públicas e jurisprudências, espelham as tensões e percepções sobre as definições de saúde e doença, de como alcançar este Estado de bem-estar, e quais os direitos e responsabilidades dos cidadãos e dos Estados (VENTURA; DE MORAES; JORGE, 2013).

Na tentativa de enfrentamento dos problemas relacionados ao abuso e dependência de SPA, as políticas proibicionistas ou regulatórias buscam influenciar comportamentos e práticas por meio de ações diretas. Parte-se do princípio de que o abuso do álcool está vinculado a problemas de saúde ou a desvio moral/ criminal e caracterizam-se pelo autoritarismo das intervenções propostas. Por sua vez, as políticas de alocação ou redução de danos partem do princípio de que o consumo do álcool e/ou de outras drogas sempre esteve e estará presente na história da humanidade e já que não pode ser suprimido da sociedade. São necessárias estratégias para minimizar os danos advindos desta prática, tanto para os usuários como para a coletividade, como ampliar o acesso ao tratamento gratuito para dependentes do álcool (MANGUEIRA et al, 2015; LARANJEIRA; ROMANO, 2004; ALVES, 2009).

No Brasil, desde 1987, o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) tem realizado uma série de estudos sobre o consumo de substâncias psicoativas em populações definidas: estudantes de Ensino Médio das principais capitais brasileiras. Mais recentemente, tanto o IBGE quanto o Ministério da Saúde também passaram a realizar pesquisas referente à saúde escolar. Com objetivos e metodologias diferentes, ambas as metodologias devem ser evadas em conta para informar políticas públicas (BASTOS, 2017).

Segundo Silva Júnior (2018):

[...] simplificadamente, a Judicialização da saúde pública é a busca de providência, junto ao Judiciário, para a obtenção negada ou atrasada na rede

estatal de saúde de exames para diagnóstico; ou prevenção de doença; ou ainda tratamento cirúrgico ou medicamentoso, para curar ou controlar uma enfermidade; ou agravamento à saúde de determinada pessoa, ou de um grupo de pessoas, ou de toda a coletividade.

E continua Silva Júnior (2018):

A Judicialização da saúde pública, no direito brasileiro, fundamenta-se, principalmente, no artigo 196 da Lei Magna, que assegura a todos o direito a saúde e o prevê como dever do Estado (União, Estados membros, DF e municípios), através de ações e políticas públicas. Tais políticas, no Sistema Único de Saúde (SUS), são reguladas no âmbito infraconstitucional na lei federal n. 8.080/1990, bem como nos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDT) elaborados pela Comissão Nacional de Incorporação de tecnologias ao SUS (CONITEC), vinculada ao Ministério da Saúde, e nas portarias do referido Ministério e da Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

A busca pela efetivação do direito social à saúde via processo judicial, individual e/ou coletivo, contra os Poderes Públicos, teve início na década de 1990, com as reivindicações das pessoas que estavam vivendo com HIV/ AIDS para terem acesso aos medicamentos e procedimentos médicos. As reivindicações fundamentaram-se no direito constitucional à saúde, que inclui o dever estatal de prestar assistência à saúde individual, de forma integral, universal e gratuita, no SUS, sob a responsabilidade conjunta da União Federal, estados e municípios (BRASIL, 2005). A partir dessa demanda, foram abertas avaliações de juízo de outras demandas.

Na área da dependência química, houve uma demanda crescente por internações compulsórias por medida judicial (COELHO; OLIVEIRA, 2014), no pedido judicial. Para que se proceda a internação compulsória, pela leitura da Lei, depende-se apenas de um laudo médico circunstanciado, atestando a necessidade de internação do paciente, cabendo ao juiz analisar o pedido e examinar as condições de segurança do estabelecimento para o paciente, outros internados e funcionários (artigo 9º da Lei 10.216/01). Questionam as autoras supracitadas que, seguindo estritamente a Lei, o juiz baseia-se apenas no laudo médico prévio para determinar a internação compulsória. Na maioria, tal laudo foi elaborado no momento de crise do usuário e quando, certamente, não foi levado em conta os demais aspectos de sua vida, especialmente, condição social e relações familiares. Nem sempre baseado em laudos ou avaliações de psiquiatras, a internação compulsória imposta ao paciente e ao médico assistente leva preocupação aos profissionais médicos, por caracterizar a chamada judicialização do ato médico. A área da saúde mental passa a sofrer interferência das instituições jurídicas de tal forma que, atualmente, constituem-se em outra via de acesso à

internação psiquiátrica, causando desconforto aos médicos e desrespeito a autonomia do paciente (FORTES, 2010).

Percebe-se que existe crescente intervenção do judiciário sobre os procedimentos clínicos dos profissionais da saúde mental e dificuldades de diálogo entre os atores envolvidos nesta questão, no que concernem às situações de encaminhamentos judiciais para avaliação psiquiátrica e/ou internação. Isso tem também acarretado questões de natureza moral, social e ética, que merecem debates aprofundados das partes e busca de resoluções e parcerias consensuais visando o bem do paciente (FORTES, 2010).

De acordo com SILVA (2013), em 2013, a prática da internação compulsória, que já vinha sendo adotada em São Paulo, passou a ser reproduzida pela Prefeitura do Rio de Janeiro através de um programa de internação de adultos dependes de crack. Na cidade de São Paulo, porém, foi assinado um termo de cooperação técnica com o Tribunal de Justiça do Estado (TJ), o MP e a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), para viabilizar a internação dos indivíduos com dependência química graves de forma célere. Esta política deu início, em São Paulo, ao Projeto “Recomeço”, coordenado pelo psiquiatra Ronaldo Laranjeira, que previa um auxílio no valor de R\$ 1.350,00 para o custeio de despesas de internação voluntária de dependentes químicos em entidades especializadas (SILVA, 2013). O programa previu o credenciamento de clínicas em 11 cidades do estado de São Paulo, sendo várias delas na cidade de Ribeirão Preto. Ainda de acordo com Silva (2013):

Para aqueles que não desejam voluntariamente a internação, o projeto prevê a internação compulsória, que segundo os adeptos dessa proposta, quando baseada em laudos médicos, busca garantir o direito à vida e à saúde, bem como resgatar a dignidade e a cidadania dos indivíduos. Tal internação deve ser acompanhada de medidas para a reinserção do dependente na sociedade.

Pesquisa do Datafolha, realizada nos dias 18 e 19 de janeiro de 2012, apontou que 90% dos brasileiros apoiam a internação involuntária de dependentes de crack (SILVA, 2013). Todavia, destaca-se que a internação compulsória fere os preceitos constitucionais, notadamente o direito à liberdade de escolha do cidadão, além de ser um disfarce para interesses econômicos e políticos ligados à higienização (SILVEIRA, 2011). Silveira (2011) considera ainda que: “Não existe respaldo científico sinalizando que o tratamento para dependentes deva ser feito preferencialmente em regime de internação”. De modo que “o internamento se trata de uma medida ‘higienista’, de isolamento social. Entende que os melhores resultados nos tratamentos são obtidos, de um modo geral, por meio de tratamentos ambulatoriais”. Coelho e Oliveira (2014) consideram que:

A despeito do crescente aumento das internações compulsórias para dependentes de substâncias psicoativas e a defesa desta forma de tratamento por parte de especialistas em saúde e direito; outros autores apontam para a necessidade de que o poder público realize um enfrentamento contra esta situação através de políticas com medidas permanentes de combate aos fatores determinantes desta condição; sob o risco de reduzir o tratamento de dependentes químicos a implementação de simples medidas paliativas e ineficazes.

Em 08 de maio de 2013, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), no Brasil emitiu uma nota, sobre a internação involuntária e compulsória de pessoas que usam drogas. Ressaltando que tais internações compulsórias só devem ser utilizadas em circunstâncias claramente definidas como excepcionais e devem respeitar os direitos humanos previstos na legislação internacional. Na nota, a OPAS afirma que considera inadequada e ineficaz a adoção da internação involuntária ou compulsória como estratégia principal para o tratamento da dependência de drogas. A nota esclarece ainda que:

O fortalecimento da rede de atenção psicossocial é prioritário e se constitui como opção mais adequada como resposta do setor saúde para o consumo de drogas. A perspectiva da rede pressupõe em si a necessidade de articulação dos diversos dispositivos e estratégias de trabalho – que incluem a internação – como forma a oferecer a melhor resposta sanitária para as demandas das pessoas que usam drogas.

3 JUSTIFICATIVA

As medidas de enfrentamento das drogas no Brasil, durante os últimos 30 anos, foram uma “guerra à substância”, com a associação do dependente ao criminoso e a institucionalização tendo o papel de protagonista no tratamento do dependente químico (CORREIA JUNIOR; VENTURA, 2013). Ainda para esses autores, o cuidado em saúde e o olhar para o indivíduo como sujeito ficaram sem a atenção merecida. Consideram ainda que:

Os discursos políticos e midiáticos, de caráter imediatista, utilizam da internação como artifício de repressão e controle, por julgarem mais eficazes e significativos na intenção de demonstrar agilidade, sem considerar o uso da droga como um sintoma social carente de inclusão e responsabilidade conjunta (CORREIA JUNIOR; VENTURA, 2013).

Para Costa (2013), tratar o indivíduo com dependência, privilegiando a internação como recurso essencial, só se justifica a partir da necessidade de um controle social, “sem considerar que contextos esta dependência se estabeleceu, é eximir da responsabilidade outros atores fundamentais do contexto: a família, a comunidade e o próprio estado”. Saliencia-se que os problemas que permeiam a saúde mental compuseram, dentre as principais causas de incapacidades, mortes e gastos com saúde neste início de século (MONTEIRO, 2015).

Por outro lado, Costa (2013) considera que “o tratamento somático e psicossocial bem ajustado, no plano doméstico ou ambulatorial, é capaz de minimizar o uso das drogas independentemente de sua legalidade, manejar os sintomas da fissura, orientar sobre as possíveis recaídas e promover a recuperação da pessoa”. Porém, o autor destaca que “a internação é, quase sempre, evocada pela família como a primeira e única porta de saída para a crise gerada pelo comportamento desregrado de um de seus membros”. E questiona: “é possível obrigar alguém a se submeter a um tratamento? É possível e útil a internação compulsória para tratamento de dependentes químicos?” (COSTA, 2013).

Todavia, com bases prevista na Lei nº 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, a possibilidade de internação compulsória de usuários de substâncias psicoativas vem sendo efetivada (COELHO; OLIVEIRA, 2014). Assim, de acordo com as diretrizes dadas pela Reforma Psiquiátrica, exige-se que antes da decisão pelo internamento compulsório sejam utilizados todos os meios de tratamento extras hospitalares possíveis (MONTEIRO, 2015). Estas internações, principalmente de pessoas com dependência de SPA, têm crescido de forma abrupta nos últimos anos, a ponto de, no serviço de referência para esses usuários, no município de

Ribeirão Preto, CAPS ad II, o total de pacientes com mandado judicial e “solicitação de avaliação do estágio da dependência e internação compulsória”, de 2010 à 2015, já chegava a um montante de 204, segundo o Banco de Dados do CAPS ad II, SEVP – Ribeirão Preto. Um relatório de avaliação das solicitações de internações hospitalar em saúde mental divulgado aos serviços de Saúde pelo DRSXIII, mostra que, de setembro de 2013 a agosto de 2015, do total de 5.281 solicitações para internação hospitalar nos Hospitais com leitos Psiquiátricos desta DRS XIII, 1.925 tinham diagnóstico de álcool e/ou outras drogas, segundo informações do banco de dados do CAPS ad.

Mediante o exposto, ainda são raros os estudos que mostram a efetividade ou não das internações compulsórias de dependentes de álcool e/ou de outras drogas, principalmente porque o entendimento sobre o que seja efetividade de um tratamento em dependência ainda é alvo de controverso na literatura. As internações compulsórias são justificadas com embasamento nos princípios constitucionais do direito à saúde e à dignidade da pessoa humana. Há, porém, aqueles que classificam tal justificativa como um ato inconstitucional e equivocado (COELHO; OLIVEIRA, 2014).

No município de Ribeirão Preto, estudos que abrangem especificamente as internações compulsórias da população de usuários de SPA não existem. Esta pesquisa poderá abrir campo para outras possibilidades de investigação acerca das ocorrências na vida desses usuários, quanto ao padrão de uso das SPA, grau de assertividade com a propositura da internação de forma compulsória, bem como poderá contribuir para a ampliação da discussão acerca desta forma de abordagem junto aos profissionais do direito e da saúde que trabalham com dependentes químicos.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar as características sociodemográficas e clínicas de usuários de substâncias psicoativas por meio de processo judicial para internação compulsória, de usuários do Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS-ad) de Ribeirão Preto.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar as características sociodemográficas de usuários de SPA com demanda judicial para internação;
- Avaliar aspectos relacionados ao tipo de SPA utilizada;
- Avaliar os tipos de internações (compulsórias, voluntárias e involuntárias) e continuidade do tratamento;
- Avaliar os requerentes nos processos judiciais e suas motivações para a solicitação junto à Defensoria Pública.

5 MATERIAIS E MÉTODO

5.1 DESENHO METODOLÓGICO

O presente estudo é do tipo transversal retrospectivo, baseado em dados secundários.

5.2 LOCAL

O presente estudo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas – CAPS-ad II – de Ribeirão Preto, por ser um serviço de referência para dependência química, que abrange toda a demanda do município quanto ao abuso de álcool e outras drogas. É um serviço pioneiro em Ribeirão Preto e funciona desde 1996, regulamentado junto ao MS, prestando assistência a usuários de álcool e outras drogas através do sistema de “porta aberta”, ou seja, o paciente é atendido por uma equipe multiprofissional, em diversas modalidades de assistência (grupal e individual), ainda que venha por demanda espontânea, sem a exigência de guia de referência de alguma unidade básica de saúde. O CAPS-ad II, por se tratar do único serviço que presta assistência aos usuários de substâncias psicoativas na cidade, até a presente data, é referência para os encaminhamentos dos mandados judiciais de “avaliação do estágio de dependência e determinação de internação compulsória”, ou simplesmente de “internação compulsória mediante força coercitiva”.

5.3 AMOSTRA

O estudo foi realizado a partir da análise de prontuários de 218 usuários de SPA que, por motivo da existência de processo judicial que objetiva a internação hospitalar compulsoriamente, têm mandado para avaliação médica no CAPS-ad de Ribeirão Preto para verificar a necessidade ou não dessa forma de internação. Fizeram parte do estudo todos os prontuários abertos para a avaliação médica por mandado judicial, ainda que o usuário não fosse paciente do serviço e não tenham comparecido à consulta médica agendada.

5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de elegibilidade foram indivíduos com processos judiciais em que houve a determinação para condução coercitiva do paciente ao CAPS-ad para avaliação médica do

grau de dependência de SPA e, com a necessidade de internação, determinada para sua efetivação de forma compulsória.

5.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os critérios de exclusão foram: ser usuário do serviço sem processo judicial para internação compulsória e ter com uma determinação judicial definida para tratamento no CAPS-ad.

5.6 PROCEDIMENTOS

5.6.1 Recrutamento

A coleta de dados foi realizada em dias da semana pela pesquisadora principal, no período de outubro de 2019 a janeiro de 2020. Foi realizado um rastreamento a partir da análise dos 218 prontuários dos pacientes com mandado de “determinação do estágio de dependência e internação compulsória”, ou simplesmente “determinação de internação compulsória” do CAPS-ad II, a fim de se obter as seguintes informações:

- Data do início do processo judicial;
- Diagnóstico médico, de acordo com a CID 10;
- Identificação do Requerente no Processo judicial;
- Motivo da Solicitação de I.C.;
- Indicação da I.C. pelo médico avaliador ou não;
- Data da internação hospitalar compulsória;
- Data da alta hospitalar;
- Situação atual do paciente.

5.6.2 Instrumento

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário contendo perguntas fechadas de acordo com as registradas nos prontuários do CAPS-ad, como:

- Informações sociodemográficas: idade, sexo, gênero, cor de pele, estado civil, escolaridade, ocupação, religião, renda salarial da família, beneficiário ou não de assistência do governo, região em que reside e situação de moradia;
- Informações sobre o uso de Substâncias Psicoativas: idade em que começou a consumir SPA, tipo de SPA mais usada na ocasião do processo judicial, diagnóstico principal de acordo com a CID principal e presença de outra doença mental;
- Informações sobre tratamentos e internações: tratamento regular ambulatorial antes do processo judicial, frequência, internações voluntárias em CTs ou Hospital ocorridas, internações involuntárias ocorridas, principal motivo para processo judicial, requerente no processo judicial, indicação ou não da internação, quantidade de IC efetivada, tempo médio das internações, local onde deu continuidade ao tratamento e situação atual do paciente (APÊNDICE A).

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

O presente projeto foi apresentado à Diretoria do Sanatório Espírita Vicente de Paulo e à Coordenação do CAPs-ad II de Ribeirão Preto, bem como à Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa (CAP) da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, em que foi solicitada uma autorização formal para a realização do estudo. O estudo segue os pressupostos éticos, conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Por ser um estudo retrospectivo, baseado em dados secundários, foi dispensada a utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a avaliação do Conselho de Ética em Pesquisa.

5.8 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Um banco de dados foi elaborado no *Statistical Program of Social Science* (SPSS). A dupla digitação dos dados foi necessária para conferência dos dados. A análise descritiva foi realizada por meio de frequência e porcentagem. O teste Qui-quadrado foi utilizado para comparar as características dos usuários em relação ao tipo de internação e as demais variáveis. Foi considerado o nível de significância $p < 0,05$ e Intervalo de Confiança (IC) 95%.

6 RESULTADOS

6.1 INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

A amostra foi composta por 218 prontuários de usuários de SPA que foram encaminhados judicialmente para internação, caracterizados por serem adultos, com média de idade de 30,5 anos (desvio padrão 10,6 anos), variando entre 15 a 69 anos, do sexo masculino 182 (83,5%), raça/ etnia branca 146 (67,0%), viviam sem um companheiro 177 (81,2%), possuíam baixo nível de escolaridade 146 (66,1%), desempregados 140 (64,2%), recebiam benefícios de programas assistenciais 33 (15,1%), estavam em situação de rua 20 (9,2%) e eram residentes de Ribeirão Preto 215 (98,6%).

6.1.1 Internações compulsórias por uso de SPA

Do total de 218 pacientes com processos judiciais com mandados para internação compulsória, 126 tiveram as internações efetivadas. Destaca-se da amostra que se diferenciou em relação ao estado civil (sem companheiro $n = 109/ 62\%$), o estado ocupacional ($n = 8/ 72,8\%$) – exerciam outras formas de trabalho – e ser beneficiário de programas sociais ($n = 27/ 84,8\%$), entre os usuários de SPA que foram demandados para internações compulsórias, com valores estatisticamente significativos ($p < 0,05$). Os dados estão apresentados na Tabela 1, a seguir.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos usuários de SPA com processo judicial para internação compulsória (n = 218). Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2021

		Internação compulsória [n (%)]			Valor de p
		Sim	Não	Total	
Sexo	Mulher	25 (64,4)	11 (30,6)	36 (100,0)	0,121
	Homem	101 (55,5)	81 (44,5)	182 (100,0)	
Raça/etnia	Branca	83 (56,9)	63 (43,1)	146 (100)	0,219
	Preta/Parda	34 (66,7)	17 (33,3)	51 (100)	
Estado civil	Sem companheiro	109 (62,0)*	67 (38,0)	176 (100)	0,016*
	Com companheiro	17 (41,5)	24 (59,5)	41 (100)	
Escolaridade	<8 anos	85 (58,2)	61 (41,8)	146 (100)	0,600
	≥ 8 anos	41 (58,6)	29 (41,4)	70 (100)	
Estado Ocupacional	Superior	04 (80,0)	01 (20,0)	05 (100,0)	0,006*
	Empregado	15 (36,58)	26 (63,42)	41 (100)	
	Desempregado	90 (62,0)	55 (38,0)	145 (100)	
	Outras formas de trabalho	8 (72,8)	02 (27,2)	11 (100)	
Recebe benefício social	Sim	27 (84,8)*	06 (15,2)	32 (100)	0,001*
	Não	86 (51,50)	81 (48,50)	167 (100)	
Situação de rua	Sim	14 (70,0)	06 (30,0)	20 (100)	0,440
	Não	94 (55,7)	75 (44,3)	169 (100)	
	Sim, no passado	17 (60,8)	11 (39,2)	28 (100,0)	
Município de residência	Ribeirão Preto	123 (57,2)	92 (42,8)	215 (100,0)	0,367
	Outros	3 (100)	-	03 (100,0)	

Nota: Teste Qui Quadrado. Valor de $p < 0,05$.

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

6.1.2 Internações voluntárias em CT por uso de SPA

Do total, 66 (30,3%) foram internados voluntariamente em comunidades terapêuticas por problemas relacionados ao uso de SPA, os quais se diferenciaram na amostra em relação ao sexo e ocupação, sendo do sexo masculino 60 (27,6%) e aqueles que exerciam atividades de trabalhos informais 12 (5,6%), com valores estatisticamente significativos ($p < 0,05$) (Tabela 1). Nota-se um grupo de adultos. A média de idade dos indivíduos na primeira internação compulsória foi aos 30,5 anos (desvio padrão de 10,6), variando entre 15 e 61

anos. Ao avaliar a diferença entre as idades, foi observado que os indivíduos com indicação para internação voluntária não se diferenciaram quando comparados com os demais (média de 29 anos, desvio padrão 7,4 anos *versus* 30,5±10,6 anos, $p > 0,05$), dados não apresentados em tabela.

Tabela 2 – Características sociodemográficas dos usuários de SPA com processo judicial para internação compulsória em Comunidade Terapêutica (n = 218). Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2021

		Internação voluntária em Comunidades Terapêuticas [n (%)]			Valor de p
		Sim	Não	Total	
Sexo	Mulher	6 (16,2)	31 (82,8)*	37 (100,0)	0,041*
	Homem	60 (33,1)	121 (66,9)	181 (100,0)	
Raça/etnia	Branca	42 (28,8)	104 (71,2)	146 (100,0)	0,490
	Não Branca	24 (33,3)	48 (66,7)	72 (100,0)	
Estado civil	Sem companheiro	55 (31,1)	122 (68,9)	177 (100,0)	0,594
	Com companheiro	11 (26,8)	30 (73,2)	41 (100,0)	
Estado ocupacional	Empregado	13 (31,7)	28 (68,3)	41 (100,0)	0,033*
	Desempregado	39 (26,9)	106 (60,3)	145 (100,0)	
	Outros	2 (18,2)	9 (81,8)	11 (100,0)	
Recebe benefício social	Trabalho informal	12 (57,1)	9 (42,9)	21 (100,0)	0,219
	Sim	7 (21,2)	26 (78,8)	33 (100,0)	
Situação de rua	Não	59 (31,9)	126 (68,1)	185 (100,0)	0,044
	Sim	10 (50,0)	10 (50,0)	20 (100,0)	
Município de residência	Não	56 (28,3)	142 (71,7)	198 (100,0)	0,663
	Ribeirão Preto	65 (30,2)	150 (69,8)	215 (100,0)	
	Outros	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (100,0)	

Nota: Teste Qui Quadrado. Valor de $p < 0,05$.

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

6.1.3 Internação voluntária em hospital por uso de SPA

Dos usuários com processos judiciais para internação compulsória, 69 (31,7%) foram internados de forma voluntária em hospitais, em algum momento da vida: antes, durante ou após o percurso do processo judicial. Observa-se ainda um grupo com características homogêneas que não se diferenciaram em suas características sociodemográficas (Tabela 3).

Tabela 3 – Características sociodemográficas dos usuários com processo judicial internação hospitalar voluntária em hospitais (n = 281). Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2021

		Internação hospitalar voluntária [n(%)]			Valor de p
		Sim	Não	Total	
Sexo	Mulher	9 (24,3)	28 (83,8)	37 (100,0)	0,293
	Homem	60 (33,1)	121 (66,9)	181 (100,0)	
Raça/etnia	Branca	43 (29,5)	103 (70,5)	146 (100,0)	0,320
	Não Branca	26 (36,1)	46 (63,9)	72 (100,0)	
Estado civil	Sem companheiro	61 (34,5)	116 (65,5)	177 (100,0)	0,064
	Com companheiro	8 (19,5)	33 (80,5)	41 (100,0)	
Escolaridade	< 8 anos	48 (32,4)	104 (67,6)	148 (100,0)	0,718
	≥ 8 anos	21 (30,0)	49 (70,0)	70 (100,0)	
Estado ocupacional	Empregado	10 (24,4)	31 (75,6)	41 (100,0)	0,478
	Desempregado	50 (34,5)	95 (65,5)	145 (100,0)	
	Outros	2 (18,2)	9 (81,8)	11 (100,0)	
Recebe benefício social	Trabalho informal	7 (33,3)	14 (66,7)	21 (100,0)	0,528
	Sim	12 (36,4)	21 (63,6)	33 (100,0)	
	Não	57 (30,8)	128 (69,2)	185 (100,0)	
Situação de rua	Sim	9 (45,0)	11 (55,0)	20 (100,0)	0,178
	Não	60 (30,3)	138 (69,7)	198 (100,0)	
Município de residência	Ribeirão Preto	67 (31,2)	148 (68,8)	215 (100,0)	0,189
	Outros	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (100,0)	

Nota: Teste Qui Quadrado. Valor de $p < 0,05$.

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

6.1.4. Internação involuntária em Hospital Psiquiátrico ou Especializado

Dos prontuários avaliados, percebeu-se que 34 (15,7%) haviam sido internados de forma involuntária; antes, durante ou após o percurso do processo. Houve diferença entre a amostra apenas entre os que recebiam benefícios sociais, com valores estatisticamente significativos ($p < 0,05$), segundo dados na Tabela 4, adiante.

Tabela 4 – Características sociodemográficas dos usuários com mandado para internação involuntária por uso de SPA (n = 218). Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2021

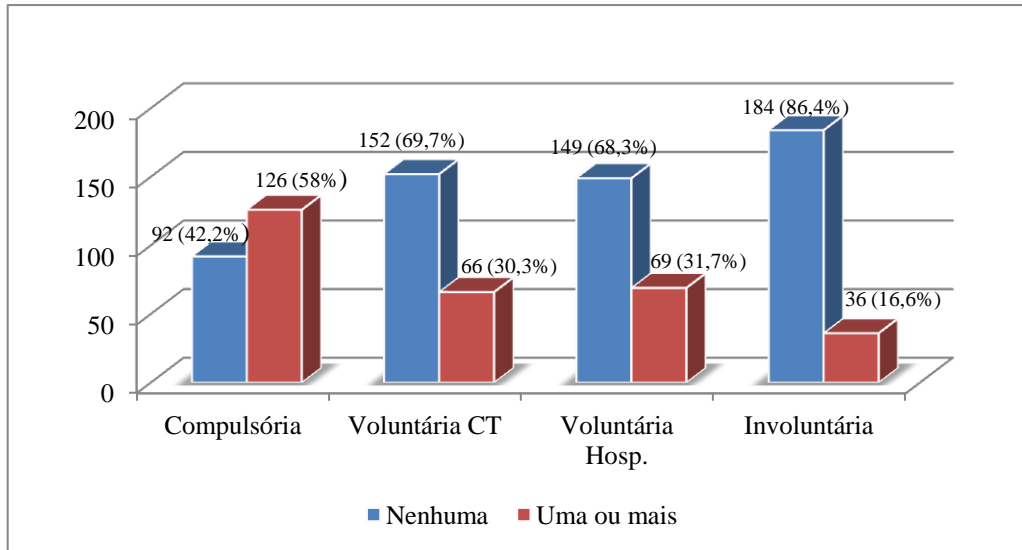
		Internação involuntária [n (%)]			Valor de p
		Sim	Não	Total	
Sexo	Mulher	9 (24,3)	28 (75,7)	37 (100,0)	0,119
	Homem	25 (9,7)	153 (86,0)	178 (100,0)	
Raça/etnia	Branca	27 (18,9)	116 (81,1)	143 (100,0)	0,082
	Preta/Parda	7 (9,7)	65 (90,3)	72 (100,0)	
Estado civil	Sem companheiro	29 (16,7)	145 (83,3)	174 (100,0)	0,480
	Com companheiro	5 (9,5)	36 (87,8)	41 (100,0)	
Escolaridade	<8 anos	22 (15,2)	123 (84,8)	145 (100,0)	0,711
	≥ 8 anos	12 (17,1)	58 (82,9)	70 (100,0)	
Estado ocupacional	Empregado	3 (7,3)	38 (92,7)	48 (100,0)	0,306
	Desempregado	27 (18,9)	116 (81,1)	143 (100,0)	
	Outros	1 (9,1)	10 (90,9)	11 (100,0)	
	Trabalho informal	3 (15,0)	17 (85,0)	20 (100,0)	
Recebe benefício social	Sim	11 (33,3)	22 (66,7)	33 (100,0)	0,003*
	Não	23 (12,6)	159 (87,4)	182 (100,0)	
Situação de rua	Sim	5 (23,3)	14 (73,7)	19 (100,0)	0,189
	Não	29 (14,8)	167 (85,2)	196 (100,0)	
Município de residência	Ribeirão Preto	33 (15,6)	179 (84,4)	212 (100,0)	0,180
	Outros	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (100,0)	

Nota: Teste Qui Quadrado. Valor de p<0,05.

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

Quanto aos tipos de internações: 126 (58%) foram IC, 66 (30,3%) internações voluntárias em CTs, 69 (31,7%) internações voluntárias em hospital e 36 (16,6%) internações involuntárias, de acordo com os dados apresentados no Gráfico 1, a seguir.

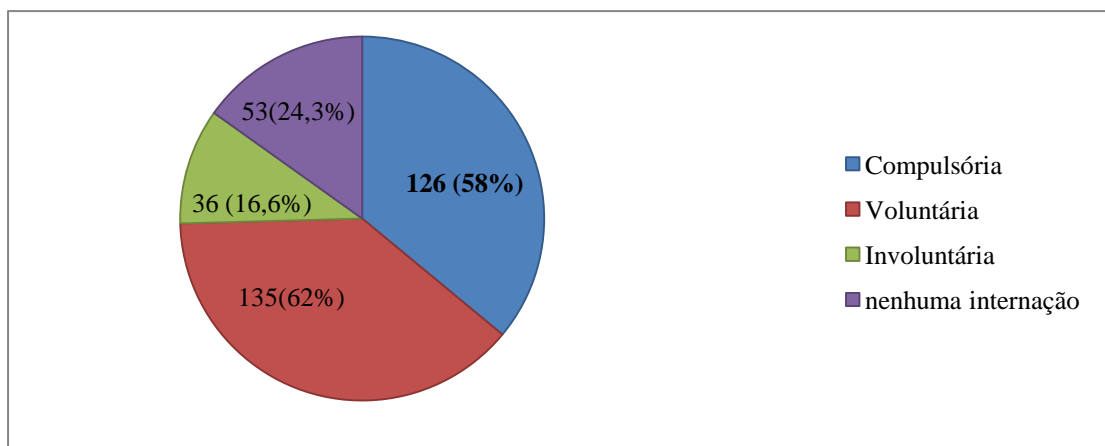
Gráfico 1 – Números e porcentagens do tipo e local das internações (n = 218)



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Ao analisarmos os tipos de internações, nota-se que as internações voluntárias 135 (62%) foram em números maiores que as compulsórias 126 (58%) e as involuntárias 36 (16,6%). Da amostra, 53 (24,3%) não tiveram demandas para internação, segundo observa-se nos dados apresentados no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Números e porcentagens do tipo de internações (n = 218)



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

6.2 INFORMAÇÕES QUANTO AO TIPO DE SPA USADAS

Em relação ao tipo de SPA usada foram: crack 104 (48,4%), cocaína 59 (27,4%), álcool 33 (15,3%) e a maconha 19 (8,8%). Sobre o tipo de substância usada entre os usuários

com internações, nota-se que, nos registros das internações voluntárias ocorridas em hospitais, as drogas de maior prevalência pelos usuários foi a cocaína inalada 56 (25,7%) e fumada 105 (48,2%), enquanto que a segunda droga de maior uso foi o álcool 105 (48,2%), tabela 5. Os usuários de crack com diagnóstico F.14.2 (Transtornos relacionados ao uso de crack), de acordo com a CID-10, foram predominantes entre os que tinham mandado judiciais para internação compulsória voluntária, com valores estatisticamente significativos ($p < 0,05$).

Tabela 5 – Uso de substâncias e tipos de internações dos usuários com mandado para internação por uso de drogas (n = 218). Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2021

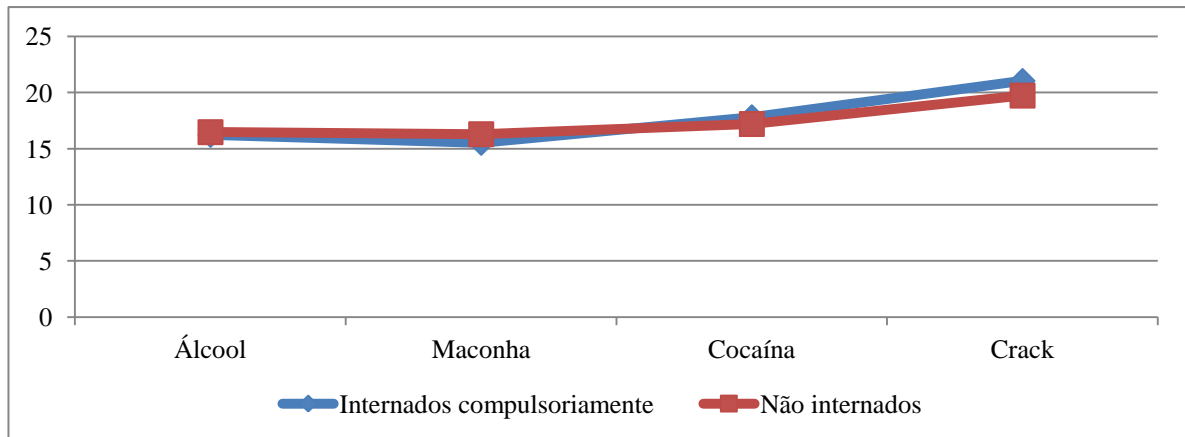
		Total	Voluntária em CT	Internações [N (%)]		
				Voluntária em Hospital	Involuntária	
Droga de maior uso no pedido de internação. (n=150)	Álcool	33(100,0)	10 (30,3)	8 (24,2)	1 (3,1)	19 (57,6)
	Maconha	19 (100,0)	5 (26,3)	1 (5,3)	4 (21,1)	8 (42,1)
	Cocaína	59 (100,0)	23 (39,0)	16 (25,0)	11 (18,6)	34 (57,6)
	Crack	104(100,0)	30 (28,8)	39 (37,5)*	18 (17,5)	63 (60,6)
			0,547	0,028*	0,188	0,523
Segunda droga de maior uso no pedido da internação (n=150)	Álcool	89 (100,0)	25 (28,1)	23 (25,8)	10 (11,2)	42 (47,2)
	Maconha	34 (100,0)	13 (38,2)	16 (47,1)	9 (26,5)	27 (79,4)
	Cocaína	20 (100,0)	5 (25,0)	7 (35,0)	6 (31,6)	12 (60,0)
	Crack	7 (100,0)	2 (28,6)	2 (42,0)	-	5 (71,4)
			0,183	0,683	0,043*	0,011*
CID principal	F10.2 Álcool	33 (100,0)	8 (24,2)	10 (30,3)	1 (3,1)	19 (57,6)
	F12.2 Maconha	19 (100,0)	1 (5,3)	5 (26,3)	4 (21,1)	8 (42,1)
	F14.2 Cocaína	59 (100,0)	17 (28,8)	23 (39,0)	11 (18,6)	34 (57,6)
	F14. Crack	107 (100,0)	40 (37,4)	31 (29,0)	18 (17,1)	65 (60,7)
			0,020*	0,552	0,191	0,512
CID secundário (n = 151)	F10.2 Álcool	86 (100,0)	24 (27,9)	22 (25,6)	9 (10,5)	42 (48,8)
	F12.2 Maconha	34 (100,0)	11 (32,4)	17 (50,0)	9 (26,5)	27 (79,4)*
	F14.2 Cocaína	19 (100,0)	5 (26,3)	7 (36,8)	7 (36,8)*	12 (63,2)
	F14. Crack	12 (100,0)	5 (41,7)	6 (50,0)	1 (11,1)	8 (66,7)
			0,349	0,047*	0,019*	0,019*

Nota: Teste Qui Quadrado. Valor de $p < 0,05$.

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

Em relação à idade de início do uso de SAP, nota-se que os usuários iniciaram o uso de maconha em média aos 15,9 ($\pm 3,27$) anos, variando entre oito e 40 anos. Posteriormente, tem-se o uso de álcool, em média aos 16,3 ($\pm 2,72$), variando entre nove e 26 anos. Além disso, o primeiro uso de cocaína ocorreu um pouco mais tarde, em média aos 17,5 ($\pm 4,18$), com variação entre 11 e 40 anos, bem como o uso de crack com média de idade aos 20,4 ($\pm 6,37$), variando entre 12 e 47 anos, segundo o Gráfico3, a seguir.

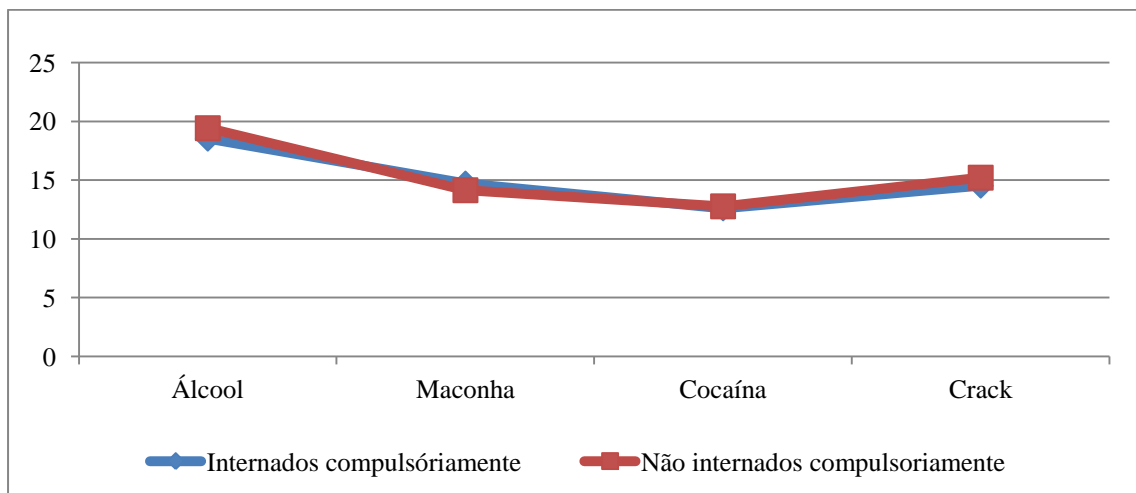
Gráfico 3 – Média de idade para início do uso de SPA dos usuários com processos



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Quanto ao tempo entre anos de uso e do pedido de solicitação para a internação compulsória, nota-se que entre os usuários de álcool a média foi de 18,9 ($\pm 10,9$) anos, variando entre dois e 56 anos; usuários de maconha em média 14,4 ($\pm 7,7$), variando entre um a 43 anos; a cocaína com média de 12,7 ($\pm 7,2$) anos, com variação entre um e 44 anos; e o crack 14,8 ($\pm 8,2$), com variação entre um e 43 anos. Quando comparados os tipos de internação e as idades, não foram observadas diferenças com valores estatisticamente significativos, conforme Gráfico 4.

Gráfico 4 – Tempo médio entre o início do uso de SPA e o processo judicial

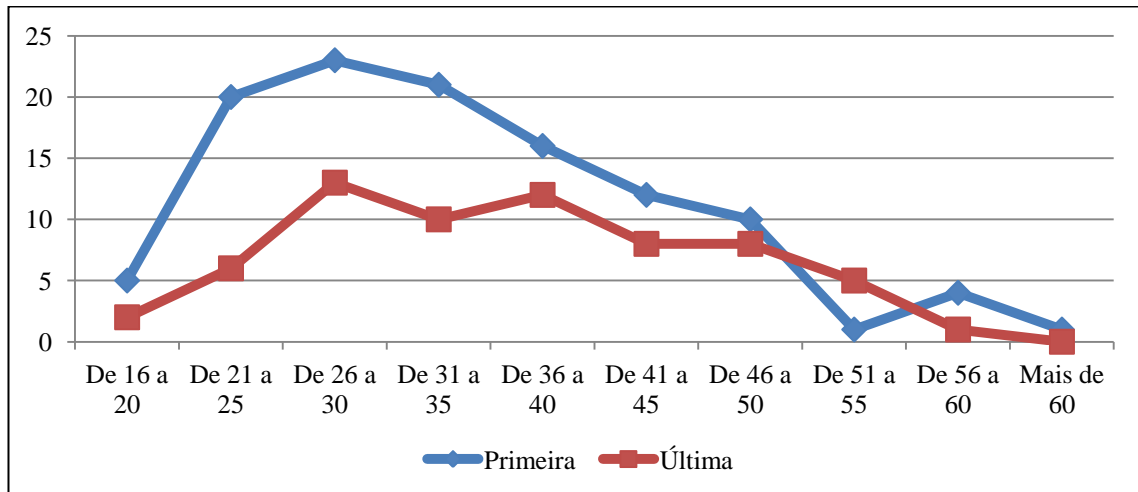


Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Comparando os pacientes internados por mandado judicial, não foram observadas diferenças entre as médias de idade na primeira e na última internação compulsória. Na

primeira internação compulsória, os usuários tinham em média 33,4 ($\pm 9,74$), com variação entre 16 e 61 anos e, na última internação compulsória, a média de idade foi de 35,9 ($\pm 9,44$) anos, variando entre 20 e 57 anos, conforme o Gráfico 5.

Gráfico 5 – Média de idade da primeira e da última IC



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

6.3 INFORMAÇÕES SOBRE COMORBIDADE E TRATAMENTOS

Um pouco mais que a metade ($n = 113$; 54,6%) dos usuários possuía diagnóstico de outros transtornos mentais. Dentre eles, a Esquizofrenia 40 (18,1%) e o Transtorno de Personalidade 25 (11,5%) foram os mais prevalentes, seguidos de Outros Transtornos Psicóticos 20 (9,2%) e Transtorno Afetivo Bipolar 18 (8,3%). Não apresentaram outro transtorno mental associado ao uso de substâncias 99 (45,4%).

Nota-se ainda que metade dos usuários 112 (51,8%) com mandado de internação compulsória só haviam procurado tratamento ambulatorial antes da internação apenas uma vez e 87 (39,9%) estavam fora do tratamento ambulatorial. Daqueles em tratamento, apenas 39 (17,9%) seguiam as consultas regularmente. Vejamos os dados disponíveis na Tabela 6.

Tabela 6 – Comorbidades psiquiátricas e histórico de tratamento prévio, segundo os registros dos usuários de drogas com demanda judicial (n = 218). Ribeirão Preto, 2021

		n (%)
Presença de outros Transtornos Psiquiátricos	Esquizofrenia	40 (18,3)
	Retardo Mental	9 (4,1)
	Transtorno Afetivo Bipolar	18 (8,3)
	Transtorno de Personalidade	25 (11,5)
	Depressão	7 (3,2)
	Outros Transtornos Psicóticos	20 (9,1)
	Nenhum	99 (45,4)
Tratamento ambulatorial antes da internação	Nenhuma	87 (39,9)
	Uma vez	112 (51,4)
	Duas vezes	12 (5,5)
	Três vezes ou mais	7 (3,1)
Frequência regular no tratamento ambulatorial	Não	179 (82,1)
	Sim	39 (17,9)

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

6.4 INFORMAÇÕES SOBRE AS INTERNAÇÕES

Os principais motivos para a busca por internação compulsória, por meio de processos judiciais foram: “agressividade em casa” (40,8%), “surto psicótico” (24,8%) e “aumento significativo do uso de substâncias psicoativas” (22,5%), sendo o principal requerente nos processos judiciais a figura materna. Vejamos os dados disponíveis na Tabela 7, a seguir.

Tabela 7 – Distribuição das frequências e porcentagens dos principais motivos e os requerentes do processo judicial, segundo os registros dos usuários de SPA com demanda judicial (n = 218). Ribeirão Preto, Brasil, 2021

		n (%)
Principal motivo que levou à Internação Compulsória	Aumento significativo do uso/uso compulsivo	49 (22,5)
	Agressividade em casa	89 (40,8)
	Agressividade na rua	10 (4,6)
	Furtos/roubos/prisão	3 (1,4)
	Surto psicótico	54 (24,8)
	Negligência com filhos	11 (5,0)
	Outro	2 (0,9)
	Não houve	32 (14,6)
Outro motivo para a Internação Compulsória	Aumento significativo do uso/uso compulsivo	85 (39,0)
	Agressividade em casa	64 (29,3)
	Agressividade na rua	8 (3,6)
	Furtos/roubos/prisão	7 (3,3)
	Surto psicótico	11 (4,1)
	Negligência com filhos	3 (2,7)
	Outros	8 (3,6)
	Não houve	32 (14,6)
Requerente do processo de internação	Pai	26 (11,9)
	Mãe	139 (63,8)
	Ministério Público	34 (15,6)
	Outro parente próximo	11 (5,0)
	Outros	8 (3,7)

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

Da amostra, 126 (58%) foram internados compulsoriamente, 92 (42%) não tiveram a Internação Compulsória efetivada. Dos internados compulsoriamente, 60 (27,5%) tiveram uma única Internação. Os principais locais de internações compulsórias foram o Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto 62 (49,2%) e CAIS de Santa Rita do Passa Quatro 60 (47,6%). Do total, 68 (54,0%) permaneceram internados por mais de quatro meses (Tabela 8).

Tabela 8 – Apresentação frequência e porcentagens, das informações sobre o local, tempo e frequência de internação compulsória, segundo os registros dos usuários de SPA com demanda judicial (n = 218). Ribeirão Preto, 2021

		n (%)
Local da internação	HC	3 (2,4)
	HST	62 (49,2)
	SRPQ	60 (47,6)
	CT	1 (0,8)
	Nenhuma	92 (42,2)
Frequência de internações compulsórias	Uma vez	60 (27,5)
	Duas vezes	28 (12,8)
	Três vezes	18 (8,3)
	Quatro ou mais vezes	19 (8,7)
	Um mês	22 (17,5)
Tempo de permanência na hospitalização (n = 126)	Dois meses	29 (23,0)
	Três meses	7 (5,6)
	Quatro ou mais	68 (54,0)

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

Os anos de maior ocorrência de abertura dos processos judiciais para solicitação das internações ocorreram entre 2013 e 2014. Os principais motivos foram o não comparecimento à consulta médica de avaliação, no hospital e a não indicação da internação por parte do médico avaliador, segundo dados apresentados na Tabela 9.

Tabela 9 – Apresentação em frequência e porcentagens das informações sobre o ano do processo e as motivações para a solicitação da internação, segundo os registros dos usuários de SPA com demanda judicial (n = 218). Ribeirão Preto, 2021

		n (%)
Ano de início do processo judicial para a solicitação da internação compulsória	2009	2 (0,9)
	2010	4 (1,8)
	2011	9 (4,1)
	2012	18 (8,3)
	2013	41 (18,8)
	2014	44 (20,2)
	2015	19 (8,7)
	2016	16 (7,3)
	2017	21 (9,6)
	2018	19 (8,7)
	2019	25 (11,5)
Motivos para a não efetivação da internação compulsória (n = 92)	Não compareceu à avaliação médica	48 (52,2)
	Não compareceu ao hospital na liberação da vaga	18 (19,6)
	Não foi indicada a internação pelo médico avaliador	17 (18,5)
	Desistência do processo pelos familiares	4 (4,3)
	Outros motivos	5 (5,4)

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

Do total de usuários com mandados judiciais para internações, 126 (57,8%) foram internados de forma compulsória, sendo internações hospitalar de forma voluntária 57 (45,2%) e as internações involuntárias 26 (21,1%), como se observa na Tabela 10, adiante.

Tabela 10 – Apresentação dos números e porcentagens da efetivação das internações compulsórias dos usuários de SPA (n = 218). Ribeirão Preto, 2021

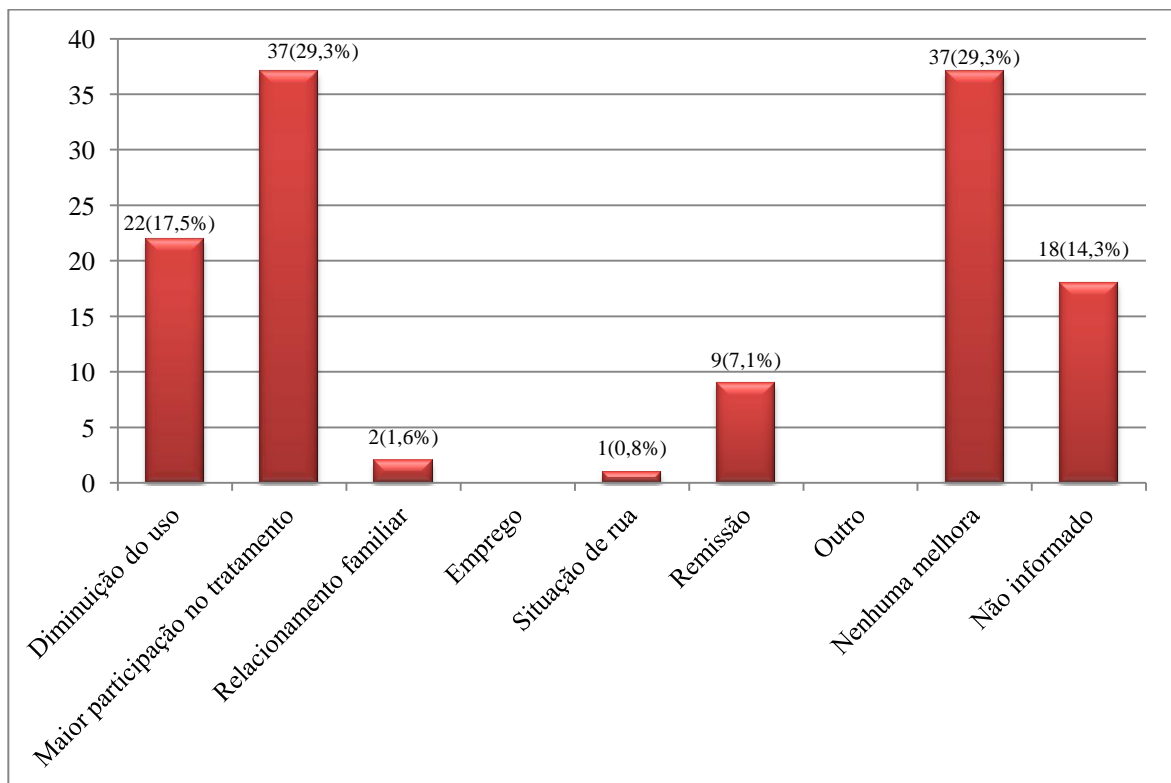
		Total	Internações [N (%)]		Involuntária
			Voluntária CT	Voluntária hospitalar	
Efetivação da internação compulsória	Sim	126 (57,8)	42 (33,3)	57 (45,2)*	26 (21,1)*
	Não	92 (42,2)	24 (26,1)	12 (13,0)	8 (8,2)
Valor de p.			0,250	0,001*	0,013*

Nota: Teste Qui Quadrado. Valor de $p < 0,05$.

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

Para 126 usuários internados compulsoriamente, observam-se mudanças após a internação quanto à “maior participação no tratamento” 37 (29,3%) e “nenhuma melhora” 37 (29,3%), segundo demonstra o Gráfico 6.

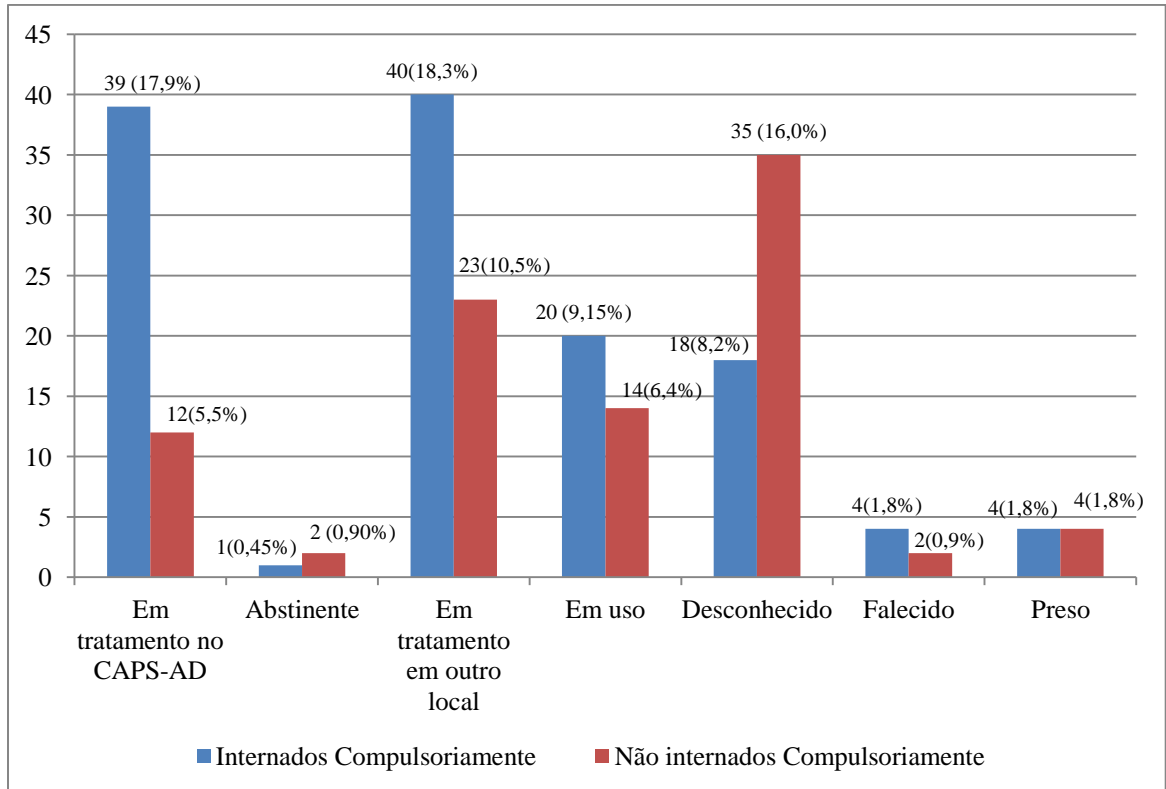
Gráfico 6 – Tipos de mudanças realizadas pelo usuário posteriormente a IC (n = 126)



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Quanto à situação atual do paciente, 114 (52,2%) continuavam em tratamento em serviços oferecidos pela rede municipal de saúde (CAPS-ad ou outros CAPS), de acordo com dados disponíveis no Gráfico 7.

Gráfico 7 – Situação atual dos usuários com processo judicial para IC (n = 218)



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

7 DISCUSSÃO

7.1 INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICOS

Os dados mostraram registros de um grupo de indivíduos com elevados índices de vulnerabilidade biopsicossociais, pelo uso de SPA, com destaque para o uso de cocaína (inalada e fumada) e as condições sociais em que vivem. Destaca-se que, nas últimas décadas, o histórico de uso de SPA tem passado por mudanças importantes e compõem um grave problema social e de saúde pública que ocorre em um *continuum* de gravidade, necessitando de planejamento interventivo com a busca de soluções a curto, médio e longo prazo. O perfil desses usuários tem sido de pessoas jovens, desempregadas, com baixo nível de escolaridade e poder aquisitivo, provenientes de famílias com diversos problemas relacionais e sociais, com histórico prévio de uso de SPA e o uso de múltiplas drogas, além do envolvimento em diversas situações de risco, incluindo comportamentos sexuais, violências e problemas legais devido ao envolvimento com a criminalidade (DUAILIBI et al, 2008; PERRENOUD; RIBEIRO, 2010). São fatores que contribuem e edificam as barreiras para busca e adesão ao tratamento, seja pela estigmatização e preconceitos, pela falta de acesso ou não aceitação dos tipos de serviços oferecidos na rede de saúde existente (DUAILIBI et al, 2008).

Esses dados corroboram com o presente estudo, tendo em vista que 57,8% das internações compulsórias solicitadas foram efetivadas. Das características sociodemográficas dos usuários, percebe-se uma amostra com pouca variabilidade quando comparadas às formas (voluntária e involuntária) e locais de internações (Hospitalar e CTs). Nesse sentido, destacam-se as variáveis como sexo, estado ocupacional, estar em situação de rua e receber benefícios de programas assistenciais.

Da amostra, a maioria era composta por adultos jovens, do sexo masculino, com demanda judicial para internação compulsória. A literatura mostra que o sexo masculino tem apresentado comportamentos de uso mais intenso e frequente quando comparados as mulheres (FARIA; SCHNEIDER 2009). Essa é uma população mais acometida pelo uso e consequências da síndrome de dependência de SPA, em avaliações de estudos populacionais (LENAD, 2014; LENUD, 2018) ou mesmo de populações clínicas (JORA, 2014). Nesse sentido, muitos problemas encontram-se associados a padrões graves de dependência, que ocorrem em adultos jovens de todos os grupos sociais no período mais produtivo de suas vidas (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

Estudos dessa natureza foram realizados em diferentes regiões do Brasil, em serviços especializados como o CAPS-ad, CAPS-III e hospitais psiquiátricos, e também mostraram perfis de usuários bastante similares aos do presente estudo, com indivíduos com demandas para internações compulsórias entre o grupo composto por homens, adultos jovens (19 a 40 anos), solteiros, baixo nível de escolaridade, com critérios de diagnóstico de dependência de SPA e com histórico de diversas internações prévias (CARVALHO, 2019; SCHNEIDER, 2015; CHAVES et al, 2011; GUIMARÃES, et al, 2008; JORA, 2014; OLIVEIRA; NAPPO, 2008, JORGE, 2010; ARAÚJO, 2012; MONTEIRO et al, 2011), que também apresentaram características homogêneas na população de indivíduos com demanda judicial para internação (LUCAS, 2017).

Embora existam estudos que mostram um predomínio do sexo masculino tanto entre os usuários de SPA, quanto em tratamentos, há evidências de mulheres com histórico em até 60% das Internações Compulsórias (ABDALLA et al, 2014). Esse fato pode estar relacionado ao incremento no número de mulheres que estão consumindo SPA, ainda que seja menor o número comparativamente aos dos homens. Segundo o levantamento, no Brasil, o consumo feminino de SPA aumentou de forma expressiva, chegando a 6,9% da população para o álcool, 0,7% de cocaína (fumada e inalada). Pesquisas apontam que a dependência de SPA em mulheres representa um perfil de fragilidade biopsicossocial, solteiras, com baixo nível escolar, sem vínculos de trabalhos formais e com baixas condições econômicas (PEIXOTO et al, 2010; NAPO et al, 2011). Estudo comparando internações hospitalares em diferentes momentos históricos nos estados do Rio de Janeiro e em São Paulo, demonstrou que “nos transtornos por álcool e outras drogas as internações masculinas são predominantes em relação às femininas” (MILIAUSKAS et al, 2019).

Em relação ao estado civil, foi observado que a maioria dos usuários não tinha um companheiro (a) dentre os que foram demandados para IC. Esta é uma característica comumente observada em populações de usuários de SPA, tendo em vista que as consequências do uso da SPA não se restringem apenas aos usuários, mas também ao seu entorno e se estendem aos familiares, interferindo constantemente em suas relações que, normalmente, já estão bastante comprometidas. Destaca-se que as dificuldades no relacionamento harmonioso familiar se intensificam à medida que esse busca o prazer no consumo de SPA e, com o passar do tempo e o agravamento dos sintomas da dependência, torna-se a prioridade na vida do indivíduo (CAPISTRANO et al, 2013; JORGE, 2010; MONTEIRO et al, 2011; RODRIGUES et al, 2014). Nesse sentido, pode-se entender o quão complexa é convivência com o usuário de SPA em termos de relacionamentos afetivos e

relacionais com família, à medida que a dependência se agrava. Há evidências ainda de que os usuários de cocaína e/ou crack apresentam uma dificuldade ainda maior de problemas em constituir, manter ou sustentar uma família, deixando de lado as relações interpessoais, substituindo a relação com as pessoas por um relacionamento com a droga de uso (ELBREDER et al, 2008; JORA, 2014, MINAYO, 2004).

Outro dado importante observado no presente estudo, mesmo que não houve uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis, foi na comparação entre o grau de escolaridade e o tipo de internação. Na presente amostra, foram observados elevados índices de baixa escolaridade e grande número indivíduos desempregados. Por ser um grupo de pessoas muito jovens, a falta de formação educacional pode contribuir significativamente para as precárias questões laborais, como envolvimento em atividades informais e outras atividades. Além disso, somado ao uso de SPA, fortes são as colaborações para a estigmatização desse grupo, pelas consequências de seu comportamento inconstante que leva a ausências no trabalho e perda da confiabilidade (JORGE; CORRADI-WEBSTER, 2012; CHANG et al, 2013; ALVAREZ; GOMES; XAVIER, 2014).

Quanto ao estado ocupacional, destaca-se que, da amostra total, apenas 14,7% recebiam algum tipo de benefício social do governo. Porém, 27 (84,8%) haviam sido internados e 33,3% com indicações para internação voluntária em hospitais. São indivíduos que vivem em situação de pobreza e necessitam de recursos financeiros de programas assistenciais para a sobrevivência, tendo em vista os baixos níveis de escolaridade e o desemprego. Esses dados são consideravelmente maiores se comparado ao estudo de Almeida et al (2012), que identificou apenas 5% dos internados por IC que recebiam auxílio governamental.

Quanto à moradia, 9,2% estavam em situação de rua. Estudos (RAUP; ADORNO, 2011) apontam que a inconstância no padrão de comportamento faz parte da existência das pessoas com dependência de SPA, que ficam vulneráveis a permanecer em situação de rua. Em momentos de abstinência ou quando diminuem o padrão de uso da substância, retornam à sua moradia com familiares, que sabidamente os acolhem. Ferreira et al (2012) mostraram que o uso de SPA torna os vínculos familiares comprometidos e, em alguns momentos, a rua passa a ser abrigo e moradia, em um “vai e volta ao lar”, assim como períodos de sucesso e recaídas.

Schneider (2015) mostrou que, entre os usuários de um CAPS III de Florianópolis, metade dos indivíduos com pedido de internação compulsória tinham histórico de internações voluntárias prévias. Por outro lado, destaca-se que as internações involuntárias têm diminuído

muito após a Reforma Psiquiátrica, passando a ser considerada uma violação ao direito constitucional de liberdade do indivíduo. Porém, pode ser observado que há um grande número de usuários que recebem benefício assistencial pela comorbidade psiquiátrica. Dessa forma, no surto psicótico, o médico opta por internar involuntariamente para proteção do próprio paciente, se o mandado judicial ainda não foi determinado (CORREIA JUNIOR; VENTURA, 2013; SANT'ANNA et al, 2019).

Quanto ao município de residência, é necessário salientar que o CAPS-ad é um serviço vinculado, por contratação de serviço, à Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, SP. Portanto, atende exclusivamente aos seus munícipes. Por ser o único serviço especializado no tratamento da dependência química na cidade, recebe demanda de todas as regiões do município. Do total avaliado, a maioria (98,6%) dos usuários pertencia a este município, o que era esperado e três casos referem a cartas precatória por ocasião de mudança de endereço e réu preso.

Quando analisamos os tipos de internações (Gráfico 2), nota-se maior porcentagem de internações voluntárias 135 (62%), quando comparadas às internações compulsórias 126 (58%). Esses dados podem ser explicados pela ambivalência, como um mecanismo de defesa do dependente que ora deseja interromper o uso compulsivo de SPA, ora recua diante da mesma compulsão pela substância (OLIVEIRA, 2009). Daí termos, no percurso do processo judicial, pacientes que tendem a se internar voluntariamente e, posteriormente, tem uma internação coercitiva ou vice e versa. Relatos de familiares nos processos e nos prontuários dos pacientes mostram que vivenciam esta ambiguidade, “diz que quer se tratar, mas na hora desiste” e acaba por optar pela IC como recurso. Para Andretta e Oliveira (2011), “a ambivalência pode ser entendida como o conflito existente entre mudar e permanecer no comportamento atual”. O conflito básico da ambivalência – “quero, mas não quero” – possui papel central nos comportamentos de dependência. O indivíduo reconhece os malefícios de seus comportamentos, entretanto, continua atraído pelo objeto de dependência (BITTENCOURT, 2009).

O comportamento agressivo é um forte motivo e preditor de internações psiquiátricas involuntárias, bem como os quadros de surtos psicóticos, (OLIVEIRA, 2009) representando 60% das internações involuntárias. Nesse estudo, não foi incluído a IC, mas apenas Internação voluntária e involuntária. A autora descreve que, nas internações involuntárias, a questão da dependência de drogas não representa um número significativo, sendo mais frequentes as internações voluntárias, observada na presente pesquisa, com um número bastante significativo de pacientes que foram demandados para esse tipo de internação.

Para Oliveira (2009), embora em outros países existam legislações próprias e específicas para tratamentos involuntários, estas ainda não contemplam todas as patologias e critérios e, por isso, não são aceitas sem alguma contestação. No Brasil, ainda há uma lacuna na lei sobre a sistematização dos procedimentos para as internações involuntárias, o que a torna mais complexa para ser executada.

Em relação à idade, na primeira internação, a média foi de 33,5 anos (16 e 61 anos), o que aponta para dados um pouco abaixo no quesito faixa etária em relação a outros estudos (LUCAS, 2017). Albuquerque (2014) encontrou maiores porcentagens de encaminhamentos por demanda judicial para indivíduos mais jovens com idade na entre 26 a 33 anos. Para Monteiro et al. (2011), a maior prevalência de casos foi na faixa etária de 19 a 59 anos.

7.2 INFORMAÇÕES QUANTO AO TIPO DE SPA USADAS

Na presente pesquisa, o crack foi a droga mais usada pelos indivíduos com demandas judiciais (52,5%). Notoriamente, na última década, houve um crescimento do uso de crack no Brasil e no mundo. Mesmo com baixa prevalência no Brasil, aproximadamente 1%, em estudos populacionais, seu consumo é responsável por até 70% das internações por cocaína (PULCHERIO et al., 2010), o que significa uma parcela bastante representativa de toda assistência em serviços que oferecem tratamentos especializadas, quando estudadas apenas drogas ilícitas (VELHO, 2010).

De acordo com Bastos e Bertoni (2014), pesquisa realizada no Brasil sobre o uso de crack revela que cerca de 370 mil pessoas fazem uso desta substância ou similares de forma regular, sendo que cerca de 21,3% dessas pessoas eram mulheres. Entre os usuários com demandas de internações compulsórias, a droga de prevalência foi a cocaína inalada (25,7%) e fumada (48,2%), sendo o álcool a segunda droga de maior uso (48,2%).

O Levantamento Nacional sobre Drogas mostrou que houve aumento significativo do consumo de cocaína nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, cerca de 4% (seis milhões de pessoas) da população brasileira já fez uso experimental dessa substância na vida, 48% dos quais tornaram-se dependentes de crack. Este uso torna-se motivo de preocupação à medida que acomete a população mais jovem, potencialmente produtiva, provocando alterações no comportamento e estilo de vida dessas pessoas e de seu entorno. Como tal, constitui-se em um grande problema de saúde pública (INPAD, 2012). Assim, os achados da presente pesquisa corroboram aos do levantamento, uma vez que usuários de cocaína e crack passam a ter seu comportamento alterado de tal forma que a família, como grande depositária

do sofrimento físico e psíquico desses sujeitos, não vê alternativa a não ser buscar nos meios jurídicos, por meio da internação compulsória, a alternativa que alivie suas angústias e problemas do dia a dia.

O uso do crack e o consumo de múltiplas drogas têm sido predominantes entre os usuários pesquisados no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS ad) de Ribeirão Preto (JORA, 2014). Dentre os prejuízos associados, os usuários não raramente são acometidos por agravos orgânicos e psíquicos. Os efeitos psíquicos da droga podem ser: sentimento de perseguição, agitação motora e, posteriormente, depressão, além de problemas respiratórios, perda de apetite, falta de sono, rachadura nos lábios, cortes e queimaduras nos dedos e no nariz. A dificuldade de ingestão de alimentos pode levar à desnutrição e desidratação (BRASIL, 2009). O uso crônico e compulsivo do crack traz consequências marcantes para a vida dos usuários, sendo a droga que mais os motiva a busca por tratamento, ainda que não seja a substância mais usada na população geral. Isso revela o impacto pessoal e familiar da dependência (JORA, 2014; ALVES; RIBEIRO; CASTRO, 2011).

Dentre os fatores de busca de tratamento por usuários, estão diretamente relacionados com o aumento da gravidade da síndrome da dependência bem como os prejuízos da saúde os aspectos sociais e emocionais (JORA, 2014; CARLSON et al, 2010). Estudo sobre internações voluntárias e involuntárias realizado em Fortaleza, Ceará, mostrou que os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool e/ou outras drogas foi maior entre os internados voluntariamente (36%) quando comparados aos internados involuntariamente (19,3%) (OLIVEIRA, 2009). Um estudo realizado em um serviço de Emergência Psiquiátrica em Santo André, São Paulo, constatou que o uso de SPA contribuía para os elevados números de quadros esquizofreniformes, os quais apresentaram uma evolução desfavorável considerando os aspectos como múltiplas internações e baixa renda (CORDEIRO; BALDAÇARA 2007).

7.3 INFORMAÇÕES SOBRE COMORBIDADES E TRATAMENTOS

No presente estudo, dos 218 pacientes com processo judicial para internação compulsória, um pouco mais que a metade (54,6%) dos usuários possuía critérios de diagnóstico de outros transtornos mentais, sendo a Esquizofrenia (18,1%) e Transtorno de Personalidade (11,5%) com maior prevalência. Segundo Claro (2015), é grande o número de usuários de substâncias psicoativas que possui outros transtornos mentais, sendo que pesquisas entre essa associação revelou que “a comorbidade entre transtorno mental e

transtornos relacionados ao uso de substâncias aumenta o risco de conduta violenta”. Portadores de outros diagnósticos de transtorno mental geralmente têm maiores dificuldades com o tratamento, em função de baixa adesão à medicação, menor qualidade de vida e resultados mais ineficientes, em função do uso de substâncias psicoativas (CLARO, 2015).

Foi observado que, em 51,4% dos registros avaliados, os indivíduos usuários de SPA com mandados judiciais haviam buscado tratamento para a dependência em serviço especializado apenas uma vez, sem retorno posterior para continuidade do tratamento. 39,9% sequer haviam buscado tratamento ambulatorial antes do mandado judicial para internação. Uma grande parte, 88,1%, não frequentavam o serviço ambulatorial com regularidade.

Elementos como a baixa adesão e a falta de motivação do indivíduo com dependência de SPA são os maiores agravantes para o tratamento fora do contexto hospitalar e muito possivelmente corrobora para as frequentes recaídas (SOUSA et al, 2013). A esse respeito podemos levantar algumas questões que podem ser objetos de futuros estudos, uma vez que o desenho do presente estudo não nos permite responder a essa questão. Mas levanta-se a pergunta, sobre o relacionamento do familiar com seu ente usuário, os conhecimentos da família sobre as questões do uso e dependência da SPA e suas consequências, bem como se vinha lidando com essas questões no seio familiar.

Estudo realizado em um CAPS ad do Piauí apresentou elevado índice de abandono ao tratamento, em que 56,8% não concluiu o tratamento. Dado este que se assemelha a um estudo internacional realizado na Espanha, no qual se mostrou, em uma unidade de reabilitação de dependentes químicos, que a taxa de abandono foi de 52,9% no período de até seis meses e 67,8% em um ano (FERREIRA et al, 2015).

Segundo Paiano et al (2019), a família, em suas relações interpessoais, funciona tanto como fator potencializador ao tratamento de dependentes de SPA, pois participam do processo, como fator desencadeante ao uso, quando há desestrutura no contexto familiar; num processo que se retroalimenta. O uso de álcool e a violência doméstica são fatores também preditores dessa fragilidade familiar. Além disso, podemos destacar entre os mecanismos de defesa da família a negação da existência do uso de SPA pelo seu ente, assim como a dependência, seja por falta de conhecimento a respeito do tema, seja de seu familiar como usuário, dentre os problemas/doenças ou a ambivalência em se tratar ou continuar no uso a despeito dos problemas (MACIEL et al, 2013). Por ser a dependência de SPA um problema multidimensional e complexo, motivado por fatores biopsicossociais, os modelos de tratamento para a dependência devem abranger diversos tipos de intervenções a fim de

possam incluir diferentes formas de abordar o problema (SOUSA et al, 2013 apud KAPLAN, SADOCK; GREBB, 2007).

7.4 INFORMAÇÕES SOBRE AS INTERNAÇÕES

Um outro resultado interessante é que o principal requerente dos processos judiciais foi a figura materna (64,2%). Ao somarmos os dados em que aparecem apenas pessoas do grupo familiar do dependente (excetuando-se MP), temos que 84,4% dos requerentes nos processos judiciais são pessoas do convívio do usuário. Isto se torna bastante significativo e digno de destaque uma vez que são pessoas que ao mesmo tempo buscam o tratamento ambulatorial para o usuário, deixam seus trabalhos para levá-lo à consulta, cuidam de seus filhos, sustentam financeiramente o usuário e sofrem as consequências do uso compulsivo. Os precários investimentos nos serviços substitutivos, bem como as precárias condições de trabalho destes, têm como consequência uma sobrecarga na família, o que pode explicar a constante das elevadas taxas de reinternação no país (MACIEL, 2012; BARROS, 2003).

O ambiente familiar tem sua rotina modificada com a presença do dependente em sofrimento mental. A necessidade de adaptação à nova situação frente à mudança de comportamentos e rituais, o estigma social e as implicações na vida de toda família pela gravidade do quadro quanto este se cornifica, traz à luz medos, conflitos, sentimentos de raiva, perda do controle emocional, causados pelo desgaste que a família vivencia (BORBA, SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008; PEREIRA; PEREIRA, 2003).

Cabe aqui esclarecer que mesmo nos casos em que o requerente no Processo Judicial aparece a figura do poder do Estado como o MP. Este é, na grande maioria dos casos, acionado por um familiar; por situações de violências, negligência do indivíduo dependente de SPA com filhos menores ou outros fatores. Dessa forma, mais uma vez percebe-se ser a família como o depositário das mazelas daquilo que a sociedade contemporânea ainda não conseguiu resolver. Por fim, nos resultados de Oliveira (2009), foi observado que, em ambos os tipos internações (voluntárias/ involuntárias) para as pessoas com transtornos mentais, o ato de internamento ocorreu também por meio dos familiares.

No presente estudo, o principal motivo para que os familiares buscassem o poder judiciário solicitando a internação compulsória foi a agressividade em casa (39,4%) e outros motivos para a IC (28,9%). Este é um dado bastante relevante, remete às consequências do uso de drogas no seio familiar. Segundo Alvarez, Gomes e Xavier (2014), para os próprios usuários, o principal problema do uso é a falência familiar, na qual ocorrem

desentendimentos, agressões e quebra de vínculos. Nesse sentido, na percepção dos familiares, o dependente traz um sofrimento extra que mantém a família em “vigília” constante, pelas preocupações com a vida e segurança de todos; pelo fato de considerarem o comportamento manipulador do usuário que muitas vezes passa a mentir, furtar objetos dentro da casa para obtenção da droga, tornando o responsável pelo lar vulnerável, sem conseguir manter sua rotina de trabalho e, ao mesmo tempo, “vigiar” o ambiente e ainda ter que buscar tratamento para o “doente”, o que causa adoecimento da família.

Para Borba, Schwartz e Kantorski (2008), o sofrimento mental em indivíduos inseridos em famílias menos favorecidas economicamente as torna mais vulneráveis diante dessa situação, pois a complexidade do problema é agravada pela necessidade de uma nova estruturação nas relações de trabalho, nas relações interpessoais, bem como no parco orçamento familiar, já que normalmente o indivíduo acometido da doença em geral não consegue se inserir no mercado de trabalho, gera mais custos e são muitas as demandas para acompanhamento a serviços de saúde, gerando faltas no trabalho, comprometendo a única renda familiar, dentre outras situações de desgaste nas relações.

Os comportamentos agressivos ocorridos em casa, tanto podem ocorrer como consequência do uso de SPA, quanto pelos sintomas de fissura, ou seja, pela necessidade de consumi-la. Nesse sentido, um estudo revelou a dificuldade para o familiar do dependente químico em lidar com esta questão, já que no Brasil foram identificados fatores que facilitam o uso de SPA entre jovens, tais como a facilidade de acesso, o baixo custo, a grande oferta e o fato de algumas substâncias estarem associadas culturalmente como o meio de integração e interação social (DIELH et al, 2017).

Assim como foi evidenciado no estudo, a maioria dos processos judiciais são solicitados pela figura materna (requerente) e, em terceiro, a figura paterna. Os motivos para tal solicitação foram “agressividade em casa” e o “uso compulsivo/aumento significativo da SPA”, evidenciando, assim, o quão vulneráveis tornam-se os genitores do indivíduo com dependência e caótico o ambiente familiar no qual convivem idosos e crianças. Isso pode ser entendido da leitura dos processos judiciais que o familiar não deseja a interrupção total do uso de SPA por parte do usuário. Já cansados deste “ideal”, desejam ao menos um comportamento de menor risco e uma diminuição do sofrimento no lar. O comportamento de risco dos usuários de crack está relacionado a elevados índices de morbidade, considerando o estilo de vida, desenvolvimento de doenças crônicas e morte prematura (CHAVES, 2011).

Estudos mostram que os motivos pelos quais a família buscou a internação compulsória para seu ente foram ajudar o dependente a tratar-se e a cuidar de sua saúde e a

maioria dos usuários dos serviços de saúde mental eram homens, jovens e solteiros (PILLON et al, 2017; PROCHASKA; SPRING; NIGG, 2008). Estas características apontam a importância do cuidado que geralmente é prestado por mulheres: mães, tias, irmãs, avós dos usuários. Segundo os autores, ainda são escassos os estudos e debates sobre o familiar que presta cuidados aos usuários de SPA e levantam o seguinte questionamento: é por essa falta de apoio que as internações se apresentam como uma estratégia de cuidado necessária? (SCHNEIDER, 2015; PEGORARO; CALDANA, 2008).

Em relação à ocorrência de internações nos anos avaliados, torna-se importante salientar que quanto ao ano de início do processo judicial com objetivo de internação compulsória, o número de processos é crescente, quando atingem o número máximo, em 2013 e 2014, com 40 (18,3%) e 43 (19,7%) do total, respectivamente. Nos anos posteriores, há um decréscimo, com novo aumento em 2019. Não coincidentemente, em março de 2012, o Deputado Eduardo da Fonte apresentou a proposta de políticas públicas, prevendo a internação compulsória e involuntária de indivíduos com dependência de SPA, segundo indicação médica e após passar por criteriosa avaliação com profissionais da saúde (BRASIL, 2012). Souza e Silva (2014) apontam que, no Brasil, o aumento do consumo de substâncias psicoativas, no século XX, motivou intervenções estatais que se efetivaram como políticas públicas nos estados da federação, a partir de março de 2012, as internações compulsórias de dependentes em drogas ilícitas em estágio grave.

Dessa forma, no estado de São Paulo, o Governo Estadual estabeleceu as políticas para as internações de dependentes químicos por meio do Programa Cartão Recomeço, em 2012 (SILVA, 2013), o que fez com que pacientes e familiares ampliassem suas possibilidades de alternativas de tratamento também para este recurso. Porém, uma vez que tais Comunidades Terapêuticas recebem apenas internações voluntárias, a família, quando se via esgotada nas alternativas de tratamento, busca a defensoria pública na tentativa da internação compulsória. Segundo Diniz (2018), a rápida velocidade em que se estabeleceu na população em geral a suposta crença de que a IC era a melhor forma de tratamento do dependente químico surgiu com a divulgação, por parte do poder público, de sua atuação diante de usuários de crack em situação de rua e o encaminhamento para locais que, em tese, prestavam assistência em saúde. Ainda segundo a autora, a internação compulsória tornou-se objeto de consumo, pronto para ser utilizado, tendo como consequência “uma nova onda de Judicialização da Saúde: o ajuizamento de ações com pedidos de Internação Compulsória de familiares como a melhor forma de solução das suas questões”.

O período de 2010 a 2015 foi quando o debate sobre a internação compulsória ganhou maior destaque na mídia, na política e no meio judicial (DINIZ, 2018). Isso pode, em tese, explicar o grande aumento das solicitações de internações compulsórias percebidas neste estudo, nos anos de 2013 e 2014 (Tabela 9). Corrobora para a afirmação que o dependente químico já passou por uma série de internações voluntárias em comunidades terapêuticas, por grupos de autoajuda, sem sucesso e, por isso, não quer mais se tratar, por mais que o problema persista (ALVES; PEREIRA, 2019). Dessa forma, para esses autores, “mesmo nos casos de insucesso reiterado, o procedimento da internação forçada, apesar da ausência de impacto após uma série de internações, deve ser repetido, aparentemente, *ad infinitum*”.

Outros dados que chamam a atenção no presente estudo dizem respeito aos motivos pelos quais os pacientes com processos judiciais para internação compulsória não têm a internação efetivada. Dos 96 pacientes não internados de forma compulsória, 23,4% não compareceram à consulta médica psiquiátrica previamente agendada; 6,9% compareceram à consulta médica, tiveram indicação de internação, porém, uma vez que a internação em hospitalar não é imediata, estes pacientes não compareceram ao hospital indicado por ocasião da liberação da vaga; 1,8% requerentes desistiram da internação compulsória; e 3,2% não foram internados por outros motivos. Aqueles que não tiveram indicação do médico avaliador para Internação Compulsória totalizaram 20,6%, sendo nestes casos sugeridos tratamento e acompanhamento extra-hospitalar no CAPS ad.

Segundo Magrinelli e Oliveira (2006), a literatura aponta de forma consensual sobre o alto índice de recaídas dos indivíduos dependentes, independentemente da modalidade e do número de tratamentos a que eles se submetem ao longo de suas vidas. Nesse sentido, a motivação mostra-se um fator de relevância em relação à adesão ao tratamento.

Do total de 218 processos judiciais com demanda para internação compulsória, 122 (52,9%) foram internados de forma compulsória, dado significativamente estatístico quando comparados aos que tiveram internações voluntárias 40 (33,3%) e aos que tiveram internações involuntárias 14 (11,8%) do total. Isto aparentemente demonstra que, para esta população, a IC é mais efetiva no sentido de ser concretizada.

Do total de 126 pacientes internados de forma compulsória, 65 (51,6%) tiveram mais de duas internações dessa modalidade, o que sugere uma repetição no padrão de comportamento que faz com que o requerente da ação insista neste formato de tratamento por motivações já citadas anteriormente. Um grande número seguiu o tratamento extra-hospitalar após a internação compulsória: 79 (62,7%).

Em relação aos critérios para se proceder à internação involuntária, isso ocorre quando os recursos extra-hospitalares para o tratamento ou manejo do problema ou mesmo perante a gravidade/emergência do caso estão esgotados. Além disso, as internações são mais frequentes quando há um transtorno mental (exceto TP antissocial) ou na grave incapacidade do paciente em ferir seus próprios cuidados (TABORDA; BARON; NETO, 2008).

Há evidências sobre a importância da autonomia do usuário/ paciente como sendo um dos pilares da atuação dos profissionais da saúde em relação aos aspectos ético e legais com o paciente (TABORDA; BARON; NETO, 2008; SEGRE; ROSA, 2010; BARROS; SERAFIM 2009; FORTE, 2010). Para estes, há casos no âmbito da psiquiatria em que o indivíduo está num momento em que sua capacidade de decidir está bastante prejudicada. Nesse momento, segundo tais autores, o Estado de Direito reconhece isso e as leis específicas dão a responsabilidade aos profissionais da saúde mental o dever de conhecê-las.

Sant'Anna et al (2012) trazem uma reflexão sobre a questão dos portadores de transtornos mentais no contexto da Saúde Pública e dos Direitos Humanos, já que enquanto a Saúde Pública opera no nível coletivo, o outro opera no nível individual. Os profissionais que realizam a assistência a esses pacientes têm na relação “profissional-paciente” que o respeito do primeiro à autonomia do segundo representa o respeito à dignidade da pessoa humana em toda sua essência.

Não foi objeto de estudo no presente trabalho avaliar as “consequências” ocasionadas pelas internações compulsórias, porém, dos 126 usuários que foram internados dessa forma, 55,5% apresentaram algum tipo de melhora no quadro, com maior participação no tratamento, diminuição no uso, melhora no relacionamento familiar e remissão do surto psicótico. Nesse sentido, levanta-se a seguinte questão: “Como pensar em possíveis alternativas para o enfrentamento deste problema?”

Mais uma vez nos deparamos com a difícil questão da dependência de substâncias psicoativas que se tornou “problema de saúde pública”. Os serviços de apoio e tratamento para esta população, CAPS psiquiatria e CAPS-ad não foram, ao longo de todos os anos, após o movimento da Reforma Psiquiátrica, incrementados ao ponto de poder oferecer o suporte necessário a esses indivíduos, restando aos familiares o abandono de causa ou recorrer à justiça. Grandes centros urbanos não têm um número de CAPS e Centros de Convivência suficiente e tampouco a infraestrutura e os recursos humanos necessários para o acompanhamento in loco do tratamento de seus usuários (ONOCKO-CAMPOS, 2019).

Por outro lado, houve uma grande proliferação de “Comunidades Terapêuticas”. Segundo estudo realizado pelo Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID),

55% das instituições que ofereciam atendimento para dependentes químicos no Brasil se autodenominavam CTs e 80% dos atendimentos seriam realizados dentro destas CTs. (BRASIL, 2007). Dados da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2014), mostram que haviam cerca de 1.900 CTs no Brasil, em 2014, sendo a maior parte delas (41,77%), na região Sudeste. Destas, 300 financiadas pelo do programa “Crack: é possível vencer” do Governo Federal. Uma grande preocupação com a proliferação desses locais diz respeito àqueles irregulares, sem a menor condições de estrutura física ou técnica para o tratamento de dependentes químicos (PERRONE,2019).

No presente estudo, trata-se das Internações Compulsórias solicitadas, em sua quase totalidade, por um membro familiar do dependente (mãe, pai, irmão, marido, esposa) que têm, em princípio, dois interesses básicos: diminuir o sofrimento familiar que o dependente traz quando da compulsão pelo uso de drogas e, então, passa a furtar objetos dentro de casa ou agredir aos próprios familiares, tornando a convivência nos lares insustentável; e proteger o próprio usuário que se coloca em risco ao tentar obter e usar a SPA (ARAÚJO, 2018). Têm-se diversas formas de atenção aos usuários de SPA – aquelas pautadas no modelo biomédico, que defendem a abstinência total e optam por tratamento baseado na internação; e outras que defendem o tratamento voltado para a atenção psicossocial, a desospitalização e o cuidado individualizado, no território através dos CAPS ad e CAPS de saúde mental (MACEDO; MACHADO, 2016).

Torna-se necessário salientar que os processos judiciais para internação compulsória, representam uma sequência de ações tanto da saúde quanto do judiciário que podem perdurar de dois até dez anos do início do processo da ação judicial para o mesmo paciente sem que ainda assim o problema que originou a ação tenha em si “solucionado”. Daí, reforça-se a importância de se aprofundar mais neste campo de pesquisas.

Há de ser considerado que é extremamente complexo para os familiares convierem com o sofrimento psíquico de seu ente com dependência de SPA e comorbidade associada. Muitas vezes, o familiar necessita deixar seus compromissos, anulando suas vontades e necessidades em prol do familiar doente. Nesse sentido, o processo de desospitalização precisa ir acompanhado de apoio daquele que cuida. A família precisa aprender a coexistir em um mesmo espaço com uma pessoa carente de cuidado (BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008).

Para Albuquerque (2014), as políticas públicas de enfrentamento às drogas não conseguem acompanhar a velocidade do problema. Assim, se há o entendimento de que a

dependência de SPA é uma doença crônica e epidêmica, cada vez mais, a justiça brasileira, diante de contravenções penais cometidas por usuários de drogas, vem adotando medidas de pena substitutiva de restrição da liberdade, como a determinação para tratamento nos centros especializados, tais como os CAPS ad ou a internação nas Comunidades Terapêuticas.

Para Azevedo e Souza (2017), o processo de desospitalização dos modelos assistenciais, com a ideia de atenção em regime abertos devem ser compreendidos também na dimensão teórico-conceitual, pois traz a desconstrução de práticas de isolamento, tutela e limitação da autonomia das pessoas com transtornos mentais. Esses aspectos, ainda segundo os autores citados, têm importância para a continuidade dos processos de atenção à Saúde Mental, uma vez que podem “abrir campos de produção de discursos e práticas que façam frente aos poderes, que sempre tiveram a dominância sobre o fenômeno histórico da loucura”.

Estudos das consequências da dependência química, na visão dos próprios usuários, apontam dados que corroboram com os achados na presente pesquisa, tais como problemas de relacionamento familiar, em que ocorrem agressões e perda de vínculos, abandono escolar e de empregos. Para os familiares, as consequências são de ordem emocional, com a preocupação dos perigos que o usuário enfrenta, perda da confiança devido ao perfil manipulador, bem como danos materiais a partir do momento em que o usuário passa a furtar dentro da própria casa para manter o vício ou dever para traficantes. Para os familiares, impõe-se, ainda, a dificuldade em conseguir manter a rotina de trabalho, cuidado com outros os outros membros família e, ao mesmo tempo, manter “vigilância” e procurar ajuda para o dependente (ALVAREZ; GOMES; XAVIER, 2014).

Um estudo demonstra o elevado índice de abandono ao tratamento de dependentes químicos, em um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS AD) do Piauí, em que apresentou 56,8% de não conclusão do tratamento (FERREIRA et al, 2015). Outro estudo, realizado no Rio Grande do Sul, aponta que do total de 103 dependentes químicos, 69,3% dos sujeitos abandonaram o tratamento por não acreditarem que tinham problemas relacionados à droga. Os dependentes não buscaram o tratamento por iniciativa própria, mas por pressão familiar e envolvimento com o sistema judiciário (OLIVEIRA; SZUPSZYNSKI; DICLEMENT, 2010). De toda forma, o presente estudo aponta principalmente a dificuldade da família dos usuários de álcool e/ou de outras drogas e a necessidade de políticas públicas de saúde que entendam a realidade na qual esses estão inseridos. Além disso, há os estudos que trazem a importância da intersecção entre o Direito e a Saúde (CORREIA JUNIOR; VENTURA 2013).

Diante de todas as contradições e questões que ainda se impõem no enfrentamento do estigma da doença mental e o uso de substâncias psicoativas, Pitta (2011) aponta que aos avanços conseguidos nas prescrições, legislações e nas diretrizes do Ministério da Saúde, da Justiça e Direitos Humanos para a área, com Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, não se seguiram as ações necessárias para que tais legislações exerçam-se na prática das pessoas na intensidade que se faz necessária, havendo um grande descompasso entre o legislado e o real.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É bem provável que ao final deste tópico tenhamos mais perguntas a fazer do que a responder. E isto não é de todo ruim. Fazer perguntas nos alimenta o raciocínio, insurge a pensamentos que talvez não tivéssemos, põe-nos à prova, exige que realizemos avaliação das realidades que nos cerca, os métodos que utilizamos em nosso trabalho e os sentidos que damos para todas as coisas. Obviamente, as pesquisas existem para responder questionamentos. Os dados obtidos podem apenas apontar uma direção a seguir ou a necessidade de partilhar informações com outros saberes para construir pontes que de fato produzam bons resultado na vida das pessoas com quem trabalhamos.

Um dos problemas modernos de difícil solução e que se tornou “problema de saúde pública” é o uso indiscriminado de substâncias psicoativas. Os serviços de apoio e tratamento para essa população, CAPS psiquiatria e CAPS ad, não foram, ao longo de todos os anos após a Reforma Psiquiátrica, incrementados ao ponto de poder oferecer o suporte necessário aos indivíduos, restando aos familiares o abandono de causa ou recorrer à justiça. Grandes centros urbanos não têm a quantidade de CAPS e Centros de Convivência necessários, quando os têm, faltam recursos humanos para o acompanhamento *in loco* do tratamento de seus usuários.

Problemas de Saúde Pública são complexos, uma vez que envolvem atores com abordagens diferentes para tal solução. Neste tema, há uma dificuldade maior ainda, no que tange às diferentes ideologias relacionadas ao assunto: as diferentes concepções sobre o direito dos indivíduos ao uso de substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas), diferentes formas de entendimento sobre as internações involuntárias e compulsórias, se estas são um direito para o bem estar do usuário ou uma agressão em sua liberdade de viver conforme lhe convém. Também há discussões sobre a efetividade de tais internações, uma vez que temos um grande número de usuários com inúmeras internações hospitalares ou em Comunidades Terapêuticas, mas recaem no uso, tão logo voltam ao convívio social. Questiona-se ainda se tais “Comunidades Terapêuticas” não são meros substitutivos dos antigos manicômios e uma forma de exclusão desta população.

Diferentes estudos que tratam das IC grandes centros urbanos, nas ditas “cracolândias”, mostram que as IC são solicitadas com intervenção direta do MP e por demanda de governos. Não se trata de abordagem a grupos de usuários, na tentativa de tirá-los das ruas. Trata-se das Internações Compulsórias solicitadas, em sua quase totalidade, por um membro familiar do dependente (mãe, pai, irmão, marido, esposa) que têm em princípio dois interesses principais: proteger o próprio usuário que se coloca em risco ao tentar obter e

consumir a droga/ álcool e diminuir o sofrimento familiar que o dependente traz na compulsão pelo uso de drogas, que passa a furtar objetos dentro de casa e agredir aos próprios familiares, tornando a convivência nos lares insustentável.

É necessário salientar que o total de 218 pacientes com demanda judicial para internação compulsória representam uma sequência de ações tanto da saúde, quanto do judiciário, e podem perdurar de dois até dez anos do início do processo da ação judicial para o mesmo paciente, sem que ainda assim o problema que originou a ação tenha sido “solucionado”. Reforça-se, assim, a importância de se aprofundar mais neste campo de pesquisas. Traçamos, nesta dissertação, o perfil sociodemográfico destes usuários de substâncias psicoativas, substâncias mais consumidas, bem como aspectos relacionados aos processos judiciais e às famílias. Buscou-se perceber as interfaces das áreas da saúde mental e do direito, as interfaces das áreas da saúde mental e do direito, a fim de possibilitar uma discussão mais aprofundada com os setores jurídicos e buscar novas estratégias para a questão da Internação Compulsória de Dependentes de Álcool e outras Drogas, no município de Ribeirão Preto.

REFERÊNCIAS

- ABDALLA, R. R. et al. Prevalence of cocaine use in Brazil: data from the II Brazilian National Alcohol and Drugs Survey (BNADS). **Addict Behav**, v. 39, n. 1, p. 297-301, 2014.
- AGÊNCIA BRASIL. São Paulo teve mais de 5,3 mil internações involuntárias de dependentes químicos em 2012. 24 jan. 2013. Disponível em: <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2013-01-24/sao-paulo-teve-mais-de-53-mil-internacoes-involuntarias-de-dependentes-quimicos-em-2012>. Acesso em: 12 mai. 2020.
- ALBUQUERQUE, D. B. P. **Demanda Judicial**: perfil dos usuários de drogas atendidos em um CAPS ad III em Brasília. 2014. 33 p. Monografia (Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.
- ALVAREZ, S.; GOMES, G.; XAVIER, D. Causas da dependência química e suas consequências para o usuário e a família. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 8, p. 641-648, 2014.
- ALVES, H. N. P.; DUAILIBI, L. Boas práticas no tratamento de usuários de dependentes de cocaína e crack. *In*: CORDEIRO, D. C.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. **Boas práticas no tratamento do uso e dependência de substâncias**. São Paulo: Roca, 2007. p. 70-73.
- ALVES, R. P.; RIBEIRO, M.; CASTRO, D. S. Cocaína e crack. *In*: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. D.; LARANJEIRA, R. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 170-179.
- ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, 2009.
- ALVES, Y. D. D.; PEREIRA, P. P. G. A controvérsia em torno da internação involuntária de usuários de crack. **Revista Sociedade e Estado**, v. 34, n. 2, p. 513, 2019.
- AMARANTE, P. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. *In*: AMARANTE P. (org.) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- ANDRETTA, I.; OLIVEIRA, M. S. A entrevista motivacional em adolescentes usuários de droga que cometeram ato infracional. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 24, n. 2, p. 218-226, 2011.

APA. American Psychiatric Association. **Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais – DSMIV-TR**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ARAÚJO, C. N. P. **Sentidos construídos com familiares de usuários de drogas sobre a internação involuntária ou compulsória**. 2018. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

ARAÚJO, N. B. et al. Perfil clínico e sociodemográfico de adolescentes que permaneceram e não permaneceram no tratamento em um CAPSad de Cuiabá/MT. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 61, n. 4, p. 227-234, 2012.

ARAÚJO, N. S. et al. Uma resposta ao uso de drogas: prevenção. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, 2., 2004, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: UFMG, 2004.

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.

AZEVEDO, R. C. S. et al. **Abuso e Dependência de Múltiplas Drogas**. [S.l.]: Associação Brasileira de Psiquiatria, 2012.

AZEVEDO, R. C. S.; OLIVEIRA, K. D. Poliusuários de substâncias psicoativas. *In*: DIEHL, A.; CORDEIROS, D. D.; LARANJEIRA, R. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 119-125.

BACHESCHI, L. A.; GUERREIRO, C. A. M. Situação das neurociências no Brasil: neurociências clínicas. **Ciência Cult**, v. 56, n. 1, p. 25-26, 2004.

BALBINOT, A. D. et al. Hospitalizações por uso de drogas não se alteram com uma década de Reforma Psiquiátrica. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, p. 26, 2016.

BARROS, D. M.; SERAFIM, A. P. Parâmetros legais para a internação involuntária no Brasil. **Rev. psiquiatr. clín.**, v. 36, n. 4, p. 175-177, 2009.

BARROS, S. Ensino de enfermagem psiquiátrica e reabilitação psicossocial. *In*: JORGE, M.; SILVA, W.; OLIVEIRA, F. (eds.). *Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao 3º milênio*. São Paulo: Lemos, 2003. p. 73-80.

BARROSO, S. M.; BANDEIRA, M.; NASCIMENTO, E. do. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 34, n. 6, p. 270-277, 2007.

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

BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro et al. (org.). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: ICICT/ Fiocruz, 2017.

BATISTA, L. S. S.; BATISTA, M.; CONSTANTINO, P. Perfil de usuários de substância psicoativas do CAPSAD em 2000 e 2009, Campos dos Goytacazes, RJ. **Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 7, n. 2, p. 23-38, 2012.

BITTENCOURT, S. A. **Motivação para a mudança: adaptação e validação da escala URICA (University of Rhode Island Change Assessment) para o comportamento de comer compulsivo**. 2009. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

BORBA, L. O.; SCHWARTZ, E.; KANTORSKI, L. P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 588-594, 2008.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. São Paulo: Atlas, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial Eletrônico**, Brasília, 09 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST/ Aids, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto Lei nº 1123, de 22 de dezembro de 1903. Dispõe sobre reorganização da assistência aos alienados. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 de dezembro de 1903. Seção 1, p. 5853.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, nov. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O crack: como lidar com este grave problema**. Brasília: Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O remédio via Justiça**: um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/ Aids no Brasil por meio de ações judiciais. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2.391, de 26 de dezembro de 2002**. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Ministério da Saúde. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.

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

BRITTO, R. C. **A internação psiquiátrica involuntária e a Lei 10.216/01**. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2004.

CAPISTRANO, F. C. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de dependentes químicos em tratamento: análise de prontuários. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 2, p. 234-241, 2013.

CARLINI, E. A. et al. **I Levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo 108 maiores cidades do país. São Paulo: CEBRID; SENAD, 2001.

CARLINI, E. A., GALDURÓZ, J. C. F. **II Levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas**: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do Estado de São Paulo – 2005. São Paulo (SP): Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – Departamento de Psicologia da Escola Paulista de Medicina; 2005.

CARLSON, R.G. et al. Predictors of substance abuse treatment entry among rural illicit stimulant users in Ohio, Arkansas, and Kentucky. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 31, n. 1, p. 1-7, 2010.

CARVALHO, K. L. et al. Características das Internações psiquiátricas em hospitais gerais do Rio Grande do Sul. **Revista mineira de Enfermagem**, v. 25, 2019.

CHANG, T. M. M. et al. Diferenças clínicas e demográficas entre internações psiquiátricas voluntárias e involuntárias em um hospital universitário no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 11, p. 2347-2352, 2013.

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

CHEN, K.; KANDEL, D. Relationship between extent of cocaine use and dependence among adolescents and adults in the United States. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 68, n. 1, p. 65-85, 2002.

CLARO, Heloísa Garcia; OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira de; TITUS, Janet C.; FERNANDES, Ivan Filipe de Almeida Lopes; PINHO, Paula Hayasi; TARIFA, Rosana Ribeiro. Uso de drogas, saúde mental e problemas relacionados ao crime e à violência: estudo transversal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1173-1180, nov./ dez. 2015.

COELHO, I.; OLIVEIRA, M.H.B. Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. **Saúde e Debate**, v. 35, n. 101, p. 359-367, 2014.

CONTE, M. Psicanálise e redução de danos: articulações possíveis. **Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, v. 25, p. 23-33, 2004.

CORREIA JUNIOR, R.; VENTURA, C. A. A. As internações involuntárias de drogodependentes frente à legislação brasileira – uma análise em relação ao contexto histórico do tratamento de dependentes e as políticas higienistas e de profilaxia social. **Revista Direitos Fundamentais & Democracia**, v. 13, n. 13, p. 250-280, 2013.

COSTA, A. A. **Combate às drogas: internação compulsória**. 2012. Projeto de pesquisa (Pós-graduação) – Escola de Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

COSTA, I. I. **Problematizações sobre a eficácia da internação compulsória no tratamento da drogadição**. Debate “Internação Compulsória”. Brasília: Ordem dos Advogados do Brasil, 2013.

COSTA, S. K. P. et al. Fatores Sociodemográficos e Condições de Saúde Bucal em Droga-Dependentes. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 11, n. 11, p. 99-104, 2011.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Parecer sobre a constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa do Projeto de Lei 3657-C, de 1989. **Diário da Câmara dos Deputados**, Brasília, 28 mar. 2001. p. 7776-7777.

CORDEIRO, C.; BALDAÇARA, D. (orgs.). **Emergências psiquiátricas**. São Paulo: ROCA LTDA, 2007.

DIELH, A. et al. Abortion and sex-related conditions in substance-dependent Brazilian patients. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 11, p. 1-15, 2017.

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**. 2018. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.

DOMANICO, A. **Craqueiros e cracados – bem-vindo ao mundo dos nórias**. 2006. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

DUAILIBI, L. B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. **Cad Saúde Pública**, v. 24, p. 545-57, 2008.

DUAILIBI, L. M. F. B. **Revisão sistemática: perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil**. 2010. Tese (Mestrado em Psiquiatria) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2010.

EDWARDS, G.; MARSHALL, E. J.; COOK, C. H. **O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

ELBREDER, M.F. et al. Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. **J Bras Psiquiatr**, v. 57, n.1, p. 9-15, 2008.

FARIA, J. G.; SCHNEIDER, D. R. O perfil dos usuários do Capsad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n.3, p. 324-333, 2009.

FARIAS, F. L. R. de; FUREGATO, A. R. F. O dito e o não dito pelos usuários de drogas, obtidos mediante as vivências e da técnica projetiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 700-707, 2005.

FERREIRA, A. C. Z. et al. Motivações de dependentes químicos para o tratamento: percepção de familiares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 3, p. 474-481, 2015.

FERREIRA, A. C. Z. et al. Caracterização de internações de dependentes químicos em uma unidade de reabilitação. **Cogitare enfermagem**, v. 17, n. 3, 2012.

FORTES, H. M. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 10, n. 2, p. s321-s330, 2010.

FOUCAULT, M. **A história da loucura: na Idade Clássica**. Tradução José Teixeira Coelho Neto. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.

FRANÇA, G. L. Internação compulsória do dependente químico: violação do direito de liberdade ou proteção do direito à vida? 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) – Faculdade de Direito Presidente Prudente, Presidente Prudente, 2012.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GUARDIA, J.; SURKOV, S. I.; CARDÚS, M. Bases neurobiológicas de la adicción. *In*: BOBES, J.; CASAS, M.; GUTIÉRREZ, M. **Manual de Trastornos Adictivos**. 2. ed. Madrid: Enfoque Editorial, 2011. p. 25-33.

GUERRA, A. SP supera 5,3 mil internações involuntárias por drogas em 2012. **Terra**, 24 jan. 2013. Disponível em: https://www.terra.com.br/noticias/brasil/policia/sp-supera-53-mil-internacoes-involuntarias-por-drogas-em-2012,7e5418fd3786c310VgnCLD2000000ec6eb0aRCRD.html?utm_source=Whatsapp&utm_medium=SOCIAL. Acesso em: 24 jan. 2020

GUIMARÃES, C. F. et al. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). **Revista de Psiquiatria Rio Grande do Sul**, v. 30, n. 2, p. 101-108, 2008.

GUINDALINI, Camila et al. Concurrent crack and powder cocaine users from Sao Paulo: do they represent a different group?. **BMC Public Health**, v. 6, n. 1, p. 10, 2006.

HALLAL, I. I. L. C.; HALPERN, S. C. Abordagem ecológica: uma visão ampliada da Dependência Química, 2002. *In*: PULCHEIRO, G.; BICCA, C.; SILVA, F. A. (orgs). **Álcool e outras drogas, informação**: o que cada profissional precisa saber. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

HOPPEN, N. H. F.; VANZ, S. A. S. Tendências da pesquisa brasileira em Neurociências. *In*: ENCONTRO BRASILEIRO DE BIBLIOMETRIA E CIENTOMETRIA, 4., São Paulo, 2014. **Anais...** São Paulo: USP, 2014.

JORA, N. P. **Consumo de cocaína, crack e múltiplas drogas**: interfaces com a qualidade de vida de usuários. 2014. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

JORGE, A. C. R. **Analisando o perfil de usuários de um CAPS AD**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

JORGE, J. S.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Consultório de rua: contribuições e desafios de uma prática em construção. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 3, n. 1, p. 39-48, 2012.

KALINA, E. **Drogadição hoje**: indivíduo, família e sociedade. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

KAPLAN, H.; SADOCK, B.; GREBB, J. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

KESSLER, F.; PECHANSKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 30, n. 2, p. 96-98, 2008.

KILSZTAJN, S. et al. Leitos hospitalares e reforma psiquiátrica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 10, p. 2354-2362, 2008.

LARANJEIRA, R. (org.). **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD)**. São Paulo: INPAD, UNIFESP, 2014.

LARANJEIRA, R. et al. **I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

LARANJEIRA, R. et al. **II Levantamento nacional de álcool e drogas – Consumo de Álcool no Brasil: Tendências entre 2006/2012**. São Paulo: INPAD, 2013

LARANJEIRA, R.; ROMANO, M. Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, p. 68-77, 2004.

LIMA, L. P.; FONSECA, V. A. S.; RIBEIRO, M. Neurobiologia da dependência do crack. *In*: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de crack**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 143-160.

LUCAS, L. G. Q. **Caracterização de usuários de substâncias psicoativas e motivos para a internação compulsória**. 2017. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

MAC ERA, E. Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. *In*: SEIBEL, S. D.; TOSCANO JR., A. **Dependência de drogas**. São Paulo, Editora Atheneu, 2001. p. 25-34.

MACEDO, F. S.; MACHADO, P. S. Economia moral e modelos de atenção no cuidado com gestantes que usam crack. **Saúde Debate**, v. 40, n. 109, p. 34-46, 2016.

MACIEL, Luciana Dagmar; ZERBETTO, Sonia Regina; FILIZOLA, Carmen Lúcia Alves; DUPAS, Giselle; FERREIRA, Noeli Marchioro Liston Andrade. Consequências e dificuldades da dependência química no âmbito familiar: uma revisão de literatura. **Rev APS**, v. 16, n. 2, p. 187-196, abr./ jun. 2013.

MACIEL, S. C. Reforma psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 73-82, 2012.

MAGRINELLI, M.; OLIVEIRA, M. Avaliando a motivação para mudança em dependentes de cocaína. **Estudos de Psicologia**, v. 23, n. 1, p. 3-12, 2006.

MANGUEIRA, S. et al. Promoção da saúde e políticas públicas do álcool no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Psicol. Soc.**, v. 27, n. 1, 2015.

MIGOTT, A. M. B. **Dependência química: problema biológico, psicológico ou social?** São Paulo: Paulus; 2008.

MILIAUSKAS, C. R. et al. Associação entre internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e atenção básica em regiões metropolitanas do RJ e SP, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1935-1944, 2019.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde.** 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MONTEIRO, C. F. S. et al. Perfil socio-demográfico y la adhesión al tratamiento de la dependencia del alcohol en CAPS-ad do Piauí. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 1, p. 90-95, 2011.

MONTEIRO, F.H. **A internação psiquiátrica compulsória: uma abordagem à luz dos direitos fundamentais.** 2015. Dissertação (Mestrado em Direito) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

MORAES, M. E. F. et al. Consumo De Crack, Mulheres e Internação Compulsória: reflexões sobre saberes à luz da teoria das representações sociais. **Psicología, Conocimiento y Sociedad**, v. 9, n. 1, p. 132-154, 2019.

NAPPO, S. A.; SANCHEZ, Z.; OLIVEIRA, L. G. Crack, AIDS, and women in Sao Paulo, Brazil. **Subst Use Misuse**, v. 46, n. 4, p. 476-85, 2011.

NOVAES, P.S. O tratamento da dependência química e o ordenamento jurídico brasileiro. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, v. 17, n. 2, p. 342-356, 2014.

OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Crack na cidade de São Paulo: Acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, n. 6, p. 212-218, 2008.

OLIVEIRA, M. S. N. Fatores sociodemográficos e clínicos de internações psiquiátricas voluntárias e involuntárias em Fortaleza – Ceará. 2009. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2009.

OLIVEIRA, M. S.; SZUPSZYNSKI, K. P. D. R.; DICLEMENTE, C. Study of motivation for treatment in teenagers users of illicit substances. **Psico**, v. 41, n. 1, p. 40-6, 2010.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Classificação Internacional de Doenças – CID 10:** descrição clínicas e diretrizes de diagnósticos – OMS. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 11, 31 out. 2019.

OSAP. Office for Substance Abuse Prevention. **Crack cocaine:** a challenge for prevention. Rockville: Department of Health and Humans Services; 1991.

PAIANO M.; KURATA V. M.; LOPES, A. P. A. T. et al. Fatores Intervenientes na Adesão ao Tratamento de Usuários de Drogas Atendidos no Caps-Ad. **Rev Fund Care Online**, v. 11, n. 3, p. 687-693, abr./ jun. 2019.

PAZ, Fernanda Marques; COLOSSI, Patrícia Manozzo. Aspectos da dinâmica da família com dependência química. **Estudos de Psicologia**, v. 18, n. 4, p. 551-558, out./ dez. 2013.

PEGORARO, R. F.; CALDANA, R. H. L. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. **Rev. Saúde soc.**, v. 17, n. 2, p. 82-94, 2008.

PEIXOTO, C. et al. Impacto do perfil clínico e socio demográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). **J Bras Psiquiatr**, v. 59, n. 4, p. 317-21, 2010.

PENA, J. L. C. **A internação psiquiátrica compulsória e involuntária:** aspectos técnicos e éticos. 2017. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

PEREIRA, M. A. O.; PEREIRA JR., A. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 37, n. 4, p. 92-100, 2003.

PERRENOUD, L. O.; RIBEIRO, M. Histórico do consumo de crack no Brasil. *In:* RIBEIRO, M.; LARANJEIRAS, R. (orgs.). **O tratamento do usuário de crack.** São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010. p. 43-48.

PERRONE, Pablo Andrés Kurlander. **Fatores associados à recidiva e abandono do tratamento de dependentes químicos:** um estudo longitudinal em duas Comunidades Terapêuticas. 2019. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, 2019.

PILLON, S. C. et al. Health Behaviours Among Users of Drugs: in a Brazilian Sample. **International Journal of Mental Health and Addiction**, v. 15, n. 4, p. 782-794, 2017.

- PILLON, S. C.; LUIS, M. A. V. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 676-682, 2004.
- PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & saúde coletiva**, v. 16, p. 4579-4589, 2011.
- PROCHASKA, J. J.; SPRING, B.; NIGG, C. R. Multiple health behavior change research: an introduction and overview. **Preventive Medicine**, v. 46, n. 3, p. 181-188, 2008.
- PULCHERIO; G. et al. Crack: da pedra ao tratamento. **Revista de AMRIGS**, Porto Alegre, v. 54, n. 3, p. 337-343, 2010.
- RAUP, L.; ADORNO, R.C.F. Circuitos de uso de crack na região central da cidade de São Paulo (SP, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2613-22, 2011.
- RAUTER, C. **Criminologia e Subjetividade**. Rio de Janeiro: Revan, 2003.
- RELATÓRIO de avaliação das solicitações de internação hospitalar da DRS XIII**. Enviado aos serviços da Regional DRS XIII, Ribeirão Preto, 29 ago.2019.
- RIBEIRO, J. L. P. **Introdução à psicologia da saúde**. Coimbra: Editora Quarteto, 2005.
- RIBEIRO, L. A.; NAPPO, S. A.; SANCHEZ, Z. V. D. M. Aspectos socioculturais do consumo de crack. *In*: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 50-56.
- RIBEIRO, M. S. et al. Fatores associados ao abandono de tratamento em saúde mental em uma unidade de nível secundário do Sistema Municipal de Saúde. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 16-22, 2008.
- RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. O plano de tratamento. *In*: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de crack**. São Paulo: Casa da Leitura Médica, 2010. p. 24-63.
- RIBEIRO, M.; REZENDE, E. P. Critérios para diagnósticos de uso nocivo, abuso e dependência de substâncias. *In*: ZANELATTO, N.A.; LARANJEIRA, R. **O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais: um guia para terapeutas**. Porto Alegre: Artmed, cap. 2, p. 33-42, 2013.
- ROMANINI, M.; ROSO, A. Mídia e Crack: promovendo saúde ou reforçando relações de dominação?. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32, n. 1, p. 82-97, 2012.
- ROMANO, M.; RIBEIRO, M.; MARQUES, A. C. P. R. **Abuso e dependência de cocaína**. [S.l.]: Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina, 2002.

RUIZ, V. R. R.; MARQUES, H. R. A internação compulsória e suas variáveis: reflexões éticas e socioculturais no tratamento e reinserção do paciente na sociedade. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 7, n. 1, 2015.

SANT'ANNA, W. T. **Internação psiquiátrica involuntária no tratamento de dependentes químicos**: aspectos legais e implicações clínicas. 2012. Monografia (Especialização) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2012.

SANT'ANNA, Walmir T. et al. Relapse in involuntary substance treatment: a transversal study with three months of follow-up. **Rev Colomb Psiquiat.**, v. 49, n. 4, 2019.

SANTOS, J.A.T. et al. Use of psychoactive substances in women in outpatient treatment. **Rev Bras Enferm**, v. 72, p. 178-83, 2019.

SCHNEIDER, C. **Consumo de drogas e internação compulsória**: construção de um perfil sociodemográfico de usuários de um CAPS-ad III. 2015. Monografia (Graduação em Psicologia) – Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2015.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de saúde coletiva**, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SEGRE, M.; ROSA, J. C. F.; S. Enfoque Ético-Legal da Dependência de Drogas. *In*: SEIBEL, S. D. **Dependência Química**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010.

SEIBEL, S. D.; TOSCANO JR., A. **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001.

SHANKAR, A.; MCMUNN, A.; STEPTOE, A. Health-related behaviours in older adults: relationships with socioeconomic status. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 38, n. 1, p. 39–46, 2010.

SILVA, A. C. F. Reflexões sobre a proposta de internação compulsória de dependentes químicos. **Ciências Sociais Aplicadas em Revista**, v. 13, n. 25, p. 137-155, 2013.

SILVA, B.M.P. **O sistema Único de Saúde**: descompasso entre realidade normativa e realidade fática. 2007. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

SILVA, C. K.; RIBEIRO, F. J. A. Desafios para a concretização das políticas públicas no Brasil: A internação compulsória de dependentes químicos sob a ótica da nova Ordem constitucional. **Revista jurídica da Faculdade UNA de Contagem**, v. 1, n. 1, 2014.

SILVA, I. P. et al. Internação compulsória para dependentes químicos. **Interdisciplinary Scientific Journal**, v.3, n.5, p. 58-78, 2016.

SILVA, S. G. et al. Variables associated with leisure-time physical inactivity and main barriers to exercise among industrial workers in southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 249–259, 2011.

SILVA JUNIOR, R. S. Limites à Judicialização da Saúde Pública no Direito Brasileiro. *In*: SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. (orgs.). **Dilemas do Fenômeno da Judicialização da Saúde**. Brasília: [s.n.], 2018. p. 254-263.

SILVEIRA, D. X. Internação Compulsória: depoimento. Entrevista concedida a Gabriela Moncau. **Revista Caros Amigos**, XV, n. 175, out. 2011.

SOUSA, P. F. et al. Dependentes Químicos em Tratamento: um Estudo sobre a Motivação para Mudança. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 1, p. 259-268, 2013.

SOUZA, S. C.; SILVA, C. K. A Internação Compulsória de Dependentes Químicos: a prática sob a ótica da Nova Ordem Constitucional. **Letras Jurídicas**, Belo Horizonte, v. 2, 2014.

STRASSER, F. A. C.; SANTOS, J. J. Legalidade da Internação Compulsória para Tratamento de Dependentes Químicos RIPE. **Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos**, Bauru, v. 48, n. 62, p. 118-153, 2014.

TABORDA, J. G. V.; BARON, A. L. D.; NETO, L. P. Aspectos Ético-Legais nas Emergências Psiquiátricas. *In*: QUEVEDO, J.; CARVALHO, André F. (orgs.). **Emergências Psiquiátricas**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TABORDA, J. G. V.; PRADO-LIMA, P.; BUSNELLO, E. D. **Rotinas em Psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

TRAVASSOS, D. V. et al. Judicialização da Saúde: um estudo de caso de três tribunais brasileiros. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 11, Rio de Janeiro, 2013.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde pública**, v. 39, p. 507-514, 2005.

UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. **World Drug Report 2013**. Nova Iorque: United Nations, 2013.

UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. **World Drug Report 2016**. Nova Iorque: United Nations, 2016.

VALENÇA, T. Possíveis aproximações entre a cultura do uso de crack e uma política pública. *In*: MACRAE, E.; TAVARES, L. A.; NUÑEZ, M. E. (orgs.). **Crack: contextos, padrões e propósitos de uso**. Salvador: EDUFBA; CETAD, 2013. p. 105-134.

VELHO, S. R. B. R. **Perfil epidemiológico dos usuários de substâncias psicoativas atendidos no CAPS AD, Londrina, PR.** 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

VENTURA, C. A. A.; DE MORAES, V. C. O.; JORGE, M. S. Os profissionais de saúde e o exercício dos direitos humanos por portadores de transtornos mentais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 854-61, 2013.

WASHTON, Arnold M. **Cocaine addiction: Treatment, recovery and relapse prevention.** Nova Iorque: W.W. Norton, 1989.

WHO. World Health Organization. **Global status report on alcohol and health.** Genova, 2014. Disponível em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf. Acesso em: 31 dez. 2017.

APÊNDICE A – Formulário de Coleta de Dados

FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

COD _____ Nº prontuário _____

I – INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

1. DATA DE NASCIMENTO _____
- 1.1. QUANDO PROCUROU O CAPS AD PELA 1ª VEZ? _____
- 1.2. IDADE QUANDO VEIO AO CAPS AD PELA 1ª VEZ? _____
2. SEXO: (1) Mulher (2) Homem
- 2.2. GENERO: (1) Feminino (2) Masculino (3) Trans
- 2.3. COR DA PELE: (1) Branco (2) Preto/Pardo (3) Outros (4) Não Informado
3. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: (1) Rib. Preto (2) Outra cidade (3) Não Informado
4. ESTADO CIVIL: (1) Solteiro (2) Casado/união consensual (3) Divorciado/Separado (4) Viúvo (5) Não Informado
5. OCUPAÇÃO: (1) Empregado (2) Desempregado (3) Do lar (4) Trabalho informal (5) Aposentado (6) Estudando (7) Não informado
6. RELIGIÃO: (1) Católico (2) Evangélico (3) Ateu (4) Outras (5) Não informado
7. RECEBE BENEFÍCIO DO GOVERNO? (1) Sim (2) Não (3) Recebia, mas foi cortado (4) Não informado
8. RENDA SALARIAL DA FAMÍLIA: (1) Até 1 S.M. (2) 1-2 S.M. (3) 2-3 S.M. (4) 3-4 S.M. (5) Maior ou igual a 4 S.M (6) Não informado
9. REGIÃO EM QUE RESIDE: (1) Norte (2) Sul (3) Leste (4) Oeste (5) Sem moradia fiz (6) Não informado
10. VIVE EM SITUAÇÃO DE RUA? (1) Sim (2) Não (3) Sim no passado (4) Não informado
11. ESCOLARIDADE: (0) Analfabeto (1) Fundamental incompleto (2) Médio incompleto (3) Superior (4) Não informado

II – INFORMAÇÕES SOBRE O USO DE SPA

- 12.1. IDADE QUE COMEÇOU A CONSUMIR ÁLCOOL? _____
- 12.2. IDADE COMEÇOU A CONSUMIR MACONHA? _____
- 12.3. IDADE COMEÇOU A CONSUMIR COCAÍNA? _____
- 12.4. IDADE COMEÇOU A CONSUMIR CRACK? _____
13. QUAL ERA A DROGA MAIS UTILIZADA À ÉPOCA DO PEDIDO DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA? (1) Álcool (2) Maconha (3) Cocaína (4) Crack (5) LSD (6) Exctasy (7) Outras
- 13.1. QUAL OUTRA DROGA UTILIZADA À EPOCA DA INTERNAÇÃO? (1) Álcool (2) Maconha (3) Cocaína (4) Crack (5) LSD (6) Exctasy (7) Outras
- 14.1. TEMPO (EM ANOS) DE USO DE ÁLCOOL ATÉ O ANO DO PROCESSO? _____
- 14.2. TEMPO (EM ANOS) DE USO DE MACONHA ATÉ O ANO DO PROCESSO? _____
- 14.3. TEMPO (EM ANOS) DE USO DE COCAÍNA ATÉ O ANO DO PROCESSO? _____
- 14.4. TEMPO (EM ANOS) DE USO DE CRACK ATÉ O ANO DO PROCESSO? _____
15. CID PRINCIPAL: (1) F10.2 (2) F12.2 (3) F14.2 Cocaína (4) F14.2 Crack
16. CID SECUNDÁRIO: (1) F10.2 (2) F12.2 (3) F14.2 Cocaína (4) F14.2 Crack
17. HÁ PRESENÇA DE OUTRA DOENÇA MENTAL? (0) Não (1) ESQ. (2) TAB (3) Depressão (4) T.P. (5) Retardo mental (6) Outros transtornos psicóticos

III – INFORMAÇÕES SOBRE TRATAMENTOS E INTERNAÇÕES

18. TRATAMENTO AMBULATORIAL (CAPS^{ad}) POR USO DE SPA ANTES DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA (FREQUÊNCIA)? (0) Nenhuma (1) Uma (2) Duas (3) Três (4) Quatro ou mais
19. FREQUÊNCIA REGULAR? (1) Sim (2) Não
20. INTERNAÇÃO VOLUNTÁRIA EM COMUNIDADE TERAPÊUTICA, POR USO DE DROGAS? QUANTAS VEZES? (0) Nenhuma (1) Uma (2) Duas (3) Três (4) Quatro ou mais
21. INTERNAÇÕES HOSPITALARES VOLUNTÁRIAS, POR USO DE DROGAS? (0) Nenhuma (1) Uma (2) Duas (3) Três (4) Quatro ou mais
22. INTERNAÇÕES INVOLUNTÁRIAS PELO USO DE SPA? (0) Nenhuma (1) Uma (2) Duas (3) Três (4) Quatro ou mais
23. PRINCIPAL MOTIVO PARA PEDIDO DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA?
- (1) Aumento significativo do uso / uso compulsivo
 - (2) Agressividade em casa
 - (3) Agressividade na rua
 - (4) Furtos/roubo/prisão
 - (5) Perda do emprego
 - (6) Doença clínica
 - (7) Surto psicótico
 - (8) Negligência com os filhos
 - (9) Outros
- 23.1. OUTRO MOTIVO PARA A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA
- (1) Aumento significativo do uso / uso compulsivo
 - (2) Agressividade em casa
 - (3) Agressividade na rua
 - (4) Furtos/roubo/prisão
 - (5) Perda do emprego
 - (6) Doença clínica
 - (7) Surto psicótico
 - (8) Negligência com os filhos
 - (9) Outros
24. REQUERENTE NO PROCESSO DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA (SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO): (1) Médico (2) Pai (3) Mãe (4) Filhos (5) Ministério público (6) Parente (irmão/tios) (7) Outros (marido/esposa/companheiro)
25. APÓS A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA HOUVE NOVA INTERNAÇÃO? (1) Sim Voluntária (2) Sim compulsória (3) Não
26. QUANTIDADE DE INTERNAÇÕES COMPULSÓRIAS? (0) Nenhuma (1) Uma (2) Duas (3) Três (4) Quatro (5) Cinco ou mais
27. TEMPO EM QUE PERMANECEU INTERNADO JUDICIALMENTE? (1) 1-2 Meses (2) 2-3 Meses (3) 3-4 Meses (4) Mais de 4 meses
28. LOCAL DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA? (1) HC (2) HST (3) SRPQ (4) CT (5) Outro
29. APÓS A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DEU CONTINUIDADE AO TRATAMENTO? (1) Sim (2) Não
30. LOCAL ONDE CONTINUOU O TRATAMENTO (1) CAPS-^{ad} (2) CAPS 2 G.H. (3) CAPS 2 (4) HC (5) Outro (CAPS 3/) (6) Não informado
31. APÓS A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA HOUVE MELHORA DO QUADRO
- (1) Diminuição do uso
 - (2) Maior participação no tratamento

- (3) Relacionamento familiar
- (4) Emprego
- (5) Situação de rua
- (6) Remissão do surto psicótico
- (7) Outro _____
- (8) Nenhuma mudança
- (9) Não informado

32. APÓS A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA HOUVE PIORA DO QUADRO?

- (1) Diminuição do uso
- (2) Maior participação no tratamento
- (3) Relacionamento familiar
- (4) Emprego
- (5) Situação de rua
- (6) Remissão do surto psicótico
- (7) Outro _____
- (8) Nenhuma mudança
- (9) Não informado

33. SITUAÇÃO ATUAL DO PACIENTE?

- (1) Em tratamento no CAPS-ad
- (2) abstinente
- (3) Em tratamento em outro locais
- (4) Em uso sem tratamento
- (5) Desconhecida
- (6) Falecido
- (7) Preso

34. ANO DO INÍCIO DO PROCESSO QUE GEROU A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA _____

35. A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA EFETIVOU-SE? (1) Sim (2) Não

36. DATA EFETIVA DA 1ª INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA _____

36.1. DATA DA 2ª INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA _____

36.2. DATA DA 3ª INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA _____

36.3. DATA DA 4ª INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA _____

37. IDADE QUE TINHA NA 1ª INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA? _____

37.1. IDADE NA ÚLTIMA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA? _____

38. SITUAÇÃO ATUAL DO 1º PROCESSO: (1) Aberto (2) Arquivado (3) Sem informações

39. ANO DE ABERTURA DE NOVO PROCESSO PARA I.C. _____

40. HOUVE INTERNAÇÕES NO 2º PROCESSO? (1) Sim (2) Não

41. MOTIVO PELO QUAL A I.C. NÃO OCORREU

- (1) Paciente não compareceu a avaliação médica agendada
- (2) Paciente não localizado
- (3) Paciente não compareceu ao hospital da data da internação
- (4) Não foi indicada I.C. pelo médico avaliador
- (5) Família desistiu do processo
- (6) Outro

