

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MINAS GERAIS - FACULDADE DE POLÍTICAS
PÚBLICAS E GESTÃO DE NEGÓCIOS

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*: Mestrado Profissional em Segurança Pública e
Cidadania

Jéssica Gomes dos Santos Dias Carneiro

**POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PREVENÇÃO, TRATAMENTO E RECUPERAÇÃO
AO USO DE CRACK: uma análise assentada na intersetorialidade entre saúde e
segurança pública**

Belo Horizonte

2023

Jéssica Gomes dos Santos Dias Carneiro

**POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PREVENÇÃO, TRATAMENTO E RECUPERAÇÃO
AO USO DE CRACK: uma análise assentada na intersetorialidade entre saúde e
segurança pública**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*: Mestrado Profissional em Segurança Pública e Cidadania da Universidade do Estado de Minas Gerais - Faculdade de Políticas Públicas e Gestão de Negócios, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Segurança Pública e Cidadania.

Orientador: Prof. Dr. Thiago Penido Martins

Belo Horizonte

2023

C289p

Carneiro, Jéssica Gomes dos Santos Dias.

Políticas públicas para prevenção, tratamento e recuperação ao uso de crack: uma análise assentada na intersectorialidade entre saúde e segurança pública. Jéssica Gomes dos Santos Dias Carneiro. - Belo Horizonte, 2023.

142 p. il.

Orientador: Thiago Penido Martins.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Estado de Minas Gerais. Faculdade de Políticas Públicas, Belo Horizonte, 2023.

1. Políticas públicas. 2. Crack. 3. Direitos humanos. 4. Estatuto da Pessoa com Deficiência. 5. Segurança pública. I. Martins, Thiago Penido. II. Universidade do Estado de Minas Gerais. Faculdade de Políticas Públicas. Programa de Pós-graduação *strictu-sensu*. III. Título.

CDU 342.7

CDD 342.2

Jéssica Gomes dos Santos Dias Carneiro

**POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PREVENÇÃO, TRATAMENTO E RECUPERAÇÃO
AO USO DE CRACK: uma análise assentada na intersetorialidade entre saúde e
segurança pública**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu: Mestrado Profissional em Segurança Pública e Cidadania da Universidade do Estado de Minas Gerais - Faculdade de Políticas Públicas e Gestão de Negócios, como requisito para obtenção do título de Mestre em Segurança Pública e Cidadania.

Linha de pesquisa nº 1 - Gestão e Políticas Públicas

Dissertação defendida e aprovada em: 30 de novembro de 2023.

Banca examinadora:

Dra. Cintia Garabini Lages (PUC Minas)

Dra. Júnia Fátima do Carmo Guerra (FaPPGeN - UEMG)

Dr. Thiago Penido Martins (FaPPGen – UEMG)

À minha mãe por todo apoio e
ao meu pai pelo incentivo e inspiração.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço à minha mãe por me apoiar em todos os momentos.

Aos meus irmãos e familiares pela ternura.

Aos amigos pela compreensão em razão das ausências.

Ao meu orientador e aos colegas de turma pelos ensinamentos, colaborações e companheirismo.

Agradeço em especial aos meus amigos e companheiros de trajetória na Universidade, Wadson, Maxnei, Kalil e a minha amada amiga Emile.

Aos servidores e funcionários da FaPPGeN - UEMG, pelo empenho e trabalho árduo.

Por fim, agradeço à Universidade do Estado de Minas Gerais, pela concessão da bolsa institucional (ProBPG/UEMG), que tornou possível a realização deste trabalho.

RESUMO

O uso prejudicial do crack pode acarretar em uma forte dependência psicológica, tratando-se de um problema que deve ser prevenido e remediado pelo poder público, em todas as suas esferas organizacionais. Tal obrigação decorre do direito à saúde, que foi positivado na atual Constituição pátria. Com isso, exsurge a necessidade de se analisar as políticas públicas sobre drogas, com foco no crack, a partir de sua integração com políticas públicas da segurança pública no âmbito do Município de Belo Horizonte/MG, para compreender os avanços, limites e desafios desse processo. O presente trabalho pretende discutir a possibilidade de reestruturação de tais políticas de proteção social, objetivando uma melhora no desempenho da máquina estatal, vez que o papel dessas políticas acarreta também desenvolvimento econômico e social, não podendo haver dissociação entre tais fatores. Prevê o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre drogas – SISNAD, uma multiplicidade de atores em sua composição, tendo como princípios, o reconhecimento da intersectorialidade dos fatores correlacionados com o uso indevido de drogas, com a sua produção não autorizada e o seu tráfico ilícito, além da articulação com os órgãos do Ministério Público e dos Poderes Legislativo e Judiciário visando à cooperação mútua nas atividades do SISNAD; o respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana, especialmente quanto à sua autonomia e à sua liberdade, entre outros. A pesquisa buscou compreender se as atuais políticas públicas sobre drogas empregadas em Belo Horizonte/MG vêm sendo contruídas de forma integrada com as políticas de segurança pública e também de saúde, possibilitando o tratamento, a recuperação e a prevenção do uso prejudicial de crack, além de garantirem de forma plena aos cidadãos os direitos fundamentais inerentes à dignidade da pessoa humana. A metodologia empregada neste estudo, produzido sob uma abordagem qualitativa, envolveu a revisão bibliográfica, a análise de dados e pesquisa documental, além da realização de pesquisa empírica, através de entrevistas de campo nas Unidades dos Centros de Referência em Saúde Mental Álcool e Drogas - CERSAMs AD de Belo Horizonte/MG, bem como entrevistas realizadas na Defensoria Pública especializada na defesa da Saúde e na Promotoria de Defesa da Saúde do Ministério Público de Minas Gerais.

Palavras-chave: Políticas públicas; crack; Direitos Humanos; Estatuto da Pessoa com Deficiência; segurança pública.

ABSTRACT

The harmful use of crack can lead to a strong psychological dependence, being a problem that must be prevented and remedied by the public power, in all its organization instances. Such an obligation is due the right of health care, that has been guaranteed in the present national federal constitution. With this, the need arises to analyze public policies on drugs, with a focus on crack, from its integration with public policies of public security in the scope of the municipality of Belo Horizonte/MG, to understand the advances, limits and challenges of this process. The present work intends to discuss the possibility of restructuration of the referred social protection policy, willing to achieve an improvement of the state mechanisms, once that the action of the politics also leads to economic and social development, with no possibility of dissociation between the factors. The National System of Public Policies on Drugs – SISNAD provides for a multiplicity of actors in its composition, having as its principles the recognition of the intersectorality of factors correlated with the misuse of drugs, their unauthorized production and their illicit trafficking, in addition to articulation with the departments of the Public Ministry and the Legislative and Judiciary institutions aiming at mutual cooperation in SISNAD activities; respect for the fundamental rights of the human person, especially regarding to their autonomy and freedom, among others. The research sought to understand whether current public policies on drugs used in Belo Horizonte/MG have been built in an integrated manner with public security and health policies, enabling prevention, treatment and recovery of harmful use of crack, in addition to fully guarantee citizens the fundamental rights inherent to human dignity. The methodology used in this study, produced under a qualitative approach, involved bibliographical review, data analysis and documentary research, in addition to carrying out empirical research, through field interviews in the Mental Health Reference Centers Units of Alcohol and Drugs - CERSAMs AD of Belo Horizonte/MG, as well as interviews carried out conducted at the Public Defender's Office, specialized in health defense and at the Health Defense Prosecutor's Office on the Public Ministry of Minas Gerais State.

Keys word: Public policies; crack cocaine; Human Rights; People with Deficiency Statute; Public Security.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Atores da Política Nacional sobre drogas no Governo.....	12
Figura 2 - Órgãos de articulação e coordenação da implementação da PNAD.....	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS AD	Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CERSAM AD	Centro de Referência em Saúde Mental Álcool e Drogas
CnaR	Consultório na Rua
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
DBA	“De Braços Abertos”
DH	Direitos Humanos
EPD	Estatuto da Pessoa com Deficiência
FFAA	Forças Armadas Brasileira
FUNAD	Fundo Nacional Antidrogas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAI-PJ	Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário
PNAB	Política de Atenção Básica
PPD	Políticas Públicas sobre Drogas
PSR	População em Situação de Rua
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
SGDCA	Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente
SINASE	Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo

SISBIN	Sistema Brasileiro de Inteligência
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SNT	Sistema Nacional de Trânsito
SPA	Substâncias Psicoativas
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSP	Sistema Único de Segurança Pública
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UC	Usuário de Crack
UNODC	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime
UPD	Uso prejudicial de drogas

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. A QUESTÃO DO USO PREJUDICIAL DE CRACK.....	19
2.1 A vulnerabilidade associada aos usuários de crack	23
2.2 Os estigmas associados aos usuários de crack.....	25
3. OS TOXICÔMANOS NA ORDEM JURÍDICA	28
3.1 O uso prejudicial de drogas e os Direitos Humanos	28
3.1.1 Política proibicionista.....	28
3.1.2 Política de redução de danos	30
3.2 O indivíduo em uso prejudicial de crack no Estatuto da Pessoa com Deficiência..	32
4. POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS E SEGURANÇA PÚBLICA	38
4.1 Políticas Públicas para a prevenção, tratamento e recuperação ao uso de crack... 	38
5. METODOLOGIA.....	47
5.1 Linhas gerais sobre o método	47
5.2 Cenário da pesquisa.....	49
5.3 Sujeitos do estudo.....	53
5.4 Os limites da pesquisa mediante os procedimentos de coleta de dados	54
6. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	56
6.1 Política de redução de danos para o uso de crack	57
6.2 Invisibilidade e estigmas associados aos usuários	63
6.3 O valor da reestruturação de laços rompidos, do apoio familiar e social no tratamento do uso abusivo de crack.....	67
6.4 Transtornos mentais e o uso prejudicial de drogas	79
6.4.1 A Controvérsia acerca da internação involuntária do usuário de crack	82

6.5 Limitações e desafios do tratamento ofertado pela rede de atenção à saúde	96
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	106
REFERÊNCIAS	109
ANEXOS	124

1. INTRODUÇÃO

O consumo de substâncias que afetam o comportamento e o estado de consciência dos indivíduos pode ser observado como uma característica presente desde os primórdios da civilização e em praticamente todas as sociedades já estudadas. A história da humanidade sugere que as drogas têm sido uma presença constante na sociedade humana, e, à luz desse histórico, é provável que continuem a fazer parte do curso da evolução da humanidade (MACHADO; BOARINI, 2013). Nesse contexto, o crack está entre as drogas ilícitas mais acessíveis e consumidas no Brasil, sendo que seu uso crônico está atrelado à co-ocorrência de transtornos psicológicos e àqueles ocasionados pelo uso de referida substância psicoativa (SCHEFFER, *et al.*, 2010).

Do uso abusivo de crack decorrem inúmeros malefícios capazes de comprometer o comportamento dos usuários. Seu fácil acesso, baixo custo e qualidade precária da substância, reforçam o padrão compulsivo do uso, acarretando em consequências diretas à saúde física, psíquica e social dos usuários (JORGE; QUINDERÉ; YASUI & ALBUQUERQUE, 2013). Destarte que o consumo de crack está diretamente associado ao aumento da violência e da criminalidade, do tráfico de drogas, das doenças, da exclusão social, entre outras situações de risco que permeiam os usuários (CARVALHO; SEIBEL, 2009), o que introduz o fenômeno como uma questão relevante para a Segurança Pública, além de figurar como um problema de saúde pública.

Vale ressaltar que diversos estudos indicam o crescimento do público usuário de crack e similares nos últimos anos no Brasil (MATTOS, 2017; SCHEFFER, *et al.*, 2010) e o problema do abuso de drogas psicotrópicas, inclusive o crack, tem usuários com perfis bastante dissimilares (MEDEIROS, 2014).

Em 2008, no Caderno de Saúde Pública do Rio de Janeiro, foi publicada uma revisão sobre o perfil dos usuários de crack brasileiros, tendo sido delineado que a maior parte dos usuários é jovem, de baixa renda e do sexo masculino (DUALIB; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008). Apresentando resultados semelhantes, estudo sociodemográfico datado de 2022, realizado no maior e mais antigo cenário aberto de uso de drogas do Brasil, localizado na região da Cracolândia em São Paulo, demonstrou que os usuários são indivíduos em situação de grave vulnerabilidade social, desempregados, com baixa escolaridade, com alguma comorbidade psiquiátrica e que iniciaram o uso do crack ainda jovens (MIGUEL, *et al.*, 2022). Diante desse problema social, que não deve ser condicionado como uma questão apenas das

classes menos favorecidas, se observa a necessária intervenção estatal através da promoção de Políticas Públicas sobre drogas.

Nessa conjuntura, um importante avanço no trato da questão do uso do álcool e de outras drogas foi a aproximação da temática ao campo da saúde mental, impulsionada pela publicação da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Lei Federal nº 10.216, de 2001 – BRASIL, 2001). Entre as inovações trazidas pela lei estão o reforço dos serviços extra-hospitalares de base comunitária e territorial, capazes de ser uma referência institucional permanente de cuidados (PITTA, 2011), e o reconhecimento das pessoas em sofrimento psíquico como sujeitos de direitos.

O Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre drogas - SISNAD prevê, em casos excepcionais, formas de internação involuntária dos usuários de drogas em unidades de saúde e hospitais gerais. Contudo, a internação compulsória, prática onde saúde/proteção social e ação policial se confundem, fortalece a suspeita dos usuários para com os serviços de saúde e assistência, vez que os usuários dos serviços públicos de saúde deixam de procurar voluntariamente as unidades temendo pelo cerceamento de seu direito à liberdade (EPELE, 2011) e (MACERATA; DIAS; PASSOS, 2014) apud (TOLEDO; GÓNGORA; BASTOS, 2017).

A estratégia clínica da internação se contrapõe à Lei Federal 10.216/2001, que preceituou serem proibidos tratamentos em instituições asilares, principalmente no que tange ao artigo 4º, que estabelece que a internação, em qualquer modalidade, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, sendo permitida apenas em situações excepcionais e graves (BRASIL, 2001). Tal prática foi condenada pelo conjunto de agências da Organização das Nações Unidas, em declaração conjunta escrita em 2012, que representa um marco dos direitos humanos dos usuários de drogas (ONU; UNAIDS, 2012).

A internação compulsória se apresenta como dispositivo que reproduz a marginalização e a estigmatização de usuários jovens, pobres, negros, sem inserção no mercado profissional, na “contramão” e em flagrante oposição às políticas (também estatais) preconizadas pela reforma psiquiátrica, como a desinstitucionalização e a redução de danos – instituídas pelas Portarias nºs 1.028, 2.840, que regulam as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de substâncias ou drogas que causem dependência; bem como pela Lei Federal nº 10.216 de 2001, que dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BASTOS; ALBERTI, 2018).

No Brasil, foi instituído pela Lei Federal nº 11.343/2006 o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), que sofreu alterações pontuais após a publicação da Lei Federal nº 13.840/2019, sendo este sistema composto por um conjunto ordenado de princípios, regras, critérios e recursos materiais e humanos que envolvem as políticas, planos, programas, ações e projetos sobre drogas, incluindo-se nele, por adesão, os Sistemas de Políticas Públicas sobre Drogas dos Estados, Distrito Federal e Municípios.

À vista disso, o SISNAD (BRASIL, 2006) prevê uma multiplicidade de atores em sua composição, tanto do setor da saúde como da segurança pública, tendo como princípios, o reconhecimento da intersetorialidade dos fatores correlacionados com o uso indevido de drogas, com a sua produção não autorizada e o seu tráfico ilícito; a articulação com os órgãos do Ministério Público e dos Poderes Legislativo e Judiciário visando à cooperação mútua nas atividades do SISNAD; o respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana, especialmente quanto à sua autonomia e à sua liberdade; entre outros.

Entre os objetivos propostos pela atual política estão: promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no país; o de promover a integração entre as políticas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao tráfico ilícito e as políticas públicas setoriais dos órgãos do Poder Executivo da União, Distrito Federal, Estados e Municípios (BRASIL, 2006).

Posto isso, a presente pesquisa parte do pressuposto de que as atuais políticas públicas sobre drogas, que devem ser contruídas de forma integrada com as políticas de segurança pública e também de saúde, são ineficazes para possibilitar o tratamento, a recuperação e a prevenção do uso prejudicial de crack, além de não garantirem de forma plena aos cidadãos os direitos fundamentais inerentes à dignidade da pessoa humana, em especial o acesso à saúde.

Por conseguinte, busca-se demonstrar através de análise da legislação pertinente e de pesquisa empírica que os indivíduos que fazem uso prejudicial de crack devem ser compreendidos como sujeitos detentores das diversas garantias trazidas no Estatuto da Pessoa com Deficiência, preconizadas pela Lei Federal nº 13.146/2015. Ressalta-se que para esta pesquisa, o uso prejudicial de drogas é aquele entendido como doença na medida em que causa prejuízos ou impossibilidade na capacidade do sujeito de tomar decisões de forma consciente, estando atrelado a ideia de dependência (FIORE, 2007).

Com igualdade, acredita-se que o modelo de cuidado baseado apenas na internação dos usuários de crack, sem que seja feito um trabalho pós-internação e de reinserção social,

faz com que o sujeito em situação de vulnerabilidade retorne ao uso da substância no mesmo padrão anteriormente vivenciado.

O problema do uso prejudicial de crack não pode ser individualizado e desvinculado dos contextos sociais onde é construído (MEDEIROS, 2020). Os agentes da segurança pública devem estar preparados para atuarem através de práticas capazes de promoverem políticas públicas inovadoras nas intersecções da segurança e da saúde pública, deixando de replicarem políticas proibicionistas, baseadas no autoritarismo e na repressão, fundamentadas ainda em discursos moralistas sobre a incapacidade do indivíduo de responder por si próprio e de exercer sua autonomia (MEDEIROS, 2020). A ação repressiva da polícia no mercado ilegal de drogas mata jovens e ultrapassa a fronteira dos controles e dos corretivos que se aplicam aos excessos da vida (ADORNO, 2020).

Desse modo, pretendemos responder as seguintes perguntas de pesquisa: De que maneira vêm sendo implementadas as atuais políticas públicas sobre drogas e, quais os seus avanços, limites e desafios, para promoverem a prevenção, o tratamento e a recuperação ao uso de crack no Município de Belo Horizonte/MG? Essas políticas públicas são construídas de forma intersetorial entre os setores da saúde e da segurança pública, respeitando os direitos humanos e a dignidade da pessoa humana?

Portanto, a presente dissertação tem como objetivo geral analisar se as práticas adotadas pelas unidades dos Centros de Referência em Saúde Mental Álcool e Drogas (CERSAMs AD) de Belo Horizonte/MG estão de acordo com as políticas públicas intersetoriais regulamentadas no Sistema Nacional sobre Drogas e na dignidade da pessoa humana.

Os objetivos específicos dessa dissertação englobam: a) discutir as políticas públicas sobre drogas (PPD) no Brasil e em Minas Gerais; b) problematizar o vício em crack como uma questão de saúde e, também de segurança pública; c) analisar as estratégias adotadas pela gestão pública municipal, acerca dos cuidados aos usuários dependentes de crack, para compreender os avanços, limites e desafios desse processo; d) compreender a atuação do CERSAM AD quanto aos usuários de drogas; e) analisar as diretrizes elencadas na Lei nº 13.840/2019, a partir do Estatuto da Pessoa com Deficiência, Lei nº 13.146 de julho de 2015.

A questão do uso prejudicial de drogas é uma problemática abordada por diversas áreas do conhecimento, abrangendo ciências da saúde, humanas, sociais aplicadas dentre outras. Dada a sua complexidade multifacetada, essa questão pode ser analisada sob diversos prismas. No entanto, quando examinamos essa temática no contexto da segurança pública, é

evidente a existência de uma lacuna significativa, destacando a urgente necessidade de exploração deste conteúdo por parte da academia e da gestão pública.

Nesse contexto, propondo uma discussão sobre o fenômeno abordado, o presente estudo se faz relevante para a compreensão das ações implementadas pela gestão pública visando uma melhor prestação de serviço público e efetividade das políticas públicas sobre drogas ilícitas, além de servir como instrumento para elaboração de estratégias de intervenção no Município de Belo Horizonte/MG.

Além das lacunas acima descritas que geram a oportunidade da pesquisa, existe a importância da efetivação das políticas públicas intersetoriais pela gestão, a serem aplicadas visando a melhora nas condições de saúde da população, bem como refletindo diretamente nas ações e processos atinentes à manutenção da segurança pública, sendo essas voltadas para o tratamento dos usuários em situação de vulnerabilidade e em mudanças que podem resultar na melhora de vida de muitos cidadãos impactados pelo fenômeno observado.

Os métodos de pesquisa empregados neste estudo, definidos como qualitativos, envolvem a revisão bibliográfica, a análise de dados e pesquisa documental, além da realização de pesquisa empírica, através de entrevistas de campo, no modelo estruturado, com a aplicação de roteiro pré-estabelecido, contendo perguntas iguais a serem dirigidas a todos os entrevistados.

As entrevistas foram realizadas em 3 (três) unidades dos “**Centros de Referência em Saúde Mental, Álcool e Drogas – CERSAMs AD**”, responsáveis por promover políticas públicas visando o cuidado aos usuários de crack no Município de Belo Horizonte/MG.

Durante as entrevistas não foram coletados dados pessoais dos participantes, havendo o conseqüente anonimato dos envolvidos. Foram entrevistados 4 (quatro) profissionais representantes das equipes compostas por multiprofissionais dos CERSAMs AD em cada uma das 3 unidades visitadas, totalizando 12 entrevistados, sendo que a escolha destes profissionais ocorreu de forma aleatória, dentre médicos psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, etc.

A intenção da realização das entrevistas também foi de coletar dados acerca do funcionamento do CERSAM AD (número de pessoas atendidas em cada unidade; quais os tipos de tratamentos ofertados aos usuários em situação de vulnerabilidade; como ocorre o acompanhamento dos pacientes; como é feita a avaliação da efetividade dos tratamentos), objetivando responder questões relativas ao tratamento oferecido pelo SUS aos usuários de crack, com o intuito de compreender como as políticas públicas sobre drogas estão sendo implementadas em Belo Horizonte, buscando verificar os dados coletados de acordo com os

documentos referentes aos aspectos legais e refletir sobre o fenômeno do uso prejudicial do crack.

Também foram entrevistados 1 Defensor Público, atuante na Defensoria Pública especializada na Defesa da Saúde de Belo Horizonte/MG e, 2 psicólogos(as), servidores(ras) do Ministério Público de Minas Gerais – alocados na Promotoria de Defesa da Saúde de Belo Horizonte/MG.

A pesquisa foi estruturada da seguinte forma: no referencial teórico discutiu-se sobre a questão do uso prejudicial do crack; além de apresentar como os indivíduos em uso prejudicial de crack estão protegidos pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência; foi apresentada relação existente entre o uso de drogas e a Segurança Pública e, como se deu a construção das Políticas Públicas sobre drogas em esfera nacional, estadual e municipal, por compreender que tais questões fundamentarão as abordagens propostas, sendo essenciais para responder a pergunta de pesquisa levantada. Adiante, na metodologia de pesquisa foram abordados os percursos metodológicos e a análise dos dados. E finalmente, nas considerações finais foram apresentados os resultados da pesquisa os quais demonstram lacunas na criação/desenvolvimento das políticas públicas sobre drogas e seus possíveis desdobramentos para pesquisas futuras.

2. A QUESTÃO DO USO PREJUDICIAL DE CRACK

Como dissemos, o consumo das substâncias psicoativas é conhecido em todas as sociedades e culturas, diferindo apenas na maneira como são manipuladas, usadas, produzidas e tratadas (ESCOHOTADO, 1998). Convém lembrar que as substâncias psicoativas (MACRAE, 2006) são usadas ostensivamente pela sociedade, tanto as lícitas como as ilícitas.

Em virtude da multiplicidade de sentidos do termo “droga”, optamos por usar este termo para designar qualquer substância capaz de modificar a função dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento (CEBRID, 1987). Como definição, segundo os ensinamentos de Medina; Nery Filho; Flach (2014, p. 481), temos que as “drogas” são:

[...] todos os produtos cuja ação principal se faz sobre o sistema nervoso central promovendo alterações psíquicas e comportamentais (...) e como todos os produtos, naturais ou sintéticos, lícitos ou ilícitos, de uso terapêutico ou não, cujo efeito principal se dá sobre o sistema nervoso central, independentemente das consequências desses efeitos (MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014, p. 481).

A discussão sobre o uso e o abuso de substâncias psicoativas, especialmente as ilícitas, tem ocupado lugar de destaque social nas últimas décadas (AQUINO, 1998, p.7-8; COTRIM, 1998 p. 19-30). As drogas que são hoje “arbitrariamente consideradas substâncias ilícitas ganharam esse status gradativamente” (VALOIS, 2019, p. 100). Segundo Vargas (2001), essa é uma escolha moral, e tem variado de acordo com o contexto político e social de cada época da humanidade.

De igual forma, afirma Albuquerque (2010, p. 14) que: “as ‘drogas’ são discursos apresentados, de forma variável no decorrer da história”. Referido autor se baseia na noção foucaultiana de discurso, em que “todo saber se define em um espaço epistêmico singular, que pode ser datado e analisado em sua historicidade, devendo-se considerar as emergências discursivas a partir de condições históricas associadas ao seu surgimento e legitimação.” (CARVALHO, 2003, p. 63).

Nesta conjuntura, Foucault ensina que:

O caráter lingüístico dos fatos de linguagem foi uma descoberta que teve importância em determinada época [...] Teria então chegado o momento de considerar esses fatos de discurso não mais simplesmente sob seu aspecto lingüístico mas, de certa forma, como jogos (“games”), jogos estratégicos, de ação e de reação, de pergunta e de resposta, de dominação e de esquiva, como também de luta. O discurso é esse conjunto regular de fatos lingüísticos em determinado nível, e polêmicos e estratégicos em outro (FOUCAULT, 1974, p. 6).

Fundamentado nessa dimensão sócio-histórica, em que o conceito de droga ilícita está condicionado às configurações e significados socioculturais de um contexto histórico (ALBUQUERQUE, 2010), podemos lançar luz sobre a complexidade da relação entre o homem e as drogas no tempo.

A partir do séc. XIX, a expansão do consumo de drogas com finalidade terapêutica e recreativa foi acompanhada pelo enfraquecimento das estratégias socioculturais de regulação do consumo das substâncias e da emergência de um conjunto de questões sociais e de saúde a ele associado (ARAÚJO, M. R., p. 9-14). Desse modo, no mundo ocidental, é notável a intensificação dos usos de drogas, a variedade das substâncias, as diferentes formas de utilização e a diversidade dos grupos e classes sociais usuárias.

O consumo do crack, por sua vez, emergiu no Brasil no final da década de 1980, apresentando-se como um fenômeno de rápida expansão (NAPPO, 1996), especialmente entre a população de maior vulnerabilidade social. Como apontam Bastos e Bertoni (2014), os usuários de crack e/ou similares são, em sua maioria, homens, jovens, pouco escolarizados, que estão vivendo em situação de rua e que não têm emprego/renda fixa.

Contudo, o uso do crack não está restrito às pessoas em situação de vulnerabilidade. Na contemporaneidade o uso dessa droga se difundiu globalmente, sendo consumido por indivíduos independentemente de classe social, idade, ou opção sexual. Lascher e Loureiro (2010), validam essa afirmativa, mencionando que:

O consumo de drogas ilícitas não é apenas uma prática de marginais ou uma conduta adotada nos guetos. Não é apenas um reflexo da pobreza material nem está apenas nas periferias das cidades. Em particular o crack é consumido em diferentes classes sociais e é a ‘droga da escolha’ de criança, adolescente, adulto, casado, solteiro, viúvo ou divorciado. Pode ser ladrão, médico, prostituta, bi, homo ou não gostar de sexo (p. 45).

Noutro giro, o termo “crack” é uma onomatopeia, e se refere ao som produzido durante a sua produção; “cocaína e bicarbonato de sódio são dissolvidos em água e aquecidos até que se formem cristais de cocaína que produzem um característico estalido (crack) (...) muitos acreditam que o “crack” produzido quando a cocaína se cristaliza está na origem do nome da droga assim gerada” (HART, 2014, p.163).

Pensando no crack como uma opção à cocaína injetável, Domanico (2006), indica que:

É importante ficar claro que o crack pode ser obtido de duas formas. A partir do cloridrato, onde sua confecção é caseira e de pequena escala, e a partir da pasta-base, onde sua confecção é mais industrializada. Essa nova maneira de se usar cocaína também apresentava a possibilidade de se aproveitar a substância, mesmo quando

úmida e de difícil aspiração. Até então, quando os usuários encontravam a cocaína neste estado, tinham somente duas alternativas. Tentavam secá-la, colocando-a num prato de louça a ser aquecida aos poucos, para sua posterior aspiração, ou a diluíam em água, para torná-la injetável. Contudo, injetar drogas requer equipamentos disponíveis e não ter medo desta via de administração, além de outros elementos de caráter sociocultural que descrevemos com mais precisão no capítulo três. Injetar cocaína representa também um risco de overdose que muitos usuários preferem evitar. Além disso, a partir do final da década de 1980, essa prática passou a carregar o estigma de ser uma importante via de transmissão do vírus HIV, que provoca a AIDS (p. 16).

O uso do crack é menos significativo, se comparado com a distribuição e uso de outros tipos de drogas entre a população brasileira. No entanto, quando se destaca determinados segmentos da população mais vulneráveis, como a população em situação de rua (PSR), ele assume maior relevância (TEIXEIRA, ENGSTROM, & RIBEIRO, 2017). Além disso, segundo Hart (2014), as pessoas mais pobres usam mais o crack porque contam com poucos “reforços concorrentes”, ou seja, não detêm outros meios de obter prazer. Portanto, o uso prejudicial de drogas estaria, também, relacionado ao status socioeconômico; “(...) o status socioeconômico alto proporciona mais acesso a empregos e fontes alternativas de significado, propósito, poder e prazer, além de melhor acesso aos cuidados em saúde mental” (HART, 2014, pag. 261).

Epele (2010) e Medeiros (2014), destacam que o uso de crack, em contextos de pobreza e vulnerabilidade social, muitas vezes está vinculado a uma busca por alívio das condições de dor e sofrimento individual e social. Esse sentimento, que inclui vivências de opressão, preconceito, e outras condições produtoras de amarguras, estimula a busca e a experimentação de algo que proporcione prazer e satisfação pessoal, ainda que transitório, pois o efeito do crack sobre o psiquismo é efêmero, durando poucos minutos.

Nada obstante, apontam estudos que o crack é uma droga com alto poder de tornar uma pessoa dependente.

O poder destrutivo do crack é superior ao de outras drogas, devido: à grande acessibilidade; o poder de vício elevado, em relação ao percentual de usuários que se tornam dependentes; a letalidade, considerada alta; a precocidade, considerada a idade do primeiro uso, cada vez menor; assim como a duração da intoxicação, de trinta minutos a uma hora, considerada baixa, o que favorece a busca pelo consumo imediato (ROCHA, 2010, p. 09).

O consumo de crack adquire ainda dimensão relevante, mediante, principalmente, sua visibilidade enquanto comportamento observável em cenas abertas de tráfico e consumo. Essa exposição é sublinhada e multiplicada pelos meios de comunicação, uma vez que é associada a um consumo abusivo, que afeta especialmente segmentos empobrecidos e jovens da

população, enfatizando a situação de vulnerabilidade e a sensação de medo e insegurança por parte da sociedade.

Regina Medeiros (2014), afirma que: uso de crack, margens e periferia se entrelaçam em um emaranhado simbólico de estigmas e preconceitos, que reforçam a representação social dessa droga como algo indesejável socialmente: “(...) as imagens criadas sobre o crack e sobre seu usuário são imediatamente associadas à parte perigosa ou marginal da cidade, onde vivem os grupos que devem ser evitados por seu caráter provocador das balbúrdias urbanas” (p. 108). Ao encontro do pensamento exposto pela autora, para Valois (2019, p. 582): “O terror e o medo oriundos da necessidade de não encarar o crack de frente, levam à ignorância que, somada à violência da repressão sem limites, permite a adoção de medidas cada vez mais drásticas e violadoras de tudo o que pode ser concebido como paz social.”

Sobre o uso abusivo de crack e outras drogas, este pode ser caracterizado através de uma concepção progressiva, ou seja, quando o uso da substância psicoativa – SPA, está associado a algum tipo de prejuízo para a vida do sujeito. Assim, o abuso de SPA representa o uso excessivo, persistente ou esporádico da substância, porém manifesta-se como um padrão mal adaptativo, acompanhado muitas vezes por consequências clínicas adversas, recorrentes e significativas, sempre relacionadas ao uso da substância (KOLB, 1976; BUZI, 2004; SEIBEL; TOSCANO, 2010).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5 – DSM-5, produzido pela *American Psychiatric Association*, define que “todas as drogas que são consumidas em excesso têm em comum a ativação direta do sistema de recompensa do cérebro, o qual está envolvido no reforço de comportamentos e na produção de memórias” (DSM-5, 2014, p. 481). O uso abusivo de SPA, resulta na ativação do sistema de recompensa de forma tão intensa a ponto de fazer atividades normais serem negligenciadas.

Sendo assim, ao iniciar o consumo de drogas, o indivíduo poderá vivenciar uma situação em que o uso da substância não afetará suas atividades diárias e posteriormente abandonará a droga. Contudo, em uma segunda situação, poderá o consumo ocorrer de forma compulsiva e desenfreada na tentativa de obtenção pelo usuário de sensações prazerosas, vindo a droga a se tornar o centro na vida do indivíduo, de forma que esse padrão de uso esteja presente em suas atividades e seu círculo social, desenvolvendo a dependência (CORDÁS; MORENO, 2001).

Segundo Hart (2014), apenas 25% dos indivíduos que experimentam qualquer tipo de substâncias psicoativas, desde as consideradas mais leves até as mais estigmatizadas, como crack e heroína, fazem uso prejudicial das mesmas. Nada obstante, em um estudo corporativo

foram analisados os danos causados em decorrência do uso de vinte substâncias psicoativas, divididos em critérios orgânicos, psicológicos e sociais. Como resultado do estudo, se observou que a droga mais danosa para o usuário de substância psicoativa é a heroína seguida do crack e metanfetamina, ao passo que para as demais pessoas a mais danosa é o álcool. Quando danos em diversas esferas foram combinados, o álcool foi a droga mais danosa, seguido pela heroína e depois pelo crack (NUTT; KING; PHILLIPS, 2010).

O uso prejudicial de crack representa uma questão de saúde pública, que deve ser abordada por diferentes setores da gestão pública, incluindo o da segurança pública. Adversidades como o problema de acesso e a desarticulação de políticas públicas foram sinalizadas como barreiras ao tratamento dos usuários de crack e outras drogas (UNODC, 2015, 2017). Assim, emerge a obrigação do Estado de garantir direitos igualitários e promover a dignidade dos cidadãos em uso prejudicial de crack e outras drogas.

2.1 A vulnerabilidade associada aos usuários de crack

Nota-se que o termo vulnerabilidade vem sendo utilizado nos últimos anos, com diferentes enfoques e perspectivas, disseminando-se a partir da década de 80 e 90 através de estudos sobre desastres naturais e sobre a epidemia da AIDS. Os conceitos de vulnerabilidade e saúde evoluíram conjuntamente, uma vez que a saúde dos indivíduos é influenciada por diferentes variáveis como fatores biológicos, psicológicos e sociais (GARCIA *et al.*, 2016). Assim, vulnerabilidade está associada à propensão dos indivíduos a sofrerem impactos negativos de eventos naturais ou provocados, que geram a suscetibilidade a doenças e agravos.

A conjunção de elementos contextuais como cultura, economia e política também estão associados ao processo de conceituação de vulnerabilidade, por estarem intimamente relacionados ao acesso à informação, a serviços e à disponibilidade de recursos para a recuperação, que, neste intrincado de fatores, podem potencializar ou minimizar a vulnerabilidade individual, caracterizando-se o que se conhece como efeito cumulativo de risco. (WISNER, 1998; AYRES, 2002).

Sobre os condicionalismos que influenciam na conceituação de vulnerabilidade dos indivíduos, e que também importam no momento de pensar em estratégias de prevenção de doenças, como a AIDS, Ayres comenta que:

ainda que considerando que a pobreza é um poderoso determinante de vulnerabilidade, é preciso considerar que, mesmo em populações pobres há diferenciais internos de extrema relevância, por exemplo, grau de escolarização, cultura religiosa, origem

étnica, aspectos que, vistos na dinâmica conformadora de intersubjetividades, devem sempre ser considerados. Definir contextos intersubjetivos geradores de vulnerabilidade e, de modo articulado, contextos intersubjetivos favoráveis à construção de respostas para a redução dessas vulnerabilidades constitui, portanto, um dos mais novos e decisivos desafios para a prevenção (AYRES, 2002, p. 19).

Na mesma direção, Palma e Mattos entendem que a vulnerabilidade social está diretamente relacionada a processos de exclusão, discriminação, ou enfraquecimento de grupos sociais e, inversamente relacionada a capacidade de reação dos grupos, quando da ocorrência de um evento, quanto com a possibilidade de informação e comunicação entre os pares (PALMA; MATTOS, 2001), e, portanto, consideram também aspectos relativos à disponibilidade ou à carência de recursos destinados à proteção destes indivíduos.

Uma medida de avaliação de vulnerabilidade social envolve o conhecimento da situação de vidas dos indivíduos. Há provas de que as pessoas com determinadas características sociais são mais susceptíveis do que outras de serem afetadas pela falta de acesso e pela falta de recursos disponíveis. A exemplo, esses grupos têm mais probabilidades de se agruparem em locais expostos a riscos nas grandes cidades (AYRES, 2002; AYRES, 1998). Dessa maneira, a conjunção de susceptibilidades associadas à impossibilidade de acesso a recursos coloca os indivíduos vulneráveis em uma posição de fragilidade à saúde e à inserção social que limita o exercício pleno de direitos e oportunidades.

O incremento do uso de drogas, além de estar associado à cultura do consumo e do prazer imediato, também se relaciona à situação de vulnerabilidade social vivida, sobretudo, pelas classes socialmente desfavorecidas. Considera-se que ampla parcela da sociedade vive permanentemente ameaçada pela instabilidade de suas condições de vida e pela exclusão social. O estado de miséria social e o desamparo político têm acarretado novas estratégias de sobrevivência, e essa instabilidade favorece a entrada cada vez maior de jovens no mundo do tráfico (ZALUAR, 2004).

Conforme vimos, a forma de fabricação do crack não exige mão de obra especializada, o que possibilita sua comercialização a baixo custo e de forma dispersa, podendo ser, inclusive, produzido pelo próprio consumidor. Entende-se que essa característica é determinante para dar acesso ao consumo, além de outras classes sociais, à população de baixo poder aquisitivo, que vive na periferia das cidades, em zonas marginalizadas, que dificilmente teriam acesso à cocaína.

O crack, considerado individualmente, abstraído o fato de que é apenas uma cocaína suja, é subproduto da proibição e do meio social, que sempre encontra uma forma de disponibilizar a droga mais eficiente e acessível, transpondo as barreiras da repressão estatal. (...) O descaso para com os viciados em crack, tratados com direito

penal ou com internações compulsórias, que nada mais são do que um direito penal sem garantias, porque leva o usuário à prisão sem julgamento, apenas com aparência de tratamento; o descaso para com os viciados em crack que permanecem nas ruas, na miséria, é o mesmo descaso para com a miséria considerada em si mesma (VALOIS, 2019, p. 584).

Neste contexto, as pessoas em uso prejudicial de crack encontram-se em situação de vulnerabilidade diante das inúmeras situações que decorrem da dependência, podendo ser química, física, psicológica, social, econômica, entre outras.

2.2 Os estigmas associados aos usuários de crack

Como vimos, o uso do crack, na atualidade, é um tema largamente veiculado nos sistemas de comunicação de massa, nos organismos de pesquisa, de tratamento, no campo jurídico e religioso e, de maneira geral, recebe conotação sensacionalista e moralista.

É frequente os meios de comunicação atribuírem ao crack uma aura de protagonismo, retratando-o como um ente quase vivo, investido de poderes que o qualificam para potencialmente arruinar a sociedade, graças à sua capacidade destrutiva. Sob essa perspectiva, o crack exerce um impacto direto sobre o indivíduo, que, supostamente possuído por uma espécie de força sobrenatural, passa a agir de maneira prejudicial à coletividade. Os noticiários também frequentemente exibem imagens de pessoas "possuídas" pelo crack, vivendo em bairros periféricos em declínio, caracterizados como ambientes sujos e repulsivos, chamados de "territórios urbanos das drogas" (FERNANDES, 2000, p. 57).

É digno de atenção o fato de que ações como estas, cuja justificativa é dada pelo sintagma *epidemia de crack*, veiculado – propagandeado – discursivamente e sustentado pelos meios de comunicação, manipulam a opinião pública em direção a uma associação imediata do uso de crack e drogas em geral a crimes e atos cruéis, transgressão e delinquência. Essas narrativas acabam por gerar pânico na população, com a conseqüente promoção de discursos cada vez mais segregacionistas, traduzindo-se, finalmente, na expressiva aprovação da internação compulsória por uma boa parte da população, além de silenciar discussões mais ampliadas sobre dimensão socioeconômica, política, jurídica, clínica e cultural nas quais o crack e outras drogas estão implicadas (FERREIRA, MOURA, 2020; MEDEIROS, 2010; ROMANINI, ROSO, 2012).

Observa-se que esses fatores são expressos em uma sucessão de rituais cotidianos de identificação e humilhação e são apresentados de forma descomunal pelos veículos de

comunicação de massa, provocando impactos eficazes nas imagens estereotipadas e nas representações negativas apresentadas à população em geral.

Entre os principais mitos do crack está o de que a pessoa se torna viciada com apenas um uso. Os exemplos do equívoco dessa afirmativa se avolumam, mas não têm muito poder frente à imagem de um usuário, pobre, vagando pela rua, reproduzida pela imprensa. Aliás, mesmo quando há a notícia de um usuário que não se tornou viciado – raros porque os usuários de crack normalmente não são importantes – essa notícia se dilui na imagem de miséria da maioria dos demais usuários (VALOIS, 2019, p. 580).

O estigma é compreendido como um fenômeno social que cria uma marca no indivíduo, conferindo-lhe um status de desvalorização em relação aos outros membros da sociedade. Goffman (1988) denomina estigma social como o reconhecimento da diferença, da “marca”, somado a uma desvalorização do portador daquela “marca”. Desse modo, considera-se estigma quando há uma discrepância entre a identidade social virtual (o caráter imputado ao indivíduo) e a sua identidade social real (os atributos que o indivíduo possui na realidade). Nesse sentido, o estigma é utilizado para se referir a um atributo profundamente depreciativo.

Tal característica é um estigma, especialmente quando seu efeito de descrédito é muito grande – algumas vezes ele também é considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem – e constitui uma discrepância específica entre identidade social virtual e a identidade social real (GOFFMAN, 1988, p. 11).

Desse modo, os termos “*cracudo, nóia, craqueiro*”, termos estigmatizantes, são muito usados pela sociedade e reforçados pela mídia, para caracterizar os usuários que frequentam as cenas de uso, ou seja, as pessoas que estão em situação de rua, em uso de drogas, especialmente o crack. Goffman (1988) relata três tipos de estigma: 1. Abominações do corpo; 2. Culpa de caráter individual e 3. Estigmas de raça, nação e religião.

No caso dos usuários de crack e outras drogas, o segundo tipo se adequa melhor, na medida em que são estigmas ligados ao caráter individual, a uma percepção de fragilidades do caráter como: vontade fraca de parar o uso da droga; vagabundos e desonestos, na medida em que são temidos pela sociedade porque são percebidos como assaltantes, embora pesquisas demonstraram que nem todos os usuários de drogas se utilizam dessas estratégias para conseguirem a droga (BASTOS; BERTONI, 2014; RUI; TÓFOLI, 2016).

Por sua vez, o termo “*cracolândia*” é repleto de estigmas. Além do estigma da droga, está presente também o estigma referente à população de rua, que já se encontra em extrema vulnerabilidade social. “(...) por definição, acreditamos que alguém com um estigma não seja completamente humano. Com base nisso fazemos vários tipos de discriminações, através das

quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida” (GOFFMAN, 1988, p. 15).

Em decorrência disso, as medidas de intervenção, as respostas institucionais nos campos jurídico, médico, religioso e as reações da sociedade são articuladas com base nessas representações sociais. Na perspectiva de Medeiros (2010), a sociedade não é encorajada a entender os aspectos do uso de drogas. Isso inclui a falta de conhecimento sobre a natureza do consumo, as características dos usuários, o contexto sócio-histórico que dá origem a certas drogas, e a dimensão do consumo, do comércio e dos impactos resultantes.

Para dar respostas à problemática do crack, as instituições se estruturam individualmente, utilizando estratégias particulares e saberes incondicionais e obsoletos, contribuindo para as recorrentes internações, fracassos terapêuticos, reprodução e reforço das imagens negativas sobre determinadas drogas e certos grupos sociais. Nas palavras do Ilustre autor Luís Carlos Valois (2019, p.564), depreende-se que:

É comum em trabalhos sobre drogas iniciar-se com a constatação de que elas sempre existiram e que em todas as sociedades sempre se fez o uso de substâncias alteradoras do estado psíquico. Contudo, em toda a história o homem também sempre foi consciente da existência de substâncias nocivas a si e ao seu organismo. O que é novo em termo de sociedade é o uso absoluto, bélico, das forças do Estado, contra parcela da população, sob o argumento de que se estão combatendo determinadas substâncias arbitrariamente selecionadas (VALOIS, 2019, p.564).

Assim, um estado de hipocrisia naturalizado permite, como afirma Andrea C. James (2013, p. 27), a existência de “juízes condenando várias pessoas à prisão enquanto praticam os mesmos atos em suas vidas pessoais.” Passemos a análise do ordenamento jurídico vigente, fundado em um Estado Democrático de Direito, protetor, sobretudo, da propriedade, em descompasso à proteção da dignidade da pessoa humana e da igualdade.

3. OS TOXICÔMANOS NA ORDEM JURÍDICA

3.1 O uso prejudicial de drogas e os Direitos Humanos

Em diversos países do mundo são negados aos toxicômanos os direitos e garantias fundamentais, inerentes à proteção do Princípio da Dignidade da Pessoa Humana. Os usuários abusivos de drogas são discriminados, humilhados e tratados mais como criminosos do que como pessoas doentes e, que precisam de cuidados. Conforme exposto no capítulo retro, os sistemas de comunicação de massa e a opinião pública com frequência são fomentadores dessa estigmatização. Boska *et. al* (2022, p. 2.418), evidencia que:

A Organização das Nações Unidas (ONU) afirma que para lidar com o problema mundial da questão das drogas é preciso total conformidade com os direitos humanos, visto que a complexidade que envolve o uso de substâncias e sua relação com o estigma e consequente exclusão, rejeição e marginalização dos usuários, têm implicações diretas na garantia dos direitos humanos (UNITED NATIONS, 2019, apud BOSKA, G. de A., *et al.*, 2022, p. 2.418).

O cenário mundial corrente oportuniza o não reconhecimento de determinados sujeitos políticos de direitos, a exemplo dos usuários de drogas, em especial, aqueles que se encontram inseridos em realidades marcadas pela pobreza, criminalidade, violência, racismo e preconceitos de diversos gêneros. “Tratam-se de sujeitos que, no âmbito da sociedade burguesa, tem seu *status* de cidadania parcialmente reconhecido pelo Estado, não sendo, portanto, entendidos como indivíduos dignos de gozar sua liberdade e autonomia” (VECCHIA, M. D., *et.al.*, 2017, p. 54).

Nesta conjuntura, as pesquisas permitem constatar dois principais posicionamentos políticos para o enfrentamento de questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: o “proibicionismo” e a abordagem de “redução de danos”, que serão temas aprofundados adiante.

3.1.1 Política proibicionista

Acerca do proibicionismo, Maria Lúcia Karam apud Marco Perduca nos ensina que:

O proibicionismo, em uma primeira aproximação, pode ser entendido, como um posicionamento ideológico de fundo moral, que se traduz em ações políticas voltadas para a regulação de fenômenos, comportamentos ou produtos vistos como negativos, através de proibições estabelecidas notadamente com a intervenção do

sistema penal — e, assim, com a criminalização de condutas através da edição de leis penais —, sem deixar espaço para as escolhas individuais, para o âmbito de liberdade de cada um, ainda quando os comportamentos regulados não impliquem em um dano ou em um perigo concreto de dano para terceiros (KARAM; PERDUCA, 2007, p. 181-182).

Por conseguinte, Luís Carlos Valois, aponta que:

O tráfico de drogas, diferentemente da concepção aceita sem muito debate sobre essas substâncias, e a forma de tratar esse fenômeno, já existia em período muito anterior, como temos observado. A lei penal tida como única solução para se abordar o comércio de drogas não foi criada após o surgimento do tráfico de drogas, esse já se desenvolvia em período bem anterior, mas fez nascer o tráfico ilegal e o crime organizado respectivo, pois, como qualquer comércio, o de drogas requer o mínimo de organização, seja ela legalmente controlada ou não (VALOIS, 2019, p.101).

Nas sociedades ocidentais contemporâneas, o fim do séc. XIX e o início do séc. XX foram marcados pelo primeiro ciclo de intolerância ao uso de substâncias psicoativas. Sobre as inúmeras motivações históricas que contribuíram para o surgimento do movimento proibicionista, Maurício Fiore enfatiza que:

Sua realização se deu numa conjunção de fatores, que incluem a radicalização política do puritanismo norte-americano, o interesse da nascente indústria médico-farmacêutica pela monopolização da produção de drogas, os novos conflitos geopolíticos do século xx e o clamor das elites assustadas com a desordem urbana. Além disso, sem desconhecer a importância histórica do pioneirismo e do empenho dos eua para torná-la universal, é preciso notar que somente convergências locais na mesma direção puderam fazer da proibição uma realidade global (FIORE, (2012, p. 9).

Nessa perspectiva, o proibicionismo como estratégia de saúde pública estava presente em diversas nações ocidentais do século XIX. Contudo, nos Estados Unidos, essa tendência ganhou um corpo teórico e se transformou em um movimento político estruturado (RIBEIRO, *et al*, 2006).

Nos Estados Unidos, este ciclo iniciou com a perseguição ao ópio em forma de fumo na Califórnia na década de 1870, seguido pela campanha contra a cocaína e a primeira lei contra ela (o chamado *Harrison Act*, assinado em 1914) e resultou na aprovação do *Volstead Act*, mais conhecido como “Lei Seca”, sendo composto por um dispositivo legal que proibia a venda, distribuição e consumo de bebidas alcoólicas em todo o território americano, vigorando de 1919 a 1933.

Em 1946, foi criada pela Organização das Nações Unidas a Comissão de Narcóticos (CDN), com a atribuição de formular políticas para o fortalecimento do sistema de controle e repressão internacional às drogas. O proibicionismo vai se expressar internacionalmente nas

três convenções sobre a matéria, conhecidas como as Convenções-Irmãs da ONU, vigentes e complementares, sendo: a Convenção Única sobre Entorpecentes, de 1961, que revogou as convenções anteriores e foi revista através de um protocolo de 1972; o Convênio sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971; e a Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas de 1988 (Convenção de Viena).

Destarte que a Convenção de Viena de 1988 representa o auge da política repressiva. A ênfase na repressão já se faz sentir em seu título — não mais, como os diplomas precedentes, “sobre entorpecentes” ou “sobre substâncias psicotrópicas”, mas, agora, “contra o tráfico ilícito de entorpecentes e substâncias psicotrópicas” —, bem como na própria colocação dos dispositivos criminalizadores, que surgem logo de início, em seu artigo 3º.

Para Ribeiro & Araújo (2006, p. 462), "as Convenções-Irmãs da ONU estabeleceram o sistema internacional de combate das drogas, reafirmando o proibicionismo como a política a ser seguida por todas as nações".

Sobre o proibicionismo no Brasil, Fernando Santana de Paiva, *et al.* (2017, p. 53), esclarece que:

As primeiras intervenções do Estado brasileiro de repressão e criminalização das drogas aparecem no início do séc. XX, após todo um contexto de negligência governamental, como uma solução uníssona para a resolução de um problema que começava a chamar atenção de camadas específicas da população, atrelada a preconceitos classistas, raciais e à força geopolítica de movimentos proibicionistas de países como os Estados Unidos (PAIVA, F. S., *et al.*, in: VECCHIA, M. D., *et al.*, 2017, p. 53).

Nesse período houve a criação de um aparato jurídico-institucional destinado a estabelecer o controle do uso e do comércio de drogas, visando a preservação da segurança e da saúde pública no país.

A proibição e sua política de ‘guerra às drogas’, imposta nos dispositivos criminalizadores das convenções da Organização das Nações Unidas (ONU) e em leis internas dos mais diversos Estados nacionais, como a brasileira Lei 11343/2006, é, hoje, uma das maiores fontes de violações a princípios assegurados em normas inscritas nas declarações internacionais de direitos humanos e nas constituições democráticas. (KARAM, 2015, não paginado).

A abordagem proibicionista se opõe a qualquer perspectiva de direitos humanos nas políticas que buscam erradicar o consumo, a produção e a comercialização de drogas ilegais.

3.1.2 Política de redução de danos

Lado outro, a política de redução de danos (RD) foca na prevenção aos danos causados pelo uso abusivo de drogas e alcança as pessoas que seguem em uso. Caracteriza-se por um conjunto de estratégias que visam minimizar os danos causados pelo uso de drogas, sem necessariamente ter o indivíduo de se abster do seu uso. Para Elize Massard da Fonseca *et al.* (2005, p. 289):

As ações enfeixadas sob a denominação ‘redução de danos’ (RD) representam um marco da atuação da saúde pública contemporânea, e correspondem a um conjunto de estratégias de saúde pública que têm por objetivo reduzir e/ ou prevenir as consequências negativas associadas ao uso de drogas. Essa abordagem está direcionada para aqueles usuários que não querem ou não conseguem, em um determinado momento e circunstância, interromper o seu consumo de drogas, a despeito de danos na esfera pessoal, familiar e/ou social. A RD pode ser entendida, grosso modo, como uma alternativa às abordagens que têm como meta exclusiva a abstinência de drogas (FONSECA, *et. al.*, 2005, p. 289).

A autora aduz que o Brasil tem tido uma atuação central no conjunto dos países da América Latina na formulação e implementação das intervenções de redução de danos entre a população de Usuários de Drogas Injetáveis (UDI) (FONSECA, *et al.*, 2005, p. 289). Não obstante que a política de drogas brasileira seja majoritariamente orientada pela repressão ao uso e tráfico de drogas, o país tem desenvolvido importantes programas alicerçados na RD.

A princípio, os usuários de *crack* não pareciam constituir um alvo importante das ações de RD. Porém, o risco de transmissão sexual do HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) nessa população se mostra elevado e preocupante, reclamando a adoção de medidas preventivas urgentes (MELLO; ANDRADE, 2001).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos em seu art. 3º é clara em dizer que: “Todo ser humano tem direito à vida”. O Estado não pode negar a proteção de referido direito. Por sua vez, a Constituição Federal Brasileira de 1988 em seu art. 4º, inciso II, é categórica ao prever que: “A República Federativa do Brasil rege-se nas suas relações internacionais pelos seguintes princípios: prevalência dos direitos humanos” (BRASIL, 1988).

Está assegurado no corpo da carta magna de 1988 (BRASIL, 1988), o direito a inviolabilidade à vida. Não se trata de garantir apenas o direito à saúde, mas, o de promover dignidade da pessoa humana, para que os indivíduos possam receber dos órgãos públicos a proteção devida. Aos cidadãos brasileiros, cabe o direito de serem reconhecidos como pessoas com nome e não rótulos como “noiado(a)”, “cracudo(a)”, etc.; o direito de obterem atendimento de saúde com qualidade; o direito de se tratarem de enfermidades; o direito aos direitos sociais como: trabalho, lazer, moradia, segurança, alimentação, educação, além do direito de exercerem a cidadania de forma plena.

Assim, para a promoção da dignidade da pessoa humana é preciso identificar aqueles que não estão nestas condições e conceder melhores condições de vida a estes indivíduos. Neste seguimento, as mudanças familiares e sociais são fatores que influenciam nas relações socioafetivas (BRASIL, 2014, p. 43).

As políticas públicas atuais, através dos seus programas e ações, precisam voltar o seu interesse para reconhecer formas que reduzam os riscos e as vulnerabilidades à saúde oportunizando o desenvolvimento humano. Medidas precisam ser efetivadas nas escolas, visando a promoção da saúde e a prevenção do uso de drogas, visando o bem-estar da coletividade (BRASIL, 2014, p. 67).

Destarte que, a Declaração Universal do Direitos Humanos (1948) reitera a posição da Constituição da República ao afirmar que todo ser humano tem o direito a um padrão de vida que garanta saúde, bem-estar, alimentação, assistência médica e serviços sociais essenciais para si e sua família. Isso destaca a dimensão humana da questão, ressaltando que os seres humanos não devem ser vistos apenas como titulares de direitos, mas sim como indivíduos que necessitam do apoio e proteção especial do Estado.

Saúde é direito de todos e dever do Estado, que deve promover boas políticas sociais, econômicas e culturais para a diminuição do risco relacionadas a doenças e dar acesso universal e de forma igualitária às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação dos indivíduos em situação de vulnerabilidade.

3.2 O indivíduo em uso prejudicial de crack no Estatuto da Pessoa com Deficiência

A violação dos direitos humanos no contexto da saúde mental é significativa sendo que a existência de uma deficiência, em caso algum, justificará condutas de privação de liberdade, de impossibilidade de tomada de decisão e escolhas, de negação de espaços de trabalho, saúde e educação, dentre outras, que ocorrem geralmente em instituições psiquiátricas totais (FUNK; BOLD, 2020).

A Lei Federal nº 13.146/2015 (BRASIL, 2015), promulgada em 06 de julho de 2015, instituiu o Estatuto da Pessoa com Deficiência, que alterou completamente a teoria das incapacidades. A partir do novo ordenamento a capacidade é regra, e a incapacidade é exceção. A partir do EPD, é assegurado a pessoa com deficiência o direito ao exercício de sua capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas.

Na teoria constitucional contemporânea a preocupação em se assumir uma visão principiológica do Direito, vem atrelada à necessidade de reconstruirmos nosso ideário de democracia e seu correlato sentimento de pertencimento. Isso nos impulsiona a deflagrarmos bandeiras em busca da dignidade da pessoa humana. Nada mais afeto a tais questões que discutir, com a densidade e a seriedade necessárias, a noção de capacidade dos indivíduos e a noção de incapacidade de nossa sociedade para com a diferença (SÁ; MOUREIRA, 2011, p. XII).

Conceitualmente, Nelson Nery e Rosa Maria de Andrade Nery (2016) ensinam que: a capacidade de direito, ou a capacidade de gozo de direitos, é inerente a todo ente dotado de personalidade, ou seja, a toda pessoa, ou ainda, a todo sujeito de direitos. Lado outro, pode o sujeito não ter capacidade de exercício e, por razões diversas, encontrar-se incapacitado para o exercício de atos da vida civil. Assim, as causas de incapacidade de exercício podem decorrer da idade, do estado de saúde física ou mental do indivíduo ou de outra condição especial que resulte na impossibilidade temporária ou definitiva de reger, a si e a seu patrimônio.

Ato contínuo, referidos autores consignam que:

Capacidade de exercício é a aptidão de exercer por si só os atos da vida civil dependendo, portanto, do discernimento que é critério, prudência, juízo, tino, inteligência, e sob o prisma jurídico, a aptidão que tem a pessoa de distinguir o lícito do ilícito, o conveniente do prejudicial (NERY; NERY, 2016, p. 1085).

Desta feita, a incapacidade é a restrição legal ao exercício dos atos da vida civil, sendo que toda incapacidade advém da lei, jamais devendo ser presumida. O Estatuto da Pessoa com Deficiência, revogou os incisos do artigo 3º, do Código Civil de 2002, no que concerne a capacidade de exercício. Estabeleceu-se que são absolutamente incapazes apenas os menores de 16 (dezesseis) anos, bem como, alterou a redação do artigo 4º, do Código Civil de 2002, assinalando que são incapazes relativamente de exercerem os atos da vida civil, os maiores de 16 anos e menores de 18 anos, os ébrios habituais, os toxicômanos, os pródigos, ou aqueles que, por causa transitória, ou permanente, não possuem o necessário discernimento para o pleno exercício da capacidade civil.

O artigo nº 114, do Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei Federal nº 13.146/2015), retirou as pessoas com deficiência, inclusive as mentais e intelectuais, do rol dos absolutamente incapazes, remetendo-os para o rol dos relativamente incapazes. O fundamento utilizado, que teve por base a Convenção Internacional sobre Direitos das Pessoas com Deficiência, foi justamente a inclusão social da pessoa com deficiência, o princípio da dignidade da pessoa humana e da autonomia da vontade, colocando em segundo plano a vulnerabilidade dos indivíduos.

Mesmo representando um grande avanço na defesa dos direitos das pessoas com Deficiência, o Estatuto (Lei 13.146/15), no que concerne aos dependentes químicos (ébrios habituais e viciados em tóxicos) limitou-se apenas a repetir dispositivo constante do Código Civil de 2002, quanto à incapacidade relativa desses indivíduos.

Assim, tal normativa (Lei 13.146/15) incorreu em retrocesso na tutela jurídica do dependente químico, ao pressupor que ébrios habituais e viciados em tóxicos são relativamente incapazes. Isto ocorre porque a categorização é feita de forma generalizada e sem critérios definidos e transparentes, diferentemente da nova perspectiva adotada para os demais indivíduos abrangidos pelo referido Estatuto, cuja a autonomia plena é um dos objetivos propiciado pela norma.

Pode-se afirmar que uma lei que tem como ponto central o combate à discriminação, terminou por discriminar os dependentes químicos, reforçando o estereótipo que esses sujeitos têm perante a sociedade. O Estatuto da Pessoa com Deficiência trabalhou, neste caso, com uma presunção de incapacidade, colaborando para que persista o estigma social sobre tais indivíduos, que muitas vezes podem ser ou estar detentores de sua autonomia, o que fere sua dignidade como pessoa humana (AZEREDO, 2017, p. 111).

Lado outro, a Convenção Internacional sobre Direito das Pessoas com Deficiência trouxe para o sistema jurídico, uma nova visão sócio humanitária da pessoa com deficiência, procurando sua reabilitação na sociedade, sua independência, sua igualdade no exercício das capacidades. O conceito de pessoa com deficiência está disciplinado no artigo 1º da Convenção da ONU, e no artigo 2º da Lei Federal nº 13.146/2015, sendo que, *in verbis*:

Art. 2º - Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2015).

Além disso, a Lei Federal nº 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Em seu artigo 2º, estabeleceu-se os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental, e no artigo 6º, foi definido que a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. Vejamos:

Art. 2º - Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
 - II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
 - III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
 - IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
 - V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
 - VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
 - VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
 - VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
 - IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. [...] 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: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
 - II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e
 - III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça (BRASIL, 2001).

Para realizar as classificações diagnósticas no serviço de saúde, os médicos utilizam como referências o Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais - DSM IV, DSM V e o sistema de Classificação Internacional de Doenças - CID-10.

Os ébrios habituais são os alcoólatras, que tem impulsão irresistível para beber, já os viciados em tóxicos são os toxicômanos, toxicodependentes, que fazem uso dos mais diversos tipos de tóxicos, usuários de substâncias psicoativas, como: cocaína, heroína, crack, maconha, etc. Pelo ordenamento jurídico, esses indivíduos são classificados como “relativamente incapazes”, pois o uso de substâncias naturais ou sintéticas, como cocaína, heroína, crack, maconha, e o álcool, etc, quando introduzidos no organismo, podem alterar a saúde mental. Importante destacar que tantos os ébrios, quanto os toxicômanos somente serão considerados relativamente incapazes, e somente serão interditados caso o uso da droga e o uso do álcool seja habitual, e interfiram no discernimento do indivíduo para os atos da vida civil.

Neste aspecto, importante frisar que o uso de álcool e outras drogas deve ser entendido como doença nos casos em que resulta em prejuízos ou impossibilidades na capacidade do indivíduo de realizar suas escolhas e isso acontece quando o consumo se vincula à noção de dependência (FIORE, 2007). Sobre o tema, Paula Montero (2007), diz que:

A construção patogênica do uso de psicoativos só pode ser uma operação bem-sucedida se for possível demonstrar que o consumo se faz por determinação biológica do organismo – que degenera a consciência e a vontade – e não pela decisão autônoma do indivíduo (p. 14).

Tem sido frequente a emissão de decisões judiciais que determinam a internação compulsória de indivíduos envolvidos no uso abusivo ou na dependência de substâncias psicoativas, lícitas ou ilícitas, casos em que não raro o usuário de drogas é rebaixado à condição de mero dependente, doente, ocorrendo a sua desumanização. Sucede que, na busca por resolver a questão do uso abusivo de drogas, a internação é medida que afasta o adicto do convívio social e familiar, sendo reservada apenas para situações excepcionais, quando os recursos fora do ambiente hospitalar se mostrarem insuficientes.

Ante o exposto, o uso abusivo de drogas “perpassa tanto pelo paradigma biomédico, pois é classificado como transtorno mental (segundo CID-10 e Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5), quanto pelo paradigma jurídico-punitivo” (MUSSE, 2018, p. 203).

Sublinha-se que pesquisa realizada pela autora Luciana Barbosa Musse (2018), envolvendo a análise de decisões de segundo grau ou instância – realizada entre 2016 e 2017, no sítio do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios - TJDF, demonstrou que o pedido de internação involuntária é medida recorrente nas ações judiciais. No estudo em questão “aparece como causa de pedir¹ a internação forçada em 74 (75%) das 98 decisões analisadas”.

(...) o Poder Judiciário brasileiro tem lidado com essa questão, ora adotando o paradigma jurídico-punitivo, ou da defesa social – ancorado na restrição à liberdade da pessoa, supondo ser ela considerada criminosa, delinquente, moralmente desviante, “anormal” –, ora o paradigma biomédico, construído sob a compreensão de que esses indivíduos são “doentes”, “incapazes”,⁷ e devem, portanto, ser tratados inclusive contra sua própria vontade, já que, supostamente, não mais a possuem, em virtude dos efeitos deletérios das drogas (MUSSE, 2018, p.193).

Por conseguinte, estudo realizado no estado do Espírito Santo (DENADAI, 2023, apud LEAL *et al.*, 2021) aponta para o aumento do fenômeno da judicialização no campo da saúde mental no estado. Por meio dos resultados dessa pesquisa, que envolve os gastos públicos com internações compulsórias, revelou-se um crescimento da demanda por esta modalidade de internação. No período estudado, o gasto destinado para o pagamento de leitos em instituições privadas aumentou de em torno de R\$13 milhões (valor deflacionado em torno de R\$19 milhões) para R\$39 milhões (valor deflacionado em torno de R\$41 milhões).

As medidas de internações compulsórias, amplamente utilizadas pelo judiciário brasileiro como estratégia no controle do uso de drogas, podem contribuir com o processo de

¹ Causa de pedir é uma expressão jurídica, que pode ser sintetizada como “[...] o conjunto de circunstâncias que possibilitam o autor [da ação] fundamentar juridicamente seu pedido ao promover uma ação judicial” (DINIZ, 1998, p. 536).

exclusão e violação das garantias institucionais, reduzindo o tratamento desses cidadãos a uma medida que produz violação de direitos humanos e favorece o processo de exclusão (ROCHA; LIMA; FERRUGEM, 2021).

No novo modelo de atenção à saúde mental brasileiro, instituído pela Lei Federal nº 10.216/2001, os serviços extra-hospitalares e de saúde pública, previstos nas várias normas do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais de saúde, necessitam garantir aos usuários um tratamento aberto e digno, com um plano terapêutico individual com abordagem multiprofissional, abrangendo, ainda, sua família e seu ambiente de trabalho, possibilitando que, com uso contínuo de medicamentos fornecidos gratuitamente pela rede pública (nos casos em que exista prescrição médica) e atividades produtivas e socializadoras, essas pessoas possam ter sua dignidade, autonomia e cidadania restauradas, retornando ao convívio social, à sua comunidade e família, refazendo laços afetivos.

Para proporcionar dignidade às pessoas com transtornos mentais é essencial a promoção de boas políticas, bons planos e bons programas. Igualmente, é preciso uma boa legislação. “Propostas existem, mas não a sua efetivação, que necessita contar com recursos voltados especificamente à saúde mental.” (SÁ, MOUREIRA, 2011, p.164). Nessa seara, passemos a analisar como são construídas as políticas públicas sobre drogas no Brasil e quais são as formas de tratamento ofertadas pelo Sistema Único de Saúde – SUS, aos indivíduos que fazem uso abusivo de drogas.

4. POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS E SEGURANÇA PÚBLICA

4.1 Políticas Públicas para a prevenção, tratamento e recuperação ao uso de crack

O termo política, comumente se relaciona as ações promovidas em determinado território, por instituições do governo, pelos poderes executivo, legislativo e judiciário. Sobre o tema, Mattos e Batista (2015) lecionam que as políticas:

Referem-se ao aparato político-governamental (aparelho estatal) e a seus representantes, assumindo uma concepção de política que se define a partir da percepção da atuação de um conjunto restrito de instituições e grupos da sociedade (governantes e interessados), que tem a função/tarefa de desenhar os rumos de um Estado a cada tempo (MATTOS; BAPTISTA, 2015).

Por sua vez, não existe uma única definição sobre o que seja política pública. Para Laswell (1936; 1958), decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz. Podem também serem definidas como o conjunto de ações, programas e projetos (estratégias) que visam a influenciar o comportamento de um grupo de indivíduos ou de toda a sociedade, de forma que as mudanças por ele geradas se convertam em bem-estar para toda a população (PETERS, 1986). Idealmente, as políticas públicas são elaboradas pelo poder público, com a participação de todos os segmentos sociais envolvidos, assimilando divergências e considerando as minorias (ROSEN, 1994).

Toda política pública possui um componente ideológico, definida aqui como um sistema de idéias interdependentes, sustentadas por um grupo social com o objetivo de atingir ou manter seus interesses e compromissos institucionais, sejam estes morais, religiosos, políticos ou econômicos. Sob a óptica da ideologia, uma política nasce da confrontação do que deve ser mudado ou conservado, liberado ou reprimido, estimulado ou combatido em nome da viabilidade da estrutura social vigente (BODSTEIN, 1997).

Acerca do consumo de drogas e da criação de política públicas sobre a temática, é preciso relatar que os primeiros levantamentos de consumo de drogas realizados no Brasil foram feitos em grupos específicos de estudantes do ensino médio e universitários, além de pesquisas com a participação de crianças e jovens em situação de rua (CARLINI-COTRIM, 1987; BARBOSA *et al.*, 1989; CARLINI-COTRIM, 1991; GODOI *et al.*, 1991; CARLINI, CONTRIM, BARBOSA, 1993; BARCELLOS, 1997). Esses estudos foram considerados

relevantes para avaliação do consumo de drogas como um todo, servindo de alicerce para outros estudos populacionais.

Por sua vez, o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), esboçou os primeiros levantamentos a nível nacional sobre consumo de drogas, investigação domiciliar e, mais recentemente, o relatório feito pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Esses relatórios demonstram a dimensão do padrão de consumo da população brasileira para cada tipo de substâncias psicoativas (CARLINI, 2002; GALDURÓZ *et al.*, 2005; CARLINI *et al.*, 2007; BRASIL, 2009).

No ano de 2001, o primeiro levantamento nacional mostrou que o uso de drogas na vida para a população brasileira apresentava maior prevalência para álcool (53,2%) e tabaco (39,%), enquanto que para as drogas consideradas ilícitas a prevalência era de 11,6%, se destacando o uso da maconha que foi de 6,6% (CARLINI, 2002). Já no segundo estudo, a droga ilícita mais consumida foi a maconha (8,8%), seguida dos solventes (6,1%) e cocaína (2,9%). Enquanto que para o padrão de consumo de dependência química 12,3% da população brasileira era dependente de álcool e 10,1% dependente de tabaco. Na região sudeste as prevalências para o consumo de dependência para tabaco, álcool, maconha e estimulantes foram, respectivamente, 10,4%, 12,7% 1,5%, 0,1% (CARLINI *et al.*, 2007).

A Organização Mundial da Saúde – OMS, registrou outro dado alarmante nos idos de 2000: 8,9% da carga global das doenças resultaram do consumo das substâncias psicoativas, tendo como principais responsáveis o tabaco e o álcool (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

Atualmente, dados do relatório de drogas, lançado em 2023, pelo Escritório das Nações Unidas em Drogas e Crimes - United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), apontam que a disponibilidade de drogas ilícitas persiste em alcançar marcos inéditos, e as redes de tráfico, que estão cada vez mais ágeis, estão intensificando as crises mundiais e colocando em xeque os sistemas de saúde e as estratégias visando o cumprimento da lei.

Dados de 2021 estimam que globalmente mais de 296 milhões de indivíduos consumiram drogas, o que representa um crescimento de 23% se comparado à última década. Paralelamente, o total de indivíduos com transtornos ligados ao consumo de drogas elevou-se para 39,5 milhões, marcando um aumento de 45% em uma década. Contudo, a disparidade no acesso a tratamentos é evidente. No mesmo ano, de cada cinco pessoas com transtornos associado ao uso de substâncias, apenas uma teve acesso a tratamento. Esta desigualdade no acesso a tratamentos tem se acentuado globalmente (UNODC, 2023).

O relatório aponta ainda que a juventude é o segmento mais susceptível ao consumo de drogas e os transtornos relacionados a esse uso são proeminentes em diversas regiões do mundo. Este cenário configura-se como uma questão de saúde pública significativa, em termos de prevenção, cuidado e reabilitação desses indivíduos. Adicionalmente, é crucial que a atuação policial evolua em consonância com os modelos ágeis do tráfico de drogas e da proliferação de drogas sintéticas, de baixo custo e de fácil comercialização.

Por outro lado, o direito à saúde ainda é negado a muitos usuários de drogas, especialmente em áreas de baixa renda, como na tríplice fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru, onde a alta incidência de crimes ligados a drogas e a localização distante agravam a oferta de serviços e cuidados. Na Amazônia, os atuantes em atividades ilícitas relacionadas às drogas têm ampliado suas ações para outros segmentos, abrangendo crimes como desmatamento, mineração não autorizada e tráfico de fauna, prejudicando o ecossistema da maior floresta tropical do planeta.

Grupos indígenas e outras minorias estão sendo diretamente afetados por esse avanço do crime. Ativistas ambientais, por sua vez, tornaram-se alvos de traficantes e facções armadas. Paralelamente, o conflito na Ucrânia reconfigurou rotas tradicionais de drogas, e também sinaliza um possível crescimento na produção e distribuição de substâncias sintéticas, devido ao emergente mercado interno para esses produtos (UNODC, 2023).

O Decreto-lei nº 24.559/1934 foi um dos primeiros documentos legais do Estado brasileiro sobre a temática das drogas. Nele se institucionalizou o discurso de exclusão sobre a loucura e o consumo de substâncias psicotrópicas. Referido documento estabelece como doentes mentais: os psicopatas, os menores anormais, os toxicômanos e os intoxicados habituais, definindo medidas punitivas como forma de tratamento. Consequentemente esse discurso institucional de segregação reverbera diretamente nos modelos de tratamento, que eram executados sob ótica moralista, de exclusão, além de estabelecer medidas punitivas para os indivíduos considerados diferentes (BRASIL, 1934).

Nesse contexto, após a criação do Ministério da Saúde (MS) em 1953, a questão do consumo abusivo de drogas não foi imediatamente incorporada à agenda de saúde, possivelmente devido à influência do discurso e da legislação predominantes em outros países, como os Estados Unidos e a França. Nessas nações, o assunto estava sob a responsabilidade da segurança pública, resultando em políticas públicas que priorizavam a repressão ao consumo e tráfico de drogas (SANTOS; OLIVEIRA, 2013; MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014; VALOIS, 2019).

Santos e Oliveira (2013), apontam que desde sua criação até meados do século XX, o Ministério da Saúde (MS) manteve seu enfoque na vigilância sanitária e no controle das epidemias então prevalentes, deixando de lado a questão do consumo de drogas. Esses autores ainda argumentam que a explicação mais plausível para esse descaso pode estar relacionada ao fato de que, naquela época, o consumo de drogas e suas consequências não tinham a mesma relevância econômica e política que detém atualmente.

Em sequência, foi promulgada a Lei nº 5.726/71, que dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias consideradas responsáveis pelo desenvolvimento de dependência psíquica. O texto de lei evidencia a obrigatoriedade da reabilitação criminal para os “infratores viciados” por meio de internação compulsória em hospitais psiquiátricos por tempo necessário à sua recuperação. Wandekoken e Dalbello-Araújo (2015), chamam atenção para o uso dos termos “reabilitação criminal” e “infratores viciados”, o que demonstra conotação pejorativa aplicada na escrita da lei direcionada aos usuários de drogas.

Por seu turno, a Lei nº 6.368/76, que substituiu a anterior, apresentou considerável avanço, vez que, ampliou as possibilidades de ações preventivas para os dependentes de entorpecentes. Contudo, somente com a criação da Lei Federal nº 11.343/06, o usuário e/ou dependente passa a ser distinguido do traficante, além de estabelecer diferentes penas para esses indivíduos (BRASIL, 1971, 1976, 2006).

Outras significativas mudanças ocorreram no campo legal brasileiro a partir do início do século XXI. O Decreto Lei nº 4.345/02, instituiu a Política Nacional Antidrogas (PNAD), e a Lei Federal nº 10.409/02 veio para afirmar a necessidade de tratamento do usuário ocorrer de forma multiprofissional e, se possível, com a participação da família no processo da assistência (BRASIL, 2002a, 2002b).

No âmbito do Ministério da Saúde, a Lei nº 10.216 de 2001 (BRASIL, 2001) marco legal da Reforma Psiquiátrica, prescreveu aos usuários de serviços de saúde mental, incluindo as pessoas em uso prejudicial de drogas, a garantia de acesso e o direito à assistência e ao cuidado preferencial por meio dos serviços de base territorial de portas abertas, próximo às residências, sem exclusão do convívio com a sociedade. Noutra giro, a Política Nacional para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2004) reconheceu o uso prejudicial de álcool e outras drogas como “grave problema de saúde pública” e a responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) no seu enfrentamento.

Estabeleceu-se nessa política formal que o cuidado deve ser estabelecido por meio da criação de laços, do compartilhamento de responsabilidades e da expansão do escopo clínico,

transformando os serviços em locais de acolhimento e abordagem colaborativa das questões associadas ao tema. Esse cuidado precisa ocorrer em uma rede integrada ao contexto cultural e comunitário, conforme preconizado pelos princípios da Reforma Psiquiátrica. É importante ressaltar que é a colaboração entre profissionais, familiares, organizações governamentais e não governamentais em constante interação que possibilita a ampliação do acesso aos cuidados e a criação de alternativas para indivíduos envolvidos no uso prejudicial de drogas (BRASIL, 2004).

Através do Decreto nº 7.179/2010, foi instituído o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas e, criado o Comitê Gestor, além de dar outras providências, que reafirmou a implementação de ações descentralizadas e integradas, buscando envolver vários setores e sociedade. Em seu art. 2º, constam os objetivos do Plano de enfrentamento ao Crack e outras Drogas, *in verbis*:

Art. 2º São objetivos do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas:

I - estruturar, integrar, articular e ampliar as ações voltadas à prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, contemplando a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis, entre outros, crianças, adolescentes e população em situação de rua;

II - estruturar, ampliar e fortalecer as redes de atenção à saúde e de assistência social para usuários de crack e outras drogas, por meio da articulação das ações do Sistema Único de Saúde - SUS com as ações do Sistema Único de Assistência Social – SUAS (BRASIL, 2010).

Ato contínuo, houve a reformulação da Política de Atenção Básica (PNAB) e a concepção de cuidado foi ampliada na medida em que reconhece, frente à heterogeneidade brasileira, a necessidade de um leque maior de modelagens de equipes de atenção básica, dentre elas, às equipes para populações vivendo em situação de rua. Dessa forma, foram criadas as equipes de Consultório na Rua (CnaR) como modelo de atenção primária flexível e adaptável à realidade das pessoas em situação de rua, tendo como referências as Unidades Básicas de Saúde/SUS (BRASIL, 2011).

No mesmo ano foi lançado o programa “Crack: é possível vencer!” em ação conjunta com as áreas de saúde, segurança, assistência social, educação e direitos humanos, a partir de três eixos de atuação: prevenção, cuidado e autoridade (BRASIL, 2004, 2010, 2011b). Apesar da constatação do uso de drogas como um importante problema de saúde pública, as políticas públicas sobre drogas têm-se mostrado pouco integradas, divergindo do que preconiza as diretrizes legais sobre a temática, devendo as ações públicas serem repensadas visando uma aproximação da realidade ao que está proposto na legislação.

4.2 A intersetorialidade e os desafios de estruturação de políticas públicas sobre drogas no Brasil

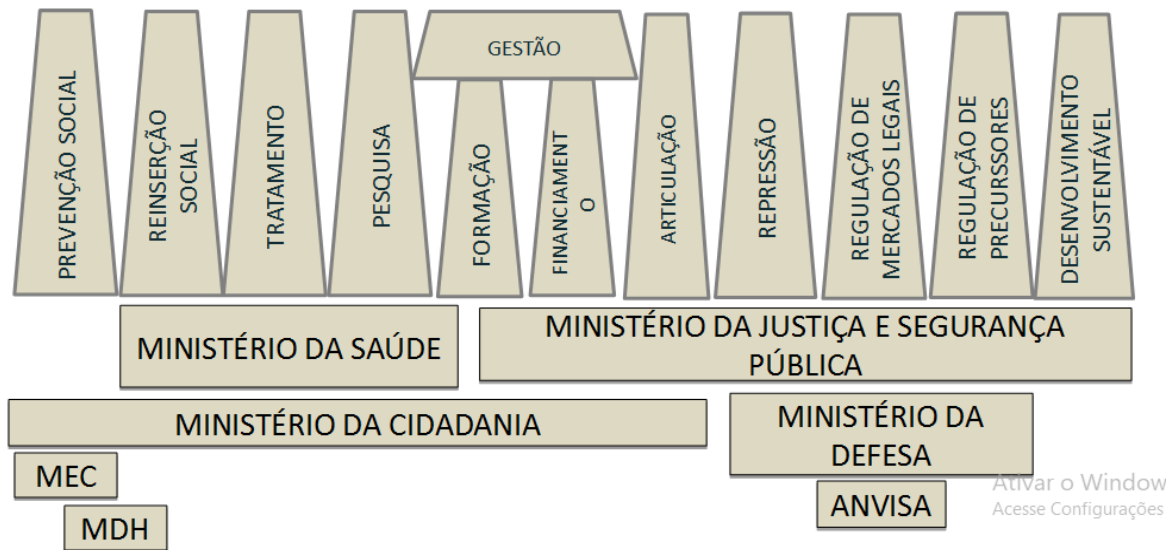
A intersetorialidade representa a colaboração mútua entre diferentes setores da administração pública. Envolve a combinação de conhecimentos e experiências variados com o objetivo de criar uma resposta unificada e eficaz para desafios multifacetados, onde, por exemplo, a atuação autônoma do setor de saúde seria insuficiente (TEIXEIRA & SILVEIRA, 2017).

As questões sociais raramente se encaixam dentro das fronteiras de um único setor e muitas vezes são interdependentes, assim, a intersetorialidade representa um conceito fundamental na agenda contemporânea em razão da complexidade dos fenômenos sociais aonde um setor apenas não consegue efetivamente resultados abrangentes (MONNERAT, ALMEIDA, SOUZA, 2014). Assim, a intersetorialidade corresponde às ações planejadas e desenvolvidas em conjunto, por vários setores da atividade governamental, para a solução de problemas complexos (TEIXEIRA, 2010) e, favorece a elaboração de políticas mais inclusivas e equitativas, vez que possibilita avaliar as necessidades de diferentes grupos da sociedade, procurando atender diversas demandas e especificidades.

No Brasil, a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) desempenha as atividades de secretaria executiva do Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), cabendo-lhe a gestão do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD). São assuntos de competência do Ministério da Justiça as atividades ligadas a redução da oferta de drogas e combate ao tráfico de drogas e crimes conexos; e a gestão dos recursos apreendidos em decorrência de atividades criminosas relacionadas às drogas e crimes conexos. Na competência do Ministério da Saúde (MS) estão a vigilância de saúde, especialmente quanto às drogas e medicamentos, bem como a oferta de tratamentos para pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso e dependência de drogas.

Por sua vez, o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, instituído pela Lei Federal nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, além de estabelecer normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas, definindo crimes e determinando outras providências. Conforme ilustrado a seguir, o SISNAD é composto por atores diversos, tanto do setor da saúde como da segurança pública.

Figura 1: Atores da Política Nacional sobre drogas no Governo



Fonte: Composição do SISNAD. Sítio eletrônico do Governo Federal - disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protacao/politicas-sobre-drogas/subcapas-senad/composicao-do-sisnad-1>

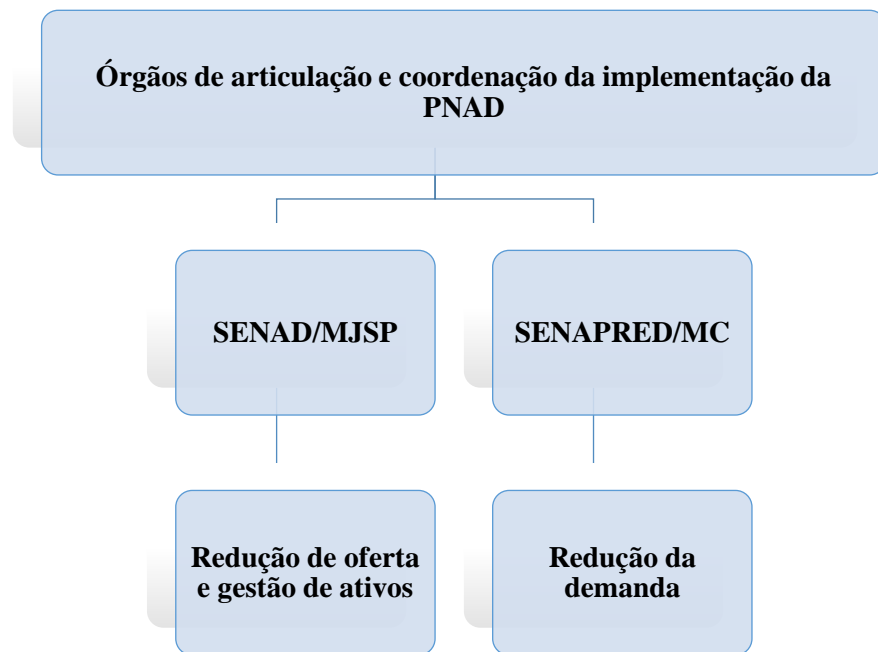
Conforme a Figura 1 – Atores da política sobre drogas no Governo, percebe-se que a Política sobre Drogas, por força de acordos internacionais, dos quais o Brasil é signatário, é constituída por um conjunto de eixos e subeixos, que se constituem como alicerces da política.

Os principais sistemas que possuem interface formal (advindas de regramentos) com o SISNAD são: Sistema Único de Saúde – SUS; Sistema Único de Assistência Social – SUAS; Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente – SGDCA; Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE; Sistema Único de Segurança Pública – SUSP; Sistema Nacional de Trânsito – SNT; Sistema Brasileiro de Inteligência – SISBIN; Forças Armadas Brasileira – FFAA.

Importante ressaltar que a organização do SISNAD, embora seja composta por um órgão superior central (Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - CONAD), assegura a execução descentralizada das atividades vinculadas à Política Nacional sobre Drogas, envolvendo diversos atores na esfera federal, estadual e municipal, por atuar de forma transversal entre as políticas públicas dos órgãos.

A atual Política Nacional sobre drogas (PNAD), instituída pelo Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019 definiu que a Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas, do Ministério da Cidadania, e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, do Ministério da Justiça e Segurança Pública, articularão e coordenarão a implementação da PNAD, no âmbito de suas competências. A figura abaixo sintetiza o escopo de referida responsabilidade.

Figura 2: Órgãos de articulação e coordenação da implementação da PNAD



Fonte: Figura do autor.

A nova PNAD estabeleceu uma série de pressupostos e objetivos, além de orientações gerais para quatro diferentes áreas da política sobre drogas, sendo: 1- Estudos, pesquisas e avaliações; 2 – Prevenção; 3- tratamento acolhimento, recuperação, apoio, mútua ajuda e reinserção e; 4 – redução da oferta. Também traz o importante pressuposto de que a política sobre drogas seja tratada como política de Estado e que sejam garantidos, de forma contínua, recursos orçamentários, humanos, administrativos, científicos e de governança para o desenvolvimento de suas ações.

Não obstante a existência de diversos órgãos com funções delimitadas, existem barreiras a promoção de uma política pública intersetorial no Brasil. Segundo Buss e Carvalho (2009, p. 2313), a intersetorialidade não pode se restringir às intencionalidades retóricas nem em frágeis acordos, devendo estar sistematizada em “*programas concretos dirigidos a populações concretas (...) submetidas a procedimentos de avaliação que permitam dimensionar seus impactos sobre a saúde e a qualidade de vida*”.

A intersetorialidade, portanto, não é apenas um princípio da administração; é um enfoque estratégico essencial para responder de maneira eficaz e sustentável aos desafios contemporâneos da gestão pública, incluindo a temática das drogas. Para melhor compreender quais são os pontos positivos e as fragilidades da construção de políticas públicas intersetoriais sobre drogas, focadas no tratamento do crack e, entender quais são as atuais ações que estão sendo colocadas em prática pela gestão pública de Belo Horizonte/MG,

realizou-se pesquisa empírica conforme procedimento metodológico detalhado em capítulo próprio exposto adiante.

5. METODOLOGIA

5.1 Linhas gerais sobre o método

A metodologia representa uma seção crucial que descreve os métodos e procedimentos utilizados para conduzir o trabalho científico. Ela serve para explicar como foi feita a coleta e análise dos dados para chegar às conclusões, devendo ser detalhada e clara o suficiente de modo que outros pesquisadores possam reproduzir o estudo, se assim desejarem.

Para esta Dissertação, na metodologia de pesquisa optou-se por uma abordagem qualitativa. Esta escolha se justifica porque “a pesquisa qualitativa é de particular relevância ao estudo das relações sociais devido à pluralização das esferas da vida” (FLICK, 2009, p. 20). A pesquisa qualitativa é um método de investigação usado nas ciências sociais para compreender o significado das experiências humanas e o contexto social em que elas ocorrem. Diferentemente da pesquisa quantitativa, que busca coletar e analisar dados numéricos para encontrar padrões e testar hipóteses, a pesquisa qualitativa foca na coleta e análise de dados não numéricos, como entrevistas, discussões em grupo, observações e outros materiais textuais ou visuais (GUNTHER, 2006).

Nesse contexto, Gunther ensina que a metodologia qualitativa apresenta “*a primazia da compreensão como princípio do conhecimento, que prefere estudar as relações complexas ao invés de explicá-las por meio do isolamento de variáveis*” (GUNTHER, 2006, p. 222). Os métodos qualitativos permitem ao pesquisador explorar conceitos, ideias e experiências em profundidade, fornecendo uma compreensão rica e detalhada de um fenômeno específico. O autor vai adiante, descrevendo que a “*pesquisa qualitativa é uma ciência baseada em textos, ou seja, a coleta de dados produz textos que, nas diferentes técnicas analíticas, são interpretados hermeneuticamente*” (GUTHER, 2006, p. 222).

Outrossim, Flick (2009), diz que os textos apresentam três finalidades principais, “*representam não apenas os dados essenciais nos quais as descobertas baseiam-se, mas também são a base de interpretações e o meio central para apresentação e a comunicação das descobertas*” (2009, p. 83). A pesquisa qualitativa é útil para explorar áreas de interesse onde pouco é conhecido, além de ajudar a entender o contexto ou as condições complexas em que as pessoas vivem ou operam, auxiliando na captura de linguagens e as expressões das pessoas sobre as suas experiências.

No caso dessa pesquisa, a abordagem qualificativa contribuiu para compreensão das experiências dos profissionais da saúde, atuantes nos CERSAMs AD de Belo Horizonte/MG,

bem como dos profissionais da Defensoria Pública e do Ministério Público de Minas Gerais, que atuam diretamente atendendo usuários de drogas e seus familiares, estando então diretamente relacionados com o fenômeno estudado. Através dos relatos colhidos no curso do estudo, foram produzidos textos, que após foram analisados, promovendo reflexões com base nas experiências, linguagens e meio em que os entrevistados estão inseridos. Análise hermenêutica que não poderia ser feita utilizando-se abordagens unicamente quantitativas.

Na maioria das pesquisas científicas, a combinação dos tipos de fontes é usada para construir um argumento robusto e bem-fundamentado. Em resumo, a triangulação de dados é uma estratégia poderosa para fortalecer a qualidade e a integridade da pesquisa, proporcionando uma compreensão mais rica e uma maior confiança nos resultados obtidos, considerando, desta forma, a complexidade dos objetos de estudo (FLICK, 2011). Sendo assim, os instrumentos de coleta de dados selecionados para este estudo foram bibliográfico, documental e entrevistas estruturadas por possibilitar, por meio da triangulação de dados coletados, uma percepção da realidade investigada mais integrada e diversificada.

Foi feita uma análise documental (CELLARD, 2010), com a utilização de fontes secundárias, quais sejam: a legislação federal brasileira; outros documentos oficiais nacionais e internacionais. Ato contínuo, considerando que a pesquisa bibliográfica é uma caixa de ferramentas para as ciências humanas, como afirmam Booth, Colomb e Williams (2005, p. 94), foi feita uma revisão sistemática da literatura nacional e internacional acerca do fenômeno das drogas, focando no uso prejudicial de crack.

As fontes secundárias utilizadas foram os livros e os artigos publicados em periódicos científicos nacionais e internacionais disponíveis na internet. Para a seleção das publicações consideradas neste estudo foi utilizado como critério de busca palavras-chave como: políticas públicas sobre drogas; uso abusivo de drogas; crack; internação compulsória, priorizando artigos que versassem sobre a temática.

Após a leitura e a análise da literatura consultada, foi elaborado um banco de dados, estabelecendo uma linha cronológica da criação das políticas públicas sobre drogas no Brasil até o presente momento, tendo sido destacadas as principais informações que permitiram levantar as discussões acerca do fenômeno estudado, que foram introduzidas nos capítulos teóricos iniciais, bem como foram trabalhadas em conjunto com os resultados obtidos com a pesquisa empírica, no capítulo referente à análise de danos.

O terceiro e último método de coleta de dados escolhido para a realização da triangulação dos dados foi a elaboração de entrevistas semiestruturadas. A entrevista é definida por Haguette (1997, p. 86) como um “processo de interação social entre duas pessoas

na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado”. Essa abordagem permite aos pesquisadores acessarem tanto informações objetivas quanto subjetivas. Enquanto os dados objetivos também podem ser adquiridos por meio de fontes secundárias, como censos e estatísticas, os dados subjetivos, que incluem valores, atitudes e opiniões dos sujeitos entrevistados, são exclusivamente coletados através da entrevista.

Todavia, precisamos estar muito atentos à interferência de nossa subjetividade, ter consciência dela e assumi-la como parte do processo de investigação. Como diz Geraldo Romanelli:

A subjetividade, elemento constitutivo da alteridade presente na relação entre sujeitos, não pode ser expulsa, nem evitada, mas deve ser admitida e explicitada e, assim, controlada pelos recursos teóricos e metodológicos do pesquisador, vale dizer, da experiência que ele, lentamente, vai adquirindo no trabalho de campo. (ROMANELLI, 1998, p.128).

O autor também considera como dever do pesquisador a legibilidade, ou seja, aliviar o texto de certas frases confusas de redundâncias verbais ou tiques de linguagem (né, bom, pois é, etc). Este autor também considera como um dever do pesquisador tomar o cuidado de nunca trocar uma palavra por outra, nem mesmo mudar a ordem das perguntas. Portanto considera-se ideal que o próprio pesquisador faça a transcrição da entrevista.

Goldenberg (1997) assinala que para se realizar uma entrevista bem-sucedida é necessário criar uma atmosfera amistosa e de confiança, não discordar das opiniões do entrevistado, tentar ser o mais neutro possível. Acima de tudo, a confiança passada ao entrevistado é fundamental para o êxito no trabalho de campo. Além disso, existe um código de ética do sociólogo que deve ser respeitado.

Foram promovidas entrevistas nas unidades dos Centros de Referência em Saúde Mental Álcool e Drogas (CERSAMs AD) de Belo Horizonte, além de entrevistas na Defensoria Pública de Minas Gerais e no Ministério Público de Minas Gerais.

5.2 Cenário da pesquisa

A pesquisa empírica foi realizada na cidade de Belo Horizonte, localizada no estado de Minas Gerais, que está situada na região sudeste do Brasil, sendo a sexta maior cidade do país. Importa trazer para esta pesquisa dados acerca da atual população de rua de Belo Horizonte/MG. Informações preliminares, obtidas através do CENSO 2023 - IBGE, indicam que Belo Horizonte tem hoje 5.344 pessoas em situação de rua. A grande maioria formada por

homens (84%) com média de idade de 42,5 anos, enquanto as mulheres representam 16% e têm em média 38,9 anos. São pardos ou pretos 82,6% de quem está nas ruas. Os números fazem parte do Censo Pop Rua 2022, realizado pela Prefeitura de Belo Horizonte em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Tais números ainda não constam na base de dados do IBGE, sendo que foram divulgados apenas no sítio eletrônico da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH, 2023).

Entre as 5.344 pessoas apontadas pelo Censo Pop, 2.507 responderam às perguntas dos pesquisadores. Deste total, 36,7% dos entrevistados relataram que foram para as ruas em razão de problemas familiares, seguido de uso de álcool e drogas (21,9%) e desemprego (18%). Entre aqueles que não responderam ao censo, as principais razões foram sinais de embriaguez ou intoxicação (20,96%) e recusa (19,44%) (PBH, 2023).

Mesmo não estando o uso prejudicial de crack diretamente ligado a todos os indivíduos em situação de rua, havendo múltiplos tipos de usuários desta substância, quando se destaca determinados segmentos da população mais vulnerabilizados, como a população em situação de rua (PSR), ele assume maior relevância (FORMIGONI, 2014). Seu consumo adquire uma dimensão relevante, afetando especialmente segmentos empobrecidos e jovens da população.

Assim, em razão do significativo crescimento da população em situação de rua de Belo Horizonte nas últimas décadas e, sendo esse grupo atingido diretamente pelo fenômeno das drogas, manifesta-se a importância de assistência desses indivíduos em situação de vulnerabilidade, bem como a urgência no fortalecimento das políticas públicas sobre drogas no território.

Nada obstante, conforme demonstrado no capítulo 3.2, do uso de substâncias psicoativas resultam transtornos mentais. Posto isso, a reforma psiquiátrica brasileira foi fortemente influenciada pelos movimentos de direitos humanos e pelos avanços na compreensão dos transtornos mentais. Essa reforma buscou desinstitucionalizar o tratamento, enfatizando a reabilitação psicossocial e a integração dos pacientes na sociedade. (PITTA, 2011). O CERSAM AD é um reflexo dessa mudança de paradigma, focando em um atendimento mais próximo da realidade dos pacientes, com uma abordagem multidisciplinar e comunitária.

Nesse cenário, o CERSAM AD (Centro de Referência em Saúde Mental Álcool e Drogas) no Brasil é uma instituição focada no tratamento de pessoas com transtornos mentais relacionados ao uso de álcool e drogas. Estes centros fazem parte da política de saúde mental, que se baseia em um modelo de atenção psicossocial (BOSKA, *et al*, 2022). A implementação

do CERSAM AD nos diversos municípios do Brasil se dá de forma variada, de acordo com as necessidades e recursos de cada localidade. Esses centros geralmente oferecem atendimento ambulatorial, suporte psicossocial, atividades terapêuticas e, em alguns casos, leitos para internação de curta duração. O objetivo é proporcionar um tratamento mais eficaz e respeitoso, reduzindo a estigmatização e melhorando a qualidade de vida dos usuários e suas famílias.

Portanto, a realização da pesquisa empírica proposta neste estudo foi feita nas unidades dos Centros de Referência em Saúde Mental Álcool e Drogas (CERSAMs AD) de Belo Horizonte/MG, que são, respectivamente: CERSAM AD CENTRO SUL/CMT (referência as regionais Centro Sul e Leste), localizado na Alameda Ezequiel Dias, nº 365 - Bairro Santa Efigênia; CERSAM AD Barreiro (referência as regionais Barreiro e Oeste), localizado na Rua Barão de Monte Alto, 211 - Bairro Cardoso; CERSAM AD Nordeste (referência as regionais Nordeste e Norte), localizado na Rua Andiroba, 100 - Bairro São Paulo; CERSAM AD Pampulha (referência as regionais Pampulha, Venda Nova), localizado na Rua Lugúria, 70 - Bairro Bandeirantes e; CERSAM AD Pampulha-Noroeste (referência as regionais Pampulha e Noroeste), localizado na Av. João XXIII, 1253 – Bairro Manacás.

Pensando em aprofundar o estudo acerca da intersectorialidade das políticas públicas sobre drogas, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com representantes do Ministério Público e da Defensoria Pública de Minas Gerais. As referidas instituições fazem parte das funções essenciais à Justiça (arts. 127 a 135, da Constituição Federal de 1988), mas possuem características próprias e independentes. O Estado assegura o direito de todos ao acesso à Justiça, provendo, através da Defensoria Pública, assistência jurídica gratuita aos cidadãos que não dispõem de recursos financeiros suficientes para contratar um advogado. Essa instituição pública é responsável por oferecer advogados públicos, conhecidos como defensores públicos, garantindo assim a representação legal àqueles que necessitam, mas não têm condições de arcar com os custos desse serviço (BANDEIRA, 2015).

Nesse sentido, Tiago Fensterseifer (2017, p. 90-91), esclarece que:

O nome atribuído à instituição – Defensoria Pública – carrega tal significado, na medida em que expressa a ideia de “defesa pública”. Não há dúvida que a imposição constitucional de se assegurar ao indivíduo o exercício de seu direito de defesa em face de persecução penal promovida pelo Estado está na gênese e impulsionou a criação da Defensoria Pública. E, nesse alinhamento, até em razão da desproporção de forças que caracterizam a relação jurídica “vertical” entre cidadão e Estado, expressivamente potencializada no espectro da persecução penal e infracional – no qual o indivíduo exerce o seu direito de defesa tanto em face da autoridade policial quanto do Ministério Público –, nada mais adequado que outra instituição pública, especialmente para os indivíduos vulneráveis e desprovidos de recursos econômicos

para custear advogado particular, cumpra o papel da defesa criminal e traga equilíbrio e isonomia para a relação processual-penal (FENSTERSEIFER, 2017, p. 90-91).

O autor continua exaltando o papel da Defensoria Pública na promoção da cidadania, vejamos:

A Defensoria Pública, haja vista a sua identidade e papel constitucional, enquanto instituição promotora da cidadania, está visceralmente vinculada à defesa e promoção dos direitos das pessoas em condições de carência socioeconômica. A condição de vulnerabilidade, em linhas gerais, é resultado da falta de acesso de tais indivíduos e grupos sociais a condições mínimas de bem-estar (inclusive sob a perspectiva do direito-garantia ao mínimo existencial), ou seja, de acesso aos seus direitos sociais mais básicos, como saúde, educação, moradia, água e saneamento básico, alimentação, previdência, assistência social, transporte público, acesso à justiça, entre outros. O cenário descrito de “carências materiais” e de indignidade humana, infelizmente, é recorrente e está presente de forma significativa no contexto social brasileiro, no qual uma massa expressiva da população carente encontra-se sem acesso aos seus direitos sociais básicos, e, por consequência, a uma vida digna. Essa abordagem, considerando a desigual realidade brasileira, coloca para a Defensoria Pública, além da defesa judicial dos direitos sociais de tais pessoas – muitas vezes em demandas em face do próprio Estado, dada omissão dos poderes públicos em assegurar o desfrute de tais direitos –, um leque de possibilidades de atuação também no âmbito extrajudicial, como, por exemplo, por meio da fiscalização e da participação na gestão de políticas públicas, além de práticas de educação em direitos. Soma-se a isso tudo a matriz democrático-participativa que deve nortear a atuação da Defensoria Pública, de modo a manter permanente canal de diálogo com a sociedade civil e os movimentos sociais e legitimar a sua atuação a partir das demandas em matéria de direitos sociais que lhes são trazidas por tais entidades e mesmo por indivíduos isoladamente (FENSTERSEIFER, 2017, p. 99-100).

Por sua vez, o Ministério Público, enquanto instituição pública independente, tem como missão a proteção do regime democrático e a promoção dos valores sociais mais elevados. Entre suas responsabilidades fundamentais, destacam-se a salvaguarda da ordem jurídica, a defesa dos interesses sociais e individuais indisponíveis, a proteção do patrimônio público e social, a conservação do meio ambiente, além da tutela de outros interesses difusos e coletivos (BANDEIRA, 2015). O Ministério Público é igualmente responsável por realizar o controle externo da atividade policial. Cuida da investigação de crimes, da requisição de instauração de inquéritos policiais, entre outras possibilidades de atuação (BANDEIRA, 2015).

Sobre o Ministério Público, Rogério Bastos Arantes (1999, p. 84), ensina que este:

(...) possui duas funções principais: (a) a de fiscal da lei (custos legis) e (b) a de titular da ação penal pública. (...) Mediante mudanças legislativas, ao longo das duas últimas décadas o MP veio acumulando novas e importantes atribuições, dentre as quais se destaca a promoção da ação civil pública. Por intermédio desse instrumento, o MP tem a possibilidade de acionar o Poder Judiciário para promover a defesa de direitos transindividuais, recentemente instituídos por lei e mais conhecidos como direitos difusos e coletivos (ARANTES, 1999, p.84).

Além do destacado papel de ator processual em juízo, compete ao Ministério Público assegurar políticas públicas e ações estatais dirigidas à fruição dos direitos de caráter indisponível (BRASIL, 2020). É o que estabelece o inciso II, do art. 129, da Constituição da república de 1988, quando consigna a atribuição ministerial de “zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias a sua garantia” (BRASIL, 1988).

Assim, o Ministério Público desempenha funções indispensáveis como sujeito de promoção da segurança pública. Os incisos que integram o art. 144, da Constituição da República enumeram os órgãos de segurança pública por meio dos quais o Estado exerce a segurança pública “para a preservação da ordem pública e da incolumidade das pessoas e do patrimônio” (BRASIL, 1988). Essa compreensão, claro, depende da leitura do comando veiculado pelo mesmo enunciado constitucional (*caput* do art. 144) que estabelece a segurança pública como dever do Estado, direito e responsabilidade de todos. Relevante, portanto, investigar sobre a atuação da Defensoria Pública e do Ministério Público na promoção das políticas públicas sobre drogas.

Diante do exposto, demonstrou-se que tanto a Defensoria Pública como o Ministério Público figuram como instituições responsáveis por salvaguardar os direitos e garantias expressos na Constituição Federal de 1988, notadamente o direito à saúde e à preservação da dignidade humana. Assim, espera-se que existam planos e ações desses órgãos, que fazem parte da segurança pública, delimitados conforme as diretrizes estabelecidas nas políticas públicas intersetoriais sobre drogas, que possam contribuir para promoção e manutenção da saúde dos indivíduos que fazem uso abusivo de crack. Através da pesquisa empírica realizada foi possível identificar os trabalhos executados por cada órgão e quais são as atuações conjuntas entre a saúde (CERSAMs AD) e a segurança pública (Defensoria Pública e Ministério Público), apontando ainda para existência de fragilidades.

5.3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos escolhidos para participarem das entrevistas semiestruturadas no estudo qualitativo em tela são servidores públicos, dentre os quais profissionais integrantes de equipes multiprofissionais, dos CERSAMs AD de Belo Horizonte/MG. Essas equipes são compostas por médicos psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, entre outros.

Das 5 unidades dos CERSAMs AD da capital, foram visitadas 3 unidades, devido ao cronograma da pesquisa (tempo restante para conclusão do trabalho), bem como frente as barreiras encontradas para marcação de visitas nos locais, motivadas pelo fluxo de trabalho nos centros, demora para conseguir contato com a gestão/chefia e, número limitado de funcionários. Em cada uma das 3 unidades visitadas foram entrevistados 4 profissionais aleatórios, atuantes na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), totalizando 12 participantes. Estes servidores foram selecionados de forma aleatória pela chefia responsável pela unidade, que indicou os participantes de acordo com o fluxo de trabalho na unidade de saúde, de forma a não atrapalhar o atendimento da população.

Foram entrevistados 12 servidores públicos atuantes nos CERSAMs AD, sendo: 1 médico(a), 2 psicólogos(as), 5 técnicos(as) de enfermagem, 1 enfermeiro(a), 2 terapeutas ocupacionais, 1 arte educador(a). De igual modo, foi possível entrevistar 2 Psicólogos(as) do Ministério Público, atuantes na Promotoria de Defesa da Saúde de Belo Horizonte, bem como 1 Defensor(a) Público de Minas Gerais, atuante na Defensoria Pública especializada na Saúde.

Optou-se pela realização de entrevistas para captar, por meio de perguntas, as percepções dos atores sociais sobre suas práticas e sobre o funcionamento dos CERSAMs AD, da Defensoria Pública e do Ministério Público na defesa e promoção da saúde e da dignidade humana, como forma de observar a ocorrência ou não da intersetorialidade dos setores da saúde e segurança pública na aplicação das políticas públicas sobre drogas.

O tempo médio de duração de cada entrevista realizada nos CERSAM AD foi de 25 minutos. Na Defensoria Pública realizou-se entrevista com duração de 50 minutos e na Promotoria especializada na Defesa da Saúde do Ministério Público de Minas Gerais, as entrevistas duraram cerca de 40 minutos.

Importante destacar que na fase de análise e interpretação dos dados, os sujeitos entrevistados foram nomeados por codinomes, a exemplo de: Entrevistado 1, Entrevistado 2, Entrevistado 10 etc., com intuito de não serem identificados, em razão do cargo/lotação, preservando assim o seu anonimato.

5.4 Os limites da pesquisa mediante os procedimentos de coleta de dados

Após a delimitação temática e espacial da pesquisa, foram escolhidas as instituições e sujeitos que seriam fontes para a coleta de dados. Contudo, foram encontrados obstáculos que não foram previstos pela pesquisadora.

Como a pesquisa envolve a rede de saúde do Município de Belo Horizonte/MG, nos idos de fevereiro/2022, foi realizado o primeiro contato da pesquisadora com a Assessoria de Educação em Saúde - ASEDS, via e-mail, solicitando autorização para pesquisa. Foi então aberto processo para obtenção de autorização junto ao Núcleo de Pesquisa – NUP da ASEDS. Depois de prestar vários esclarecimentos acerca do projeto de pesquisa pretendido e, realizar ajustes solicitados pela ASEDS, apenas no dia 27/03/2023 (passados um ano e um mês do contato inicial), a Prefeitura de Belo Horizonte lavrou Termo de Anuência Institucional - TAI, declarando conhecer o projeto encaminhado e autorizando a pesquisadora a executar o estudo nas Unidades da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – SMSA-BH.

Ato contínuo, o TAI previa que o início do estudo dependeria de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA de BH, via Plataforma Brasil. Diante disso, no dia 17/07/2023, o projeto foi inscrito na Plataforma Brasil e remetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade do Estado de Minas Gerais – UEMG, com aprovação expedida no dia 21/09/2023. Somente após essa data, o projeto foi remetido ao CEP da SMSA-BH. Destarte que só foi possível receber a autorização final para o início das entrevistas na rede de saúde de Belo Horizonte/MG, tão somente, aos 16/10/2023, faltando cerca 15 dias para o prazo final de conclusão do programa de mestrado. Foi preciso solicitar extensão de prazo, por mais 30 dias, para que a pesquisadora pudesse entrevistar os servidores públicos cogitados e concluir a escrita da dissertação.

Nada obstante, ao iniciar contato com as unidades dos CERSAMs AD, foram encontradas barreiras para o agendamento de visitas nos centros. Foram encaminhados vários e-mails, além de realizados diversos telefonemas, para conseguir retorno das gerências. Apenas 3 unidades retornaram e facilitaram as visitas pela pesquisadora.

De igual forma, a pesquisadora tentou agendar entrevista com Promotor de Justiça atuante na Promotoria de Defesa da Saúde do Ministério Público de Minas Gerais, localizada em Belo Horizonte/MG, sem obter êxito.

Destarte que a realização de pesquisa científica envolve inúmeros tipos de obstáculos e desafios para o pesquisador, podendo abranger a aprovação do projeto, o recrutamento dos entrevistados, limitações de tempo e recursos, entre outros. Cada um desses desafios requer atenção cuidadosa para garantir a eficácia e a integridade da pesquisa qualitativa.

6. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Concluída a fase de coleta de dados, momento em que o conteúdo das entrevistas foi transcrito e manipulado, com a consequente obtenção de resultados, o passo seguinte é a análise e interpretação dos mesmos, constituindo-se ambas no núcleo central da pesquisa. Para Best (1972, p. 152), "representa a aplicação lógica dedutiva e indutiva do processo de investigação". A relevância dos dados não reside neles próprios, mas na capacidade de fornecerem respostas para a pesquisa. Análise e interpretação são atividades diferentes, porém intimamente ligadas. Como parte de um processo, elas compreendem duas operações específicas (LAKATOS, MARCONI, 2003, p.167).

A análise (ou explicação) representa a tentativa de evidenciar as relações existentes entre o fenômeno estudado e outros fatores. Essas relações podem ser "estabelecidas em função de suas propriedades relacionais de causa-efeito, produtor-produto, de correlações, de análise de conteúdo etc" (TRUJILLO, 1974, p. 178). Na análise, o pesquisador entra em maiores detalhes sobre os dados decorrentes do trabalho empírico, a fim de conseguir respostas às suas indagações, e procura estabelecer as relações necessárias entre os dados obtidos e as hipóteses formuladas. Estas são comprovadas ou refutadas, mediante a análise.

Por sua vez, a interpretação é um exercício intelectual que visa atribuir um significado mais abrangente às respostas, conectando-as a outros saberes. Habitualmente, interpretar envolve revelar o significado real do material em questão, considerando os objetivos estabelecidos e o tema em foco. Ela não apenas clarifica o significado do conteúdo, mas também extrai conclusões mais amplas a partir dos dados analisados (LAKATOS, MARCONI, 2003, p.167).

Inicialmente foi feita uma leitura minuciosa do conjunto de dados coletados, o que proporcionou uma familiarização com o conteúdo e o contexto, tendo sido anotado as primeiras impressões. Ato contínuo, buscou-se identificar padrões e temas emergentes, tendo estes sido definidos e nomeados de forma clara, em forma de categorias de análises, de forma a agrupá-los por significados e núcleos de sentidos.

As categorias de análise elaboradas foram: 6.1 Política pública de redução de danos para o uso de crack; 6.2 Invisibilidade e estigmas associados aos usuários; 6.3 O valor da reestruturação de laços rompidos, do apoio familiar e social no tratamento do uso abusivo de crack; 6.4 Transtornos mentais atrelados ao uso abusivo de drogas; 6.4.1 A controvérsia acerca da internação involuntária como forma de tratamento de usuários de crack; 6.5 Limitações e desafios do tratamento ofertado pela rede de atenção à saúde. As falas coletadas

foram sintetizadas nas categorias de análises retro e, partindo desses dados foi feita uma análise das narrativas, etapa interpretativa da pesquisa, findando na apresentação dos resultados, a seguir consignados.

6.1 Política de redução de danos para o uso de crack

Conforme visto no capítulo 3, para Fonseca *et al.* (2005), redução de danos (RD), são um conjunto de táticas de saúde pública visando diminuir ou prevenir impactos negativos relacionados ao consumo de drogas. Esta abordagem foca em usuários que, por razões diversas, não desejam ou são incapazes de cessar o uso de drogas, apesar dos prejuízos pessoais, familiares e sociais. Em linhas gerais, a RD é vista como uma opção alternativa aos tratamentos que objetivam unicamente a abstinência.

No que tange ao modelo de tratamento ofertado pela Rede de Saúde de Belo Horizonte/MG, e a promoção de uma política voltada para o tratamento do usuário de álcool e outras drogas, em regime aberto, e de forma voluntária, o Entrevistado 10, servidor(a) lotado no CERSAM AD 2, discorre que:

[...] A gente faz um acompanhamento dentro da proposta de redução de danos. Nós não temos assim a abstinência como objetivo principal. Eu no caso, trabalho com o mínimo de exigência possível, né? É um acompanhamento. Um tratamento de baixa exigência. (Entrevistado 10).

Ato contínuo, o entrevistado de forma minuciosa expõe, com base na sua vivência profissional, informações sobre os múltiplos serviços disponíveis na RAPS – Rede de Atenção Psicossocial, preconizados pelos princípios e regras estabelecidos no Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas – SISNAD.

[...] Entre os serviços que existem, nós temos a atenção primária, né? Que é o Centro de Saúde com a composição de equipe de atenção básica. Enfermeiro, médico, dentista, que também faz parte do tratamento. Assim, eles também acolhem os pacientes em uso prejudicial de álcool e drogas. Equipes de saúde mental, NASF, que são profissionais de saúde, de várias categorias profissionais que atendem também na promoção e na prevenção de saúde no território. E temos os CERSAMs AD, que são serviços que apoiam os pacientes em uso prejudicial de álcool e drogas na situação de urgência, de crise. As UPAS e redes hospitalares também atendem esses pacientes em momentos de crise, de intoxicação aguda e síndrome de abstinência. As UPAS, no caso aqui de BH, o Hospital João XXIII e outros três hospitais. O Metropolitano do Barreiro, atende essas pessoas, quando elas precisam de uma intervenção maior, de diagnóstico clínicos, como cuidados, além do uso de droga. Nós temos os Consultórios na Rua, que fazem o trabalho de acompanhar as pessoas que estão na rua, que às vezes não dão conta de vir ao tratamento ainda. Eles fazem esse acompanhamento na rua, tentando circular com esses sujeitos, que geralmente estão numa situação muito precária. Nos serviços, o Consultório na Rua

tenta amarrar esses pacientes, né? Costurar com esses pacientes uma rede de apoio (Entrevistado 10).

O entrevistado 10 acrescenta que existem pacientes que não conseguem acessar a rede de saúde e assistência social, motivo pelo qual os Consultórios na Rua realizam abordagens nas cenas de uso, seguindo a política de redução de danos. Informa que em Belo Horizonte existe uma Unidade de Acolhimento Transitório - UAT, conforme preconiza a legislação pertinente. Tal unidade é insuficiente para atender toda a demanda, sendo que o essencial seria existir 1 UAT para cada unidade de CERSAM AD da capital. Em diversas outras cidades tal unidade inexistente. Reforça o entrevistado a importância das UATs, como local em que os indivíduos em situação de vulnerabilidade encontram refúgio para tentarem reorganizar suas vidas. Por sua vez, existe um Centro de Convivência em Belo Horizonte, que oferece arte e cultura para os pacientes e um projeto denominado “Trabalho Protegido” (Entrevistado 10), em que são ofertadas vagas de emprego para os pacientes em tratamento de saúde mental.

O que nos descreve o entrevistado 10, realça que as políticas de redução de danos se fundamentam em intervenções integradas, bem como em políticas de saúde mais amplas, incluindo saúde mental, prevenção de doenças, e assistência social, tendo em vista a complexidade dos fatores que levam aos comportamentos de risco. Além de muitas vezes envolverem a criação de espaços seguros e o acesso a recursos e informações.

Atrelado a isso, importa destacar o aspecto social envolvido no tratamento do uso prejudicial de substâncias e no cuidado dirigido às pessoas em situação de vulnerabilidade, o que se depreende da fala do Entrevistado 7, alocado(a) no CERSAM AD 1.

[...] a gente trabalha muito com a redução dos danos, né? A partir do momento que ele está no serviço, já está reduzindo. É ofertado para eles também... tem a oferta do banho, dos autocuidados... é esse o nosso tratamento aqui no CERSAM Álcool e Drogas. Igual eu falei para você, é um tratamento voluntário, que eles têm o direito de ir e vir, não é aquela coisa que contencia, que o paciente está ali involuntariamente. (Entrevistado 7).

Por sua vez, sobre a atuação do Ministério Público de Minas Gerais, nas demandas que envolvem pessoas em situação de vulnerabilidade que fazem uso de álcool e outras drogas, na perspectiva do Entrevistado 2, atuante há cerca de 20 anos na Promotoria de Defesa da Saúde do Ministério Público de Minas Gerais.

Aqui é muito comum o familiar, eu acho que... eu não sei se eles escutam na mídia, eu não sei! Eles já chegam com essa palavra: ‘vimos pedir uma internação compulsória’, mas a gente explica que aqui não trabalhamos dessa forma. Que a gente vai acionar a Rede para tentativa de inserção em tratamento em meio aberto, voluntário, e essa é a tentativa. Porque a gente acredita que essa é a melhor forma de

tratar. A forma mais adequada, mas vai depender, igual eu falei, do andamento, da aceitação do paciente, podendo chegar a essa questão da internação compulsória. [...] O caso chega aqui e a nossa tentativa e, que é longa... tentativa de que essa pessoa seja inserida em tratamento, em meio aberto, conforme preconizado pela política de redução de danos. (Entrevistado 2).

Nessa acepção, o Ministério Público de Minas Gerais, atua direcionado pela política de redução de danos, defendendo como melhor forma para o tratamento do uso prejudicial de álcool e drogas, àquele realizado voluntariamente, em meio aberto, o que não invalida a possibilidade de internação compulsória de pacientes em casos específicos. Tal afirmativa também se traduz nas palavras do Entrevistado 3, atuante há cerca de 7 anos na Promotoria de Defesa da Saúde do Ministério Público de Minas Gerais.

[...] Eu vejo pelos familiares... o serviço está lá, por mais que ele não seja o ideal, eu acho que essa questão da redução de danos, ser uma política de redução e não de abstinência é muito importante também. Porque a pessoa, ela pode participar, ela pode fazer parte, sem que ela tem que estar abstinente. É diferente de uma comunidade terapêutica que você só fica se estiver abstinente. Então você vai fazendo uso menos prejudicial, não há uma expectativa que você deixe de usar, não é essa, mas que isso seja menos prejudicial na vida. A organização, a forma que o serviço é, que o CAPS trabalha a dependência química é muito interessante, mas é um desafio. (Entrevistado 3).

O tratamento ofertado pelo SUS não exige que o paciente esteja abstinente, sendo as ações pensadas para promover a minimização dos danos negativos associados ao uso do crack e outras drogas. O Entrevistado 4, alocado(a) no CERSAM AD 1, contribui corroborando com os relatos trazidos a respeito da redução de danos.

Olha, aqui nós não temos assim aquele tratamento para o uso crack. A gente trabalha com amenizar os danos, né?! Os meninos vêm para cá, aí vai amenizar os danos na família e para ele próprio. Enquanto ele está aqui conosco, passando o dia aqui, ou de HN, que é hospitalidade noturna, ele não está usando droga lá fora, né? Então, assim, está amenizando para ele e para a família dele. (Entrevistado 4).

A política de redução de danos respeita a autonomia do indivíduo, reconhecendo que, enquanto comportamentos de risco podem ser prejudiciais, os indivíduos têm o direito de tomar suas próprias decisões. Portanto, procura-se oferecer opções mais seguras e informações precisas, em vez de coagir ou forçar mudanças de comportamento. O Entrevistado 5, alocado(a) no CERSAM AD 1, expressa bem esse pensamento.

[...] na minha concepção, a gente tem que trabalhar pensando positivo, que a pessoa vai deixar as drogas definitivamente. Mas, se não puder deixar, porque isso depende da pessoa, ela vindo para cá, fazendo tratamento, tomando os remédios, e vindo para a PD, que é permanência dia, o que estamos fazendo é uma redução, porque o tempo

que ela está aqui, ela não está na rua usando. O tempo que está aqui, ela está comendo, tem esse horário de descanso, então ela vai estar livre da rua. Apesar de que, quando retorna para a rua, às vezes faz uso, às vezes não. Eu conheço pessoas que realmente saíram das drogas, sim. Já fizeram tratamento aqui, fizeram lá fora também, mas hoje a pessoa está tranquila, casou, tem uma vida ótima. Então, é possível? É! É difícil? É! Mas cada um responde de uma forma. Às vezes, tem as recaídas, voltam. Às vezes, a pessoa está ótima, estava uma beleza, deu alta, foi para o Centro de Saúde, adquiriu coisas lá fora... trabalho, mas um dia lá deu uma recaída. Não tanto quanto era, mas deu. Aí volta deprimido, triste. Mas aqui a gente trabalha assim, não tendo que indagar muito o paciente. Não é aquela coisa de: 'Por que você caiu? Por que você não fez isso?' Não. Eu acho que eles já se cobram. (Entrevistado 5).

De igual forma, o Entrevistado 13 alocado(a) no CERSAM AD 3, fala sobre a importância da promoção de um tratamento que respeite a autonomia do indivíduo, que respeite a opinião e que propicie a humanização do paciente.

[...] a gente trabalha com a perspectiva de liberdade de escolha. Então, eu acho que o ponto também é que ele humaniza a pessoa que tá num processo de desumanização. Não é porque a pessoa é um usuário que ela deixa de ser gente. E aí a gente tenta trabalhar com essa perspectiva de humanizar as pessoas e dar a elas o jeito de escolha, inclusive de continuar no uso contínuo de crack, se ela quiser. Então, a reabilitação que acontece aqui, a gente tenta manter a pessoa ativa, manter a pessoa funcional o máximo possível, e encontrando essas dinâmicas que vão ser saudáveis para ela. Elas estando em uso ou não. (Entrevistado 13).

Ainda sobre o protagonismo do paciente no tratamento e a importância de um planejamento terapêutico pensado para cada indivíduo, visando a redução de danos, o Entrevistado 6, alocado(a) no CERSAM AD 1, destaca que:

[...] essas políticas são pensadas em rede e, dentro da perspectiva do CERSAM AD, a gente atende no contexto da crise, no contexto agudo, em tese. A gente sempre viabiliza um projeto terapêutico singular para o usuário, para entender, a partir de um objetivo de tratamento dele, se vai ser interrupção no uso ou se vai ser uma diminuição do uso. A gente faz esse acompanhamento até que a gente viabilize novos dispositivos para que ele possa seguir em acompanhamento. [...] a gente trabalha mais com a perspectiva da redução de danos, né? Então é muito raro ter um paciente abstinente por muito tempo, sabe? Então, o que a gente consegue garantir é um acompanhamento, e ciclos. Vão ter ciclos de abstinência, vão ter ciclos de uso intensivo, né? O usuário que vem como involuntário passa por essa situação, muitas vezes retorna ao uso, porque é aquela lógica básica de que boa parte do tratamento, o protagonismo, é do usuário. (Entrevistado 6).

Podemos imprimir das palavras do Entrevistado 6 que é melhor reduzir os danos, do que tentar eliminá-los por completo. Isso se torna possível quando se trata de cada indivíduo de forma singular, ao invés de focar em um ponto de vista coletivo. O destaque não deve ser em julgamentos morais sobre comportamentos considerados negativos ou repreensíveis. Ao contrário, deve-se priorizar a análise da segurança desses hábitos, avaliando sua associação com diferentes níveis de riscos e danos. (FONSECA; BASTOS, 2005). Ademais, é essencial

que a política de redução de danos propicie a autonomia dos pacientes, o que se confirma na fala do Entrevistado 15, alocado(a) no CERSAM AD 3.

“[...] o que o SUS preconiza é um atendimento em liberdade. A gente visa que o paciente tenha acesso a um tratamento de qualidade, um tratamento gratuito, e o tratamento que vise muito a independência desse sujeito, né. Que ele precisa ser autônomo no tratamento, que ele tenha voz, que ele consiga inclusive participar ativamente nas decisões e na construção do próprio projeto. (Entrevistado 15).

Considerando a política pública de redução de danos, temos que sua aplicação deve ser realizada de forma intersetorial. Conforme exposto no capítulo 4.2, a intersetorialidade na administração pública, refere-se à abordagem colaborativa e integrada de diferentes setores do governo e, por vezes, de organizações não governamentais, setor privado e a comunidade, para abordar questões complexas que não podem ser efetivamente resolvidas por um único setor, a exemplo do setor de saúde (TEIXEIRA & SILVEIRA, 2017). Essa abordagem é essencial para problemas que têm múltiplas causas e que exigem uma variedade de perspectivas e recursos, como no caso do uso prejudicial de drogas, que é um fenômeno multifacetado.

Ademais, consoante o que foi dito em trecho introdutório e capítulo específico (4.2), no Brasil, a Política sobre Drogas é constituída por um conjunto de eixos e subeixos, que se constituem como alicerces da política. O Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas - SISNAD é composto por atores diversos, tanto do setor da saúde como da segurança pública. Inobstante a existência de diversos órgãos com funções delimitadas, existem limites à promoção de uma política pública intersetorial.

Outrossim, são princípios do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas – SISNAD (BRASIL, 2006), o reconhecimento da intersetorialidade dos fatores correlacionados com o uso indevido de drogas, com a sua produção não autorizada e o seu tráfico ilícito; a articulação com os órgãos do Ministério Público e dos Poderes Legislativo e Judiciário visando à cooperação mútua nas atividades do SISNAD; o respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana, especialmente quanto à sua autonomia e à sua liberdade; entre outros.

Entre os objetivos propostos pela atual política estão: promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no país; o de promover a integração entre as políticas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao tráfico ilícito e as políticas públicas setoriais dos órgãos do Poder Executivo da União, Distrito Federal, Estados e Municípios (BRASIL, 2006).

Diante da previsão legal da atuação conjunta de diversos setores públicos para a promoção da política nacional sobre drogas, é preciso destacar qual a conexão do uso de crack com a segurança pública.

Sobre a importância de ações intersetoriais na aplicação das políticas sobre drogas, o Entrevistado 3 - alocado(a) no Promotoria de Defesa da Saúde do Ministério Público de Minas Gerais, menciona que o CERSAM AD precisa construir protocolos de atuação que envolvam demais setores públicos, principalmente visando o acompanhamento de questões sociais atreladas ao uso prejudicial de drogas.

[...] Agora também a gente tem que entender que a questão da dependência química, dizemos do uso abusivo, prejudicial, ela não é uma demanda só de atendimento da saúde do CAPS e dos CERSAMs, porque o CERSAM é um serviço de urgência, a pessoa está ali na crise, quando ela sair ela vai ser contra referenciada na Unidade Básica, ela vai pra Unidade Básica para esse acompanhamento e as questões sociais que envolvem, que aí já não é da saúde é da assistência. Acho que falta essa construção intersetorial, na minha maneira de pensar, sim. É muito diferente a gente pegar uma pessoa que está em sofrimento mental sem o envolvimento com drogas, que a gente sabe que se ela for medicada, se ela fizer o uso de toda a medicação, a Saúde da conta dela. Se não tiver questões sociais importantes, falta de retaguarda da família e que consiga fazer o uso adequado da medicação. Uso de drogas não, você tem outros elementos ali, né? sociais que são muito importantes. Então, eu acho que o serviço de urgência que é o CERSAM ele é um equipamento que tem que somar com os outros equipamentos, tanto da Saúde e das outras políticas. Acho que é nesse sentido que eu penso das dificuldades. (Entrevistado 3).

O entrevistado acrescenta ainda que estamos vivendo em um momento pós-reforma psiquiátrica e que é preciso investimento nas políticas públicas baseadas na redução de danos, direcionadas aos usuários de álcool e outras drogas. Que a política de atenção à esses indivíduos em situação de vulnerabilidade ainda está inacabada.

[...] Nós vivemos esse momento da reforma psiquiátrica, da desospitalização, um investimento muito nisso, da constituição de serviços de meio aberto para as pessoas que estavam em hospitalização em longa permanência. Então a gente tem uma política muito consolidada. A questão da atenção às pessoas com necessidade decorrente do uso de drogas ainda... a minha sensação, é que é uma política a ser construída. Ela não está construída. (Entrevistado 3).

Em razão disso, é importante abordar a questão do uso de drogas sob uma perspectiva multidisciplinar, considerando tanto as políticas de controle de drogas quanto as intervenções de saúde pública e sociais. A cooperação entre diferentes setores, incluindo saúde, justiça, educação e serviços sociais, é fundamental para lidar efetivamente com as complexidades dessa problemática.

Diante dessa estrutura de tratamento em Belo Horizonte/MG, é indispensável discutir questões que envolvem a invisibilidade e os estigmas associados aos usuários de crack e

outras drogas, que vão suceder em limitações para a efetivação das políticas públicas sobre drogas baseadas na redução de danos.

6.2 Invisibilidade e estigmas associados aos usuários

Para Albuquerque (2010, p. 33) “o usuário de *crack* é considerado como a escória da sociedade de consumo, pois ele não se adapta ao mundo competitivo do trabalho e restringe sua vida ao consumo e à aquisição do *crack*.” Essa dificuldade de inserção no mercado de trabalho está intimamente associada aos efeitos paranoicos e compulsivo resultantes do uso prejudicial, além da imagem negativa criada ao redor do usuário (NAPPO, 1999).

Esses indivíduos são vistos pela sociedade através de um estigma enraizado, em que o sujeito é observado como um grande problema. O usuário de crack é considerado como uma pessoa suja, pobre, marginalizada e ‘noiada’ (referência à paranoia, quadro psíquico classificado pela psiquiatria) (FANTAUZZI; ARAÃO, 2010, p. 81), o que reforçam atitudes preconceituosas e de exclusão sociais dos usuários. O Entrevistado 10, Terapeuta Ocupacional, alocado(a) no CERSAM AD 2, apresenta ideias sobre o moralismo, preconceito e fragilidade experienciados pelos indivíduos marginalizados, que fazem uso de drogas.

[...] Eu acho que o moralismo é um obstáculo muito grande. Que as pessoas ainda entenderem que usuário de droga significa tráfico, significa violência, e que não é isso, né? O tráfico de drogas, às vezes, ele tá muito mais em cima da gente do que a gente imagina, e aquele ponto lá da população que usa droga nos territórios, nas favelas, nas ruas é só o ponto mais frágil do negócio. (Entrevistado 10).

Neste cenário, muitas vezes os usuários de crack são automaticamente associados a atividades criminosas. Esse estigma leva à marginalização e ao tratamento desumano, tanto pela sociedade quanto pelas autoridades. A criminalização da dependência dificulta o acesso a tratamentos adequados e reabilitação. Alinhado a esse posicionamento, Fonseca e Bastos (2005), ressaltam que as políticas de redução de danos que vêm sendo construídas, estão firmadas no objetivo de acabar com a estigmatização dos usuários de drogas, carecendo de serem vistos como beneficiários de políticas sociais e de saúde.

Com a emergência das propostas de RD, a questão do uso de drogas passa a ser tratada pelos seus defensores não como um problema jurídico moral, mas como uma questão de saúde pública. Como consequência, estão em curso diversas modificações nas políticas de drogas, em diferentes países. Um dos objetivos do conjunto de propostas enfileiradas sob a égide da RD é que o usuário deixe de ser estigmatizado como ‘criminoso’ e passe a ser um real beneficiário de políticas sociais e de saúde (FONSECA; BASTOS, 2005, p. 290).

Ao encontro do depoimento prestado pelo entrevistado 10, estão as palavras do Entrevistado 15, alocado(a) no CERSAM AD 3, que trata do estigma que circunda o usuário. Na sua visão, a questão das drogas e da criminalidade está interligada, não devendo ser confundida. Nem sempre o usuário é um infrator da lei. Seus direitos de cidadania devem ser respeitados. A essas pessoas tem que ser garantido tratamento igualitário.

[...] a gente vê que andam muito juntos, a questão de drogas e a criminalidade, mas nem sempre isso é a mesma coisa. Então há um estigma muito grande social, né, do usuário de droga como um infrator, e que todos são colocados nesse mesmo balaio... É claro que tem sim, muitos que são infratores, mas tem muitos que são usuários apenas, e que eles falam que às vezes, por... eh, por exemplo, uma pessoa que vai acessar a UPA, se ela tá intoxicada com crack, ainda que ela trabalhe, ainda que seja um pai de família, ela vai ser tratada como um bandido. Ela vai ser deixada lá em detrimento de outras pessoas, vai ser negado atendimento. E olha que também a saúde é um direito de todos, né? Então é daí para pior. Muitos não acessam os serviços de saúde, os serviços de assistência, pela vergonha de dizer que fazem uso de alguma coisa. (Entrevistado 15).

Nesse sentido, os profissionais da segurança pública também carecem de treinamento para atuarem de forma respeitosa no trato com os indivíduos que fazem uso de drogas. Sobre o tema, o Entrevistado 13, relembra ser preciso pensar em formas de humanizar os pacientes que fazem uso de drogas. Para ele, esses indivíduos, especialmente os que estão em situação de rua, são tratados como criminosos e não como pessoas que necessitam de cuidados. A elaboração de ações multisetoriais para mudar esse estigma seria de grande valia.

[...] o morador de rua é visto enquanto criminoso, e não enquanto um indivíduo que não tem onde morar, e aí a gente pensar nessa intersetorialidade e buscar essa humanização por meio dela é muito interessante. (Entrevistado 13).

Sobre a criminalidade e o uso de crack, estudos indicam uma relação entre o impacto do tráfico de drogas, especificamente do crack, e do aumento do crime nos territórios, o que demanda a atuação conjunta dos setores da saúde e da segurança pública. Blumstein (1995), realizou estudo pioneiro sobre o tema, apresentando uma sistematização teórica sobre os mecanismos sociais envolvidos na vinculação do tráfico do crack e homicídios.

Blumstein realizou estudo precursor sobre o impacto do mercado de drogas ilícitas, especialmente o crack, no engendramento de uma epidemia de homicídios que atingiu segmentos juvenis empobrecidos nas grandes cidades norte-americanas entre meados da década de 1980 e meados da década de 1990. (BLUMSTEIN, 1995, apud SAPORI; SENA; SILVA, 2010, p. 40).

Em contrapartida, estudo produzido na cidade de Nova York, durante o ano de 1988, também demonstram a relação de homicídios com o uso e tráfico de crack (GOLDSTEIN *et*

al., 1997). Com igualdade, estudo realizado por Sapori, Sena e Silva (2010), na cidade de Belo Horizonte, demonstra uma epidemia de crack, representada por um crescimento consecutivo dos números de mortes em Belo Horizonte, entre os anos de 1997 e 2004. Ressalta-se que a relação entre o uso de crack e o aumento do índice de homicídios nas cidades é complexa e multifacetada, envolvendo aspectos sociais, econômicos e de saúde pública.

Os resultados obtidos trazem uma forte evidência de que o crescimento das ocorrências de homicídios em Belo Horizonte a partir de 1997 pode ser explicado, em grande medida, pela intensificação dos conflitos relacionados ao tráfico de drogas. (SAPORI; SENA; SILVA; 2010, p. 52).

À vista disso, existe uma violência sistêmica atrelada ao comércio de drogas ilícitas (GOLDSTEIN, 1985, apud SAPORI; SENA; SILVA, 2010). Destarte que, especificamente, o tráfico de crack frequentemente envolve organizações criminosas violentas. A competição entre esses grupos pelo controle do mercado de drogas pode levar a um aumento nos homicídios e em outros tipos de violência. Áreas com alto consumo de crack muitas vezes enfrentam várias questões sociais, incluindo pobreza, desemprego e violência.

Adeamais os efeitos farmacológicos da droga, também representam um agravante pois usuários de crack frequentemente sofrem de problemas de saúde mental e física, que podem ser exacerbados pela falta de acesso a cuidados de saúde adequados. Isso pode levar a um aumento da instabilidade social e pessoal. Assim, o processo de endividamento no comércio de crack tende a ser maior.

Essas questões nos levam a ponderar que estamos diante da vitimização dos pobres. Nessa perspectiva, o estudo produzido por Sapori, Sena e Silva (2010), conclui que “o tráfico do crack tem o potencial de gerar epidemias e homicídios.” (p. 78). Considerando essa relação entre o crack e a violência nos territórios, provém que estratégias eficazes de saúde pública para lidar com o uso de crack, atreladas à programas de tratamento e redução de danos, podem ajudar a diminuir os índices de criminalidade e violência associados ao uso da droga e que o usuário de drogas não pode ser rotulado e tratado como criminoso.

Um dos objetivos do SISNAD, que está elencado no art. 5º, II, da Lei Federal 11.343/2006, é o de “promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no país.” (BRASIL, 2006). Em virtude dos estigmas, preconceitos e falta de recursos, os serviços de saúde e apoio social podem ser inacessíveis ou inadequados.

Muitos estigmas derivam de um entendimento limitado ou distorcido sobre a dependência de crack. Falta de educação e conscientização sobre as causas, consequências e

tratamentos da dependência, contribuem para a perpetuação desses estigmas. Através do depoimento do Entrevistado 12, alocado(a) no CERSAM AD 3, foi possível a identificação de estigmas associados aos usuários de crack, tanto de cunho religioso, quanto relacionados à falta de informação do próprio profissional da área da saúde.

[...] Eu acho que é uma situação muito difícil, principalmente o crack. Eles mesmos as vezes falam com a gente, 'Nossa, é coisa do Diabo'. A pessoa nem quer usar... anda na rua e acha 10 reais, parece que é algo que atenta, falo assim... Aquele dinheiro puxa, sabe? Falam que é uma coisa que veio no mundo para... usou uma vez também e acabou, né? Até brinco, com eles e falo: 'Gente, se não viciasse eu ia usar para emagrecer', sério. Pelo amor de Deus! O povo aparece aqui assim (faz gesto com as mãos, apresentando o dedo mínimo indicando a magreza dos usuários) ... Quando eles começam a usar, ficam sem comer direto, direto, direto... Aí, quando chega aqui, querem comer as paredes, querem comer dez pães, dez marmitas. Quando passa aquela onda do crack, e vêm para cá, eles querem comer muito. É difícil! (Entrevistado 12).

Usuários de crack são frequentemente desumanizados e vistos apenas por sua dependência, ignorando-se sua humanidade e individualidade. Estereótipos negativos, como serem vistos como perigosos, imprevisíveis ou moralmente corruptos, são comuns. Acredita-se que um indivíduo com estigma não seja completamente humano. Com base nisso a sociedade pratica vários tipos de discriminações, através das quais, e muitas vezes sem pensar, se reduz as chances de vida dos usuários (GOFFMAN, 1988, p. 15). O Entrevistado 5, alocado(a) no CERSAM AD 1, aduz que existem múltiplos tipos de usuários, não se limitando aos pobres e marginalizados.

[...] infelizmente, a droga não escolhe classe social, não escolhe raça, não escolhe cor, não escolhe intelecto. Então, a gente sabe que nesse meio, nesse mundo das drogas, nesse patamar, existem pessoas de várias categorias. Pessoas que são professores, médicos... Aqui a gente não vê, mas a gente sabe que em outros lugares, que o tratamento é fechado, sem ser da prefeitura, a gente vê que tem médicos, tem militares... É muita gente, sabe? É muita gente que não é leigo quanto a isso, que entende muito bem, que é estudado, mas, infelizmente, esse mundo obscuro ele não escolhe, é uma coisa muito difícil. E por isso que a gente sabe que não é só o social que leva a isso. Às vezes a gente pensa assim: "Ah, é porque a pessoa não tem uma casa, é morador de rua, foi levado a isso", ajudou? Sim! mas... e o médico? E o militar? Então, atrás disso sempre tem algo que contribuiu: uma morte, um trauma de criança que não sarado, uma perda, uma falta de emprego, diversas coisas que levaram a pessoa a isso. E isso precisa ser trabalhado. (Entrevistado 5).

Assim sendo, o uso de drogas ilícitas, como o crack, transcende fronteiras sociais e econômicas, afetando diversas faixas etárias e classes sociais. Independentemente da profissão ou orientação sexual, o crack se tornou uma escolha comum em diferentes segmentos da sociedade (LASCHER, LOUREIRO, 2010). O Entrevistado 5, em trecho diverso da entrevista, fala sobre as dificuldades enfrentadas pelos pacientes, usuários de crack, em permanecerem no tratamento ofertado pelo CERSAM AD.

[...] Nós temos uma paciente aqui que ficava assim... terrível, muito vulnerável, na rua, caída, e hoje ela conseguiu. Mas tem uns que não conseguem. Tem uns que, infelizmente, não conseguem. Vindo até a falecer, sem ter esse êxito. É como diz o outro: 'eles continuaram na trajetória', eles não saíram do tratamento, mas eles não conseguiram viver lá fora. 'Tipo assim, estou bem', mesmo com medicamento, mesmo vindo aqui ambulatorial, eles não conseguiram ter esse fim. Isso acontece, né?" (Entrevistado 5).

Podemos depreender desses fragmentos que os pacientes são indivíduos extremamente vulnerabilizados, que sofrem discriminação e preconceito replicados pela sociedade. Tal assertiva se verifica através do ponto de vista trazido pelo Entrevistado 13, alocado(a) no CERSAM AD 3, sobre o direito dos usuários de drogas de receberem um tratamento humanizado, estando esses imergidos em uma sociedade moralista e preconceituosa.

[...] Acho que a gente vive numa sociedade em geral muito preconceituosa, no sentido do tipo "Ah, fulano está usando droga, é um drogado..." É muito reducionista. Você reduz as pessoas a usuários, e se você tira o direito dela ao tratamento da forma correta... Então, existe uma diferença de tratamento de uma pessoa que chega no sistema enquanto usuário de droga, enquanto pessoa moradora de rua, e o tratamento de uma outra pessoa que não tem essas características. Então, humanizar esse processo e conectar os profissionais de saúde com essa vivência de uma maneira mais próxima, porque é uma população em uma situação de vulnerabilidade. Mas eles normalmente não são tratados assim. São tratados como escória, como... como qualquer coisa dispensável, assim, algo que não devia estar ali, enfim. E modificar essa forma de visão, assim, de como a pessoa usuária é vista, é muito importante para que esse tratamento seja efetivo e não seja algo do tipo higienista ou algo que nos remeta a uma moral ou pureza social, que é prejudicial. (Entrevistado 13).

Combater esses estigmas requer uma abordagem multifacetada, incluindo educação pública, reformas políticas, melhoria no acesso a serviços de saúde e apoio, e esforços para promover a empatia e compreensão em relação aos usuários de crack e suas complexas circunstâncias. Ações baseadas em políticas proibicionistas pelos agentes de segurança pública precisam ser reformuladas para que o direito à dignidade humana desses indivíduos vulnerabilizados possa ser resguardado.

6.3 O valor da reestruturação de laços rompidos, do apoio familiar e social no tratamento do uso abusivo de crack

O apoio familiar é um aspecto crucial no tratamento do uso de drogas, desempenhando um papel significativo na recuperação dos usuários de crack e outras drogas. Receber apoio emocional é vital. Sentir-se amado, compreendido e aceito pode melhorar significativamente a autoestima e a motivação para a recuperação. Segundo Moreira (2014, p. 117),

“pesquisadores têm reconhecido o papel que as famílias podem desempenhar no tratamento por abuso/dependência de substâncias psicoativas, em termos de prevenção e/ou influência no curso do problema da dependência, ajudando a reduzir os efeitos negativos em seus membros.”

A inclusão da família em programas de tratamento, como terapia familiar, pode melhorar os resultados do tratamento. Isso ajuda a resolver questões subjacentes dentro da dinâmica familiar que podem contribuir para o uso de drogas. Estudos demonstram que o sucesso do tratamento relacionado ao uso de substâncias está relacionado com a adequada intervenção dos familiares (CARR, 2004). Famílias informadas sobre o abuso de drogas estão mais bem equipadas para apoiar seus entes queridos, sendo que a educação sobre a dependência pode ajudar a reduzir os estigmas e promover uma compreensão mais profunda do problema.

Sobre a temática, o Entrevistado 14, alocado no CERSAM AD 3, manifesta opinião no sentido de que precisa haver uma conscientização da população e das famílias sobre os transtornos resultantes e danos ocasionados pelo consumo prejudicial de crack e outras drogas.

[...] Acho que a gente tem que ter mais ações na comunidade, em geral. Porque esse tema ainda é visto com uma moralidade muito grande, principalmente, isso é um grande impasse no geral, para qualquer que você for, porque a família já toma esse lugar de que é falta de vontade, é porque a pessoa é errada, é porque a pessoa é preguiçosa, por vários julgamentos morais. Então, assim, teria que desmitificar isso um pouco. As pessoas têm que aprender um pouco melhor sobre o que são os transtornos pelo uso e os danos, né? Como que isso acontece com uma pessoa, não é tão fácil, que apenas com força de vontade elas poderiam sair dessa situação. Tem que existir um pouco mais de empatia. Eu acho que seria um ponto a ser trabalhado. (Entrevistado 14).

Sob outra enfoque, acerca da importância do suporte familiar no tratamento do uso prejudicial de drogas, o Entrevistado 2, atuante há cerca de 20 anos na Promotoria de Defesa da Saúde do Ministério Público de Minas Gerais, menciona que é preciso um trabalho na reestruturação dos vínculos familiares, além de um suporte, por parte de múltiplos serviços públicos, direcionados ao atendimento das famílias.

[...] A gente sabe que é necessário e que faz parte do tratamento esse suporte que a família dê a essa pessoa. É preciso que a família tente restabelecer esses vínculos de cuidado e de proteção também às pessoas que estão em vulnerabilidade. As vezes os pais, pessoas idosas ou um deficiente que moram ali... Envolvem muitos serviços.”

Enfatizar a importância do apoio familiar no tratamento do uso de drogas é essencial, pois reconhece a complexidade do vício e a necessidade de uma abordagem holística que inclua o ambiente familiar no processo de recuperação. A coragem e o encorajamento constituem forças positivas que permitem que a família enfrente com determinação os

obstáculos presentes no mundo do vício em drogas, além de encarar com confiança situações marcadas pelo temor de crises, pelas dúvidas relacionadas ao processo terapêutico e pelos constantes receios de recaídas do familiar doente (ZERBETTO; GALERA; RUIZ, 2017).

O tratamento pode ajudar a reparar relacionamentos danificados pelo uso de drogas, fortalecendo o sistema de apoio do indivíduo. O Entrevistado 14, alocado no CERSAM AD 3, aduz que muitos usuários possuem laços rompidos com familiares e que a prioridade do serviço é de trabalhar na sua reestruturação, visando uma melhora na saúde mental geral dos pacientes.

[...] Grande parte das pessoas que frequentam aqui fazem uso abusivo, especialmente do crack, que tem uma relação maior com questões de situação de rua, né? A compulsão é maior. Às vezes até por questões judiciais, e tudo isso acaba enfraquecendo muito o vínculo com a família. A gente entende que essa reconstrução, que é possível, geralmente é uma prioridade na questão do tratamento, porque, independente de se cessar ou não o uso, a gente tem que pensar muito na questão de saúde geral da pessoa, né? Não só como usuário de droga, mas no contexto de saúde mental geral, e isso perpassa, na maioria das vezes por reconstruir o vínculo com a família e com amigos. Então, a gente oferece esse apoio. A gente chama a família muitas vezes aqui, para tentar construir. Muitas vezes, dependendo do caso, é difícil. (Entrevistado 14).

Com a pesquisa empírica foi possível observar que grande parte dos usuários atendidos pela rede de saúde possuem vínculos rompidos com seus familiares, o que se confirma, através do depoimento retro, bem como das declarações prestadas pelo Entrevistado 7, alocado(a) no CERSAM AD 1.

[...] O CERSAM acolhe não só o paciente, mas ele acolhe também a família. Porque na grande parte desses pacientes, eles têm um laço rompido, né? E aí, tem a fragilidade da família mesmo. Na grande maioria a família, na verdade, já está cansada, e aí rompe todos esses laços. O CERSAM faz um trabalho com o usuário, quando ele tem a família em si, que muitos não têm mas o serviço vai atrás, liga, quando tem telefone, vai atrás para ver se consegue reintegrar ele à família, à sociedade... Tem o... como que chama, gente? reunião de famílias. Tem as reuniões que participam os psicólogos, as assistentes sociais, tá ali junto... conhecer mais e tratar mais. Porque se não fizer isso, é... é um vício, né, do sujeito? Ele fica bom e ele recai. Se a família não tiver preparada, é muito simples, desiste!... Acha que assim vai ficar bom, mas na verdade, se não tiver esse tratamento, retornar ao uso. Por mais que retorne, pelo menos tem um suporte. Esse apoio é muito importante para o usuário de substâncias. (Entrevistado 7).

Por sua vez, o Entrevistado 4, alocado(a) no CERSAM AD 1, fala sobre a disponibilidade de atendimento para as famílias dos usuários no CERSAM AD.

No caso, a família também é impactada. Crack ou qualquer outro tipo de substância química impacta a família. A família passa no psicólogo, né? O psicólogo conversa com ela ou encaminha ela para um psicólogo, do posto de saúde. [...] Nós temos um psicólogo aqui que conversa com o paciente e que conversa com a família. Mas

geralmente, esse tratamento assim é o posto de saúde que faz juntamente com o CERSAM, entendeu? (Entrevistado 4).

Ainda sobre como é feito o acompanhamento das famílias dos pacientes nos CERSAMs Ad, o Entrevistado 5, alocado(a) no CERSAM AD 1, completa dizendo que:

[...] Aqui existe o atendimento às famílias. Acho que, se não me engano, é toda quarta-feira. A nossa colega psicóloga, ela atende essas famílias, né? Essas famílias vêm para poder conversar. Nessa conversa, falam de tudo. Abrange um pouquinho de cada coisa. Conversam com a família, tentando socializar família com o dependente, que não é fácil para as famílias. E às vezes, quando a pessoa vem para cá e vai embora para casa, chega em casa é diferente. Às vezes, a família não está preparada para trabalhar também com aquele familiar, com aquele parente, com aquele filho que vem aqui, né? E é mais difícil, porque eu trabalhar com o dependente aqui é uma coisa, mas se aquele dependente for meu parente, e lá na minha casa é outra. Porque eu não sou tão preparada. Aqui eles recebem acompanhamento psicológico também. Ensinaamentos de como trabalhar com esse parente que está aqui. Qual o proceder, o que fazer. Porque é difícil. A família se abre com o psicólogo, e de uma maneira ou outra, eles se sentem também abraçados, porque não é fácil, né? Eu tenho certeza de que é muito difícil você conviver... deve ser muito difícil conviver com um dependente químico. Porque eles chegam ao ponto de pegar tudo da casa... não porque eles querem, né, mas porque a dependência é tanta... o estrago da droga foi tão grande que ele está tomado por aquilo, já causou uma dependência no organismo dele, né? A dependência química. (Entrevistado 5).

O Entrevistado 5 fala da importância de a família buscar se informar sobre o uso prejudicial de drogas e buscar apoio psicológico. Destaca que não é só o usuário que sofre com o vício, mas também as pessoas com quem ele convive. Existem ainda casos em que o usuário não possui familiares ou os vínculos inexistem, conforme explica o Entrevistado 10, alocado(a) no CERSAM AD 2.

[...] o técnico de referência tem como responsabilidade também acompanhar as famílias. Quando os pacientes têm família, né? Porque a grande maioria já perdeu todos os laços. Ou mesmo aqueles que estão tentando refazer os laços com a família, o técnico de referência tem esse papel de ajudar, de acordo com o desejo do paciente de retomar esses laços ou aquele paciente que tem o vínculo familiar ainda, de tentar manter esse vínculo o mais saudável possível. Então a gente acolhe a família, a gente escuta a família, a gente orienta esse familiar, individualmente, né? A gente faz visitas, às vezes, quando precisa. Já aconteceu de fazer visita pro familiar, mesmo sabendo que o paciente, no meu caso, não estava em casa. Ele estava em situação de rua. Mas faz a visita pro familiar, para ver como que ele está. Qual que é a situação, né? O que que ele tá pensando, assim, da vida dele, da vida do doente, do familiar que tá numa trajetória de uso de drogas e de situação de rua, mesmo tendo casa. (Entrevistado 10).

Nesses casos, em que a família precisa de uma atenção psicológica especial, é possível o acionamento de outros serviços da rede de saúde, conforme menciona o Entrevistado 6, alocado(a) no CERSAM AD 1. Evidenciando, ainda, que a maioria dos usuários não recebe qualquer suporte familiar.

[...] Algumas vezes, a gente consegue fazer encaminhamento para que o familiar faça acompanhamento no centro de saúde, minimamente, tanto pela questão clínica como pela questão psicológica, porque o contexto de adoecimento não passa só pelo usuário. Mas não é a maioria dos nossos casos; hoje, a nossa realidade é bem diferente. As famílias acabam desistindo do usuário, e o usuário fica sem esse suporte. Quando se tem, o que a gente consegue fornecer enquanto cuidado é esse encaminhamento e aqui no serviço, a gente também tem grupos de família, toda terça-feira, sou eu que organizo, inclusive. Só que está num momento bem fragilizado, tem duas semanas que nenhum familiar comparece. Mas a nossa realidade é que, vamos dizer, 80% (oitenta por cento) dos nossos usuários não têm suporte familiar algum. (Entrevistado 6).

Ademais, implica mencionar que não só o núcleo familiar (parentesco consanguíneo), mas os amigos (laços afetivos), também podem formar uma rede de apoio ampliada, oferecendo diferentes perspectivas e recursos para o tratamento. Esse pensamento se reflete na fala do Entrevistado 14, alocado(a) no CERSAM AD 3. Nada obstante, os usuários de crack e outras drogas, diante das vulnerabilidades sociais apresentadas no capítulo 2.1, precisam ser tratados como sujeitos detentores de direitos, notadamente, daqueles inerentes à dignidade da pessoa humana.

[...] O que a gente vê demais é quando o paciente, a gente consegue restaurar um bom suporte social para ele; não necessariamente a família, mas na maioria das vezes a família. Os principais fatores prognósticos para a gente saber se ele vai evoluir bem ou não, muitas vezes é a gente avaliar essa questão da qualidade de suporte que ele vai ter socialmente, fora daqui, né, não só sua família, mas, por exemplo, os próprios Centros de Convivência, depois ajudam muito a gente. Conseguem desenvolver com eles às vezes possibilidades de trabalhos. Então, assim, poucos objetos significantes para a vida deles. Isso parece uma questão mais eficaz para a gente fazer um bom prognóstico. (Entrevistado 14).

Assim, as vulnerabilidades sociais estão atreladas a processos de exclusão, discriminação ou enfraquecimento de grupos sociais (PALMA; MATTOS, 2001), e, portanto, consideram também aspectos relativos à disponibilidade ou à carência de recursos destinados à proteção dos indivíduos. Destarte que "a OMS (2001) destaca ainda, que a dependência química deve ser tratada simultaneamente como uma doença médica crônica e como um problema social." (PRATTA, 2009, p. 208). O Entrevistado 15, alocado(a) no CERSAM AD 3, é imperativo ao falar das questões sociais atreladas ao uso do crack e da complexidade envolvida no tratamento ofertado às famílias e aos usuários do serviço de saúde.

[...] Existe um apoio às famílias pelo CERSAM AD, mas eu acho que o problema de uso de droga no Brasil é tão complexo que o CERSAM não daria conta também se fosse dar esse suporte tão grande para os familiares, sabe? Porque são famílias muito fragilizadas, são famílias sem suporte, são normalmente muito desestruturadas, tanto financeiramente quanto psicologicamente. A gente vê que muitos usuários, possuem pais que já são usuários, ou que os pais também têm transtorno mental. [...] o que eu vejo é que no paciente que faz uso prejudicial de drogas é tudo muito frágil, sabe. Às

vezes é um paciente que está muito bem, que conseguiu... vamos dizer. Ele é um paciente que já está funcional novamente na sociedade. Pode ser um paciente que está abstinência do uso de droga, mas que, dependendo de uma situação que ocorre na vida dele, ele tem uma recaída devastadora e aí ele volta. Ou um paciente que às vezes tá indo super bem, aí tem um divórcio dentro da família, e ele não sabe lidar com isso. E a gente vê aqui que a droga muitas vezes ela é um refúgio, né. Por isso que a gente trabalha nessas duas vias, porque a gente tenta construir com o paciente outras saídas para lidar com as frustrações que não seja usar a droga. (Entrevistado 15).

Por meio da fala do Entrevistado 15, vemos que o tratamento envolve questões familiares, mas também de cunho social. Que é preciso trabalhar as diversas fragilidades que circundam o paciente. Conforme visto, a realidade brasileira, facilita a invisibilidade de determinados sujeitos políticos de direitos, a exemplo dos usuários de crack, em especial, citamos os que se encontram inseridos em realidades marcadas pela pobreza, violência, racismo e preconceitos diversos. Conforme Marcelo Dalla Vecchia, *et. al.*:

[...] é imperioso analisarmos a relação que se estabelece entre sujeito e drogas a partir da realidade objetiva na qual estes se inserem. Portanto, no caso brasileiro, o quadro social de desigualdades deve ser considerado visando à construção de práticas políticas que objetivem o cuidado, a partir da lógica da redução de danos, com vistas a assegurar à ética e a liberdade no processo de intervenção neste campo. (VECCHIA, M. D., et.al., 2017, p. 64).

O Entrevistado 6, alocado(a) no CERSAM AD 1, informa que por vezes os usuários do serviço demandam de cuidados atrelados a questões sociais. Procuram a unidade para terem acesso a banho, alimentação e abrigo. Quando essas demandas de apoio social são negadas o paciente acaba não concluindo o tratamento.

[...] Às vezes, o usuário acredita que está bem e resolve parar por conta própria de fazer o acompanhamento, ou o usuário traz uma demanda 'x', que é, por exemplo, 'eu quero passar o dia', só que a gente entende que naquele momento não é da crise, é mais uma questão social, porque ele não tem para onde ir, então ele quer um banho, ele quer uma alimentação, e a partir de uma negativa nossa, dentro desse projeto, ele acaba desistindo também. É uma linha muito tênue nesse cuidado entre tratamento e entre questões sociais, que entram muito dentro da nossa clínica, dentro da Clínica AD. (Entrevistado 6).

Partindo dessa premissa, o Entrevistado 6 reflete sobre as mazelas da sociedade. Salienta que atualmente as pessoas replicam posicionamentos higienistas e racistas, quando se trata dos usuários de drogas. Para ele os trabalhadores da saúde, como parte da sociedade, também reproduzem estigmas, o que dificulta a prestação de um serviço acolhedor e de qualidade. Nos casos que envolvem transtornos de base (transtornos psicológicos) combinados com o uso de drogas, esse destrato com o paciente se agrava. Na unidade em que

o entrevistado trabalha, isso não ocorre. Para ele a equipe proporciona um atendimento eficaz e cuidadoso para o paciente, destacando a importância de uma abordagem empática.

[...] A gente está numa sociedade muito higienista, muito racista, muito preconceituosa com o usuário. As pessoas não entendem que o uso intensivo das substâncias é uma condição de saúde, né? Elas não entendem enquanto sociedade, e muitas vezes, os trabalhadores da saúde pertencem a essa sociedade. Então, o centro de saúde tem muita dificuldade de acolher esse nosso usuário quando ele sabe que tem o transtorno de base ou quando eles sabem que tem uma relação com a adição. Então, esse olhar cuidadoso, eu acredito que a gente faz muito bem, e que nisso de entender, antes de mais nada, o que o paciente traz quando ele vem para o plantão para ser acolhido, isso eu acho que a gente faz com eficácia, enquanto equipe. (Entrevistado 6).

Antonietta G. Bizzotto (2010), ensina que na visão da sociedade, o indivíduo que luta contra a dependência química é frequentemente visto como um perturbador da ordem social. Esta pessoa é considerada simultaneamente como vítima e causadora de seu próprio infortúnio, levando à sua segregação, exclusão e marginalização. É despojado de seus direitos, uma vez que a ideologia predominante no combate às drogas foca mais na droga em si do que no indivíduo afetado.

À vista disso, a Entrevistada 6 demonstra em sua fala que a sociedade precisa evoluir, não apenas como nação, mas também como Estado. Em todas as esferas de governo, em âmbito federal, estadual e municipal é preciso a promoção de políticas públicas direcionadas às pessoas em situação de vulnerabilidade social.

[...] Eu acho que a gente precisa melhorar enquanto sociedade. Enquanto Estado, vamos pensar aí em níveis municipais, estaduais e federais, são políticas públicas. É ampliar isso, porque as demandas sociais, elas adoecem, né? Se você não tem um prato de comida, você vai adoecer. Se você não tem um trabalho, não tem um salário, você vai adoecer, ou você vai fazer o uso de substância, ou os dois. Então, está muito atrelada a essa questão social, a gente entendendo a população vulnerável que a gente tem. (Entrevistado 6).

De modo igual, o Entrevistado 7, alocado(a) no CERSAM AD 1, revela indignação com os servidores públicos que atuam no tratamento de pacientes que fazem uso prejudicial de drogas. Na visão do entrevistado, existem profissionais na rede de saúde que são despreparados para prestarem serviços de assistência aos pacientes.

[...] quando você vai levar o sujeito, um paciente álcool e drogas, ou um paciente de saúde mental, que ele é direcionado para outra unidade. Eu acho que aquilo ali não existe... pra nós que cuidamos deles. Acharmos que tem que mudar muito, eles são seres humanos. São vidas. E não podem ser destruídos ali, daquela forma, só porque usam drogas, só porque usam álcool. Quem que não usa álcool hoje? Quem não tem problema psiquiátrico hoje? Entendeu? Isso para mim... a gente vê isso quando chegamos em determinado local com o paciente, e você imagina isso dentro de hospital... a gente sente na pele, porque a gente cuida. Quando acontece isso é como se fosse na gente. Porque o que a gente faz, fazemos com muito carisma. E a

gente vai tratar o que vem de lá com muito carisma. Então, quando eles vão, eu acho que tem que mudar essa forma de pensar que a saúde mental... que a cabeça não faz parte do corpo. Porque quando chega lá nos outros lugares, eu vou tratar como se o sujeito estivesse doente, né? Ai quando eu descubro que o paciente tem alguma coisa, eu trato totalmente diferente. Muito diferente. Eles precisam de mais preparo para lidar com esses pacientes, principalmente quanto ao manejo.” (Entrevistado 7).

Ao encontro do pensamento exposto acima, retornamos a entrevista prestada pelo, alocado(a) no CERSAM AD 3 (Entrevistado 15), que afirma que a maioria das pessoas que procuram o CERSAM AD 3 tem um ‘recorte social’. Os indivíduos mesmo sendo viciados em substância psicoativas, não encaram o vício como um problema, mas sim a fome e outras questões sociais que consideram mais relevantes. Buscam o apoio da unidade não pelo tratamento, mas pelos benefícios sociais que podem receber.

[...] A grande maioria do público AD, tem um recorte social muito importante. São pessoas em situação de rua, são pessoas prejudicadas. Mas eu vejo que o acesso deles aqui, muitas vezes, parte mais da possibilidade de conseguir alguma coisa socialmente falando, do que de fato, para se tratar... Então são pacientes que às vezes sabem que usam crack, usam droga, mas não é esse problema. O problema é que eu quero comer. Então assim, em outras regionais, por exemplo, como Centro-Sul, que tem um acesso mais fácil ao Restaurante Popular, que tem acesso mais fácil àquela galera que dá sopa, que dá roupa, enfim, ali na rodoviária, lugares assim, eu vejo que essa demanda tão social, ela vem menos. Às vezes a pessoa vem muito mais por uma questão assim: 'Tá, eu posso tomar um banho, eu posso comer, mas eu quero tratar da droga.' Aqui, como que é um lugar mais isolado, me parece assim, o acesso é perto e longe ao mesmo tempo. Eu vejo que o pessoal vem logo pela questão do banho, para tirar identidade, vem porque querem comer todo dia. Aí, às vezes, a gente vai acolher o paciente e ele fala assim: 'Não, eu fiquei sabendo que aqui dá almoço e banho.' E aí você fala, 'Mas você faz uso de alguma coisa?', 'Eu faço demais.' Aí conta... mas para eles, tá tudo bem, não é esse o problema. (Entrevistado 15).

Em equivalência, o Entrevistado 7, alocado(a) no CERSAM AD 1, fala que não restam muitas alternativas para o usuário quando ele retorna para as ruas. Sem apoio da família, sem moradia, sem ter o que comer, o indivíduo retorna ao uso da droga.

[...] O paciente crônico mesmo no uso, desse lugar, vem muitas coisas de vulnerabilidade social, né? Entra muitas coisas, você já imaginou? mas não é só o uso do crack, em si. Quando você já não tem família, não tem emprego, não tem casa, vive na rua. Que que sobra para o sujeito quando sai do local de saúde onde ele passa o dia? Chegou de manhã, tomou café da manhã, almoçou, lanchou... E tantas quantas horas ele tem que voltar? Ele volta para rua. Então na rua o que que ele tem, né? Porque se tivesse novamente a casa, eu penso que o uso, com certeza, seria completamente diferente. (Entrevistado 7).

Para o Entrevistado 10, alocado(a) no CERSAM AD 2, o tratamento ofertado pelo SUS é de baixa exigência quanto a resposta do paciente ao projeto terapêutico traçado para ele,

justamente em razão das questões psicossociais enfrentadas pelos pacientes, que ultrapassam o vício em drogas.

“[...] não devemos ter tanta exigência nos projetos terapêuticos. Porque são pacientes muito graves, com um atravessamento de uso das drogas, com uma precariedade psicossocial que vai além do uso de drogas, que às vezes vem desde a infância, da adolescência, fora de Belo Horizonte... eles falam ‘trecheiros’, né, vão andando aí de cidade em cidade, de Estado a Estado. Então, assim, tem, às vezes, uma precariedade psicossocial, mental, para além do uso de drogas. Eles chegam aqui numa situação muito grave. (Entrevistado 10).

Ainda acrescenta que o que o CERSAM AD oferta um acompanhamento do paciente, mesmo ele não estando abstinente, priorizando a promoção de um cuidado integral. Tentando oferecer apoio no tratamento das questões físicas, mentais e sociais envolvidas no consumo prejudicial de crack.

[...] Porque a gente preconiza, às vezes, é um cuidado integral da saúde, mesmo ele usando crack, e que ele consiga fazer laços, né, com alguma outra coisa na vida que não seja usar crack. Centro de Convivência, melhora no trabalho, uma atividade, uma oficina, né? E às vezes também não é possível. Tem paciente que vai continuar fazendo uso abusivo de crack, vai estar sempre em uso abusivo, e a gente vai estar tentando cuidar dele dessa forma. O que não é fácil, né? É um desafio muito grande, pelo menos para mim, assim, eu acho muito difícil esse paciente que nunca melhora... que não tem nenhum tipo de impacto, né? Mas a gente tá cuidando, né? De alguma forma, tá cuidando dessa pessoa. [...] A gente não busca a cura de um paciente oncológico grave. A gente busca um cuidado desse paciente, até ali o momento que não... né? Até que tenha uma finitude. Até que a morte. No caso do paciente de crack, às vezes a morte não está tão prevista igual a de um paciente oncológico. Ao contrário do que as pessoas pensam, que o paciente de crack ele morre muito, né? Não morre tanto assim. Tem mais a questão social do que do uso. Mais a questão do tráfico e da violência. Não a questão do uso. É um paciente que vive muito. Mas é um paciente que a gente exige pouco dele. Então, assim, um pouco de ganho para a gente já é considerado um ganho excelente, entendeu? Então, a exigência é baixa do tratamento. A gente não espera tanto. E a gente sabe que as coisas vão piorar logo em seguida. (Entrevistado 10).

Divergindo do posicionamento acima, o Entrevistado 15, alocado(a) no CERSAM AD 3, ressalta que não se deve tratar o paciente de saúde mental como alguém incapaz de sair da dependência. Lado outro, reforça a ideia de que falta investimento na pessoa para que ela consiga sair da situação de vulnerabilidade social.

[...]Eu acho que falta muito investimento na potencialidade daquela pessoa. Que a gente tende a tratar um paciente de saúde mental, seja ele de qual modalidade for, como uma pessoa muitas vezes incapaz de sair daquilo. Como uma pessoa que vai ser constantemente tutelada, e eu acho que não tem que ser por aí, sabe, né? Então, assim, às vezes eu vejo que a assistência social nesse ponto tenta, mas ainda é muito pouco recurso para poder lidar com isso, sabe?... Investir no trabalho e emprego, na possibilidade de estudar. Às vezes, muitos aqui têm um sonho de... de sei lá, de terminar os estudos, mas eles não conseguem sustentar isso, até pela questão do uso mesmo, às vezes eles estão na rua. E às vezes isso tudo fica muito frágil, porque quando ele chega numa escola, tem um linear de frequência, tem um monte de coisa

que de certa forma afasta essa pessoa de conseguiu alcançar aquilo. Porque ele não dá conta de sustentar, né. Um paciente, por exemplo, que tá a noite toda exausto, catando papelão. E assim, às vezes, ele tem que ficar todo dia na escola para fazer um EJA, até dez horas da noite. Ele vai conseguir talvez uma vez na semana ou duas, as outras, ele tem que trabalhar, né? E às vezes ainda usa droga, que não dá conta, não consegue chegar lá. Então eu vejo que talvez adequar um pouco a limitação dessas pessoas, para que elas consigam ter acesso a mais coisas. (Entrevistado 15).

Logo, o trecho destaca a necessidade de investimento pela gestão pública na assistência social e no potencial dos indivíduos com problemas de saúde mental, enfatizando a importância de não os ver apenas como pessoas incapazes ou constantemente dependentes de tutela. Ressalta-se a insuficiência de recursos para lidar eficazmente com essas situações, apontando para a necessidade de adequar as estruturas de apoio, como educação e emprego, às limitações específicas dessas pessoas, permitindo-lhes melhor acesso a oportunidades e realização de sonhos como concluir os estudos, frequentemente dificultados por desafios como trabalho exaustivo e uso de substâncias.

Sobre a intersetorialidade, saúde e segurança pública, de acordo com as palavras do Entrevistado 4, alocado(a) no CERSAM AD 1, é preciso uma melhora na estruturação das políticas em um nível governamental, para que haja uma comunicação entre os setores da saúde, segurança pública e educação. Para ele, é preciso uma melhora do sistema como um todo, para resultar na melhoria do serviço de saúde.

Eu acho que, nos CERSAMs seria uma política de saúde a nível governamental. Aí sim resolveria tudo, sabe? Nós fazemos o que está ao nosso alcance. A gente promove a saúde, uma qualidade para eles, que está ao nosso alcance. Então tem lugar que a gente não consegue pôr a mão para fazer, né? Da forma que é passado para nós, a gente faz.[...] Eu acredito que é necessária uma melhora na estrutura no geral. Tudo está interligado, né? A saúde, a segurança, a educação, né? Tudo é interligado, até esse ponto que nós chegamos aqui. Porque a educação trabalha esse aspecto; a saúde em geral também; a segurança também, né? para combater tráfico, tudo isso.... Então assim, eu acho que engloba tudo. É preciso melhorar todo o sistema para chegar até nós. (Entrevistado 4).

Sobre as dificuldades sociais enfrentadas pelos indivíduos que fazem uso de drogas, e a relação com políticas intersetoriais, o Entrevistado 11, alocado(a) no CERSAM AD 2, menciona que é preciso uma integração da saúde com outras políticas, além do aumento de serviços de assistência social ofertados aos pacientes, que são essenciais no tratamento do uso prejudicial de drogas.

[...] às vezes pela correria, pela precariedade do serviço público que a gente tá num momento, é difícil, né, fazer essa costura, essa rede girar. Eu acho que é mais quando não tem uma integração nas outras políticas. Aqui no caso, os pacientes em situação de rua, não conseguem ficar em um abrigo, são poucas vagas, né, e estando na rua, a oferta de droga, de violência... até para dar conta de ficar, né. Então acho

que falta uma integração entre as outras políticas, de moradia, de trabalho, né, assim, outras opções de renda, para além desse trabalho formal, que para muitos não vai ser vai ser possível, né. [...]Acho que falta essa integração das políticas e aumentar o número de serviços. (Entrevistado 11).

O entrevistado ainda destaca que participou de seminário envolvendo atores da área da saúde e da segurança pública, visando discutir assuntos relacionados às pessoas em situação de rua. Informa que não existe uma comunicação entre os órgãos da saúde e da segurança, dificultando o trabalho de ambos. Para ele, os recursos deveriam ser pensados para otimizar a prestação de serviço de forma integrada.

[...] Eu recentemente participei de um seminário sobre pessoas em situação de rua, tinha gente de várias políticas que não conversam... e muitas delas fazendo mesmo serviço, para a mesma população. Acho que se isso fosse integrado... pensa no que casa um vai assumir dali, né, conversar. Eu acho que parte principalmente de um sistema integrado, informaticamente falando mesmo. Às vezes o paciente tá aqui, tá em outro serviço e a gente tá fazendo um trabalho em duplicidade... não precisa dessa integração? Não sei como fazer. Tem 12 anos que eu tô aqui, assim. A gente vai no caso a caso. No caso é possível conversar, mas mesmo assim, não é em todos..., mas eu acho que em um nível macro isso tinha que ser pensado e otimizado os recursos. Facilitaria o nosso trabalho e o deles também. (Entrevistado 11).

Neste contexto, para Buss e Carvalho (2009), a intersectorialidade não pode se basear em intencionalidades retóricas, ou em frágeis acordos. Precisa ser sistematizada em programas concretos para atender a demanda da população e seus resultados ainda carecem de serem avaliados.

Um exemplo de programa concreto que envolve a atuação conjunta dentro do sistema judiciário, é o Programa de Assistência ao Paciente Judiciário (PAI-PJ). O Entrevistado 10, alocado(a) no CERSAM AD 2, esclarece que tal programa se destina ao acompanhamento de pessoas que cometeram delitos/crimes pelo sistema Judiciário, que encaminha esses indivíduos para o tratamento na rede de saúde.

[...] já existe um pouco de conversa, né, com o judiciário, com a justiça, que é o PAI-PJ, que é o Programa de Assistência ao Paciente Judiciário, né. Aqueles pacientes que cometem delito, que cometem um crime, e eles são encaminhados para o PAI-PJ, né? E depois o PAI-PJ tenta articular o tratamento desses pacientes nos CERSAMs. A gente conversa um pouco sobre essas pessoas, né. Mas eu acho que falta um pouco mais de conversa, por exemplo, às vezes com PM, né? Assim, colocando segurança como um todo. Justiça e segurança. Às vezes, uma conversa melhor com a Polícia Militar, com a Polícia Civil, né? Eu acho que falta um pouco de conversa com a educação... é ampliar as conversas com a educação. Eu não sei como. Essa parte geralmente a gente não trabalha tanto, né, mas poderia sim ajudar de alguma forma. Eu acho que a Polícia Militar, se a gente tivesse trabalho conjunto, sabe? Com a Polícia Civil... eu acho que seria interessante a gente até desmistificar essa coisa da periculosidade do usuário de droga, né? E trabalhar mais na perspectiva do sofrimento mental, sabe? Não do criminoso, mas do paciente em sofrimento. (Entrevistado 10).

Igualmente, o Entrevistado 14, alocado(a) no CERSAM AD 3, cita a atuação do PAI-PJ, ressaltando a sua extrema importância. Os pacientes que se encontram no sistema prisional, recebem acompanhamento de profissionais e possuem um entendimento maior de questões jurídicas sobre processos judiciais em que estão submetidos, além de serem encaminhados para receberem tratamento de saúde mental.

[...] Aqui em BH a gente tem o PaiPJ, né? Mas eu acho que eles passam pelo mesmo problema que eles têm uma demanda gigantesca, que não tem como eles darem a atenção que todo mundo merece. Mas a gente vê que, por exemplo, os nossos usuários mesmo relatam que o atendimento do PaiPJ é fundamental para eles. Isso é algo que parte até da observação deles mesmo. Tem um fator prognóstico de uma melhora para eles muito grande. E muitas vezes a gente atende muitos usuários que vêm sendo acompanhados por psicólogos do PaiPJ, e tem um entendimento maior de como estão as condições jurídicas deles, de como estão, e muitas vezes a própria pessoa é incapaz de trazer isso para gente, porque, eu por exemplo, não tenho tanto entendimento de direito penal, e a gente acaba não dando a devida importância a isso. E a gente tem muita gente que está, por exemplo, no sistema prisional e está desassistida de saúde mental. Eu acho que seria muito importante sim. Se pensarmos em prevenção seria uma coisa extraordinariamente importante. (Entrevistado 14).

A Resolução nº 944/2020 (BRASIL, 2020), estabelece as diretrizes para o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ). Integrante do Programa Novos Rumos na Execução Penal, o PAI-PJ tem como finalidade auxiliar a justiça de 1ª e 2ª instâncias. Sua atuação se concentra na individualização da aplicação e execução de medidas socioeducativas, penas e medidas de segurança destinadas aos pacientes judiciários. Este suporte se baseia nas diretrizes da Lei federal nº 10.216/2001, assegurando uma abordagem fundamentada e legalmente embasada. Dentro de suas responsabilidades, o PAI-PJ possui várias atribuições essenciais. Entre elas, está o acompanhamento dos processos criminais e infracionais, oferecendo suporte jurídico, clínico e social aos pacientes judiciários.

Este acompanhamento visa garantir o exercício dos direitos fundamentais dos pacientes. O programa também atua como um elo entre o sistema jurídico e as redes públicas assistenciais, promovendo diálogo com equipes periciais, emitindo relatórios e pareceres aos juízes competentes. Além disso, sugere medidas processuais apropriadas, baseando-se em um modelo de saúde mental aberto e comunitário, e coordena articulações para o acolhimento de pacientes em situações de grave sofrimento psíquico.

Por fim, o PAI-PJ é responsável pelo acompanhamento de adolescentes em conflito com a lei e em situação de sofrimento psíquico. Os casos são recebidos através de encaminhamentos por determinação judicial ou demanda espontânea. A inserção do paciente no programa depende da decisão do juiz competente, e a extinção do respectivo processo criminal resulta automaticamente no desligamento do paciente do PAI-PJ. Assim, o programa

desempenha um papel crucial na intersecção entre a justiça e o bem-estar dos pacientes judiciários, especialmente no contexto de medidas de proteção estabelecidas no Estatuto da Criança e do Adolescente e na Lei federal nº 10.216/2001.

Nada obstante, em demais setores públicos persiste a falta de comunicação entre os órgãos da segurança pública, da saúde e da educação. O Entrevistado 9, Enfermeiro(a), alocado(a) no CERSAM AD 2, disse que na atualidade ninguém se comunica e essa conversa ajudaria bastante na construção de estratégias de atuação. *In verbis*: “Eu acho que seria bem interessante. Ninguém se comunica entre si, né? Ajudaria muito.” (Entrevistado 9).

Por sua vez, o Entrevistado, alocado(a) no CERSAM AD 2, disse que uma mudança na atuação dos servidores da segurança pública, contribuiria para a melhoria dos serviços assistenciais. Segundo ele, a atuação da polícia inibi o tráfico e o consumo de drogas.

[...] Eu acredito que começaria exatamente na segurança no geral. Policiamento intenso resolveria uma boa parte. Porque se tem polícia, inibe; se inibe, não vai ter ou pelo menos diminui, mas se não tem, vai ter ou vai aumentar o consumo de drogas. (Entrevistado 8).

Diante de tudo o que foi observado, conclui-se que a intersetorialidade inclui a cooperação entre diversos departamentos governamentais, como saúde, educação, assistência social, justiça, meio ambiente, entre outros e que precisa envolver a partilha de informações, conhecimentos, habilidades e recursos entre os setores envolvidos para alcançar objetivos comuns. Sendo o objetivo uma melhora na prestação de serviços assistências, de saúde e de segurança, faltam projetos e políticas a serem desenvolvidos e implementados de maneira colaborativa, garantindo que as estratégias sejam abrangentes e multisetoriais.

6.4 Transtornos mentais e o uso prejudicial de drogas

O consumo de substâncias psicoativas pode ocorrer em diferentes níveis, desde o uso ocasional/moderado, até níveis de dependência elevada, existindo diferentes perfis de usuários. A diversidade de contextos nos quais ocorre o consumo deve, portanto, orientar os tratamentos, refletindo a heterogeneidade das circunstâncias em questão (COSTA, 2013).

Nesse trabalho o conceito de ‘uso prejudicial de drogas’, foi entendido como patologia resultante do consumo de substâncias psicoativas na medida em que o usuário fica impossibilitado de realizar escolhas de forma consciente, estando relacionado a noção de dependência (CETLIN, 2010).

A construção patogênica do uso de psicoativos só pode ser uma operação bem-sucedida se for possível demonstrar que o consumo se faz por determinação biológica do organismo – que degenera a consciência e a vontade – e não pela decisão autônoma do indivíduo (MONTERO, 2007, apud, CETLIN, 2010, p. 146).

Assim, o indivíduo não mais possui o controle de decisão sobre o hábito de usar a droga, realizando o uso mesmo conhecendo suas consequências negativas. A palavra adição é frequentemente usada para descrever problemas graves relacionados ao uso compulsivo e habitual de substâncias, porém o O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5 – DSM – 5, não a utiliza como termo de diagnóstico em sua classificação "em razão de sua definição vaga e de sua conotação potencialmente negativa." (DSM-5. 2014, p. 485).

O termo transtorno por uso de substância, por sua vez, é utilizado por "descrever a ampla gama do transtorno, desde uma forma leve até um estado grave de recaídas crônicas de consumo compulsivo de drogas." (DSM-5, 2014, p. 485). A característica central de um transtorno por uso de substância "consiste na presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando o uso contínuo pelo indivíduo apesar de problemas significativos relacionados à substância." (DSM-5, 2014, p. 483).

Visto que as pessoas em uso prejudicial de crack possuem um transtorno por uso de substância. Sobre o tratamento de saúde mental ofertado aos pacientes usuários de drogas, informa o Entrevistado 14, alocado(a) no CERSAM AD 3 que os pacientes são referenciados por dois profissionais que fazem o acompanhamento do caso, tanto da parte psiquiátrica, quanto da parte psicossocial.

[...] a referência no tratamento de uso de drogas da saúde pública é o CERSAM AD, o tratamento aqui, basicamente, a pessoa vai ter uma referência técnica e uma referência médica. Cada paciente é referenciado por dois profissionais. Profissionais que tem alguma especialização em saúde mental. A gente faz um acompanhamento, né? Tanto da parte mais psiquiátrica, mais medicamentosa, quanto intervenções psicossociais. Muito focado também nas questões familiares, estratégias para conseguir reduzir ou chegar a abstinência, dependendo do que for o objetivo da pessoa, dependendo do que for possível de ser construído. Então, basicamente, a gente vai tratando os casos na psiquiatria, das questões de tratamento, pelo lado mais da abordagem psicossocial também. (entrevistado 14).

Segundo os relatos sobre os resultado da pesquisa empírica, observa-se que na maioria dos quadros em que o paciente faz uso prejudicial de crack, após avaliação profissional, contata-se que o indivíduo apresenta transtorno de humor grave, psicose grave e não tratada, momento em que é direcionado para realizar tratamento junto à psiquiatria. Tal afirmativa se confirma no depoimento do Entrevistado(a) 10, alocado(a) no CERSAM AD 2.

[...] Porque às vezes o paciente chega, ele é usuário de crack grave, mas à medida que a gente vai avaliando e acompanhando, você vê que o paciente pode ter um transtorno de humor muito grave, uma psicose muito grave, não tratada. Geralmente, a maioria, né? Então, a psiquiatria entra, né, com as medicações para tratar um pouco desse transtorno de base, né? (Entrevistado 10).

De igual forma, os entrevistados 5, 7 e 11, mencionam que os pacientes que fazem uso de crack, costumam apresentar sinais de irritabilidade e transtornos psiquiátricos. Conforme as palavras do Entrevistado 5, alocado(a) no CERSAM AD 1, pacientes chegam na unidade do CERSAM AD desintoxicados, mas apresentando sinais de transtornos psicológicos. Segundo ele o uso de crack causa demência e irritabilidade.

[...] Tem uns que nem estão intoxicados, não chegam intoxicados, mas eles chegam surtados, né? Porque a droga ela vai causando uma demência, uma irritabilidade, e aí, uma hora, você não presta, você é aquilo, você é chata. Às vezes, você tem que sair de cena e chamar outra pessoa. Isso tudo é o manejo que a gente falar, e você não pode levar para o lado do coração. Se eu levar para o lado do coração, você não trabalha, né? (Entrevistado 5).

Por sua vez, o Entrevistado 7, alocado(a) no CERSAM AD 1, declara que muitos pacientes chegam para atendimento na unidade com a saúde mental prejudicada, apresentando agressividade, ocasionada pelo uso de substâncias psicoativas, o que pode resultar na internação involuntária do paciente.

[...] muitos chegam nesse momento, entendeu? Do lado psíquico muito prejudicado. Ele não quer nada... muitos agressivos, né? Devido ao uso, né. E aí é feito esse tipo de internação involuntária nessa parte. (Entrevistado 7).

Finalmente, o Entrevistado 11 relata que muitos pacientes jovens que fazem uso de drogas também apresentam transtornos de base associados.

[...] Muitos pacientes novos, além do uso da droga, tem a questão da saúde mental associada no quadro de base. Quase a maioria se a gente for olhar tem um quadro de base associado. (Entrevistado 11).

Tem-se como característica importante dos transtornos por uso de substâncias a ocorrência de alteração básica nos circuitos cerebrais que pode perdurar mesmo após a desintoxicação, notadamente em indivíduos com transtornos graves. "Os efeitos comportamentais dessas alterações cerebrais podem ser exibidos nas recaídas constantes e na fissura intensa por drogas quando os indivíduos são expostos a estímulos relacionados a elas." (DMS-5, 2014, p. 483).

Destarte que BIZZOTTO (2010, p.132) aduz que "conforme a fenomenologia psiquiátrica, fissura indica dependência e requer intervenção medicamentosa e psicoterápica."

O autor continua dizendo que “as recaídas são inúmeras e constantes no caso do usuário de crack. E muitas vezes a recaída está diretamente associada à fissura” (BIZZOTTO, 2010, p. 134).

Diante dos relatos colhidos durante a pesquisa empírica e das informações contidas na literatura sobre a temática, podemos que os usuários de crack sofrem transtorno em decorrência do uso da substância, podendo ser de vários níveis. Nos casos de pacientes graves, conforme confirmado pelo relato do Entrevistado 7, são feitas internações involuntárias visando o tratamento desses indivíduos. Passemos a discutir uma das controvérsias que envolvem a internação involuntária desses pacientes, estando essa atrelada ao cabimento ou não dessa modalidade diante do direito de autodeterminação dos indivíduos.

6.4.1 A Controvérsia acerca da internação involuntária do usuário de crack

Conforme exposto no curso da pesquisa, a dignidade da pessoa humana corresponde a um dos fundamentos do Estado de Direito, estando vinculada a todos os aspectos que circundam o tratamento do usuário prejudicial de crack. Sobre a introdução da dignidade da pessoa humana no bojo do texto constitucional, Sarlet, Marinoni e Mitidiero escrevem que:

Tanto o preâmbulo quanto o título dos Princípios Fundamentais são indicativos de uma ordem constitucional voltada ao ser humano e ao pleno desenvolvimento da sua personalidade, bastando lembrar que a dignidade da pessoa humana, pela primeira vez na história constitucional brasileira, foi expressamente guindada (art. 1º, III, da CF) à condição de fundamento do Estado Democrático de Direito brasileiro, por sua vez também como tal criado e consagrado no texto constitucional. (SARLET; MARINONI; MITIDIERO, 2014, p. 258).

Nesse sentido, toda a ordem constitucional brasileira deve estar de acordo com este princípio, que reconhece a anterioridade dos valores existenciais sobre os patrimoniais e demanda o respeito da condição humana de todos, sem discriminação de qualquer gênero. Ressalta-se que a positivação do princípio da dignidade da pessoa humana constitui um marco para o desenvolvimento de outros direitos. Conforme registrado por Barroso "ele representa a superação da intolerância, da discriminação, da exclusão social, da violência, da incapacidade de aceitar o outro, o diferente, na plenitude de sua liberdade de ser, pensar e criar." (BARROSO, 2001, p. 40.).

O SISNAD (BRASIL, 2006) preceitua em seu art. 4º, onze princípios, dos quais destacamos os elencados nos incisos I e II. O primeiro refere-se ao respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana, especialmente quanto à sua autonomia e à sua liberdade,

"está em conformidade com as tendências criminológicas modernas, nas quais o enfoque estereotipado do consumidor doente, cede lugar à autonomia da vontade" (GOMES, 2014, p. 37). Disso decorre que o usuário de drogas deixa a situação passiva, para passar a participar ativamente do processo que envolve o uso e a dependência da droga. Em contrapartida, o inciso II está diretamente ligado ao anterior e, consagra o respeito à diversidade e às especificidades populacionais existentes. Diverge do primeiro no sentido de que não trata da esfera individual, mas sim da coletividade (GOMES, 2014).

Assim, a problemática que gira em torno da internação sem o consentimento do paciente, está no conflito de bens jurídicos tutelados pela Constituição Federal de 1988, envolvendo o direito à vida e o direito à liberdade. Conforme ensinamentos de Norberto Bobbio, "não há princípio abstrato que não admita exceções em sua aplicação" (BOBBIO, 1997, p. 10.) de forma que, mesmo diante da conquista da liberdade, em todos os seus diversos aspectos, o sujeito pode tê-la restringida.

À vista disso, no campo da saúde mental, existem três tipos de internação psiquiátrica, sendo: 1) internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; 2) internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e 3) internação compulsória: aquela determinada pela Justiça. (BRASIL, 2001).

Contudo, a internação prevista na Lei Federal nº 10.216/2001 (BRASIL 2001), tem natureza subsidiária, visto que está previsto que só poderá ser indicada, em qualquer de suas modalidades, quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes para o tratamento, além de exigir se basear em laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Diante do exposto, sobre as modalidades de internação involuntária e compulsória, o Entrevistado 1, informa que para aqueles indivíduos que fazem uso abusivo de drogas que não querem aderir voluntariamente aos serviços disponibilizados pelo SUS, resta a opção de uma internação involuntária, que ocorre mediante ordem médica, ou existe a opção de uma internação compulsória, que, igualmente, exige um relatório médico indicando a sua necessidade.

Para quem está na rua vai restar, em caso de a pessoa não querer aderir ao atendimento do consultório de rua e dos serviços outros que serão ofertados, né? Porque ela pode resolver aderir a atenção do CERSAM, por exemplo, certo? É difícil, mas já aconteceu! Existiram situações em que isso se deu. Também tem o próprio consultório, nos citamos que pode ser uma opção. Se nenhum desses tratamentos que são ofertadas àquela pessoa, por conta própria, de forma voluntária resolver, vai restar a opção de uma internação involuntária. Por ordem médica, sempre. [...] Vai ter também a opção da internação compulsória, desde que exista a indicação médica, mediante apresentação de relatório. Nestes casos, a família teria

que apresentar ao menos um relatório médico indicando a situação do usuário. Existem situações em que a família não vai possuir esse relatório. (Entrevistado 1).

O Entrevistado 1, acrescenta ainda que existe uma proximidade muito grande entre as modalidades de internação involuntária e compulsória, sendo que ambas precisam se basear em critérios médicos que atestem o melhor tratamento a ser efetivado em cada caso, após a avaliação do paciente. A diferença destas modalidades de internação está na natureza jurídica delas. A internação compulsória prescinde a existência de ordem judicial, enquanto para a ocorrência da modalidade involuntária basta o entendimento médico nesse sentido.

[...] O nosso pedido é para que o poder público, os entes políticos que são acionados, por conta deles, efetivem a internação segundo o critério médico que vai ser definido mediante análise do caso clínico, de exames que serão feitos, etc., a fim de definir-se o melhor tratamento, por quanto tempo ele vai perdurar e o que é necessário em cada caso concreto. Muito semelhante ao que acontece na internação involuntária. Ao meu sentir, inclusive, uma internação compulsória nada mais é do que uma internação involuntária ratificada por uma decisão judicial. Porque ambas têm que se embasar em entendimento médico e também no entendimento são direcionados ao mesmo fim, entendeu? Então, estão muito próximas uma da outra. O que muda a natureza jurídica de cada uma delas é existir ou não a ordem judicial para tal. (Entrevistado 1).

Segundo o(a) Entrevistado 2, servidor atuante há cerca de 20 anos na Promotoria de Defesa da Saúde do Ministério Público de Minas Gerais, o pedido de internação compulsória só é feito pelo Ministério Público, após diversas tentativas de inserção do indivíduo em tratamento em regime aberto e voluntário. Isso ocorre nos casos em que o usuário prejudicial de drogas está colocando em risco a sua vida ou de seus familiares. No Ministério Público existe um psiquiatra que faz um parecer acerca do pedido de internação involuntária, que posteriormente é avaliado pelo Promotor de Justiça responsável, que pode ou não ajuizar ação pedindo a internação compulsória do indivíduo em situação de vulnerabilidade.

[...] Em alguns casos pode chegar de o promotor pedir uma internação compulsória, mas isso só ocorre depois que todas as tentativas foram feitas. Tentativas de tratamento ambulatorial, em meio aberto e o critério para o setor técnico sugerir uma medida dessa é quando há risco de morte. Se não for por isso, não. Realmente, nos casos em que se constata que há uma possibilidade de risco de morte, para o familiar ou para a própria pessoa, que as vezes está se envolvendo com tanto conflito, as vezes na rua, apanhando, chega a ser agredido, enfim, diante da recusa das outras modalidades de tratamento e não ter sido possível sensibilizar essa pessoa sobre a importância do tratamento, aí, nesses casos, o setor técnico... não é a psicologia que fala isso. Na nossa equipe técnica tem um psiquiatra, então ele analisa. Esse parecer é dele, fundamentado nas questões médicas. Ele sugere, e o promotor que vai realmente verificar. Tem sido assim. Não é em qualquer caso que se pede uma internação compulsória, pelo contrário, a gente acompanha durante meses aquela situação e quando chega em um ponto que tem esse risco, já aconteceu de pedir. Na minoria dos casos ocorre o pedido de internação compulsória. (Entrevistado 2).

Com base na experiência profissional do Entrevistado 14, alocado(a) no CERSAM AD 3, este explica quais são os critérios para a indicação de uma internação involuntária. Segundo ele, o paciente não compreende os riscos que envolvem a sua condição de usuário abusivo. Já existe, provavelmente, um comprometimento mental profundo envolvido em seu quadro clínico. Apenas o uso de substâncias psicoativas é insuficiente para determinar a internação na modalidade involuntária.

[...] Na involuntariedade, a gente tem que estar entendendo que o risco para o paciente é muito grande e que ele não consegue compreender esse risco e não vai ser capaz de manejar esse risco por si próprio. Provavelmente já existe um comprometimento da questão mental mais profundamente. Geralmente o uso de drogas por si só, na maioria das vezes não determina a involuntariedade. Vai mais, por exemplo, para o paciente que perdeu o juízo de realidade, o juízo crítico, que não consegue mais manejar a própria vida. Então existe um risco muito grande de que se ele sair daqui algo muito ruim vai acontecer. Vai ter alguma ação... pode ser o risco de suicídio, por exemplo. O risco de uma agitação maior, com consequências negativas, então a gente indica uma involuntariedade. No primeiro momento a gente tenta fazer isso junto com a família. A gente tem um formulário, que temos que enviar para o Ministério Público nas questões de involuntariedade. Geralmente o familiar assina junto com a gente, se não tem familiar, a gente passa para a avaliação de dois médicos e dois médicos assinam e a gente tem que enviar em 24 horas para o Ministério Público comunicação de que a gente tem um paciente que foi internado contra a vontade dele. E assim também, quando a gente der alta tem um formulário que a gente envia para comunicar que o paciente recebeu alta. (Entrevistado 14).

Nessa seara, a internação involuntária é medida extrema, pois se trata de restrição de liberdade de uma pessoa para submetê-la a tratamento ao qual não consentiu. Dessa forma, “somente deve ocorrer quando esta se encontra num estado particularmente grave e corra sérios riscos, para si e para terceiros”. (SARMENTO, D.; SOUZA NETO, C. P., 2014, p. 1410). Assim, evidenciamos que nos CERSAMs AD a internação involuntária só é promovida em razão de critérios médicos (atrelados ou não a uma ordem judicial), estando de acordo com o que preconiza o SISNAD.

A autonomia do indivíduo para determinar se quer se manter em uso da substância tem que ser respeitada. Sobre o tema Fantauzzi e Aarão destacam que:

Considerando pelo viés dos direitos humanos, diríamos que o sujeito possui autonomia para determinar se quer ou não usar determinada substância psicoativa e que o usuário deve ser tratado como portador de direitos sociais, econômicos e civis. Também diríamos que o sujeito deve ser o principal foco das políticas públicas e estas devem garantir-lhe tratamento, caso deseje parar de usar determinada substância, ou mesmo que pretenda somente ‘dar um tempo’ ou, ainda, que não pretenda parar de usar (FANTAUZZI; AARÃO, 2010, p. 81).

Sobre a capacidade de autodeterminação dos indivíduos, o Entrevistado 1, servidor da Defensoria Pública de Minas Gerais, esclarece que por vezes é difícil para o leigo identificar que o outro perdeu a capacidade de se autodeterminar. Em razão disso, exige-se nos casos de

pedido de internação involuntária/compulsória dos usuários prejudiciais de crack e outras drogas uma documentação a ser expedida por médico capacitado, que indique essa perda, para consolidar esse entendimento.

[...] Por vezes, fica difícil até para a gente que é leigo e não tem formação na área médica, perceber que aquela pessoa já perdeu a capacidade de se autodeterminar e, que ela não tem como mais fazer a opção se quer ou não, se deve ou não, ser submetida a um tratamento, não é? No caso de existir a documentação que indique, tanto na interdição quanto no tratamento compulsório, serão os caminhos a serem tomados. [...] quando chega para a gente uma documentação que indique a internação compulsória, mediante relatório médico fundamentado, além de outros documentos que podem consolidar isso, sempre acompanhados de um relatório, é possível sim e, fazemos aqui a propositura da ação de internação compulsória, que seria, a princípio, para efetivar uma desintoxicação e depois, a critério médico, o tratamento indicado em cada caso, podendo variar o tempo e o tipo de tratamento de acordo com o paciente. (Entrevistado 1).

Outrossim, outros relatos de entrevistados também comprovam esse caráter excepcional da modalidade involuntária de internação, estando relacionado a capacidade de autodeterminação do usuário, variando em cada caso. É o que se depreende dos relatos dos entrevistados 15, alocado(a) no CERSAM AD 3, e Entrevistado 4, alocado(a) no CERSAM AD 1. Vejamos:

[...] em casos mais graves, onde o paciente está se colocando muito em risco, é um paciente que está ameaçado no território, é um paciente que está em uso muito abusivo, prejudicial, sem crítica, sabe assim. A gente insere na hospitalidade noturna, que é quando ele passa o dia e à noite aqui. E esse tratamento pode ser feito de forma voluntária ou involuntária. Quando a gente entende que o risco à vida está sendo muito maior do que a crítica do paciente, por exemplo, ou é um paciente que está muito desorganizado, que não tem condições de ir embora. É um paciente, às vezes, clinicamente muito debilitado, que ele não consegue ficar na rua, que a família não tem suporte para conseguir acompanhar esse paciente. Aí a gente coloca em hospitalidade noturna involuntária, mas sempre explicando para o paciente o porquê dessa conduta. [...] Mas tem outros casos que são de involuntariedade pela justiça, né? E aí tem as internações compulsórias, normalmente é a família quem pede. A família aciona o Ministério Público, né? E faz todos os tratamentos legais para que seja feita. Em alguns casos, essa involuntariedade é feita aqui, como a gente está com um paciente que está involuntário agora. Mas o que eu percebo é que a família, na grande maioria das vezes, aciona as comunidades terapêuticas para fazer esse trâmite, sabe? É... Então, eu acredito que são essas duas vias, assim. Eu, sempre com um critério clínico... até a involuntária jurídica, vamos dizer assim, normalmente precisa de um laudo psiquiátrico, né? (Entrevistado 15).

[...] Involuntária, quando ele está em crise, né? Ele chega aqui numa unidade, em crise. O SAMU o pegou na rua, ele tá em crise ali. Então ele vai ficar involuntário. Ele vai falar: eu vou embora, e a gente vai falar: você não vai embora, até ele estar com a consciência bacana, sabe? Com a crítica preservada. Orientado em tempo e espaço, para ele ser liberado. Ele chegou em crise, ele não vai responder pelos atos dele, né? Ele pode chegar ali e pular na frente do carro. E nesse momento, ele é involuntário. Ele chega e fica internado involuntariamente (Entrevistado 4).

Observamos ainda que não existe um prazo determinado de duração da internação na modalidade involuntária ou compulsória. A alta vai depender da resposta do paciente ao tratamento, que será acompanhado pela equipe multiprofissional do CERSAM AD. Sobre o tema, o Entrevistado 2, servidor(a) atuante há cerca de 20 anos na Promotoria de Defesa da Saúde do Ministério Público de Minas Gerais disse que o médico que determina o tempo de duração da internação involuntária, podendo ainda ser aumentado ou diminuído durante o acompanhamento do paciente no tratamento.

[...] O que eu vejo no parecer do médico daqui é que, ele coloca sempre que a internação ocorrerá pelo tempo que o médico avaliar como necessário. Ele as vezes pode colocar assim, 30 dias, podendo ser alterado ou diminuído de acordo com a avaliação do médico que estiver acompanhando. Isso a gente não tem como estabelecer o tempo. É uma questão do médico do local que for recebido. (Entrevistado 2).

Por sua vez, o(a) Entrevistado 15, alocado(a) no CERSAM AD 3, registra que o Ministério Público preconiza cerca de três meses para a internação, mas já teve notícias de internações mais longas em unidades hospitalares. Na unidade do CERSAM AD em que trabalha, o tempo varia entre 15, 20, 60 dias, ou mais, a depender do caso e da gravidade. Informa ainda que o objetivo da equipe é converter a internação involuntária em um tratamento voluntário.

[...] Parece que o Ministério Público, normalmente, preconiza três meses, no mínimo, de internação. Mas, em outros lugares, como hospital psiquiátrico, eu já vi mais tempo. Até quando essa medida envolve a questão de periculosidade, aí eu já vi que é um tempo maior, e normalmente é o juiz que determina. Quando o juiz não determina o prazo, aí fica a critério do lugar onde ele está internado. Se for uma comunidade terapêutica, pode ser nove meses, quinze meses, três anos. Aqui a gente costuma avaliar... 15 dias, 20 dias, vai muito no caso a caso mesmo, porque tem pacientes aqui, por exemplo, que não tinham nada a ver com a compulsória e ficaram 45 dias, 2 meses, porque estavam muito desorganizados. Não era mais involuntária, porque a gente converte, né? Da involuntariedade para a voluntariedade, quando ele vai melhorando. Mas a gente vê que as vezes não é possível mesmo liberar, porque ele não tem condições de ir embora. Então, por isso que eu acredito que é importante esse cálculo clínico, sabe? Não é mantê-lo preso aqui que vai fazê-lo parar de usar droga. (Entrevistado 15).

Nas palavras do Entrevistado 12, alocado(a) no CERSAM AD 3, baseado em sua experiência profissional, já teve conhecimento de casos de pacientes que ficaram internados por 12 meses no CERSAM AD.

[...] Olha, essa menina que está aí, que eu dei o exemplo dela, eu acho que é uns três meses. Tem gente que costuma ficar mais. Eu conheço gente no CERSAM que já tem quase um ano. Em outra unidade, por exemplo, tem uma menina lá que já tem quase um ano, involuntária. Não tem uma data certa, sabe? Vai depender da avaliação médica, ou do paciente não evadir. Porque eles dão um jeito de pular o

portão, pular a janela do banheiro... Tem uns que conseguem pular cada janela que você não acredita. (Entrevistado 12).

Destarte que uma vez determinada a internação compulsória/involuntária, esta ocorrerá pelo tempo em que for necessária, e o tratamento deverá disponibilizar uma estrutura que ofereça "um atendimento multidisciplinar aos pacientes, ofertando-lhes assistência integral, por meio de serviços médicos, de assistência social, de psicólogos, de terapeutas ocupacionais, dentre outros." (SARMENTO; SOUZA NETO, p. 1414-1415).

Noutro giro, sobre os locais em que pode ocorrer a internação involuntária de pacientes em Belo Horizonte, o(a) entrevistado(a) 2, servidor(a) atuante há cerca de 20 anos, na Promotoria de Defesa da Saúde do Ministério Público de Minas Gerais, menciona que geralmente ocorre em hospitais. Como referência de hospital público cita o Hospital Raul Soares, contudo, caso o paciente possua plano, pode ocorrer em instituições privadas. Na falta de leitos disponibilizados pelo Hospital Raul Soares, as internações são feitas nas unidades dos CERSAMs AD. Na opinião da Psicóloga, tais internações nessas unidades confrontam os objetivos propostos pela política de redução de danos e o modelo de tratamento preconizados em tais estabelecimentos de saúde.

[...] A proposta do CERSAM é um tratamento que é o oposto disso, um tratamento em meio aberto. Eu tenho percebido que isso tem acontecido. Não sei exatamente o porquê. Eu não sei se é a FEMIG que recorre, né?. O Município, por conta dessa questão do Raul Soares não recolher mais moradores de Belo Horizonte, e ai eles então encaminham para o CERSAM. Não sei, mas tem acontecido uma internação compulsória no CERSAM. Apesar de que la não é um local para se tratar compulsoriamente. Foge totalmente da proposta. A proposta do CERSAM é um tratamento ambulatorial, em meio aberto, mas tem acontecido. No caso de o município dizer que não existem vagas, o recurso é em uma clínica particular e o estado paga o gasto, mas isso não é a maioria dos casos. É mais uma exceção. [...] Nestes casos, no Ministério Público, o parecer é feito sem o contato com o paciente, porque se forem chamados não comparecem. Principalmente porque já acham que é para serem presos. Então não vem. O parecer é feito diante de todo o histórico, das tentativas de inserção em um tratamento voluntário. Depois tem a tentativa ainda do involuntário, que é a Rede pegar e conduzir a pessoa mesmo que ela não queira para uma avaliação e, depois ainda é que vem a compulsória. No caso, são meses de acompanhamento, até um belo dia resolva chegar nessa medida, mas ela se baseia somente em documentos. Contato com a família, documentos da equipe da Rede de saúde, Boletins de ocorrências que a família registra, contando o que aconteceu, enfim, são documentos. (Entrevistado 2).

Através da pesquisa, também foi possível observar que existem diversas questões sociais que acompanham o usuário prejudicial de drogas e refletem diretamente em seu tratamento. Tal discussão já foi trabalhada na análise proposta no capítulo 6.3. Com base nisso, depoimentos descrevem que a família por questões que envolvem a falta de conhecimento acerca das características dos transtornos resultantes do uso de drogas, buscam

pelas instituições, idealizando uma internação involuntária. Pensam que a internação forçada será capaz de trazer resultados positivos para o uso prejudicial do crack.

Sobre o tema, passaremos a apresentar os resultados da pesquisa sobre a visão dos profissionais da saúde, no que se refere aos pontos positivos e negativos das internações forçadas.

Na visão do Entrevistado 3, atuante na Promotoria de Defesa da Saúde do Ministério Público de Minas Gerais, o tratamento do uso prejudicial de crack é um desafio, na medida em que os familiares criam expectativas acerca da promoção de uma internação compulsória, sendo que o fato do indivíduo ficar internado por muito tempo não quer dizer que solucionará o problema da dependência, além das questões sociais e clínicas envolvidas.

[...] E eu acho que é um desafio, porque chega aqui para a gente os familiares, é uma expectativa muito grande, por exemplo, em uma internação compulsória e a internação é um momento do tratamento. Saiu da crise, ele vai para o tratamento em meio aberto e aí é difícil, porque muitas vezes os laços familiares já estão muito fragilizados. O psicológico, a família coloca no serviço uma responsabilidade, um objetivo que é de deixar a pessoa... como se ficar internado por muito tempo resolvesse, e não resolve. Porque as vezes as pessoas vão para as comunidades terapêuticas, ficam lá nove meses, retornam e no mesmo dia fazem uso de drogas. Eu acho que é muito difícil, ainda mais crack que vicia muito rápido, que causa uma dependência muito rápida. É uma droga mais barata, né? de fácil acesso, é muito complicado. (Entrevistado 3).

Ao encontro da fala do Entrevistado 3, está o depoimento do Entrevistado 5, alocado(a) no CERSAM AD 1, que menciona as vulnerabilidades dos usuários, acrescentando que os profissionais do serviço de saúde buscam externamente por apoio social de instituições, como ONGs, que possam contribuir no tratamento dos usuários.

[...] a gente sabe que fica um pouco difícil, mas quando você vai pegar um paciente e jogar... um paciente que tem dificuldade de deambular. Um paciente que não tem um teto. Um paciente que já vem com alguma demência. Quando você vai pegar esse paciente e jogar lá fora? Esse paciente costuma ficar mais tempo no serviço para estar fazendo esse trâmite com ele, né... olhando lá fora os apoios sociais que tem, as ONGs que podem ajudar, um asilo, uma casa de apoio. Isso tudo exige olhar muita documentação. É uma parte burocrática, que às vezes também não depende de nós. Que o serviço tem que esperar lá fora resolver, para esse paciente ser mandado para lá, e isso às vezes não é fácil também. Por isso que o serviço não é eficaz, tá vendo? É porque falta muita coisa. Esses pacientes ficam aqui. A gente tem pacientes aqui que tem três meses, cinco meses... como diz, né, já faz parte da casa. Você não pode simplesmente pegar esse paciente e jogar ele lá fora. Então esses ficam mais tempo. (Entrevistado 5).

Segue mencionando que se o paciente chega no CERSAM AD e é submetido a internação de forma involuntária, significa que esse indivíduo não tem condições de gerir seus atos, em função da falta de saúde mental. Na visão do entrevistado, o lado social também deve ser observado para a promoção da saúde.

[...] Imagine, ele é involuntário porque não tá dando conta lá fora. Então na medida que você o põe para dentro e ele retoma essa capacidade, e é oferecido esse tratamento, ele vai estar com os quimioterápicos, os remédios em dia, ele vai fazer uso certo. Ele vai ter um banho, ele vai ter uma alimentação adequada, ele vai ter uma cama, né, ele vai ter acompanhamento psiquiátrico. Então ele vai redobrando essa saúde mental, essa saúde física, a saúde social também. O social também é uma saúde... você poder tomar um banho, você poder vestir, você poder comer, se socializar, conversar, né, sem estar surtado, isso já é um tratamento muito produtivo. Até por conta de que se você não receber esse paciente... se ele é involuntário é porque ele não tem capacidade lá fora. Se ele não tem capacidade lá fora e não é oferecido esse tratamento de imediato, pode ser tirada a vida dele lá fora. Ele pode não ter oportunidade de mudar. (Entrevistado 5).

Por seu turno, o Entrevistado 7, alocado(a) no CERSAM AD 1, diz que após a internação dos usuários prejudiciais de crack na modalidade involuntária/compulsória, esses costumam retornar ao uso da substância. Tal afirmativa se repete em 14 das 15 entrevistas realizadas. Menciona que retirar o paciente do convívio social e colocá-lo em um ambiente fechado por muito tempo, não promove a solução dos problemas sociais atrelados ao uso, o que não representa uma intervenção positiva.

[...] A gente observa o seguinte, muitos ficam internados. Ficam bem naquele período, mas ele volta detonando tudo, entendeu? Porque a droga ela vai sempre existir. E a pessoa fica ali nove meses, excluída de tudo que tá acontecendo no mundo, quando ele volta, ele volta muito pior. Eu não vejo resposta, para ser sincera com você, eu não vejo resultados nisso não. Porque esse negócio aí, é igual o menino falou, 'é longe de tudo e de todos' e o mundo tá aí oferecendo na porta de todos. Se você não trabalhar ele, no dia a dia, e ele quer dizer não para isso, eles não vão conseguir isso nunca, né? Então, aqui eles passam o dia. Eles sabem que é lá fora que vão ter que continuar. Eu penso que, pelo que a gente vê aqui, não dá resultado. Só o período de 9 meses, em que estão lá. Ficam lindos, maravilhosos, gordinhos! (Entrevistado 7).

Igualmente, através do depoimento prestado pelo Entrevistado 10, alocado(a) no CERSAM AD 2, observa-se que os usuários de crack costumam retornar ao uso da substância, sendo que na minoria das vezes conseguem deixarem a dependência. Para o entrevistado, o que acontece é um intervalo no uso, ocasionado por diversos fatores como, crença religiosa, gestação, trabalho, entre outros.

[...] Sempre, né? Usuário de crack está sempre retornando ao uso. Faz parte da vida dele, não tem jeito. Eu acho que o máximo é um intervalo... Raramente, um paciente deixa de usar. As vezes até deixa... substitui pela maconha ou substitui pela igreja, por um trabalho... um filho, né? Às vezes uma gestante quando engravida e ganha a criança, ela interrompe o uso do crack ali, mas a gente sempre imagina que, em algum momento, vai retornar, né? A gente espera isso. (Entrevistado 10).

Não obstante, o(a) Entrevistado 6, alocado(a) no CERSAM AD 1, presta informações semelhantes, dizendo que as famílias buscam a unidade na intenção de conseguirem internar involuntariamente o família. Esclarece que o CERSAM AD atua com base na política de

redução de danos e que esse posicionamento manicomial das famílias requer ser trabalhado pelos profissionais do serviço. Porém, entende que nos casos graves, que envolvem o risco em que o paciente está se colocando, é cabível a internação involuntária. Essa ação é necessária para que o usuário retome a crítica, ou seja, autonomia sobre suas escolhas.

[...] nós não somos manicomiais, né? Então, a internação involuntária é um grande desafio para a gente, porque hoje, o que vem acontecendo? Nós acreditamos no tratamento em liberdade. Vão ter ocasiões em que o paciente vai precisar ficar alguns dias sob um cuidado mais próximo, mas a gente nunca estabelece uma internação de um mês, de dois meses. É sempre: 'Hoje, você vai ficar aqui com a gente. Nós vamos te avaliar diariamente.' E o que vem acontecendo nessa sociedade manicomial, é que as famílias acionam a justiça para a internação involuntária. Então a gente muitas vezes tem que ter esse jogo de cintura, porque não é a nossa... não é o que o SUS fornece. Comunidade terapêutica, essa estrutura não é algo que parte do SUS hoje, nessa lógica da RAPS. Mas eu acho que, algumas situações, por exemplo, a gente avalia dentro do nosso contexto: um paciente que está se colocando em risco no território, está sem crítica, está em vulnerabilidade, ou se coloca em risco ou coloca alguém em risco. Então, a gente pensa em internação involuntária, mas é muito raro de acontecer, né? Da gente precisar chegar nessas vias de fato. E quando acontece, o procedimento é esse: é a avaliação do risco em que o paciente está se colocando. Às vezes, ele não tem crítica nenhuma, está em crise, a gente precisa que ele fique no serviço. Então, aí acontecem algumas contenções... contenções químicas, físicas, chegam a acontecer até que o paciente se organize. Geralmente, essa organização vem rápido, e a partir disso, é retomado esse projeto terapêutico, para ser vinculá-lo de outra forma.

Corroborando com o argumento trazido pelo entrevistado 10, menciona que os manicômios não deram certo, e existem múltiplos exemplos de violações de direitos ocorridas nessas instituições. Para o depoente a internação involuntária, também tem características da política manicomial, sendo que enclausurar o usuário de crack e abandoná-lo, sem prestar os devidos cuidados, não oferece qualquer positividade no tratamento do transtorno resultante do uso prejudicial do crack. Essas ações são fruto de uma sociedade estigmatizada e preconceituosa, que precisa ser melhor conscientizada acerca da doença envolvida na dependência química.

[...] a internação involuntária é manicomial, né? E a gente tem aí, na nossa história, exemplos de que os manicômios não deram certo, né? A gente não tem que colocar um usuário, um sujeito, em uma instituição, enclausurar e esquecer-lo. Porque o mundo está aqui fora, o mundo acontece aqui fora. Então, a gente precisa viabilizar autonomia para esse sujeito, dentro do transtorno de base que ele tem, né? O que ele vai dar conta, dentro do que é proposto no projeto dele. Eu não acredito. Acho que a sociedade precisa se inteirar melhor, né? A própria Justiça, o próprio poder público, precisa entender: quando o juiz determina para a gerência, que diz 'ele vai ficar involuntário', tá... mas sabe o que é o CERSAM? Eu acho que falta esse diálogo entre os poderes, né? Entre as instituições, para entender melhor que o nosso serviço não é esse serviço que vai acolher o usuário, e ele vai ficar aqui um ano enclausurado, não, o contrário. A gente quer o usuário pro mundo, porque o mundo acontece lá fora e, muitas vezes, aqui, a gente acolhe muitos usuários que têm um histórico aí em comunidades terapêuticas, até mesmo hospitais psiquiátricos... não houve uma melhora, e é muito raro, muitas vezes eles saem e voltam para um uso

intensivo, porque não houve aí um equilíbrio entre o convívio, né, na sociedade 'normal', digamos assim, e o projeto de tratamento dele. (Entrevistado 6).

Destarte que o Entrevistado 15, alocado(a) no CERSAM AD 3, menciona que o usuário que fica no CERSAM AD involuntariamente, sem contato com a droga, sem contato com a família. Recebendo todo um apoio social (comida, banho, atividades lúdicas), depois que retorna à sociedade, encontra dificuldade de lidar com a vida fora desse local acolhedor. Que o melhor caminho, como tratamento é ajudar o indivíduo a lidar com seus problemas e questões sociais.

[...]um paciente, que está aqui dentro, em um lugar protegido, sem uso de substâncias, sem contato com substância, sem contato com a família, onde ele só vê psicólogo, enfermeiros, faz atividades artísticas, tem comida na mão o tempo todo, enfim... E aí, depois, ele sai daqui, vai lidar com a realidade, os problemas estão lá, sabe? A dificuldade dele de lidar com a vida está lá fora. Então, se a gente só priva essa pessoa e coloca ela em um ambiente 100% protegido, e não ensina para ela como lidar com os problemas lá fora, as chances de fracasso desse tratamento são gigantes, né? Porque isso, muitas vezes, é o que acontece. Quando você se senta para conversar com o usuário, a grande maioria das vezes ele quer esquecer um problema, ele está frustrado, ele está revoltado com a vida dele, ele não quer pensar, ele está, sei lá, desolado, não vê os filhos... Enfim, são coisas que, aqui dentro, ele está protegido de certa forma, né? Então, eu acho que isso tem que ser muito levado em conta quando a gente fala de um paciente. Porque a gente está falando aqui de crack, que é a sua pesquisa, mas tem gente que usa açúcar demais, tem gente que compra demais... Ou seja, cada um lida com seus problemas de alguma forma. Então, talvez o ponto seja: Será que não é mais importante ajudar essa pessoa a lidar melhor com os problemas? Porque só privá-la num canto, deixá-la, enfim, aprisionada ali, achar que ela vai ficar 2, 3 meses, 9 meses e isso vai resolver. (Entrevistado 15).

Ao encontro disso, o Entrevistado 14, alocado(a) no CERSAM AD 3, diz que na medicina não existe um tratamento comprovadamente eficaz para a dependência em crack. Assim, o que é indicado durante as intervenções é um controle dos sintomas que surgem junto do uso prejudicial, como a fissura. Ofertam medicação para reduzir a ansiedade, além de realizarem intervenções voltadas para a área da psicologia.

[...] no meu caso particular, né, da parte médica... Não existe, na verdade, uma evidência, né, não existe um tratamento que seja comprovadamente eficaz para questão da dependência em crack. Em específico o crack, né. A gente teria para álcool, um pouco de evidência nos tratamentos para maconha. Mas para crack, em si, não existe. Então as nossas intervenções passam muito pelo controle dos sintomas que aparecem junto com o uso do crack e das outras intervenções que a gente tem. O que a gente vê é que existe uma resposta muito individual. Então tem pacientes que conseguem um bom confortante dentro da fissura mesmo com o uso de medicações. Enquanto muitos deles não tem assim... a gente não obtém qualquer resposta. No máximo, às vezes, o que a gente consegue é oferecer um apoio, no sentido de uma medicação que vai diminuir a ansiedade, para que a gente tente fazer uma barreira no corpo, de buscar a droga. Então, assim, ele se sente menos impelido a ir buscar e consumir a droga. Mas, infelizmente, mantém assim muito fissurado, então em questão de escassez nas medicações não é tão nova, o que às vezes é mais eficaz são

outras intervenções, mais para o lado da psicologia que a gente pode oferecer para eles. E aí de novo, é muito questão de tratamento. (Entrevistado 14).

No que concerne à posição doutrinária acerca da internação sem o consentimento do paciente, as opiniões se fragmentam. Existem estudiosos que defendem a perspectiva de que a internação involuntária se encontra "na contramão da humanização dos serviços e das conquistas do movimento da luta antimanicomial." (ASSIS, J. T. de; BARREIROS, G. B.; CONCEIÇÃO, M. I. G., 2013, p. 593), destacando que determinados segmentos da sociedade buscam reiterar o paradigma asilar de tratamento como abordagem de cuidado, promovendo o isolamento social de usuários de drogas ao confiná-los de forma coercitiva em instituições totais.

Lado outro, parte da doutrina contesta a internação compulsória de indivíduos dependentes de substâncias, argumentando que essa prática "não lhes garante o direito à vida, ao contrário, constitui violação do seu direito à saúde." (COELHO, I.; OLIVEIRA, M. H. B., 2014, p. 360).

Vasconcellos enfatiza que, nos grandes e médios centros urbanos, as internações compulsórias revelam-se, muitas vezes, como manifestações de segregação, ocorrendo independentemente da existência de instituições totais. Para o autor "a cultura do individualismo e das formas mais frívolas de sociabilidade: indiferença, consumismo, culto ao corpo, narcisismo e simulacros de sonhos" (VASCONCELOS, E. M., 2016, p. 194-195) relacionam-se com as "formas mais agudas e inumanas de negligência e exclusão." (Idem, p. 194-195).

Partindo do campo formal, a Lei 10.406/02 (BRASIL, 2002) estabelece em seu art. 15, que ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica. Desta feita, "onde a liberdade é a regra, sua limitação deve ser justificada." (BOBBIO, Norberto. Igualdade e Liberdade. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 1997, p. 10).

Sobre a discussão acerca da constitucionalidade da internação compulsória, os tribunais têm admitido a sua efetivação com base no direito ao tratamento, à saúde e à integridade física. Tal afirmativa se confirma através das palavras de Sarlet e Monteiro.

Em que pese haver opinião doutrinária no sentido de que a Lei nº 10.216/2001 estaria em desconformidade com os parâmetros da CF, justamente por inexistir expressa autorização constitucional para imposição de restrição à liberdade do portador de transtorno mental em decorrência da internação compulsória, não se vislumbra que isso ocorra. A internação compulsória deve ser considerada como um direito ao tratamento, em estreita sintonia com o direito fundamental à saúde, à integridade física e psíquica do interno, e a segurança de terceiros, e não como uma medida

destinada a buscar seu confinamento ou isolamento. O portador de transtorno psíquico tem o direito à saúde mental assegurado pela CF (arts. 6º e 196), direito este que possui estreita correlação com o direito à vida e com a dignidade da pessoa humana. Na seara jurisprudencial, o Superior Tribunal de Justiça já decidiu - sem nenhum questionamento sobre a constitucionalidade da medida -, pelo internamento obrigatório. O Tribunal sustentou que o objetivo último foi o resguardo, em primeiro plano, do portador de patologia mental e, em segundo, o da própria sociedade. Entendeu-se que não se buscou pura e simplesmente a restrição da liberdade, mas sim, fazer valer o direito fundamental à saúde mental, dado ter restado demonstrado por laudo médico especializado que o paciente era possuidor de transtorno mental que poderia ocasionar riscos não somente para si, mas também para terceiros, não se fazendo necessário, no caso, o uso anterior de recursos extra-hospitalares antes da medida de internamento. (SARLET; MONTEIRO, 2014, p. 1416-1417).

Afora a discussão doutrinária sobre o cabimento da internação involuntária, destacamos ainda que a Constituição da República de 1988 estatui em seu art. 3º, I, como um de seus objetivos fundamentais, a construção de uma sociedade livre, justa e solidária. Na perspectiva de Maria Celina Bodin de Moraes:

A expressa referência à solidariedade, feita pelo legislador constituinte, longe de representar um vago programa político ou algum tipo de retoricismo, estabelece um princípio jurídico inovador em nosso ordenamento, a ser levado em conta não só no momento da elaboração da legislação ordinária e na execução das políticas, mas também nos momentos de interpretação-aplicação do Direito, por seus operadores e demais destinatários, isto é, pelos membros todos da sociedade. (MORAES, 1993, p. 169).

Em vista disso, Azevedo leciona que:

A solidariedade trata-se, ao mesmo tempo, de um objetivo e de um princípio constitucional, marcando-se como uma das modernas preocupações do direito que busca o envolvimento de todos, Estado e sociedade, na execução de programas/ações que, por sua vez, devem estar alinhados ao princípio da dignidade da pessoa humana. O ser humano, social por natureza, precisa estar incluído num núcleo mínimo de convivência, no qual sejam respeitadas suas diferenças e possibilitado o seu pleno desenvolvimento. (AZEVEDO, p. 38).

O princípio da solidariedade e da igualdade são cruciais no contexto de promover o tratamento dos usuários prejudiciais de crack. Isso significa que todos devem ser tratados com dignidade e respeito, independentemente de sua condição de saúde mental. No entanto, conforme visto nas falas dos entrevistados, a aplicação desses princípios pode ser desafiadora quando se lida com pessoas em sofrimento mental, pois há o risco de estigmatização e discriminação.

Sobre a urgência de uma sociedade mais igualitária, que reconheça e respeite as diferenças, Boaventura Souza Santos ensina que:

Temos o direito a ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito a ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que

não produza, alimente ou reproduza as desigualdades. (SANTOS, B. de S., 2003, p. 56).

É importante que os órgãos de fiscalização, a exemplo do Ministério Público, garantam que os procedimentos de internação involuntária sejam transparentes, justos e respeitem à dignidade das pessoas. Isso inclui o direito a uma revisão imparcial e periódica da necessidade de continuar a internação involuntária. Além disso, é essencial fornecer o suporte necessário para a recuperação da pessoa, visando reintegrá-la à sociedade de maneira justa e igualitária.

Desse modo, a discussão sobre a internação involuntária perpassa por questões éticas, legais e sociais. Portanto, é crucial que existam salvaguardas robustas para proteger os direitos individuais e evitar abusos no sistema de saúde mental. Em resumo, a internação involuntária de usuários de crack e outras drogas exige uma abordagem multidisciplinar, considerando os direitos à saúde mental, à liberdade individual e à igualdade. É fundamental que as políticas e práticas intersetoriais sejam guiadas por princípios éticos e legais que protejam os direitos humanos das pessoas em situações vulneráveis.

Tendo em vista a intersetorialidade, observa-se que existe a atuação do Ministério Público, como órgão responsável pela guarda da Constituição Federal, na condução de ações de fiscalização e de encaminhamento de demandas envolvendo a saúde dos usuários prejudiciais de drogas aos diversos serviços públicos existentes. O Entrevistado 2, atuante há cerca de 20 anos na Promotoria de Defesa da Saúde do Ministério Público de Minas Gerais, esclarece como direcionam esses indivíduos para os serviços, após receberem demandas vindas geralmente através de familiares ou de noticiamento pelo canal de atendimento *online* da Promotoria.

Primeiro tem uma orientação que a gente passa para a família, né? Se o usuário estiver muito exaltado, estiver oferecendo risco, que a família deve acionar o SAMU e polícia para a condução dessa pessoa para o CERSAM... não é para a delegacia. Para ele ser avaliado e, se o plantonista entender, ele ser inserido em hospitalidade noturna. Em alguns casos o promotor encaminha ofício para a polícia, comunicando a ação e, que talvez precise de uma medida. Quando tem algum familiar que é idoso, geralmente a gente comunica também para a Promotoria do Idoso, para eles atuarem naquela questão específica do familiar idoso que está com direitos violados. Dependendo, pode mandar também para Promotoria de Defesa da Mulher, de violência doméstica. Cada caso pode ter vários desdobramentos, mas a Rede de Saúde é a primeira a ser acionada, visando que essa pessoa seja abordada e seja ofertado para ela todo o tratamento. Também a Secretaria de Assistência Social do Município para o acompanhamento da família. (Entrevistado 2).

Sobre o trabalho de fiscalização que é feito nos equipamentos de saúde e em comunidades terapêuticas privadas, o entrevistado explica que:

[...] tem um outro setor, que é composto por duas psicólogas, e elas fazem a fiscalização em todos os equipamentos da rede de saúde mental do município, que vai desde os hospitais, dos CERSAMs AD, que são os que tratam, né? e de comunidades terapêuticas que localizam em Belo Horizonte. Parece que são poucas. Há uma fiscalização do funcionamento do serviço para ver se está funcionando dentro do... não é só uma fiscalização, eu acho que é feito sempre visitas para tentar ver o que precisa melhorar, o que os próprios profissionais apontam como necessário, para melhorar esta questão do funcionamento do serviço e também fiscalizar. Porque eles têm critérios previstos em lei, que tem que ter, por exemplo, “tanto” número de médicos para cada número de pacientes, tem que ter “tanto” de enfermeiros. A questão da alimentação, da estrutura do local. É uma fiscalização mesmo, que isso é feito periodicamente, anualmente. Aí vai fazendo esses ajustes, mas eu acho que é importante também é a conversa com a Rede. A gente não tem como atuar separado deles. É preciso reunir. Nesses casos muito graves a gente sempre conversa, reúne, tenta. Novas abordagens são tentadas e de maneiras diferentes. As vezes eles pedem que a gente inclua a família na reunião. (Entrevistado 2).

Ao encontro do depoimento prestado pelo Entrevistado 2, outro servidor da Promotoria de Defesa da Saúde do Ministério Público de Minas Gerais, Entrevistado 3, fala sobre como ocorre a atuação do setor de fiscalização da instituição.

Nós somos um setor de política pública, eu sou psicóloga e existe outra psicóloga atuante neste setor e nós dividimos o trabalho de fiscalização dos equipamentos e saúde e eu fiquei com os CERSAMs AD. Então o trabalho nosso é de... no caso do CERSAM AD, é de verificar se a estrutura, se a organização do funcionamento está de acordo com as normativas do Ministério da Saúde.

Contudo, através dos depoimentos foi possível concluir que carecem de protocolos específicos de atuação conjunta entre CERSAMs, Defensoria Pública e Ministério Público, capazes de integrar as ações de fiscalização, encaminhamento para tratamento e acompanhamento dos usuários dos serviços de saúde de Belo Horizonte/MG.

6.5 Limitações e desafios do tratamento ofertado pela rede de atenção à saúde

Neste tópico destacar-se-á quais foram os problemas apontados pelos servidores públicos acerca da promoção do tratamento, prevenção e recuperação do uso prejudicial de crack e outras drogas pela rede de saúde na cidade de Belo Horizonte/MG.

Para o Entrevistado 1 atuante na Defensoria Pública especializada em Saúde de Belo Horizonte/MG, inexistente serviço público capaz de atender a todas as situações que envolvem o tratamento do uso prejudicial de drogas. O sistema carece de aprimoramento e aporte de recursos. O SUS possui limitações orçamentárias que inviabilizam a prestação de um serviço de saúde mais qualificado. Falta investimento em equipes multiprofissionais e na criação de

unidades de atendimento 24 horas, regionalizadas. Ressalta, ainda, a importância da garantia de autonomia dos profissionais da saúde (médicos, psiquiatras) para tomarem decisões que envolvam a internação involuntária dos pacientes.

O sistema ele merece aprimoramento? Aporte de recursos, de pessoal, de serviço? Sim. Não só nessa área, mas em outras áreas também, não é? Ai nós estamos esbarrando nas limitações orçamentárias do SUS, de recursos financeiros, de recursos humanos. [...] Eu penso o seguinte: sempre que se puder qualificar um serviço de saúde pública, é interessante. Então, a disponibilização de serviços 24 horas, de forma mais ampla. A disponibilização de serviços regionalizados é interessantíssima, não só nessa área mas isso se aplica à várias áreas de atenção a saúde pública. E, mediante equipe multidisciplinar para atender sempre as diversas demandas que possam se apresentar em cada caso. Uma outra coisa eu também enxergo, especialmente no que toca à saúde mental é garantir a independência, principalmente dos médicos, principalmente psiquiatras, que estão a frente desse serviço para aquilo que envolve, em especial os casos de internação involuntária, que eles tenham realmente a segurança jurídica, a segurança profissional e funcional de, nos casos que assim exigir, tomarem providências nesse sentido, entendeu? Não estou falando que tem que ser por internação involuntárias longas, de forma alguma, mas que tem que ser de acordo com o entendimento de cada um. Regra geral, eu acredito que teria que ser por um período de desintoxicação, algo do gênero, ta?, mas que eles tenham esse amparo, dos seus superiores, de todo o ordenamento que rege aquele trabalho, etc, para fazê-lo quando se mostrar evidentemente necessário, indicado, sem outra opção. (Entrevistado 1).

Com equivalência, o Entrevistado 2, atuante há cerca de 20 anos na Promotoria de Defesa da Saúde do Ministério Público de Minas Gerais, defende o aumento de profissionais nas unidades dos CERSAMs AD, principalmente médicos psiquiatras, para atenderem a demanda nas regionais. Destaca a importância de uma melhora no acompanhamento prestado às famílias dos pacientes, que dependem do investimento em recursos humanos pela gestão pública.

[...] a Rede ela está com uma certa falta de profissionais, principalmente psiquiatras. Os CERSAMs eles têm que ter algumas melhorias para acolher essas pessoas. Falta pessoal, as vezes para abordar de uma forma diferenciada e não chegar ao ponto de uma internação compulsória. Então, são vários fatores que eu acho que influenciam. Eu acho também que a família fica um pouco sem uma assistência, sabe? Eles sofrem muito. Eu acho que talvez deveria de ter... não sei, o Município oferecer, a Rede de saúde oferecer, um suporte maior para essa família. Eu não estou dizendo que não tem, mas eu acho que por conta disso que eu estou te falando, falta de pessoal, muita demanda no CERSAM, recursos humanos a gente sabe que está precisando de ser incrementado... assim, uma proteção maior dessa família, entendeu? porque eles sofrem demais. Eles não têm nada que proteja. Por exemplo, o idoso, a família pode pedir uma medida protetiva, mas aí esse filho vai pra rua, vai virar um morador de rua. [...] Acho que precisava de a família ter um acolhimento maior para dar um acolhimento profissional mais próximo pela Rede, para ouvir mais essas questões e tentar ajudar essas famílias. Eu sei que o CERSAM tem proposta de umas reuniões com a família, não sei se vem acontecendo. Eu imagino que eles procurando o médico ou a equipe de saúde mental, eles são recebidos, mas eu acho que seria interessante isso, né? um suporte maior para a família. (Entrevistado 2).

Corroborando com a indicativa de que faltam médicos psiquiatras na rede de saúde, informação levantada pelo Entrevistado 2, o Entrevistado 4 alocado(a) no CERSAM AD 1, se manifesta no mesmo sentido.

[...] Para mim, falta pessoal; mais médicos psiquiatras na unidade, né? mais médicos acompanhando. (Entrevistado 4).

Por sua vez, o Entrevistado 3 atuante na Promotoria de Defesa da Saúde do Ministério Público de Minas Gerais, indica que realiza a fiscalização nos CERSAMs AD. Que atualmente existem 5 unidades de atendimento, mas que o ideal seria a criação de uma unidade em cada regional, sendo que existem o total de 9 regionais. Menciona, igualmente, o déficit em recursos humanos, o que precariza a prestação do serviço de saúde. Existe um problema na contratação de médicos psiquiatras, ocasionados, segundo o depoente, por falta de interesse dos profissionais, que não querem aceitar o emprego diante da política de tratamento introduzida nos CERSAMs. Política essa que prevê que o atendimento seja feito por uma equipe multiprofissional, não hierarquizada. Devendo o projeto terapêutico ser elaborado em equipe, divergindo do modelo de atendimento particular (oferecido em consultórios particulares).

“Acho que hoje o maior problema que eu vejo na assistência, tanto dos CERSAMs AD quanto dos CERSAM de Saúde Mental, é a questão de recursos humanos. Na verdade, é muito dinâmico essa relação dos profissionais, mas a gente sabe que nós temos um problema sério de médico psiquiatra. Não por falta de vagas ofertadas pela prefeitura, mas por falta de interesse do profissional. Porque o CAPS tem um modelo de sistema diferente do modelo, digamos assim, tradicional. Ele não é um modelo centrado na atuação do médico. O modelo do CAPS é um modelo de atendimento de uma equipe multiprofissional. De uma equipe que é responsável. Não é de uma avaliação médica. Então, assim, o médico é mais um profissional dessa equipe. Eu acho que talvez essa ressalva é que faz com que não haja tanto interesse do psiquiatra dentro desse modelo centrado no modelo médico que a da prescrição, que é do atendimento, que a gente tem na rede privada nos consultórios. [...] Agora do ponto de vista das demais equipes, dos demais profissionais, a gente vê que são as equipes de nível superior que referenciam casos além da capacidade porque o serviço ele se organiza da seguinte forma: o usuário ele chega, ele é referenciado e, ele tem uma referência técnica que desenvolve um projeto terapêutico. Se você tem uma referência técnica que atende muitos casos, você não consegue fazer esse acompanhamento mais fino, mais longitudinal, então eu acho que essa é aqui uma questão importante para o CAPS AD, para o CERSAM AD, essa questão do quadro de recursos humanos mesmo. [...] É um serviço que quer funcionar, mas tem essas limitações que são importantes e os profissionais estão sobrecarregados. A gente avançou muito na questão do transtorno mental... dos casos muito graves, das psicoses, mas a questão da droga ela é muito recente. (Entrevistado 3).

Ato contínuo, o Entrevistado 3, fala que para além do problema de recursos humanos e do número de unidades dos CERSAMs AD, existe ainda uma questão orçamentária. Falta

investimento nos diversos serviços assistenciais ofertados nas unidades, a exemplo de oficinas artísticas elaboradas por terapeutas ocupacionais.

[...] E a gente envolve também uma questão orçamentária, que é o recurso que é disponibilizado para essas ações. Porque o serviço para mais do que o acompanhamento da referência técnica, ele oferta oficinas. A oficina de redução de danos, oficinas artísticas, né? todo esse trabalho que faz parte do projeto terapêutico que depende de recursos... para você comprar material, então o recurso lá é escasso. Em toda política pública, o recurso lá é limitado. A gente vê que essa é uma dificuldade. A estrutura material, a estrutura de recursos humanos, é difícil de você desenvolver um trabalho que seja um trabalho de excelência digamos assim, um trabalho que dê conta. (Entrevistado 3).

Ao encontro do que foi trazido pelo Entrevistado 3, os Entrevistados 5 e 7, alocados(as) no CERSAM AD 1, bem como o Entrevistado 9, alocado(a) no CERSAM AD 2, falam da falta de investimento na contratação de profissionais como fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, para gerarem mais atividades de entretenimento para os pacientes dentro das unidades do CERSAM AD, além de investimento na ampliação da estrutura física das unidades.

[...] Então, como uma resposta eu posso dizer que não é eficaz porque falta muita coisa. Eu falo mais entretenimento, entendeu? Mais verba. Ampliar mais a unidade. Com mais entretenimento mesmo, sabe? Não tem. Não parte de nós, né, trabalhadores, mas o que pode ser feito, tem sido feito, mas que é eficaz, não. [...] Eu acho que mais oficinas. É engraçado, nos CERSAMs não tem, mas eu acho que um profissional na área da fisioterapia. Acho que ninguém deve ter falado isso para você, a fisioterapia. Um terapeuta é importante. Porque tem muitos pacientes que têm dificuldade de ambular... membros atrofiados, dificuldade... até na fala. Eu acho que o fisioterapeuta tem muitos exercícios bacanas que mexem com todo o corpo. Dependendo do exercício que você faz, mexe no seu cérebro. Vai lá naquele ponto da emoção, em outros pontos, no ponto da dor. Então eu acho que o CERSAM Barreiro poderia ter um fisioterapeuta para trabalhar nessa área. (Entrevistado 5).

[...] Seria a falta de ferramentas para falar com o sujeito. Acho que o SUS poderia disponibilizar mais ferramentas. Quais tipos de ferramentas? Oficinas mesmo, sabe? Que trabalha mais o lado do paciente. Porque quando você coloca, e eles gostam de fazer isso... você percebe que, além de promover interação, isso tem um valor significativo para suas vidas. Você os vê sorrindo, que eles estão fazendo alguma coisa. E as vezes sem isso fica muito vago. Precisa ainda melhorar a estrutura. O espaço físico nosso é bacana, é show de bola, mas quando chove não dá pra usar. Porque não tem onde eles ficarem. (Entrevistado 7).

[...] Eu acho que está mais para melhorar a estrutura física nossa aqui, né? Acaba que o local não foi construído de forma ampla e aberta. Então isso é um dificultador. Igual essa unidade é cheia de corredores, cheia de... um lugar grande, mas que não é totalmente aberto. Você não tem a visão de um todo. Então você entra... eu falo que é uma casa de espelhos. Aqui é cheio de espelhos. Os pacientes acabam quebrando... passam momentos de agitação e acabam se ferindo com esses vidros. Eu acho que não é um local que deveria ter vidros. Deveria ser mais aberto mesmo. (Entrevistado 9).

Retomando o conteúdo trazido pelo Entrevistado 3 e, finalizando seu raciocínio, aduz que Belo Horizonte possui apenas uma Unidade de Acolhimento Álcool e Drogas – UA, com 10 vagas. Que a ampliação do número de unidades seria importante para o atendimento dos usuários em vulnerabilidade social, dentro do Município.

[...] Uma outra questão que a gente tem da Saúde, as Unidades de Acolhimento Álcool e Drogas, que são usuários, em Belo Horizonte tem uma só, que é no Barreiro. Então nós temos 5 CAPS mas as UAs são para aqueles casos em que a pessoa está em acompanhamento nos CAPS AD, estão em extrema vulnerabilidade, mas é um caso que não está em crise psíquica. A questão é uma extrema vulnerabilidade social, então naquele momento ela precisaria daquela unidade de acolhimento. Nós temos uma só, com 10 vagas. E é um equipamento que eu vejo que... assim, se você pegar a Rede do Estado e de Belo Horizonte, fora a capital, se tiver uns 2 municípios de porte médio, tipo Uberaba, Uberlândia, é que tem. E é uma retaguarda importante para aquela pessoa que já saiu da crise psíquica envolvendo a questão da droga, mas ela está em uma extrema vulnerabilidade, ela precisa desse serviço intermediário. Ela continua em permanência dia, nos CERSAMs mas ela precisaria desse cuidado que é da Unidade de Acolhimento Álcool e Droga e não tem. Então, é uma no Barreiro. Você precisa ter uma elegibilidade mais criteriosa para você indicar. Isso é uma questão importante de ter no município, mas eu acho que essa questão de recurso fica muito limitada. O custeio do Ministério da Saúde é um incentivo de custeio, o próprio nome fala. O que o Município precisa dispor de recurso ordinário é muito grande, e querendo ou não a gente tem uma política robusta aqui. A gente tem muita coisa para mudar, muita coisa que precisa mas a gente tem um investimento. Não se pode falar que Belo Horizonte não tem, mas é difícil. (Entrevistado 3).

Importante destacar que as Unidades de Acolhimento para Álcool e Drogas (UAs) são residências temporárias voltadas para o atendimento de pessoas em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar e que demandem acolhimento terapêutico e protetivo. Fazem parte de uma rede mais ampla de cuidados no sistema de saúde (RAPS). Oferecem cuidados contínuos de saúde, com funcionamento 24h, em um ambiente de moradia inserido na comunidade, e de acordo com o projeto terapêutico singular elaborado e pactuado com a pessoa usuária e o CAPS de referência. Existem UAs para adultos e para crianças e adolescentes de 10 a 18 anos incompletos (BRASIL, 2023).

Desse modo, as UAs desempenham um papel crucial no tratamento e recuperação de indivíduos com dependência química, oferecendo suporte não apenas médico, mas também psicológico e social. O investimento em novas unidades de UAs, representaria um grande avanço para a rede de cuidado direcionado às pessoas que fazem uso de drogas, notadamente, àquelas que se encontram em situação de rua.

O Entrevistado 5, alocado(a) no CERSAM AD 1, informa que na unidade em que trabalha não possui local para descanso, o que prejudica a prestação de serviço pelos profissionais da saúde. Reivindica melhores condições na estrutura física de trabalho, e o

respeito à legislação trabalhista, especificamente sobre o horário de almoço do servidor público.

[...] Incluindo nós, né? Eu acho que espaço com descanso para nós... nós por exemplo a gente não faz horário de almoço. E se a gente fizer não temos onde ficar. Já foi pedido. A gente tá aguardando. Porque, você há de concordar comigo se eu quero dar um bom atendimento, eu preciso também voltar para mim e me olhar. Aqui no CERSAM, a gente precisa de um espaço para nós, um espaço para um descanso digno. Eu acho que uma hora de descanso não é o suficiente, a gente sabe disso, mas é uma hora que é nossa. Que é do nosso direito, é lei para todo o Brasil. Então o que falta pra nós é isso e para os pacientes também, sabe? Uma coisa mais 'organizadinha'. (Entrevistado 5).

Lado outro, o Entrevistado 8, alocado(a) no CERSAM AD 2, fala da falta de segurança para desempenhar suas funções. Diz que o investimento na contratação destes profissionais de segurança seria essencial devido a agressividade apresentada nos quadros dos pacientes que fazem uso de drogas.

A segurança. Os pacientes no geral são muito agressivos. Então a falha que eu vejo que tem aqui é isso aí. Eu acho que faltam profissionais da parte de segurança. (Entrevistado 8).

O Entrevistado 6, acredita que o trabalho prestado na unidade em que trabalha está baseado no cuidado, assim, a sua equipe presta um bom serviço aos usuários, apesar da existência de falhas estruturais no serviço, como a falta de leitos e de consultórios. Observa a necessidade de uma especialização dos profissionais da rede de saúde no geral para acolherem melhor os pacientes da saúde mental. Destaca, que o CERSAM AD não é uma especialidade e sim uma unidade de urgência e que os Centros de Saúde acabam encaminhando o paciente que não é da urgência para receber tratamento na unidade do CERSAM AD, o que não devia acontecer.

Entrevistado 6 – Terapeuta Ocupacional alocado(a) no CERSAM AD 1: “Sempre vamos ter falhas enquanto serviços, falha estrutural mesmo, de faltar, às vezes, um consultório, de faltar leito, questões assim, mas eu acho a equipe muito alinhada nesse cuidado e eu não estou puxando saco. Eu acho que realmente a gente é muito cuidadoso mesmo com os nossos usuários. Agora, o que às vezes falta é esse cuidado em rede, porque, por exemplo, você falou de prevenção, eu não vejo os Centros de Saúde com esse preparo para acolher o usuário de saúde mental, por uma questão de formação mesmo, sabe? Eles entendem muitas vezes a clínica AD como um lugar em que eles vão encaminhar e o paciente vai ser acolhido e acompanhado aqui, enquanto especialidade. Nós não somos uma especialidade, nós somos urgência, né? Então, acho que falta essa comunicação. Eu vejo aí um movimento de melhorar isso, nós mesmos nos articulamos aqui para fazer rodas de conversa nos Centros de Saúde, para começar a desmistificar isso e melhorar o nosso vínculo, né? Tem Centros de Saúde que estão mais abertos para isso, tem Centro de Saúde que não. E somado a isso também uma coisa que ajuda essa comunicação a ficar menos frágil, esse cuidado compartilhado ter menos fragilidade, são as reuniões de micro

que a gente faz uma vez por mês, né? Toda semana nós temos reunião de equipe e uma vez por mês a gente tem uma supervisão onde um caso é escolhido para ser discutido enquanto rede. E aqui a gente atende por micro, né? Então, eu, por exemplo, sou da micro 4. Uma vez por mês, eu discuto casos com a minha micro. Que aí, é a gente, o CERSAM AD Barreiro, é CERSAM Barreiro, é Centro de Convivência, é Assistência e o Centro de Saúde, que é onde a gente discute os casos minimamente, seja para o cuidado compartilhado, para uma transferência, para articular uma alta, né, que é raro, mas acontece. Precisa melhorar esse ponto porque tudo eles entendem que tem que vir para cá, né? Ah é um usuário de álcool e drogas, manda para o CERSAM AD, e aí a gente acaba tendo um fluxo muito grande que, muitas vezes, não necessariamente vai ser da urgência, pode ser a nível ambulatorial. Acho que falta essa formação mesmo, né, dos trabalhadores. (Entrevistado 6).

Ato contínuo, o entrevistado afirma ser um defensor do SUS, acreditando que a saúde mental em Belo Horizonte está muito à frente de outros lugares com estruturas mais antigas. Segundo este, em Belo Horizonte houve um avanço na RAPS, apesar das falhas internas e na rede. Com o período pós-pandêmico e de crise econômica, observou um aumento nos problemas de saúde mental. Para ele é crucial investir em recursos para os hospitais que prestam assistência em contexto de crises, como o João XXIII e os hospitais estaduais, para garantir encaminhamentos mais cuidadosos e eficazes.

[...]Eu sou uma defensora do SUS, né, e eu acredito que a saúde mental aqui de Belo Horizonte está anos luz à frente de outros lugares que ainda têm uma estrutura muito manicomial. Em outros estados existem Hospitais Psiquiátricos. Eu acho que a gente aqui avançou muito com a nossa RAPS, embora tenhamos mil falhas. Temos falhas internas, temos falhas enquanto rede, e eu acho que isso se expande. A gente vem aí de um período pós-pandêmico, né? em que a gente não sabe ainda quais são os defeitos, as causas e efeitos que essa pandemia vai trazer, porque muito provavelmente a sociedade vai adoecer cada vez mais, psicicamente falando, e também pelas questões econômicas, né, dos tempos tenebrosos em que a gente viveu nos últimos anos, em relação a políticas públicas. [...] A nível estatal, eu fico pensando assim que tem que aumentar os recursos enquanto hospitais que acolhem. Porque os hospitais também acolhem em contexto de crise. Então melhorar essa infraestrutura para na hora de fazer um encaminhamento, não fazer um encaminhamento descuidado. Eu digo assim, João XXIII, esses hospitais do estado mesmo.

Com base no depoimento, podemos inferir que falta comunicação e integração entre os serviços da rede de saúde de Belo Horizonte e que os profissionais da rede precisam ser preparados tecnicamente para prestarem assistência aos usuários de drogas e pacientes da saúde mental.

O Entrevistado 10, alocado(a) no CERSAM AD 2, realça a importância da ampliação do número de leitos, diante da alta procura pelo serviço, em razão principalmente do atendimento de pessoas em situação de rua. Levanta a importância no investimento estrutural das unidades para atenderem mais e melhor os pacientes que fazem uso prejudicial de drogas. Informa que no interior de Minas Gerais a situação se agrava. Pessoas se aproveitam da fragilidade dos usuários de drogas para administrarem Clínicas Terapêuticas, visando apenas

o lucro. Consequentemente prestam um péssimo serviço de saúde, diante da falta de outro serviço especializado e disponibilizado pelo SUS que consiga atender a demanda popular.

[...] As fragilidades do serviço, olha, de cara eu já falo da quantidade de leitos. Nós temos quatro leitos, mas a gente faz parte da rede da prefeitura, então são 80 leitos para todos os CERSAMs. Então a gente usa leitos de outros CERSAMs, assim como os outros CERSAMs usam os nossos. Mas pra gente fazer um trabalho de excelência. Até para a gente poder fazer projetos terapêuticos com uma Hospitalidade Noturna maior, né? Eu acho que a gente tinha que ter muito mais leitos. Considerando que a gente possui uma demanda muito grande, né? Principalmente da população de rua. Então, o que eu sinto falta, por exemplo, é às vezes de indicar um paciente para Hospitalidade Noturna e achar que ele precisava, porque ele se beneficiar mais de um intervalo desse uso, de um intervalo da rua, de um intervalo da família, e eu tenho que dar alta para ele um pouco pressionada, porque tem mais grave chegando. Então eu acho que essa unidade aqui deveria ter, tipo, uns 16 leitos... uns 15 leitos a gente ia usar com certeza, sabe? de forma responsável, nada fora do propósito. Eu acho que a gente tem demanda para pelo menos 12 leitos, pra gente poder fazer um trabalho melhor. No intervalo melhor, né? Assim, de uso, entendeu? Eu acho que faltam leitos. [...] tem que melhorar, é o investimento, né? Em todos os serviços que eu falei na primeira pergunta, por quê? Quando eu falo os serviços de Belo Horizonte... Belo Horizonte é uma das cidades que mais investe. E olha que ainda precisa investir mais. Se a gente considerar que tem outras capitais, né, que não investem tanto. Capitais maiores, mais complexas, né? Precisariam de mais investimento na rede SUS, que são permeadas por muito serviços fechados, de origem religiosa ou privada, tomando conta da situação. Em Minas Gerais, eu já trabalhei no interior, no CAPS de interior, também é a mesma coisa: os serviços são frágeis, poucos leitos. Alguns casos, não têm nem leito. É CAPS 2, isso aí, né? É realmente uma fratura gigante no SUS da saúde mental, né? E o que acontece nesses interiores de Minas Gerais, por exemplo, é muita proliferação de clínica, de comunidade terapêutica, de gente querendo ganhar dinheiro em cima da doença, da pobreza das pessoas, né? Pobreza, precariedade de vida, doença mental, para além do uso de drogas, né? (Entrevistado 10).

Com igualdade, o Entrevistado 13, alocado(a) no CERSAM AD 3, destaca a necessidade do aumento de leitos na unidade em que trabalha, sendo este um ponto a ser melhorado pelo poder público, visando a melhora na prestação do serviço de saúde nas unidades dos CERSAMs AD.

[...] acho que tinha que aumentar o número de leitos. A gente tem um número... justamente por causa dessas fragilidades, o usuário de crack exige que o paciente fique em uma espécie de resguardo, assim, de cuidado depois de um uso intenso. É preciso ter um espaço para reduzir danos a ponto de a pessoa ter onde dormir e, exatamente, ter onde tratar, porque às vezes ela vai precisar tratar 24 horas por dia por causa desse uso que a prejudicou muito. Então, é isso. (Entrevistado 13).

Mediante vários relatos é possível constatar uma falha na prestação de serviço referente ao número de leitos para atender a demanda dos pacientes. Por seu turno, é preciso aumentar o número de unidades dos CERSAMs Ad nos territórios para que possam atender bem o público de todas as regionais. Preconiza a legislação que o atendimento seja oferecido próximo ao local de moradia do paciente, ou seja que o acesso seja facilitado. Sendo o

número de unidades do CERSAM AD restrito, tal objetivo da política pública sobre drogas não poderá ser alcançado.

Outra fragilidade do serviço é a falta de medicamentos. Segundo o Entrevistado 14, alocado(a) no CERSAM AD 3, existe uma fragilidade grande na disponibilidade de medicamentos. É preciso investimento em uma maior variedade de tipos de medicações para o tratamento do uso abusivo de drogas. Muitos pacientes sofrem efeitos colaterais da medicação que recebem do SUS, e não é possível que o médico possa receitar medicamentos alternativos, em função da limitação da farmácia popular.

[...] A nossa disponibilidade de medicamentos também é uma coisa extremamente frágil. A gente tem muitos pacientes que tem sintomas psicóticos, para isso a gente usa antipsicóticos. Atualmente em rede a gente só tem um disponível, que é o Haldol. Então se o paciente não apresenta... não tem resposta a ele ou, na maioria dos casos o que acontece é não tolerar, que a gente sabe que é uma medicação mais antiga, mas tem medicações que hoje em dia não tem o mesmo índice de efeito colateral, mas que infelizmente a gente só tem esse na rede. Então essa medicação tem efeitos colaterais importantes que a gente tem que ficar manejando, que a gente não tem uma opção para ele, né? Não só os antipsicóticos, mas vários outros. Temos pouca medicação. [...] Eu acho que a gente tem que melhorar, óbvio, as medicações ofertadas pelo SUS. É diferente a depender do Estado e do serviço que você for escolher a nível nacional, mas deveria existir uma padronização maior de uma cesta básica de medicamentos para a saúde mental, em específico para usuários de álcool e drogas. (Entrevistado 14).

Com base nessas informações, o SUS possui uma Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME (BRASIL, 2022), que é uma lista com os medicamentos que são oferecidos gratuitamente ou a baixo custo. Essa lista é limitada e nem sempre inclui os medicamentos mais recentes e eficazes.

O SUS costuma oferecer versões genéricas e similares de medicamentos, o que pode limitar as opções de tratamento para algumas condições de saúde, a exemplo dos transtornos resultantes do uso prejudicial de drogas. As consequências desses problemas incluem atrasos no tratamento de doenças, agravamento de condições de saúde, sofrimento dos pacientes e aumento dos custos para o sistema de saúde, já que pacientes que não recebem os medicamentos necessários podem acabar precisando de tratamento mais intensivo no futuro.

Assim, conforme informado pelo Entrevistado 14, é necessário a destinação de mais recursos para o sistema de saúde, aumentando a oferta de medicamentos, além da ampliação e atualização da RENAME, incluindo opções mais modernas e eficazes.

Portanto, a falta de profissionais, de leitos nas unidades do CERSAM AD, de uma boa estrutura física, de medicamentos e a limitação de opções de remédios no SUS, são problemas complexos que exigem uma abordagem multidisciplinar e um compromisso contínuo com a

melhoria do sistema de saúde no Brasil. O acesso à saúde é um direito fundamental, e a promoção de políticas públicas intersetoriais é essencial para garantir o bem-estar da população.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação buscou responder de que maneira as atuais políticas públicas sobre drogas vêm sendo implementadas e, quais os seus avanços, limites e desafios, para promoverem a prevenção, o tratamento e a recuperação ao uso de crack no Município de Belo Horizonte/MG de maneira intersetorial, observando qual a relação existente entre a promoção da saúde e da segurança pública diante das questões que envolvem o uso abusivo de drogas. Para além, a pesquisa se dedicou a analisar acerca do respeito às normas e princípios de direitos humanos e da dignidade da pessoa humana no processo de construção destas políticas.

Portanto, o objetivo principal foi avaliar a conformidade das práticas implementadas nas unidades dos Centros de Referência em Saúde Mental Álcool e Drogas (CERSAMs AD) de Belo Horizonte/MG, com as políticas públicas intersetoriais, notadamente quanto interseção da saúde e da segurança pública, estipuladas no Sistema Nacional sobre Drogas, bem como com a tutela da dignidade da pessoa humana.

Em vista disso, foram empregados métodos de pesquisa, definidos como qualitativos, que envolveram a revisão bibliográfica, a análise de dados e documental, além da realização de pesquisa empírica, com a realização de entrevistas de campo realizadas nos CERSAMs AD, os quais são os responsáveis por promoverem o cuidado dos usuários no Município cenário deste estudo.

Dessa forma, observamos que as atuais políticas públicas sobre drogas, preconizadas pelo SISNAD, Lei Federal nº 13.343/06, foram elaboradas alicerçadas na perspectiva da redução de danos (RD), que figura como diretriz de atuação da saúde pública no tratamento do usuário de drogas. Partindo de uma análise puramente formal, observamos que o foco da política sobre drogas brasileira está voltado para o cuidado do indivíduo, em detrimento de ações punitivistas.

Lado outro, mesmo estando o arcabouço normativo sobre drogas em conformidade com a dignidade da pessoa humana e com os princípios fundamentais da Constituição Federativa da República do Brasil de 1988, o que foi evidenciado, como resultado da pesquisa empírica, é que vivemos em uma sociedade que reproduz estigmas e preconceitos quando falamos de usuários de drogas.

Nada obstante, apesar do significativo avanço que o Estatuto da Pessoa com Deficiência, Lei Federal nº 13.146/15, representou para garantir a igualdade de condições no exercício dos direitos das pessoas com deficiência, é pertinente notar que, no que tange aos

dependentes químicos, não trouxe qualquer inovação. A abordagem adotada no Estatuto se restringe a reproduzir dispositivo presente no Código Civil de 2002, especificamente em relação à incapacidade relativa desses indivíduos.

Acentuamos ainda que o usuário prejudicial de crack pode ser considerado como pessoa portadora de transtorno mental, o qual é plenamente detentor das garantias estipuladas na Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, devendo ter sua autonomia e dignidade respeitadas, em especial com a elaboração de políticas públicas pautadas na reabilitação do indivíduo.

Dado que a promoção de inclusão social está intrinsecamente ligada ao exercício da autonomia, é evidente que o sistema público de saúde carece de investimentos na assistência social de indivíduos com problemas de saúde mental. Torna-se crucial enfatizar a importância de não categorizá-los exclusivamente como incapazes ou perpetuamente dependentes de tutela.

Os dados analisados indicam a existência de um cenário de insuficiência de recursos para lidar de maneira eficaz com essas situações, ressaltando a urgência de adaptar as estruturas de apoio, como educação e emprego, para atender às limitações específicas dessas pessoas. Isso possibilitaria um acesso mais amplo a oportunidades, contribuindo assim para uma inclusão mais efetiva.

Observamos, ainda, que os desafios associados ao uso de substâncias psicoativas são complexos e abrangentes, ultrapassando as fronteiras de setores específicos. Assim, uma abordagem intersetorial é fundamental na construção de políticas públicas sobre drogas, implicando na colaboração e coordenação entre diferentes áreas do governo, organizações da sociedade civil, setor privado e comunidades, visando a formulação e implementação de estratégias que possam promover o desenvolvimento da personalidade destes indivíduos vulneráveis.

Acerca da atuação da segurança pública na promoção de políticas públicas sobre drogas, observou-se a escassez de investimentos em ações conjuntas entre os demais setores públicos, bem como carência de capacitação dos profissionais da segurança pública para agirem no acolhimento dos pacientes que fazem uso abusivo de crack e outras drogas. Falta a criação de sistemas/protocolos específicos que vinculem a atuação da Defensoria Pública, do Ministério Público, das Polícias Militar e Civil, bem como da Prefeitura de Belo Horizonte/MG para acompanharem os indivíduos vulnerabilizados no tratamento ao uso abusivo de drogas.

A integração figura como um dos objetivos do SISNAD e para alcançá-la é preciso que haja uma variedade de perspectivas e ações envolvidas. Observamos que inexistem um convênio, prevendo a atuação conjunta entre os órgãos públicos de segurança e de saúde, de modo a abranger desde o atendimento inicial do usuário de drogas, passando pelo atendimento jurídico, pelo acompanhamento baseado na redução de danos e, sucedendo na reabilitação e reintegração do indivíduo à sociedade.

Portanto, diante das limitações do serviço público de saúde verificadas no curso da pesquisa, a exemplo de limitações orçamentárias e de pessoal, imperioso que sejam pensados e implementados fluxos e procedimentos de atuação intersetorial, entre saúde e segurança pública, visando a otimização de recursos na prestação de assistência à saúde para garantir a preservação da dignidade dos usuários de crack e outras drogas com a consequente reabilitação e reinserção social.

REFERÊNCIAS

- ADORNO, R. C. F. Narrativas de morte e vida: desvendando consumos, circulação e empreendimentos em torno das drogas consideradas ilegais na periferia sul de São Paulo. In: MEDEIROS, R. P. de.; MACRAE, E.; ADORNO, R. C. F. **A complexidade da questão das drogas: ideias, utopias e ações**. Salvador: EDUFBA : CETAD, 2020. 272 p.
- ADORNO, S. Políticas públicas de segurança e justiça criminal. **Cadernos Adenauer**, São Paulo, v. IX, n. 4, p. 9-27, 2008.
- ALBUQUERQUE, S. "Idade doida da pedra": configurações históricas e antropológicas do crack na contemporaneidade. In: SAPORI, Luiz Fernando; MEDEIROS, Rodrigo (Orgs.). **Crack: um desafio social**. Belo Horizonte, MG: Editora PUC Minas, 2010. p. 13-37.
- ALMEIDA, A. M. R. **A intersectorialidade e a estratégia saúde da família: desafios da relação entre o discurso e a prática**. Dissertação (Mestrado) – UFMG, Belo Horizonte, 2008.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J. Representações sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação. **Em Aberto**, Brasília, ano 14, n. 61, 1994.
- AQUINO J. G. **Drogas na escola: alternativas teóricas e práticas**. São Paulo: Summus; 1998.
- ARANA, Xabier. **Drogas, legislaciones y alternativas**. San Sebastián: Tercera Prensa, 2012.
- ARANTES, R. B. Direito e política: o Ministério Público e a defesa dos direitos coletivos. **Revista Brasileira De Ciências Sociais**, 14(39), 1999. p. 83–102. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-69091999000100005>. Acesso em: 12 de nov. 2023.
- ARAÚJO, M. R., MOREIRA, F. G. Histórias das drogas. In: Silveira DX, Moreira FG, organizadores. **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Editora Atheneu; 2006. p. 9-14.
- ASSIS, J. T. de ., BARREIROS, G. B., & CONCEIÇÃO, M. I. G.. (2013). A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. **Revista Latinoamericana De Psicopatologia Fundamental**, 16(4), 584–596. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142013000400007>. Acesso em: 19 de nov. 2023.
- AYRES, J. R. C. M.. (2002). Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 6(11), 11–24. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832002000200002>. Acesso em: 19 de nov. 2023.
- AYRES, J. R. C. M.; CALAZANS, G. J.; FRANCA JUNIOR, I. **Vulnerabilidade do adolescente ao HIV/AIDS**. Tradução. São Paulo: Associação Saude da Família, 1998.
- AZEREDO, S. R. M. A. **Conquista da autonomia do dependente químico com o Estatuto da Pessoa Com Deficiência: a perda de uma chance?** 2017. 128f. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-Graduação em Direito Constitucional). Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2017.
- BALLESTEROS, P. R. Gestão de políticas de segurança pública no Brasil: problemas, impasses e desafios. **Revista Brasileira de Segurança Pública**, v. 8, n. 1, p. 6-22, fev.-mar.

2014. <https://revista.forumseguranca.org.br/index.php/rbsp/article/view/353/173>. Acesso em: 19 nov. 2023.

BANDEIRA, R. Defensoria Pública e Ministério Público – o que faz cada um? Conselho Nacional de Justiça – CNJ. 2015. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/defensoria-publica-e-ministerio-publico-o-que-faz-cada-um/>. Acesso em: Ago/2023.

BARBOSA, M. T. S. *et al.* O uso do tabaco por estudantes de primeiro e segundo graus em dez capitais brasileiras: possíveis contribuições da estatística multivariada para a compreensão do fenômeno. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 23, n. 5, 1989. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101989000500007>. Acesso em: 19 nov. 2023.

BARBOSA, S.R.C.S. Qualidade de Vida e ambiente: uma temática em construção. In: BARBOSA, S.R.C.S.(org.). **A temática ambiental e a pluralidade do Ciclo de Seminários do NEPAM**. Campinas: UNICAMP, NEPAM, p. 401-423, 1998.

BARCELLOS, A.P., *et al.* Padrão de consumo de anfetaminas entre universitários de Porto Alegre. **Rev. Psiquiatr.** Rio Gd. Sul, Rio Grande do Sul, v. 19, 1997. Disponível em: Acesso em: 19 nov. 2023.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70. 2011. p. 223.

BARROSO, L. R. Fundamentos Teóricos e Filosóficos do Novo Direito Constitucional Brasileiro (Pós-modernidade, teoria crítica e pós-positivismo). **Revista da EMERJ**, v.4, n. 15, 2001. Disponível em: https://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista15/revista15_11.pdf. Acesso em: 19 nov. 2023.

BASTOS A., ALBERTI S. **Crack! A redução de danos parou, ou foi a pulsão de morte?** *Psicol. USP.* 2018; 29(2):212-225. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-656420170100>. Acesso em: nov. 2023.

BASTOS, F. I. P. M.; BERTONI, N. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: ICICT/Fiocruz, 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10019>. Acesso em: 19. Nov. 2023.

BASTOS, F. I. P. M., *et al.* (Org.). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>. Acesso em: 15 de jul. 2023.

BATISTA, N. **Política criminal com derramamento de sangue**. *Discursos Sediciosos*, ano 3, n. 5-6, p. 1-2, 1998.

BEST, J. W. **Como investigar en educación**. 2. ed. Madrid: Morata, 1972.

BIZZOTTO, A. G. A luta do crackeiro embarçado entre a fissura e a intoxicação. In: ALBUQUERQUE, S. (2010). “Idade doida da pedra”: configurações históricas e antropológicas do *crack* na contemporaneidade. In L. F. Saporì & R. Medeiros (Orgs.), **Crack: um desafio social** (pp.13-37). Belo Horizonte, MG: Editora PUC Minas.

BOBBIO, N. **Igualdade e Liberdade**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 1997.

BODSTEIN, R. C. A. Cidadania e modernidade: emergência da questão social na agenda pública [online]. **Cadernos de Saúde Pública**, 1997; 13(2): 185-193. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1997000200002>. Acesso em: 2023.

BOITEUX, L. **Controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade**. 2006. 273f. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, 2006. Disponível em: <https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/355.pdf>. Acesso em 23 jul. 2023.

BOITEUX, L. Tráfico e Constituição: um estudo sobre a atuação da justiça criminal do Rio de Janeiro e de Brasília no crime de tráfico de drogas. **Rev. Jurídica**, Brasília, v. 11, n. 94, p.1-29, jun.-set. 2009.

BOITEUX, L.; PÁDUA, J. P. A desproporcionalidade da lei de drogas: os custos humanos e econômicos da atual política no Brasil. In: CORREA, Catalina Pérez (Org.). **Justicia desmedida: proporcionalidad y delitos de drogas en America Latina**. 1. ed. Ciudad de Mexico: Fontamara, 2012. p. 71-101.

BOOTH, W.C., COLOMB, G.G., & WILLIAMS, J.M. (2005). **A arte da pesquisa**. São Paulo: Martins Fontes.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Tradução de Fernando Tomaz. 2a edição. Rio de Janeiro: Bertrand, 1998.

BOURDIEU, Pierre. **A miséria do mundo**. Tradução de Mateus S. Soares. 3a edição. Petrópolis: Vozes, 1999.

BORGES, S. M. R. **O uso indevido de drogas e ações intersetoriais: contribuições para o debate e à construção de política municipal**. 2012. 148 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Escola de Governo Paraná, Maringá, 2012.

BOSKA, G. de A., OLIVEIRA, M. A. F. de ., & SEABRA, P. R. C.. Acolhimento integral em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas na perspectiva da proteção dos direitos humanos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2022; 27(6), 2417–2426. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.17692021>. Acesso em: 30 de ago. 2023.

BUSS, P. M., CARVALHO, A. I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência e Saúde Coletiva**, 2009; 14(6):2305-2316.

BUZI, N. et al. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2004.

CAMPOS, C. J. G.. (2004). Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira De Enfermagem**, 57(5), 611–614. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000500019>. Acesso em: nov./2023.

CARLINI-COTRIM, B. Dados sobre o consumo de drogas por adolescentes no Brasil. **Rev. ABPAPAL**, v. 9. n. 3, p. 99-102, 1987.

_____. O consumo de substâncias psicotrópicas por estudantes secundários: o Brasil frente a situação internacional. **Revista ABP-APAL**, v. 13, n 3, p. 112-116, 1991.

CARLINI-CONTRIM, A.; BARBOSA, M.T. **Pesquisas epidemiológicas sobre drogas entre estudantes: um manual de orientações gerais**. São Paulo: Cebrid/Unifesp, 1993. Disponível em: . Acesso em 24 set. 2009.

CARLINI, E. A *et al.* **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001 / -- São Paulo : CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas : UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo,2002.

CARLINI, E. A, *et al.* **II Levantamento sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. CENTRO BRASILEIRO SOBRE INFORMAÇÕES DROGAS PSICOTRÓPICAS – Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CARNEIRO, H. A fabricação do vício. In: **ENCONTRO REGIONAL DE HISTÓRIA – ANPUH**, 13., 2002, Mariana, MG. Anais... Mariana, MG: UFOP-ICHS, Departamento de História, 2002.

CARR, A. (2004). Thematic review of family therapy journals in 2003. **The Journal of family therapy**. 430-445.

CARVALHO, A. M. T. de. O Processo de produção discursiva: Uma visão da contribuição de Michel Foucault ao debate epistemológico. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, [S.l.], v. 1, n. 1, p. 62–73, 2003. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revispsi/article/view/7696>. Acesso em: 15 nov. 2023.

CARVALHO, H. B.; SEIBEL, S. D. Crack cocaine use and its relationship with violence and HIV. **Clinics**, 2009; 64:857-66.

CARVALHO, V. A.; SILVA, M. R. F. Política de segurança pública no Brasil: avanços, limites e desafios. **Revista Katálysis**, v. 14, n. 1, p. 59-67, jan.-jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-49802011000100007&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 mai. 2023.

CELLARD, A. A Análise Documental. In: **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

CETLIN, G. S. O tratamento ao usuário compulsivo de crack: fissuras no cotidiano profissional. In: ALBUQUERQUE, S. (2010). “Idade doida da pedra”: configurações históricas e antropológicas do *crack* na contemporaneidade. In L. F. Saporì & R. Medeiros (Orgs.), **Crack: um desafio social** (pp.13-37). Belo Horizonte, MG: Editora PUC Minas.

COELHO, I.; OLIVEIRA, M. H. B. de. Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. **Revista Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 359-367, abr-jun. 2014.

COSTA, J. H. R. . A internação compulsória dos viciados em crack a partir da ponderação entre liberdade e dignidade humana. **JURISPOIESIS (RIO DE JANEIRO)** , v. 16, p. 27-52, 2013.

- COTRIM, B. C. Drogas na escola: prevenção, tolerância e pluralidade. In: Aquino JG. **Drogas na escola: alternativas teóricas e práticas**. São Paulo: Summus; 1998. p. 19-30.
- DENADAI, M. C. V. B., Oliveira, E. F. dos A., Garcia, M. L. T., & Leal, F. X.. (2023). Internações compulsórias e restrição da liberdade de pessoas que usam drogas. **Revista Katálysis**, 26(2), 278–286. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2023.e91592>. Acesso em ago. 2023.
- DINIZ, M. H. **Dicionário jurídico**. Volume 1 - São Paulo: Saraiva, 1998.
- DINIZ, M. H. **Curso de Direito Civil**, volume 1: Teoria Geral do Direito Civil – 35ª Edição – São Paulo: Saraiva, 2018.
- DOMANICO, A. **Craqueiros e cracadros**: bem-vindo ao mundo dos nórias! Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil. Salvador: A. Domanico, 2006.
- DUAILIB L. B., RIBEIRO M., LARANJEIRA R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. **Rev. Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2008; 24(supl 4):545-57.
- DUNN J.; LARANJEIRA R. R.; DA SILVEIRA, D. X.; FORMIGONI, M. L., FERRI, C.P. Crack cocaine: an increase in use among patients attending clinics in. Sao Paulo: 1990–1993. **Subst Use Misuse**, 1996, 31:519-27.
- EPELE M. New Toxics, New Poverty: A Social Understanding of the Freebase Cocaine/Paco in Buenos Aires, Argentina. **Subst Use Misuse**, 2011; 46(12):1468-1476.
- _____. **Sujetar por la herida**. Uma etnografia sobre drogas, pobreza e salud. Buenos Aires: Ed. Paídos; 2010.
- ESCOHOTADO, A. **Historia de las drogas**. Barcelona: Alianza, 1998.
- ESCOHOTADO, A. **História general de las drogas**. 6. ed. Madrid, España: Alianza Editorial, 2007.
- FANTAUZZI, G. S.; AARÃO, B. de F. O Advento do Crack no Contexto Político Brasileiro. In: SAPORI, L. F.; MEDEIROS, R. (Org.). **Crack um desafio social**. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2010. Pág.81-100.
- FENSTERSEIFER, T. **Defensoria pública na Constituição Federal**. Rio de Janeiro: Forense, 2017.
- FERREIRA, F. V.; MOURA, D. O. A presença de oscilações no enquadramento midiático e de interpretações fragmentadas na cobertura do consumo de crack. **RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 431-443, abr./jun. 2020.
- FERNANDES, L. Los territorios urbanos de las drogas: un concepto operativo. In: _____. **Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencia**. Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona: Fad, 2000. p. 53-60.
- FERREIRA FILHO, O. F., TURCHI, M. D.; LARANJEIRA R., CASTELO A. Epidemiological profile of Powder Cocaine Users on treatment in psychiatrics hospitals,

Brazil. **Rev Saude Publica** 2003, 37:751-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000600010>. Acesso em: 19 nov. 2023.

FIGLIORE, M. **Uso de drogas: controvérsias médicas e debate público**. São Paulo: Mercado de Letras, 2007.

FIGLIORE, M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos estud CEBRAP** [Internet]. 2012/Mar; (92): 9-21. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-33002012000100002>. Acesso em: 17 de set. 2023.

FLICK, U. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FLICK, U. Triangulation. Oelerich G, Otto H-U, editors. *Empirische Forschung und Soziale Arbeit* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2011. p. 323-328.

FONSECA, E. M., and BASTOS, F. I. Políticas de redução de danos em perspectiva: comparando as experiências americana, britânica e brasileira. In: ACSELRAD, G. org. **Avessos do prazer: drogas, Aids e direitos humanos** [online]. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, pp. 289-310. ISBN: 978-85-7541-536-8. Disponível em: doi: 10.7476/9788575415368.

FORMIGONI, M. L. **O uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1. (SUPERA - Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento)**. 5. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD, 2014.

FOUCAULT, M. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: PUC, 1974.

FUNK M.; BOLD, N. D. WHO's QualityRights initiative: Transforming services and promoting rights in mental health. **Health Hum Rights**, 2020; 22(1):69-75.

GALDURÓZ, J. C. F; NOTO, A. R; NAPPO, S. A; CARLINI, E. A. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001. **Rev Latino-am Enfermagem**, n 13, p888-95, set-out. 2005.

GARCIA, F., Costa M., Pires L, Neves M. Conceitos e definições de vulnerabilidade. In: 3i, editor. **Vulnerabilidade e uso de drogas**. Belo Horizonte; 2016. p. 15-75.

GOFFMAN, E. **Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar - como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. Rio de Janeiro/São Paulo: Editora Record, 1997.

GOLDENSTEIN, P. *et al.* Crack and homicide in New York City. In: REINARMAN, C; LEVINE, H. (Org.). **Crack in America**. Berkeley: University of California Press, 1997.

GONZÁLES, C. et. al. **Repensar las drogas. Hipótesis de la influencia de una política criminal liberalizadora respecto a las drogas, sobre los costes sociales, las pautas de consumo y los sistemas de recuperación**. Barcelona, Grop Igia,1989. HUSAK, Douglas. **Drogas y derechos**. México: Fondo de Cultura Económica, 2001.

GUERRA, S.; FRANKLIN, B. W. A.; Políticas Públicas de combate ao uso de crack em cenários abertos no Brasil, *Cadernos de Dereito Actual*, (9), pp. 147–169. 2018. Disponível em: <https://cadernosdedereitoactual.es/ojs/index.php/cadernos/article/view/289>. (Acesso: 10 março de 2023).

GUNTHER, H. Pesquisa Qualitativa versus Pesquisa Quantitativa: Esta é a Questão? *Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 22, n. 2, p. 201-210, 2006.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. 5a edição. Petrópolis: Vozes, 1997.

HART, C. **Um Preço Muito Alto: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas**. 01. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

JORGE, M. S. B., QUINDERÉ, P. H. D., YASUI S., & ALBUQUERQUE, R. A. (2013). Ritual de consumo do *crack*: aspectos socioantropológicos e repercussões para a saúde dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2909-2918.

JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R. M.; KOMATSU, S. Descentralização e intersectorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de fortaleza. In: XI Concurso de Ensayos del CLAD “**El Tránsito de la Cultura Burocrática al Modelo de la Gerencia Pública: Perspectivas, Posibilidades y Limitaciones**”. 1997. Disponível em: . Acesso em: 20 out. 2016. JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersectorialidade. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 31-46, 1997.

KARAM, M. L.; **Drogas: Legalizar para respeitar os Direitos Humanos**. Conferência de abertura do Seminário Redução de Danos: Saúde, Justiça e Direitos Humanos, promovido pelo Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas Gregório de Matos (CAPSad GM) e Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti (Programa de Extensão Permanente da Faculdade de Medicina da Bahia) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador-BA – agosto 2015, não paginado. Disponível em: <https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/8.pdf>. (Acesso: 30 de agosto de 2023).

_____. Legislações proibicionistas em matéria de drogas e danos aos direitos fundamentais. *Revista Verve*. N. 12. PUC/SP, 2007. p.181-212.

_____. Legislações proibicionistas em matéria de drogas e danos aos direitos fundamentais: 2ª parte. *Revista Verve*. N. 13, PUC/SP, 2008. p. 255-280.

KESSLER, F., & PECHANSKY, F. (2008). Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. *Rev. Psiquiatria RS*, 30(2), 96-98.

KOLB, L. C. **Psiquiatria Clínica**. 8.ed. Rio de Janeiro: Interamericana,1976.

LAKATOS, E. M., MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. - 5. ed. - São Paulo: Atlas 2003.

LASCHER, A. D. LOUREIRO, C. S. A pedra ardente dos excluídos. *Scientific American Brasil: Edição Especial – Drogas*, São Paulo, n. 38, p. 45-47, 2010.

LASWELL, H.D. *Politics: Who Gets What, When, How*. Cleveland, Meridian Books. 1936/1958.

MACERATA I., DIAS R., PASSOS E. Paradigma da guerra às drogas, políticas de ordem e experiências de cuidado na cidade dos mega-eventos. In: Lopes LE, Malaguti V, organizadores. *Atendendo na Guerra - Criminologia de Cordel 3*. Rio de Janeiro: Revan; 2014.

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

MACHADO, L. V, BOARINI, M. L. Políticas Sobre Drogas no Brasil: a Estratégia de Redução de Danos. *Psicol. ciênc. prof.* 2013; 33(3): 580-95.

MACRAE, E. Substâncias Psicoativas: não existe droga a priori! *Opus Corpus: Antropologia das Aparências Corporais*. São Paulo, FAPESP, 2004.

MARTINEZ, M. M. **Redes do cuidado**: etnografia de aparatos de gestão intersetorial para usuários de drogas. São Carlos: Ed. UFSCar, 2016. MOSCOVICI, S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MATTOS, M. J. S. (2017). Crack e Políticas Públicas: Análise sobre a formação da agenda do programa “crack, é possível vencer”. *Planejamento E Políticas Públicas*, (49). Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/683>. Acesso em: jul 2023.

MEDEIROS, R. Construção social das drogas e do crack e as respostas institucionais e terapêuticas instituídas. *Saúde Soc.* 2014; 23(1):105-17. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/8jTZ9fXjMy6yyB9yMtpqBgq/?lang=pt#>.

MEDEIROS, R.; Clínica e croni(cidade):impactos do uso/abuso de crack na configuração urbana e nos tratamentos da toxicomania. In: SAPORI, L. F.; MEDEIROS, Regina. (Org.). **Crack**: um desafio social. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2010, p. 165-218.

MEDEIROS, R. P. de.; MACRAE, E.; ADORNO, R. C. F. **A complexidade da questão das drogas: ideias, utopias e ações**. Salvador: EDUFBA : CETAD, 2020. 272 p.

MEDINA, M. G.; NERY FILHO, A.; FLACH, P. M. V. Políticas de Prevenção e cuidado ao usuário de substâncias psicoativas. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) **Saúde Coletiva**: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 479–500.

MELLO, A.; ANDRADE, T. Redução de danos: princípios e práticas. In: PINHEIRO, R.; SILVEIRA, C. & GUERRA, E. (Orgs.) **Drogas e Aids**: prevenção e tratamento. Belo Horizonte: Fhemig/Centro Mineiro de Toxicomania, 2001.

MIGUEL, A. Q. C., SIMÕES, V., YAMAUCHI, R., MADRUGA, C. S., DA SILVA, C. J., LARANJEIRA, R. R., ROLL, J. M., SMITH, C. L., MCPHERSON, S. M., & MARI, J. J.. (2022). Sociodemographic and clinical profile of crack cocaine treatment-seeking individuals living in “Crackland”, Brazil. *Jornal Brasileiro De Psiquiatria*, 71(1), 50–55. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000362>.

MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T.; SOUZA, R. G. (EDS.). **A intersetorialidade na agenda das políticas sociais**. 1. ed. Campinas: Papel Social, 2014.

MONTERO, P. Prefácio. In: FIORE, M. **Uso de “drogas”: controvérsias médicas e debate público**. Campinas: Mercado das Letras, 2007.

MORAES, M. C. B. de. A Caminho de um Direito Civil Constitucional. **Revista de Direito Civil**. São Paulo: Revista dos Tribunais, n.65, p. 21-32, jul./set. 1993.

MOREIRA, M. S. S. **A dependência familiar**. Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo, São Paulo, n. 5, 2004.

MUSSE, L. B. Internações forçadas de usuários e dependentes de drogas: controvérsias jurídicas e institucionais. In: SANTOS, M. P. G. dos (org.). **Comunidades terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: IPEA, 2018.

NAPPO S. A. **“Baquêros” e “Craquêros”**: um estudo sobre o consumo de cocaína na cidade de São Paulo [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1996.

_____. Análise qualitativa do uso de cocaína: um estudo em São Paulo. In: ALBUQUERQUE, S. (2010). “Idade doída da pedra”: configurações históricas e antropológicas do *crack* na contemporaneidade. In L. F. Saporì & R. Medeiros (Orgs.), **Crack: um desafio social** (pp.13-37). Belo Horizonte, MG: Editora PUC Minas.

NERY, N.; NERY, R. M. de A. **Código Civil Comentado**. 12ª. Edição. Editora Revista dos Tribunais: São Paulo. 2016.

NUTT, D., L. A. KING, y L. D. PHILIPS (2010), Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis, *Lancet*, 376, nov. 6, 2010, p. 1.558-1.565. OLIVEIRA, A. S. A violência e a criminalidade como entraves à democratização da sociedade brasileira. **Caderno CRH**, Salvador, n. 38, p. 239-265, jan.-jun. 2003.

OLIVEIRA, D. D. de; SANTIBANEZ, D. A. de C. de S. (ccord.). Censo e perfil da população em situação de rua na cidade de Goiânia. Goiânia: **Núcleo de Estudos sobre Criminalidade e Violência (Necriví)**, 2015.

PAIVA, F. S.; COSTA P. H. A. Desigualdade Social, Políticas sobre drogas e direitos humanos: Uma reflexão sobre a realidade brasileira. In: VECCHIA, M. D. et al. (Org.). **Drogas e direitos humanos: reflexões em tempos de guerra às drogas**. Porto Alegre: Rede Unida, 2017, p. 53-72.

PALMA, A.; MATTOS U. A. O. Contribuições da ciência pós-normal à saúde pública e a questão da vulnerabilidade social. Vol. 8, **Hist. Ciênc. Saúde**. Manguinhos. Rio de Janeiro; 2001.

PETERS, B. G. **American Public Policy**. Chatham, N.J.: Chatham House. 1986.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, dez. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JnBHtt8Q8NNHFHbVw5ww5mC/?lang=pt>. Acesso em: 27 out. 2023.

PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antonio dos. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. **Revista Teoria e Pesquisa**. Brasília, n. 2, p. 203-211, abr./jun. 2009, p. 209.

RIBEIRO M.M., ARAÚJO M.R. Política mundial de drogas ilícitas: uma reflexão histórica. In: Silveira DX, Moreira FG, organizadores. **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Editora Atheneu; 2006. p. 457-68.

ROCHA, A P.; LIMA, R. de C. C.; FERRUGEM, D. Autoritarismo e guerra às drogas: violência do racismo estrutural e religioso. **Cadernos CRH**, v. 34, n. 91, p. 113-129, 2021.

ROCHA, Claudionor. **Crack, a Pedra da Morte** – Desafios a Adicção e Violência Instantâneas. Brasília: Biblioteca Digital Câmara, 2010.

RODRIGUES, Thiago. Narcotráfico e militarização nas Américas: vício de guerra. **Contexto int.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 9-41, jun., 2012.

RODRIGUES, Thiago. Drogas e Proibição: um empreendedorismo moral. In: Regina Figueiredo; Marisa Feffermann, Rubens Adorno. (Org.). **Drogas & sociedade contemporânea: perspectivas para além do proibicionismo**. 01-ed. São Paulo: Instituto de Saúde/Governo do Estado de São Paulo, 2017, v. 01, p. 33-55.

ROLIM, M. Caminhos para a inovação em segurança pública no Brasil. **Revista de Segurança Pública**, n. 1, mar. 2007.

ROMANELLI, G. A entrevista antropológica: troca e alteridade. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, p. 119-133, 1998.

ROMANINI, M. ROSO, A. (2012). Mídia e *Crack*: Promovendo Saúde ou Reforçando Relações de Dominação? **Psicologia, Ciência, & Profissão**, 32(1), 82-97.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: UNESP; 1994.

ROSO, A., Romanini, M., Bianchini, M., Angonese, M., Macedo, F., Monaiar, A., & Silva, V. (2010). Discursos midiáticos sobre o crack: discutindo resultados preliminares. In **XIV Simpósio de Ensino, Pesquisa e Extensão**. Santa Maria, RS: Sepe-Unifra. Recuperado de <https://bit.ly/2JtOOYc>.

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

SÁ, M. F. F.; MOUREIRA, D. L. **A capacidade dos Incapazes: saúde mental e uma releitura da teoria das incapacidades no direito privado** – Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

SARMENTO, D.; SOUZA NETO, C. P. de. **A Constitucionalização do Direito**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2014.

SARLET, I. W.; MARINONI, L., G.; MITIDIERO, D. **Curso de Direito Constitucional**. São Paulo: Revista dos Tribunais Ltda, 2014.

SARLET, I. W.; MONTEIRO, F. H. Notas acerca da legitimidade jurídicoconstitucional da internação psiquiátrica obrigatória. **Revista Eletrônica Direito e Política**, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciência Jurídica da UNIVALI, Itajaí, v.10, n.2, 1º quadrimestre de 2015. Disponível em: www.univali.br/direitoepolitica - ISSN 1980-7791.

SAPORI, L. F. A justiça criminal brasileira como um sistema frouxamente articulado. In: SLAKMON, C.; MACHADO, M. R.; BOTTINI, P. C. (Org.). **Novas direções na governança da justiça e da segurança**. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2006. p. 763-782.

SILVA, G. B. da. **A figuração social das drogas e as relações de poder: ethos, habitus jurídicos e o meio caminho andado da decisão sentencial dos crimes de tráfico de drogas em Goiânia**. 2020. 416 f. Tese (Doutorado em Sociologia) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2019.

SAPORI, L. F.; SENA, L. L., SILVA, B. F. A. A Relação entre o comércio do crack e a violência urbana na região metropolitana de Belo Horizonte. In L. F. Sapori & R. Medeiros (Orgs.), **Crack: um desafio social** (p.38-80). Belo Horizonte, MG: Editora PUC Minas.

SANTOS, J. A. T; OLIVEIRA, M. L. F. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. **Sau. Transf. Soc.**,2013.

SCHECHTMAN, A; ALVES, D. S. A organização da política de saúde mental. In: JORGE, M. A. S, CARVALHO, M. C. A, SILVA, P. R. F, (Org.) **Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

SCHEFFER, M., PASA, G. G., & ALMEIDA, R. M. M. de .. (2010). Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. **Psicologia: Teoria E Pesquisa**, 26(3), 533–541. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000300016>.

SEIBEL, S. D; TOSCANO JUNIOR, A. **Dependência de Drogas**. São Paulo: Atheneu, 2010.

SILVA, D.; MOLL, M. F.; VENTURA, C. A. A. O Tratamento da Dependência Química e os Direitos Humanos. *Brazilian Journal of Forensic Sciences*, **Medical Law and Bioethics**, v. 7, n. 2, p. 113-122, 2018, Tradução. Disponível em: [https://doi.org/10.17063/bjfs7\(2\)y2018113](https://doi.org/10.17063/bjfs7(2)y2018113). Acesso em: 17 nov. 2023.

SILVA, G. T. da. Políticas públicas e intersetorialidade: uma discussão sobre a democratização do Estado. **Cadernos Metrópole**, v. 19, p. 81-97, 1º sem. 2008.

TEIXEIRA, C. F. (Org.). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010. 161 p. ISBN9788523207076.

TEIXEIRA, C. F.; SILVEIRA, P. **Glossário de Análise Política em Saúde**. Salvador: EDUFBA, 2017. 222 p. ISBN9788523215835.

TEIXEIRA, M. B., ENGSTROM, E. M., & RIBEIRO, J. M.. (2017). Revisão sistemática da literatura sobre crack: análise do seu uso prejudicial nas dimensões individual e contextual. **Saúde Em Debate**, 41(112), 311–330. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711225>. Acesso em: 15 nov. 2023.

TOLEDO, L.; GÓNGORA, A.; BASTOS, F. I. P. M. À margem: uso de crack, desvio, criminalização e exclusão social – uma revisão narrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 22, núm. 1, 2017, pp. 31-42 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Rio de Janeiro, Brasil.

TRINDADE, J. D. L. **História social dos direitos humanos**. São Paulo: Petrópolis, 2002.

TRUJILLO, A. F. **Metodologia da ciência**. 3. ed. Rio de Janeiro: Kennedy, 1974.

USÓ, Juan Carlos. Usos a lo largo de la Historia. Marcos prohibicionistas de ayer y hoy. La salud pública como telón de fondo. In: **Cannabis: salud, legislación y políticas de intervención**. Madrid: Instituto Internacional de Sociología Jurídica de Oñati/Dykinson, 2006.

VALOIS, Luís Carlos. **O direito Penal da guerra às drogas**. 3 ed. Belo Horizonte: Editora D'Plácido, 2019.

VARGAS, E. V. **Entre a extensão e a intensidade corporalidade, subjetivação e uso de “drogas”**. Tese (Doutorado em Ciências Humanas: Sociologia e Política - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

_____. Fármacos e outros objetos sociotécnicos: notas para uma genealogia das drogas. In: Beatriz Caiuby Labate; Sandra Goulart; Maurício Fiore; Edward Macrae; Henrique Carneiro. (Org.). **Drogas e cultura: novas perspectivas**. 1ed.Salvador: EDUFBA, 2008, v. 1, p. 41-63.

VASCONCELOS, E. M. **Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social**. Campinas: Papel Social, 2016.

VECCHIA, M. D. et al. (Org.). **Drogas e direitos humanos: reflexões em tempos de guerra às drogas**. Porto Alegre: Rede Unida, 2017.

WANDEKOKEN, K. D; DALBELLO-ARAÚJO, M. Trabalho nos centros de atenção psicossocial álcool e drogas e as políticas públicas: que caminho seguir. **Trabalho Educação Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 1, p. 157-175, 2015.

WISNER, B. Marginality and vulnerability: Why the homeless of Tokyo don't 'count' in disaster preparations. **Applied Geography**, 18(1), pp. 25-33. 1998.

XIMENES, D. de A. Representação social: o diálogo da Sociologia com a Psicologia Social. Pós – **Revista Brasiliense de Ciências Sociais**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 201-212, jan.-jun.1997.

ZALUAR, A. **Integração perversa: pobreza e tráfico de drogas**. Rio de Janeiro: Ed FGV; 2004.

ZERBETTO S. R., GALERA, S. A. F., RUIZ, B. O. Family resilience and chemical dependency: perception of mental health professionals. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2017; 70(6):1184-90. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0476>.

ZINBERG, N. **Drug, set and setting**. Yale University Press, 1986.

Documentos oficiais e institucionais.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Decreto nº 24.559, de 03 de julho de 1934**. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. [Internet]. Legislação. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 14 jul 1934. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-norma-pe.html>>. Acesso em: 18 ago. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002**. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4345.htm. Acesso em: 20 ago. 2022a.

_____. Casa Civil. **Lei nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002**. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. [Internet]. Legislação. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 11 jan 2002b.

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 5.726, de 29 de outubro de 1971**. Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências. [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 29 out 1971. Disponível em: . Acesso em: 20 set. 2023.

_____. Casa Civil. **Lei Nº 6.368, de 21 de outubro de 1976**. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. [Internet]. Legislação. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 21 out 1976. Disponível em: . Acesso em: 20 set. 2023.

BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11343.htm#:~:text=Art.%201%C2%BA%20Esta%20Lei%20institui,de%20drogas%20e%20define%20crimes. Acesso em: 20 set. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Recuperado de <https://bit.ly/29zD847>.

BRASIL. **Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas**. Relatório brasileiro sobre drogas. Brasília: SENAD, 2009.

BRASIL. **Conselho Nacional do Ministério Público**. Cartilha de Segurança Pública. Brasília: CNMP, 2020. 56 p. il. ISBN 978-65-990635-9-6.

BRASIL. **Resolução Nº 944/2020**. Dispõe sobre a estrutura e o funcionamento do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário - PAI-PJ e dá outras providências. Disponível em: <https://www.tjmg.jus.br/data/files/3E/55/75/6A/D14D57106D6CCB576ECB08A8/Resolucao%20944-2020.pdf>. Acesso em: 19 de nov. 2023.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais RENAME 2022 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/01/RENAME-2022.pdf>. Acesso em: nov. 2023.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Unidade de Acolhimento UA - Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desme/raps/unidades-de-acolhimento>. Acesso em: nov. 2023.

BRASIL, **Ministério da Justiça; Ministério da Educação**. Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de Escolas Públicas. 6a ed. ed. Brasília: Ministério da Justiça, 2014. Acesso em: 09 set. 2023.

CEBRID, **Centro Brasileiro de Informações sobre drogas**. Drogas psicotrópicas. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas- CEBRID, 1987.

CFP. **Conselho Federal de Psicologia**. Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017. Brasília: Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal/ Conselho Federal de Psicologia, 2018.

DEPEN – **Departamento Penitenciário Nacional**. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias. 2014. Disponível em: . Acesso em: .

DSM – 5 - **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5** / [American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014.

GOIÁS - **Secretaria de Estado de Gestão e Planejamento** – SEGPLAN. Goiás em dados 2017. Goiânia: Instituto Mauro Borges de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos, 2018.

ONU; UNAIDS. **Joint United Nations Programme on HIV/AIDS**. Joint Statement In: Compulsory drug detention and rehabilitation centres. 2012. Disponível em: https://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/JC2310_Joint%20Statement6March12FINAL_en.pdf. Acesso em 27 ago. 2023.

PBH. **Prefeitura de Belo Horizonte**. Resultado preliminar do censo – população de rua de BH, 2023. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/noticias/pbh-e-ufmg-apresentam-resultados-preliminares-do-censo-da-populacao-de-rua-de-bh>. Acesso em: 11 de nov. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence**, 2004.

UNITED NATIONS (UN). **International guidelines on human rights and drug policy**. New York: UN/UNAIDS/ UNDP/WHO; 2019.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **World Drug Report** [Internet]. Nova York: United Nations; 2023. Disponível em: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html>.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. (s.d.). Disponível em: <http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/marco-legal.html>. Acesso em: 19 nov. 2023

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. (2017, junho 29). *OPAS/OMS e UNODC expressam preocupação com as ações sobre drogas em São Paulo*. Disponível em: <https://bit.ly/2smyqkM>. Acesso em: 19 nov. 2023.

ANEXOS

<p>PESQUISA: <i>Políticas públicas para prevenção, tratamento e recuperação ao uso de crack: uma análise assentada no Estatuto da Pessoa com Deficiência</i></p>
Profissão:
Data da entrevista:
ENTREVISTA
1. Quais são os tratamentos oferecidos pelo SUS aos dependentes crônicos que fazem uso abusivo de drogas/crack, que você tem conhecimento?
2. De acordo com a sua vivência profissional, como é feito o acompanhamento dos pacientes que fazem uso prejudicial de crack nesta unidade do CERSAM?
3. Existe apoio às famílias dos usuários pelos serviços de saúde e assistência social? Em caso positivo, como ocorre?
4. Conforme a sua experiência nesta unidade, os pacientes costumam concluir todo o tratamento oferecido pelo SUS? Em caso negativo, saberia informar o motivo da não conclusão ou desistência do tratamento?
5. Você considera que o tratamento oferecido é eficaz para a recuperação do usuário crônico de crack?
6. De acordo com o histórico de atendimentos, em quais casos os usuários são submetidos a internação involuntária? Sabe informar como é o protocolo para a promoção da internação?
7. Os pacientes que são submetidos a internação involuntária costumam retornar ao uso do crack?
8. Para você a internação involuntária é considerada um método de tratamento que apresenta resultados positivos para o uso prejudicial de drogas?

9. Quais as fragilidades que você observa na presente unidade do CERSAM AD quando se trata de promover a prevenção e o tratamento do uso prejudicial de crack?

10. Considerando o Sistema de Saúde no Brasil e os problemas apontados, o que é preciso ser feito para melhorar o atendimento dos usuários dos serviços públicos?

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Nº Registro CEP: CAAE 72564223.4.3001.5140

Título do Projeto: POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PREVENÇÃO, TRATAMENTO E RECUPERAÇÃO AO USO DE CRACK: uma análise acerca da construção das políticas sobre drogas na Cidade de Belo Horizonte/MG

Eu, Jéssica Gomes dos Santos Dias Carneiro, aluna do Programa de Mestrado Profissional em Segurança Pública e Cidadania, da Universidade do Estado de Minas Gerais – UEMG, portadora do RG MG 17.067.876, residente na Av. José Faria da Rocha, nº 5.186, apto 101, Bairro Eldorado, CEP 32.310-210, Contagem/MG, sendo meu telefone de contato (31) 99273-6570, vou desenvolver uma pesquisa cujo título é POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PREVENÇÃO, TRATAMENTO E RECUPERAÇÃO AO USO DE CRACK: uma análise acerca da construção das políticas sobre drogas na Cidade de Belo Horizonte/MG, cujo objetivo deste estudo é analisar a implementação das políticas públicas sobre drogas, com foco no crack, em nível municipal (Belo Horizonte/MG), a partir do Estatuto da Pessoa com Deficiência, para compreender os avanços, limites e desafios desse processo, visando oferecer um conteúdo teórico que possa contribuir para a compreensão do papel do Estado moderno na garantia de direitos fundamentais, notadamente do direito à vida e a saúde.

Para a realização deste estudo adotaremos os seguintes procedimentos: revisão bibliográfica, análise de dados e documental além da realização de pesquisa empírica, com a realização de entrevistas.

A pesquisa respeitará todas as exigências da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Gostaria de convidá-lo a colaborar de forma VOLUNTÁRIA com esta pesquisa.

Para participar deste estudo o Sr(a). não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira; o importante é ressaltar que não existem pesquisas recentes sobre o tema e sua contribuição será de grande importância para futuras políticas públicas e ações sociais voltadas as pessoas que fazem uso prejudicial de crack, o que deve ser entendido como um problema de saúde pública.

Por conseguinte, o presente estudo se faz relevante para ajudar a repensar as ações implementadas pela gestão pública visando uma melhor prestação do serviço público e a efetividade das políticas públicas sobre drogas, principalmente em âmbito Municipal. Destaco, também, que para execução da pesquisa, os riscos são considerados mínimos. Identificam-se por possíveis constrangimentos ao expor seus sentimentos, percepções e vivências pessoais, mobilização emocional frente aos conteúdos abordados nas questões da entrevista em profundidade, o tempo despendido durante a coleta de dados, além de cansaço e falta de motivação para participar do estudo.

O(A) Sr(a). será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento.

A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

Não existe outra forma de obter dados com relação ao procedimento em questão e que possa ser mais vantajoso do que o usado nesta pesquisa. Eu, Jéssica Gomes dos Santos Dias Carneiro, como responsável pela condução desta pesquisa, tratarei os seus dados com o devido profissionalismo e sigilo, garantindo a segurança da sua privacidade.

Todo material coletado durante a pesquisa ficará sob a guarda e responsabilidade desta pesquisadora responsável pelo período de 5 (cinco) anos e, após esse período, será destruído. Será observada, nos termos da lei, a responsabilidade civil, e analisado o direito à indenização.

O(A) Sr(a). tem o direito de ser mantido(a) atualizado(a) sobre os resultados parciais da pesquisa, e caso seja solicitado, darei todas as informações que o(a) Sr(a). quiser saber. O(A) Sr(a). também poderá consultar a qualquer momento o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Minas Gerais, responsável pela a autorização para a realização deste estudo.

Não existirão despesas ou compensações pessoais para nenhum participante em qualquer fase do estudo. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Eu me comprometo a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados deverão ser veiculados por meio de artigos científicos em revistas especializadas e/ou em

encontros científicos e congressos, sem nunca tornar possível sua identificação. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte que poderá ser contatado em caso de questões éticas, pelo telefone (31) 3277 5903, no endereço: Rua Frederico Bracher Júnior nº 103/sala 302, das 13:30 às 17:30 hs, ou pelo e-mail coep@pbh.gov.br.

O Comitê de Ética em Pesquisa é uma autoridade local e porta de entrada para os projetos de pesquisa que envolvem seres humanos, e tem como objetivo defender os direitos e interesses dos participantes em sua integridade e dignidade, contribuindo também para o desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos.

Em anexo está o consentimento livre e esclarecido para ser assinado caso não tenha ficado qualquer dúvida, esse termo de consentimento será impresso em duas vias originais: sendo que uma será arquivada pela pesquisadora responsável, e a outra será fornecida ao(a) Sr(a).

Você deve guardar uma cópia deste termo onde constam os dados de contato do pesquisador responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo **POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PREVENÇÃO, TRATAMENTO E RECUPERAÇÃO AO USO DE CRACK**: uma análise assentada no Estatuto da Pessoa com Deficiência, cujo objetivo deste estudo é analisar a implementação das políticas públicas sobre drogas, com foco no crack, em nível municipal (Belo Horizonte/MG), a partir do Estatuto da Pessoa com Deficiência, para compreender os avanços, limites e desafios desse processo.

Eu tirei todas as minhas dúvidas sobre o estudo e minha forma de participação com a pesquisadora Jéssica Gomes dos S. D. Carneiro, responsável pelo mesmo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade, os riscos e benefícios e a garantia de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também, que minha participação é isenta de despesas ou gratificações e que tenho garantia do acesso aos resultados, onde os meus dados apenas serão divulgados com a minha autorização. Concordo voluntariamente em participar deste estudo sabendo que poderei retirar

o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido anteriormente ao estudo.

DADOS DO VOLUNTÁRIO DA PESQUISA:

Nome Completo:

Endereço:

RG:

Fone: ()

Email:

Assinatura do voluntário

Belo Horizonte/MG, ____/____/_____.

DADOS DA PESQUISADORA RESPONSÁVEL:

Nome Completo: Jéssica Gomes dos Santos Dias Carneiro

Endereço: Av. José Faria da Rocha, nº 5.186, apto. 101, Contagem/MG, CEP: 32.310-210

RG: MG 17.067-879

Fone: (31) 99273-6570

Email: jessicagsdc@gmail.com

Assinatura da pesquisadora

Belo Horizonte/MG, ____/____/_____.

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Declaramos conhecer o projeto de pesquisa **“Políticas Públicas para Prevenção, Tratamento e Recuperação ao Uso de Crack: uma análise acerca da Construção das Políticas sobre Drogas na Cidade de Belo Horizonte -MG”**, sob a responsabilidade da pesquisadora, Jéssica Gomes dos Santos Dias Carneiro, CPF nº 102.649.986-00, cujo objetivo é ‘ investigar as políticas públicas existentes no Brasil voltadas para prevenção, tratamento e recuperação ao uso prejudicial de crack’, e autorizamos que este estudo seja executado nas Unidades da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – SMSA-BH.

Esta autorização foi subsidiada por uma apreciação institucional das gerências responsáveis pela temática da pesquisa e está condicionada ao cumprimento pelos (a/o) pesquisadores (a/o) dos requisitos das Resoluções 466/12, 510/16 e suas complementares.


A SMSA-BH deverá constar como coparticipante da pesquisa.

Solicitamos que, ao término da pesquisa, a data da apresentação do trabalho seja informada à Assessoria de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, assim como a referência do mesmo, em caso de publicação.

A utilização dos dados pessoais dos sujeitos da pesquisa se dará exclusivamente para os fins científicos propostos, mantendo o sigilo e garantindo a utilização das informações sem prejuízo das pessoas, grupos e ou comunidades.

O início do estudo dependerá de sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA de BH. Os documentos apresentados para fins de autorização deste TAI, deverão estar em coerência com os protocolos inseridos na Plataforma Brasil para submissão ao CEP da SMSA de BH.

Este Termo de Anuência terá validade de 24 (vinte e quatro) meses, a partir de sua assinatura.

Documento assinado digitalmente
 FERNANDO DE SIQUEIRA RIBEIRO
Data: 22/03/2023 13:50:49-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

*Fernando de Siqueira Ribeiro
Gerência de Rede de Saúde Mental
Secretaria Municipal de Saúde /SMSA*

Belo Horizonte, 22 de março de 2023

JANAÍNA DE SOUZA AREDES
(08796363606)
AC ONLINE RFB v5
Em Segunda-feira, 27 de Março de
2023 às 11:51




*Janaína de Souza Aredes – BM 312.148-
Assessoria de Educação em Saúde
Secretaria Municipal de Saúde/SMSA*

Declaro que só iniciarei a pesquisa de campo após sua aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Declaro entender que a integridade das informações e a garantia da confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos/instituição que terão suas informações acessadas estão sob minha responsabilidade. Também declaro que não repassarei os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvida na pesquisa.

Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para este projeto. Estes dados serão arquivados por esta pesquisadora de nome Jéssica Gomes dos Santos Dias Carneiro, sendo que o arquivamento ocorrerá de forma física (os dados serão impressos e guardados em pasta de arquivo) pelo período de 5 ano. Após referido período, os papéis/documentos serão fracionados (rasgados) e descartados no lixo comum. Todo e qualquer outro uso que venha a ser planejado, será objeto de novo projeto de pesquisa, que será submetido à apreciação do CEP da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Declaro também estar ciente das responsabilidades dos pesquisadores de acordo com a RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012 (e da RESOLUÇÃO Nº 580, DE 22 DE MARÇO DE 2018, quando se tratar de pesquisa tendo como campo os serviços do Sistema único de Saúde).

Pesquisadora:	CPF:	Data:	Assinatura:
Jéssica Gomes dos Santos Dias Carneiro	102.649.986-00	10/10/2023	 Documento assinado digitalmente JESSICA GOMES DOS SANTOS DIAS CARNEIRO Data: 10/10/2023 22:37:40-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br



UNIDADE BELO HORIZONTE -
UNIVERSIDADE DO ESTADO
DE MINAS GERAIS - UEMG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PREVENÇÃO, TRATAMENTO E RECUPERAÇÃO AO USO DE CRACK: uma análise acerca da construção das políticas sobre drogas na Cidade de Belo Horizonte/MG.

Pesquisador: JESSICA GOMES DOS SANTOS DIAS CARNEIRO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 72564223.4.0000.5525

Instituição Proponente: Faculdade de Políticas Públicas Tancredo Neves - FaPp

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.314.426

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos “Apresentação do projeto”, “Objetivo da Pesquisa” e “Avaliação dos Riscos e Benefícios” e “Comentários e Considerações sobre a pesquisa” foram retiradas dos arquivos Informações Básicas do Projeto (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2171279.pdf) e do Projeto Detalhado (Projeto_Mestrado_UEMG_Jessica.pdf).

Trata-se de projeto de pesquisa submetido ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu: Mestrado Profissional em Segurança Pública e Gestão de Negócios. A pesquisadora submeteu o projeto anteriormente e teve o parecer avaliado como pendente. Analisa-se agora a segunda versão.

De acordo com a pesquisadora proponente “O uso prejudicial do crack pode acarretar, em alguns casos, em uma forte dependência psicológica, tratando-se de um problema que deve ser prevenido e remediado pelo poder público, em todas as suas esferas organizacionais. Tal obrigação decorre do direito à saúde, que foi positivado na atual Constituição pátria. Com isso, emerge a necessidade de se fazer uma análise detida da eficácia das políticas públicas aplicadas aos indivíduos em contexto de vulnerabilidade, bem como da possibilidade de reestruturação de

Endereço: Rua Gonçalves Dias, 1434, sala 41, 4º andar

Bairro: Lourdes

CEP: 31.630-900

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3916-8747

Fax: (31)3330-1570

E-mail: cep.reitoria@uemg.br



UNIDADE BELO HORIZONTE - UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MINAS GERAIS - UEMG



Continuação do Parecer: 6.314.426

tais políticas de proteção social, objetivando uma melhora no desempenho da máquina estatal, vez que o papel dessas políticas acarreta também desenvolvimento econômico e social, não podendo haver dissociação entre tais fatores”.

Objetivo da Pesquisa:

Nas Informações Básicas do Projeto a pesquisadora informa que o objetivo primário é “analisar a implementação das políticas públicas sobre drogas, com foco no crack, em nível municipal (Belo Horizonte/MG), para compreender os avanços, limites e desafios desse processo”.

Já no projeto detalhado se lê “A intenção da pesquisa é de investigar as políticas públicas existentes no Brasil voltadas para prevenção, tratamento e recuperação ao uso prejudicial de crack, visando oferecer um conteúdo teórico que possa contribuir para a compreensão do papel do Estado moderno na garantia de direitos fundamentais, notadamente do direito à vida e a saúde. Entendendo que tal estudo latente é também resultado de um contexto sócio-histórico, a análise também visa a explicitar os possíveis obstáculos na implementação de políticas públicas eficientes no atual cenário vivido pela população brasileira”.

Os objetivos secundários nas Informações Básicas são “a) Discutir a questão do vício em crack como um problema de saúde e de segurança pública; b) Discutir as políticas públicas sobre drogas (PPD) no Brasil e em Minas Gerais; c) Analisar as estratégias adotadas pela gestão pública municipal, acerca dos cuidados aos usuários dependentes de crack; d) Discutir a atuação do CERSAM AD; e) Analisar as diretrizes elencadas na Lei nº13.840/2019”.

No projeto detalhado, os objetivos específicos são: “Mapear e analisar as políticas públicas existentes no Brasil e em Minas Gerais (Município de Belo Horizonte) voltadas para prevenção, tratamento e recuperação ao uso de crack; Investigar a efetividade de tais políticas públicas e quais seriam as medidas a serem tomadas pelo poder público para potencializar sua eficácia; Verificar como estão sendo integradas as ações do poder público em nível federal, estadual e municipal, apontando ao final pontos positivos e negativos na produção e desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a prevenção, tratamento e recuperação ao uso prejudicial de crack”.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Com relação aos riscos, a pesquisadora informa que “Para execução da pesquisa, os riscos são

Endereço: Rua Gonçalves Dias, 1434, sala 41, 4º andar
Bairro: Lourdes **CEP:** 31.630-900
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3916-8747 **Fax:** (31)3330-1570 **E-mail:** cep.reitoria@uemg.br



Continuação do Parecer: 6.314.426

considerados mínimos. Identificam-se por possíveis constrangimentos ao expor seus sentimentos, percepções e vivências pessoais, mobilização emocional frente aos conteúdos abordados nas questões da entrevista em profundidade, o tempo despendido durante a coleta de dados, além de cansaço e falta de motivação para participar do estudo”.

Quanto aos benefícios, “quando buscamos o assunto em trabalhos voltados para a área da segurança pública, observa-se a existência de uma lacuna, o que demonstra a urgência da exploração deste conteúdo por parte da academia e da gestão pública. Nesse contexto, através de formulações teóricas, com proposta de novas discussões sobre o fenômeno estudado, o presente estudo se faz relevante para ajudar a repensar as ações implementadas pela gestão pública visando uma melhor prestação de serviço público e efetividade das políticas públicas sobre drogas, além de servir como instrumento para elaboração de estratégias de intervenção no Município de Belo Horizonte/MG”.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo que também realizará revisão bibliográfica e análise de dados e documental. No que se refere aos participantes da pesquisa, serão realizadas entrevistas semiestruturadas com 30 profissionais que atuem nos Centros de Referência em Saúde Mental, Álcool e Drogas (CERSAM) de Belo Horizonte.

Dentre os entrevistados estão “médicos psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, auxiliares de enfermagem”.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo “Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações”

Recomendações:

Vide campo “Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações”

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora apresentou Folha de Rosto devidamente assinada.

O roteiro da entrevista semiestruturada foi apresentado e está adequado aos objetivos traçados.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contém todas as informações necessárias.

Endereço: Rua Gonçalves Dias, 1434, sala 41, 4º andar

Bairro: Lourdes

CEP: 31.630-900

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3916-8747

Fax: (31)3330-1570

E-mail: cep.reitoria@uemg.br



UNIDADE BELO HORIZONTE -
UNIVERSIDADE DO ESTADO
DE MINAS GERAIS - UEMG



Continuação do Parecer: 6.314.426

A pendência relacionada ao Termo de Anuência dos CERSAM foi sanada. A pesquisadora apresentou termo de anuência institucional assinado Gerência de Rede de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde /SMSA e pela Assessoria de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde/SMSA.

O cronograma também foi atualizado.

Não restam pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da UEMG/BH chancela apenas aqueles dados obtidos após a aprovação do projeto junto ao CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2171279.pdf	24/08/2023 13:48:30		Aceito
Outros	Resposta_pendencias_CEP.docx	24/08/2023 13:47:36	JESSICA GOMES DOS SANTOS DIAS CARNEIRO	Aceito
Outros	TAI_Jessica.pdf	24/08/2023 13:32:34	JESSICA GOMES DOS SANTOS DIAS CARNEIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_UEMG_Jessica.pdf	27/07/2023 23:45:44	JESSICA GOMES DOS SANTOS DIAS CARNEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_UEMG_assinado.pdf	27/07/2023 23:42:47	JESSICA GOMES DOS SANTOS DIAS CARNEIRO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Jessica_assinado.pdf	27/07/2023 23:40:41	JESSICA GOMES DOS SANTOS DIAS CARNEIRO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Gonçalves Dias, 1434, sala 41, 4º andar

Bairro: Lourdes

CEP: 31.630-900

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3916-8747

Fax: (31)3330-1570

E-mail: cep.reitoria@uemg.br



UNIDADE BELO HORIZONTE -
UNIVERSIDADE DO ESTADO
DE MINAS GERAIS - UEMG



Continuação do Parecer: 6.314.426

BELO HORIZONTE, 21 de Setembro de 2023

Assinado por:
Wânia Maria de Araújo
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gonçalves Dias, 1434, sala 41, 4º andar

Bairro: Lourdes

CEP: 31.630-900

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3916-8747

Fax: (31)3330-1570

E-mail: cep.reitoria@uemg.br



PREFEITURA
BELO HORIZONTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE -
SMS/BH



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PREVENÇÃO, TRATAMENTO E RECUPERAÇÃO AO USO DE CRACK: uma análise acerca da construção das políticas sobre drogas na Cidade de Belo Horizonte/MG.

Pesquisador: JESSICA GOMES DOS SANTOS DIAS CARNEIRO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 72564223.4.3001.5140

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/ SMSA-BH

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.428.107

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa do Programa de Mestrado Profissional em Segurança Pública e Cidadania, da Universidade do Estado de Minas Gerais – UEMG.

O uso prejudicial do crack pode acarretar, em alguns casos, em uma forte dependência psicológica, tratando-se de um problema que deve ser prevenido e remediado pelo poder público, em todas as suas esferas organizacionais. Tal obrigação decorre do direito à saúde, que foi positivado na atual Constituição pátria. Com isso, emerge a necessidade de se fazer uma análise detida da eficácia das políticas públicas aplicadas aos indivíduos em contexto de vulnerabilidade, bem como da possibilidade de reestruturação de tais políticas de proteção social, objetivando uma melhora no desempenho da máquina estatal, vez que o papel dessas políticas acarreta também desenvolvimento econômico e social, não podendo haver dissociação entre tais fatores.

Metodologia Proposta:

Os métodos empregados na pesquisa, definida como qualitativa, envolvem a revisão bibliográfica, a análise de dados e documental além da realização de pesquisa empírica, com a realização de entrevistas de campo. Pretende-se investigar como o trabalho realizado pelos “Centro’s de Referência em Saúde Mental, Álcool e Drogas – CERSAM AD”, responsáveis por promoverem políticas públicas visando o cuidado aos

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02

Bairro: Padre Eustáquio

CEP: 30.130-007

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coep@pbh.gov.br



PREFEITURA
BELO HORIZONTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE -
SMS/BH



Continuação do Parecer: 6.428.107

usuários de crack funcionam, os seus desafios e as potencialidades e, ainda, compreender como as políticas públicas sobre drogas induzem e norteiam práticas de cuidado. Para isso, busca-se realizar uma pesquisa qualitativa, não envolvendo a coleta e o tratamento de dados pessoais, com o consequente anonimato dos dados dos envolvidos. Serão entrevistados no máximo 5 (cinco) profissionais representantes das equipes compostas por multiprofissionais dos CERSAM's AD em cada unidade visitada, sendo que a escolha destes vai acontecer de forma aleatória, dentre médicos psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, etc. A intenção da pesquisa é de coletar dados acerca do funcionamento do CERSAM AD (número de pessoas atendidas em cada unidade; quais os tipos de tratamentos ofertados aos usuários em situação de vulnerabilidade; como ocorre o acompanhamento dos pacientes; como é feita a avaliação da efetividade dos tratamentos), objetivando responder questões relativas ao tratamento oferecido aos usuários de crack pelo SUS, com o intuito de compreender como as políticas públicas sobre drogas estão sendo estruturadas em Belo Horizonte e refletir sobre o fenômeno do uso prejudicial do crack. Após a realização das entrevistas semiestruturadas, que serão pautadas em roteiro de entrevistas pre estabelecido, composto por 10 perguntas, será realizada pela pesquisadora uma análise de conteúdo, sendo caracterizada por "um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens". Esta técnica propõe analisar o que é explícito no texto para obtenção de indicadores que permitam fazer inferências. Ressalta-se que não serão divulgados dados pessoais dos servidores públicos entrevistados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

A presente dissertação tem como objetivo analisar a implementação das políticas públicas sobre drogas, com foco no crack, em nível municipal(Belo Horizonte/MG), para compreender os avanços, limites e desafios desse processo.

Os objetivos específicos dessa dissertação englobam:

- a) Discutir a questão do vício em crack como um problema de saúde e de segurança pública;
- b) Discutir as políticas públicas sobre drogas (PPD) no Brasil e em Minas Gerais;
- c) Analisar as estratégias adotadas pela gestão pública municipal, acerca dos cuidado aos usuários dependentes de crack;

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02

Bairro: Padre Eustáquio

CEP: 30.130-007

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coep@pbh.gov.br

Continuação do Parecer: 6.428.107

- d) Discutir a atuação do CERSAM AD;
- e) Analisar as diretrizes elencadas na Lei nº13.840/2019.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Para execução da pesquisa, os riscos são considerados mínimos. Identificam-se por possíveis constrangimentos ao expor seus sentimentos, percepções e vivências pessoais, mobilização emocional frente aos conteúdos abordados nas questões da entrevista em profundidade, o tempo despendido durante a coleta de dados, além de cansaço e falta de motivação para participar do estudo.

Benefícios:

Quando buscamos o assunto em trabalhos voltados para a área da segurança pública, observa-se a existência de uma lacuna, o que demonstra a urgência da exploração deste conteúdo por parte da academia e da gestão pública. Nesse contexto, através de formulações teóricas, com proposta de novas discussões sobre o fenômeno estudado, o presente estudo se faz relevante para ajudar a repensar as ações implementadas pela gestão pública visando uma melhor prestação de serviço público e efetividade das políticas públicas sobre drogas, além de servir como instrumento para elaboração de estratégias de intervenção no Município de Belo Horizonte/MG.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Ressalta-se a importância das contribuições que a pesquisa poderá trazer para a sociedade como um todo, para a comunidade acadêmica e Políticas Públicas para a qualificação do SUS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TODOS OS TERMOS OBRIGATÓRIOS FORAM APRESENTADOS.

TAI DE 22/03/2023

Lista de pendências referente Parecer 6.421.673:

1. Apresentar o Termo de Responsabilidade dos Pesquisadores: este deve elucidar a garantia do sigilo das informações e anonimato, por quanto tempo o material empírico será guardado, o responsável pela guarda e como será descartado e assinado por todos os integrantes da pesquisa. PENDÊNCIA ATENDIDA

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.130-007
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



PREFEITURA
BELO HORIZONTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE -
SMS/BH



Continuação do Parecer: 6.428.107

2. No TCLE, atendendo aos termos da Resolução CNS 466/2012 (IV.3 -h), deve incluir "a explicitação da garantia de indenização no caso de eventuais danos decorrentes da participação na pesquisa".

PENDÊNCIA ATENDIDA

2.1.No TCLE deverá ser acrescentado: Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA de BH. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone,e-mail no endereço do CEP.....

Utilizar o formulário TCLE do CEP/SMSA de BH, disponível no endereço:

<https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/educacao-em-saude/comite-de-etica-em-saude>.

PENDÊNCIA ATENDIDA

2.3. O título do projeto no TCLE deverá estar alinhados com os demais documentos apresentados.

PENDÊNCIA ATENDIDA

3.Esclarecer esta afirmação:"Não serão realizadas entrevistas com pacientes e os dados pessoais dos servidores entrevistados serão mantidos em sigilo, apenas o cargo que ocupam será divulgado". Uma vez apontado o cargo do profissional em cada CERSAM AD, indiretamente poderá ser feita analogia ao profissional, infringindo o sigilo de dados pessoais. PENDÊNCIA ATENDIDA

4.O cronograma deverá ser atualizado, considere o tempo necessário para os tramites no CEP, e deverá ser protocolado na Plataforma brasil como "Novo Cronograma".

PENDÊNCIA ATENDIDA

Recomendações:

Quando se tratar de pesquisas com seres humanos em instituições integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS), os procedimentos não deverão interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde, a não ser quando a finalidade do estudo o justificar, e for expressamente autorizado pelo dirigente da instituição(Resolução CNS nº 580 de 2018, artigo 5º).

Resolução 510/2016- Art 28 - A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo lhes: I - apresentar o protocolo devidamente instruído ao sistema CEP/CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa, conforme definido em resolução específica de tipificação e gradação de risco.

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02

Bairro: Padre Eustáquio

CEP: 30.130-007

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coep@pbh.gov.br

Continuação do Parecer: 6.428.107

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas e tendo o projeto cumprido os requisitos da Resolução CNS 466/12, considera aprovado o projeto "POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PREVENÇÃO, TRATAMENTO E RECUPERAÇÃO AO USO DE CRACK: uma análise acerca da construção das políticas sobre drogas na Cidade de Belo Horizonte/MG" DEVENDO CONSTAR NO TCLE, TODAS AS PÁGINAS RUBRICADAS PELO PESQUISADOR E PARTICIPANTE.

Firma-se, diante deste documento, a necessidade de serem apresentados os relatórios semestrais e final, bem como a notificação de eventos adversos, de emendas ou modificações no protocolo para apreciação do CEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

- Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.
- Notificações podem ser apresentadas ao CEP através da Plataforma Brasil. As notificações de início e término da pesquisa devem ser apresentadas tão logo os eventos ocorram.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	10/10/2023		Aceito

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02

Bairro: Padre Eustáquio

CEP: 30.130-007

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coep@pbh.gov.br



PREFEITURA
BELO HORIZONTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE -
SMS/BH



Continuação do Parecer: 6.428.107

Básicas do Projeto	ETO_2217967.pdf	22:58:31		Aceito
Outros	Novo_Cronograma.pdf	10/10/2023 22:56:11	JESSICA GOMES DOS SANTOS DIAS CARNEIRO	Aceito
Outros	Resposta_CEP_SMSA_BH.pdf	10/10/2023 22:55:01	JESSICA GOMES DOS SANTOS DIAS CARNEIRO	Aceito
Outros	Termo_Responsabilidade_Pesquisador_SMSA_assinado.pdf	10/10/2023 22:52:40	JESSICA GOMES DOS SANTOS DIAS CARNEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Novo_TCLE.pdf	10/10/2023 22:50:26	JESSICA GOMES DOS SANTOS DIAS CARNEIRO	Aceito
Outros	Resposta_pendencias_CEP.docx	24/08/2023 13:47:36	JESSICA GOMES DOS SANTOS DIAS CARNEIRO	Aceito
Outros	TAI_Jessica.pdf	24/08/2023 13:32:34	JESSICA GOMES DOS SANTOS DIAS CARNEIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_UEMG_Jessica.pdf	27/07/2023 23:45:44	JESSICA GOMES DOS SANTOS DIAS CARNEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_UEMG_assinado.pdf	27/07/2023 23:42:47	JESSICA GOMES DOS SANTOS DIAS CARNEIRO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 16 de Outubro de 2023

Assinado por:

SANDRA CRISTINA PAULUCCI CAVALCANTI DE ANDRADE
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02

Bairro: Padre Eustáquio

CEP: 30.130-007

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coep@pbh.gov.br