

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS
ESPECIALIZAÇÃO EM POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL

Leonardo Macedo de Araújo Rocha

**O PROCESSO DE JUDICIALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE
MENTAL AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Belo Horizonte

2025

LEONARDO MACEDO DE ARAÚJO ROCHA

**O PROCESSO DE JUDICIALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM
SAÚDE MENTAL AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS
DROGAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas
Gerais, como requisito parcial para obtenção de
grau de Especialista em Políticas de Saúde
Mental e Atenção Psicossocial.

Orientador: Max Silva Moreira

Belo Horizonte

2025

R672p

Rocha, Leonardo Macedo de Araújo.

O processo de judicialização da assistência em saúde mental ao usuário de álcool e outras drogas. / Leonardo Macedo de Araújo Rocha. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2025.

20 f.

Orientador(a): Max Silva Moreira.

Artigo Científico (Especialização) em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Inclui bibliografia.

1. Judicialização. 2. Internação Compulsória. 3. Política de Saúde Mental. 4. Reforma Psiquiátrica. 5. Rede de Atenção Psicossocial. I. Moreira, Max Silva. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WM 270

Leonardo Macedo de Araújo Rocha

**O PROCESSO DE JUDICIALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM
SAÚDE MENTAL AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS
DROGAS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Escola de Saúde Pública do
Estado de Minas Gerais, como requisito
parcial para obtenção de grau de
Especialista em Políticas de Saúde
Mental e Atenção Psicossocial.

Me. Max Silva Moreira – Orientador
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais – ESP/MG

Me. Viviane Souza Maciel de Almeida – Avaliadora Interna
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais – ESP/MG

Me. Jacques Akerman – Avaliador Externo
Professor Aposentado da FUMEC

Belo Horizonte

2025

RESUMO

Este trabalho analisa os impactos da judicialização na política de saúde mental brasileira, especialmente no cuidado de usuários de álcool e outras drogas. Observa-se um aumento nos encaminhamentos compulsórios determinados pelo Poder Judiciário, muitas vezes sem o devido respaldo clínico ou articulação com os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Embora motivadas pela intenção de garantir o acesso ao tratamento, essas ações judiciais acabam por reforçar práticas manicomiais e coercitivas, contrariando os princípios da Reforma Psiquiátrica e da Lei nº 10.216/2001, que defendem o cuidado em liberdade e no território.

A análise parte de uma revisão bibliográfica e evidencia que a judicialização frequentemente ocorre devido às fragilidades da RAPS, como a insuficiência de serviços, escassez de profissionais capacitados e a falta de articulação entre os diferentes níveis de atenção. Essas falhas estruturais levam à intervenção judicial como forma de suprir lacunas do sistema, o que gera distorções nos fluxos assistenciais, compromete o vínculo terapêutico e dificulta a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS).

Conclui-se que a judicialização, ao invés de garantir direitos, pode aprofundar desigualdades e inviabilizar o cuidado integral e humanizado. Para enfrentar esse cenário, é fundamental fortalecer a RAPS com investimentos, formação continuada dos profissionais e uma maior integração entre os serviços e o sistema judiciário, de modo a garantir a efetivação de uma política de saúde mental comprometida com os direitos humanos e a cidadania.

Palavras-chave: judicialização, internação compulsória, política de saúde mental, reforma psiquiátrica, rede de atenção psicossocial.

ABSTRACT

This study analyzes the impacts of judicialization on Brazil's mental health policy, with a particular focus on the care of individuals who use alcohol and other drugs. In recent years, there has been a notable increase in compulsory referrals mandated by the Judiciary, often without clinical justification or coordination with the Psychosocial Care Network (RAPS). Although these judicial actions aim to guarantee access to treatment, they frequently reinforce coercive and asylum-like practices, contradicting the principles of the Psychiatric Reform and Law No. 10.216/2001, which advocate for community-based and freedom-oriented care.

Based on a literature review, the research highlights that judicialization often arises from structural weaknesses in RAPS, such as the lack of services, shortage of trained professionals, and poor coordination between levels of care. These shortcomings prompt judicial intervention as a way to address gaps in the system, but in doing so, they distort care pathways, hinder therapeutic bonding, and undermine the development of Singular Therapeutic Projects (PTS).

The study concludes that judicialization, rather than securing rights, may deepen inequalities and jeopardize comprehensive, humanized care. Strengthening RAPS through investment, ongoing professional training, and improved integration between services and the judicial system is essential to ensure a mental health policy grounded in human rights and citizenship.

Keywords: Judicialization, compulsory admission, mental health policy, psychiatric reform, psychosocial care network (RAPS)

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	6
2.	REFORMA PSIQUIÁTRICA E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – RAPS.....	7
3.	O PROCESSO DE JUDICIALIZAÇÃO.....	11
3.1.	JUDICIALIZAÇÃO E SAÚDE MENTAL.....	12
3.1.1.	A JUDICIALIZAÇÃO E AS FRAGILIDADES DA RAPS.....	14
3.2.	IMPACTOS DA JUDICIALIZAÇÃO NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL.....	15
4.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
5.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, tem-se observado um aumento significativo no número de encaminhamentos do Ministério Público e do Poder Judiciário aos serviços de saúde mental, especialmente no que se refere aos usuários de álcool e outras drogas. Embora a intenção seja garantir o acesso a tratamentos adequados, esse tipo de intervenção tem se mostrado, muitas vezes, problemático e ineficaz. O encaminhamento compulsório, quando realizado sem uma compreensão aprofundada das necessidades individuais dos usuários e da complexidade do cuidado em saúde mental, pode reforçar práticas punitivas em vez de promover a reabilitação e a reintegração social.

Dentre esses encaminhamentos, destacam-se as solicitações para avaliação visando à internação compulsória, uma prática que, ao contrário de fomentar o cuidado em liberdade e no território, pode estar associada a medidas coercitivas e ao modelo manicomial. Muitas vezes, a solicitação de internação compulsória ocorre antes que o usuário tenha acesso a qualquer ponto da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), conforme propunha o Deputado Federal Osmar Terra por meio do Projeto de Lei nº 7663/2010. Esse projeto sugeria alterações nas disposições referentes à internação compulsória, priorizando a institucionalização psiquiátrica em detrimento de outras formas de intervenção, o que contraria as diretrizes estabelecidas pela Lei nº 10.216/2001, que prevê a internação apenas quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes para garantir o tratamento adequado.

A internação compulsória pode ser utilizada como forma de suprir a ausência e até a ineficiência dos serviços de assistência, além de estratégia para afastar temporariamente o usuário de seu território e conseqüentemente do consumo abusivo. Além disso, evidencia a dificuldade do Estado em lidar com modos de vida que fogem ao padrão dominante, como ocorre no caso de pessoas em situação de rua, que apresentam outras formas de habitar a cidade e de se relacionar consigo mesmas (Reis, 2012).

Diante desse cenário, este artigo tem como objetivo avaliar os impactos da judicialização da demanda na gestão dos serviços de saúde, nos processos de trabalho das equipes de saúde mental, na articulação do trabalho em rede e na elaboração dos Projetos Terapêuticos Singulares - PTS, com ênfase nos usuários de álcool e outras drogas.

2. REFORMA PSIQUIÁTRICA E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – RAPS

Após a segunda guerra mundial, com os movimentos da reforma psiquiátrica em diversos países, iniciaram-se questionamentos sobre as práticas de cuidado em saúde mental disponibilizadas até então. Práticas de cunho manicomial, segregativas e coercitivas predominavam como modalidade de tratamento ofertada.

O movimento da reforma psiquiátrica propõe então estabelecer novas maneiras de relacionar sociedade, sofrimento mental e instituições com propósito de desconstrução da maneira de tratamento hospitalocêntrico, asilar e segregativo utilizado até então. Essa nova forma de cuidado se baseia no desenvolvimento de uma prática de cuidado em liberdade, onde os sujeitos são ativos e não meros objetos de intervenção. No Brasil esse movimento foi iniciado na década de 1970, impulsionado por críticas ao modelo asilar vigente, que promovia exclusão, institucionalização prolongada e violação de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais. Inspirada em movimentos internacionais, como a Psiquiatria Democrática Italiana, a Reforma Psiquiátrica Brasileira teve como foco a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção psicossocial baseada no cuidado em liberdade. Por meio de seu artigo Saúde mental e Atenção Psicossocial, Amarante (2007) nos faz compreender que a Reforma Psiquiátrica Brasileira deve ser entendida como um processo histórico de mudança no modelo de atenção e no modelo de gestão em saúde mental. Não se trata apenas de alterar a forma de tratamento, mas também os paradigmas científicos e sociais que sustentavam a psiquiatria tradicional.

A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, foi um marco legal da reforma, ao estabelecer os direitos das pessoas com transtornos mentais e regulamentar a internação psiquiátrica. Essa legislação “redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (Brasil, 2001) e reforça o princípio da desinstitucionalização, priorizando o tratamento em serviços comunitários.

O processo de reforma também foi caracterizado por intensa mobilização de trabalhadores da saúde, usuários e familiares, em movimentos como a Luta Antimanicomial. Segundo Nicácio (1994, p.24) “a Reforma Psiquiátrica brasileira é também uma reforma ética, cultural e política, que busca romper com o estigma e promover a cidadania das pessoas em sofrimento psíquico”.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída posteriormente pela Portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde, consolidou esse modelo, articulando serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT, serviços de atenção básica, urgência e emergência.

A RAPS, que tem como proposta a organização dos serviços de atenção à saúde mental no país por meio da integração entre os serviços de base territoriais em diversos níveis e pontos de atenção no SUS, além de prever responsabilização compartilhada e interdisciplinar nos casos, é composta pelos seguintes níveis:

- I. Atenção Primária à Saúde
- II. Atenção Especializada
- III. Atenção às Urgências e Emergências
- IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório
- V. Atenção Hospitalar
- VI. Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação

São inquestionáveis os avanços alcançados desde a Reforma Psiquiátrica e implantação da RAPS, dentre os quais podemos destacar a desinstitucionalização, a oferta de atenção em saúde mental de maneira integral e continuada, o acolhimento humanizado, a promoção da autonomia, a possibilidade de assistência no território, próxima aos familiares, por meio de serviços comunitários.

No entanto, mesmo com os avanços alcançados por meio da implementação da rede, faz-se necessário avaliar sua estrutura, ou seja, seus dispositivos de atenção aos usuários, bem como seus processos de funcionamento, entendidos aqui como os fluxos assistenciais e articulações para a produção do cuidado integral ao usuário nos diversos dispositivos da rede.

Apesar dos avanços promovidos pela Reforma Psiquiátrica no Brasil — como a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, e a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) — ainda persistem desafios significativos que comprometem a integralidade do cuidado e dificultam o processo de desinstitucionalização. Entre esses desafios, destacam-se a insuficiência de serviços que compõem a RAPS, a escassez de profissionais especializados em saúde

mental, a fragilidade na articulação entre os diferentes pontos de atenção e o desconhecimento, por parte de alguns profissionais, sobre os recursos disponíveis na rede. Esses fatores prejudicam a organização do cuidado, enfraquecem a integração com a Atenção Primária à Saúde (APS) e com a Rede de Urgência e Emergência, além de limitar o diálogo com outros setores da rede ampliada — como educação, assistência social, geração de renda e inclusão social — que são fundamentais para a promoção da autonomia e da cidadania dos usuários.

A fragilidade referente à falta de articulação entre os diferentes pontos da rede, e a formação permanente de profissionais são aspectos que merecem destaque. A comunicação entre a atenção primária, os CAPS, a urgência e emergência e demais serviços muitas vezes é deficiente, dificultando a continuidade do cuidado.

A formação permanente dos profissionais da RAPS faz-se necessária em todos os pontos da rede, porém essa necessidade é mais perceptível entre os profissionais da atenção primária à saúde. Apesar de lidar com usuários dos serviços de saúde mental em seu cotidiano, muitos se sentem despreparados para atuarem sob a ótica da reforma psiquiátrica, que prevê a assistência territorial e da política de redução de danos, para aqueles que fazem uso de substâncias psicoativas de maneira prejudicial.

A Educação Permanente em Saúde inclui a integração e a articulação entre os serviços de saúde, na elaboração do Projeto Terapêutico Singular – PTS favorecendo a integralidade do cuidado. O apoio matricial como estratégia de educação permanente, torna possível a promoção de ações conjuntas entre profissionais especialistas e generalistas possibilitando a superação de práticas fragmentadas e hierarquizadas no cuidado (Campos; Domitti, 2007).

O apoio matricial consiste na estratégia de compartilhamento de saberes entre equipes interdisciplinares, promovendo a ampliação das práticas assistenciais e oferecendo suporte técnico-pedagógico contínuo. Essa abordagem visa fortalecer a retaguarda assistencial e aumentar a resolubilidade das ações em saúde, ao qualificar o cuidado e favorecer a articulação entre os diferentes pontos da rede.

Trata-se também de uma estratégia que visa integrar os serviços de saúde mental à Atenção Primária à Saúde, promovendo um cuidado integral. Essa abordagem busca superar a fragmentação do atendimento, fortalecendo a colaboração entre diferentes profissionais e equipes.

No contexto da atenção primária, essa estratégia é fundamental para a inclusão de ações de saúde mental. Segundo dados divulgados pela Organização Pan Americana

da Saúde - OPAS/Ministério da Saúde - MS em 2002, “56% das equipes de Saúde da Família referiram realizar “alguma ação de saúde mental” (Brasil, 2010, p. 35). O apoio matricial facilita o manejo adequado para casos de sofrimento psíquico, promovendo a integralidade do cuidado.

A adoção do apoio matricial em saúde mental tem mostrado diversos benefícios, tais como:

- Ampliação do Cuidado: Fortalecendo a capacidade das equipes em lidar com casos de saúde mental e reduzindo a necessidade de encaminhamentos para serviços especializados.
- Integração de Serviços: Promovendo a articulação entre as equipes de atenção primária e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e garantindo continuidade e integralidade no atendimento.
- Redução de Internações: Contribuindo para a diminuição de internações psiquiátricas ao oferecer suporte adequado no território, próximo ao usuário.

No entanto trata-se de um processo para o qual é necessário apoio e envolvimento dos gestores da saúde. Ações burocráticas, agendas fechadas com outras reuniões de equipe e com atendimento aos usuários podem contribuir negativamente para o esvaziamento dos encontros matriciais. Assim os gestores da atenção primária a saúde e os gestores dos serviços de saúde mental (CAPS e CAPS AD), precisam pactuar e priorizar a realização desses momentos de construção e integração entre os serviços envolvidos.

Um efeito da ausência de prioridade gestora, relacionada à importância do apoio matricial para melhoria do acesso ao tratamento é a falta de interesse de alguns profissionais da atenção primária com a realização do matriciamento. Não são levantados casos para discussão pelas unidades de saúde, e muitos dos casos encaminhados para seguimento do tratamento no território ou pelas equipes aos CAPS acabam se perdendo e só retornam em situação de crise.

3. O PROCESSO DE JUDICIALIZAÇÃO

A judicialização é um fenômeno em que o Poder Judiciário é chamado a resolver questões que deveriam ser solucionadas por outras esferas da sociedade. Trata-se de um processo intensificado no Brasil, sendo marcado por uma crescente demanda da sociedade por soluções jurídicas para problemas sociais, políticos e econômicos. Em muitos casos, a população, insatisfeita pela morosidade ou pela dificuldade de resolução de processos recorre ao judiciário para solucionar situações que deveriam ser resolvidas em outras instancias.

A judicialização não ocorre de forma imediata ou isolada; ela é o resultado de um processo progressivo, que envolve diversas variáveis e falhas acumuladas no sistema de saúde podendo ser compreendidas em etapas sucessivas. Esse processo inicia-se com a identificação de uma necessidade concreta de atenção médica, como o surgimento de uma doença, uma condição crônica, a necessidade de um tratamento ou de medicamentos — muitas vezes de alto custo ou não disponíveis na rede pública. Diante dessa demanda, o cidadão, geralmente por meio da Atenção Primária à Saúde, como postos de saúde e Unidades Básicas, busca atendimento e os recursos necessários. No entanto, esse acesso pode ser dificultado por diversos entraves, como a falta de profissionais qualificados, filas de espera prolongadas, ausência de determinados medicamentos no SUS, barreiras burocráticas para realização de exames ou internações e a inexistência de protocolos claros sobre certos tratamentos. Quando a necessidade do usuário não é atendida — seja por omissão, escassez de recursos, decisões administrativas ou ausência de políticas públicas eficazes —, o cidadão encontra-se em situação de vulnerabilidade, não se sentindo acolhido em sua singularidade. Nessa fase, muitos tentam buscar soluções por meio de instâncias administrativas como ouvidorias, defensorias públicas ou conselhos de saúde, embora nem sempre obtenham respostas efetivas. Diante da ineficácia dessas instâncias, o cidadão recorre a alternativas fora do sistema de saúde, buscando apoio jurídico. Essa etapa costuma ser viabilizada com a ajuda de advogados, defensorias públicas ou movimentos sociais, que orientam o paciente a ingressar com uma ação judicial. A última etapa do processo é, então, a judicialização propriamente dita, em que o indivíduo entra com uma ação judicial para assegurar o acesso ao tratamento. O juiz, com base em laudos médicos e respaldo jurídico nos princípios constitucionais — como o direito à vida e à saúde, previstos nos

artigos 6º e 196 da Constituição Federal —, pode determinar que o Estado forneça o recurso pleiteado.

Dessa maneira, a judicialização, em questões acerca de saúde pública, está relacionada à proteção dos direitos básicos e fundamentais. Diante disso, a sociedade aciona o poder judiciário, mediante situações em que se supõe que o Estado não está garantindo um de seus direitos conforme o artigo 196 da Constituição Federal, a saber:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988, p.117).

Não sendo apenas repressor, o poder do Estado também é produtivo, organizando a sociedade e criando normas de conduta. Assim, diante de solicitações de familiares ou outras instituições, o judiciário intervém em áreas como a saúde e políticas públicas, atuando como um agente na lógica do poder com o fim de regular, normalizar comportamentos e decisões, se abstendo de questões singulares.

Dessa forma, incidindo sobre questões de saúde pública, a judicialização é um processo que, ao tornar o judiciário uma instância central na definição de direitos e políticas públicas, pode influenciar a maneira como os cidadãos se veem e se comportam socialmente, como se fossem constantemente sujeitos à vigilância e à regulação do Estado por meio das decisões judiciais, dificultando a adesão ao tratamento.

3.1. JUDICIALIZAÇÃO E SAÚDE MENTAL

Algo que vem marcando muito o cenário atualmente são as internações compulsórias, expedidas por determinação judicial, principalmente quando se trata de usuários de álcool e outras drogas. Essas determinações geralmente são motivadas por pedidos de familiares e vizinhos, quando o usuário não tem familiares ou responsáveis, e até dispositivos da assistência social como o Centro de Referência da Assistência Social – CRAS ou dos Centros de Referência Especializado da Assistência Social – CREAS.

Conforme a Lei n. 10.216/2001 as internações são previstas quando todos os recursos de assistência no território estiverem esgotados. São modalidades de internação: a internação voluntária, quando há o consentimento do usuário; a internação

involuntária, quando não há o consentimento do usuário, conforme critérios clínicos da equipe de referência; e a internação compulsória, que é determinada pela Justiça.

Cabe atentar que as internações involuntárias são realizadas quando o usuário se encontra em risco para si e para terceiros, em quadro grave de agitação psicomotora e quando todos os recursos da rede de assistência foram insuficientes para o cuidado no território. As internações compulsórias, determinadas pela autoridade judiciária, são modalidades de internação não consentidas pelo paciente, necessitando, ainda, de uma avaliação médica. Muitas vezes são realizadas sem a devida participação de profissionais especializados.

De acordo com Mirian Denadai *et al* (2023, p. 281), no Brasil, em meados de 2010 em São Paulo, abriu-se um espaço para utilização equivocada das internações compulsórias, onde os usuários em situação de rua eram recolhidos desconsiderando sua vontade e seus direitos civis.

Essa ação adotada em diversas capitais do Brasil abre espaço para discussão acerca da proteção ao usuário que se encontra em situação de vulnerabilidade e pode ser questionada em termos de violação de direitos humanos. A internação compulsória pode ser vista como uma forma de restrição da liberdade individual, uma vez que o encaminhamento forçado desconsidera a autonomia do paciente, contrariando princípios básicos dos direitos humanos e da dignidade da pessoa humana.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) e o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (1966) garantem que a liberdade e a segurança pessoal não devem ser arbitrariamente restringidas, sendo este um ponto de tensão quando se trata da internação compulsória de usuários de drogas.

Em algumas situações, a internação compulsória pode ser interpretada como uma forma de punição e não de cuidado, o que gera uma série de efeitos adversos, como o estigma social, a marginalização do usuário, além de fomentar a impossibilidade de vínculo entre o usuário e o serviço que o acolhe.

Atualmente as internações, quando realizadas considerando o disposto na Lei n.º 10.216, devem ser em instituições de saúde referência para aquela região de saúde, e que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS).

Com o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, houve o fechamento de manicômios, e sanatórios, diminuindo a oferta dessa modalidade de cuidado. Porém, na contramão da Reforma houve o surgimento de várias instituições, como centros de recuperação, clínicas de tratamento para dependentes químicos que de maneira quase

análoga ao que aconteceu nos Estados Unidos, num processo de desospitalização ou transinstitucionalização, o paciente deixa de ir para o manicômio e segue transferido ou encaminhado para uma instituição de pequeno porte não psiquiátricas (asilares). Dessa maneira, como aponta Barros (1994, p. 196), “não quer dizer que o manicômio esteja morto, ele persiste, às vezes mais limpo, modernizado ou humanizado [...]. Embora a internação não ocorresse mais em macro instituições, o doente continuou a viver sem condições para o exercício dos direitos”.

3.1.1. A JUDICIALIZAÇÃO E AS FRAGILIDADES DA RAPS

A judicialização da saúde mental no Brasil tem se consolidado como uma resposta emergencial às fragilidades estruturais e operacionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Criada com o objetivo de garantir cuidado integral às pessoas com sofrimento mental e necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, a RAPS enfrenta desafios estruturais e funcionais que comprometem sua efetividade: subfinanciamento, escassez de serviços especializados, a desigualdade na distribuição geográfica dos equipamentos da rede, a insuficiência de profissionais qualificados e a fragilidade na articulação entre os pontos de cuidado.

Nesse contexto, o poder judiciário passa a ser acionado por indivíduos, famílias e defensores públicos na tentativa de garantir acesso a tratamentos, internações, medicamentos e até mesmo vagas em serviços especializados que deveriam ser assegurados pelo SUS. A judicialização, portanto, surgiria como uma alternativa à omissão ou à incapacidade do Estado em garantir o cuidado em saúde mental, conforme previsto na legislação e nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Embora essa via possa assegurar direitos em situações urgentes e evitar agravos à saúde mental, ela não deve ser entendida como solução. Ao contrário, a dependência do judiciário para garantir o acesso a cuidados básicos, revela uma distorção do princípio da integralidade e da equidade no SUS, o que demonstra que as decisões judiciais, muitas vezes, não consideram os princípios da política de saúde mental, podendo reforçar práticas manicomiais ou desarticuladas da lógica territorial e comunitária.

3.2. IMPACTOS DA JUDICIALIZAÇÃO NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Apesar de o movimento da Reforma Psiquiátrica e da implementação da Política de Saúde Mental no Brasil, percebe-se que o processo de judicialização do cuidado em saúde mental interfere negativamente no funcionamento dos dispositivos da RAPS, em seus fluxos e articulações com demais dispositivos da rede ampliada – entende-se aqui a rede ampliada como dispositivos da assistência social, educação, gestão urbana entre outros.

Acionado, o poder judiciário, sob a rubrica de garantia de direitos, determina que os dispositivos realizem atendimentos, avaliações, encaminhamentos para internações compulsórias informando, inclusive, o período que o usuário necessitaria ser “tratado” nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Muitas vezes o serviço recebe um ofício, encaminhado pelo Ministério Público ou pelo Poder Judiciário, determinando o agendamento para avaliação do usuário, ocorrendo principalmente em casos em que há abuso de álcool ou outras drogas. Diante disso, o serviço responde ao ofício informando o local, a data e o horário para o atendimento. Com o agendamento realizado, muitas vezes o usuário chega à unidade sem saber o que está fazendo lá. Não se trata de um desejo de cuidado ou de tratamento, e sim de uma imposição, muitas vezes sob a ameaça de força policial.

Dessa forma são criadas agendas nos CAPS para atendimentos e avaliações, enquanto internações compulsórias podem ser determinadas, mesmo sem critério clínico, comprometendo qualquer possibilidade de vínculo entre os usuários e o serviço, o que é perceptível, depois da alta do hospital psiquiátrico.

O poder judiciário, ainda ancorado no discurso da abstinência, acredita que as instituições totais, para onde ocorrem os encaminhamentos ainda são a saída para o tratamento ou cura, conforme a lógica do higienismo¹. Quando se trata de pessoa em situação de rua, o que ocorre quando o usuário retorna de uma internação compulsória é que não há uma moderação ou uma interrupção no consumo do álcool ou drogas – ele já retoma o uso de maneira prejudicial, tão logo retorne ao seu território. O Projeto Terapêutico Singular – PTS, que deveria ser elaborado com a participação do usuário não foi realizado, não houve uma interlocução com a rede, não houve uma construção

¹ O higienismo conforme empregado no texto se refere à exclusão social e segregação, na qual populações consideradas “de risco” ou “degeneradas” (pobres, usuários de álcool e outras drogas, doentes mentais, prostitutas etc.) poderiam ser segregadas ou submetidas a vigilância constante, com o objetivo de “limpar” a sociedade dessas pessoas consideradas prejudiciais à saúde pública e à moralidade.

do caso clínico, nem abordagem familiar, quando é o caso. O usuário retorna ao CAPS após a internação, sob efeito do discurso de abstinência e não consegue se vincular ao serviço, acreditando ser a institucionalização a única saída para seu tratamento, principalmente quando acontece algum episódio de recaída.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de judicialização da assistência em saúde mental, especialmente no contexto dos usuários de álcool e outras drogas, revela-se um fenômeno complexo e multifacetado, que tem impactado significativamente os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Embora a intenção seja garantir os direitos fundamentais e o acesso a tratamentos adequados, a atuação do poder judiciário muitas vezes subverte os princípios da Reforma Psiquiátrica, ampliando as distorções e fragilidades da RAPS.

A judicialização da saúde mental tem gerado consequências não apenas para os usuários, mas também para os próprios dispositivos da RAPS. As internações compulsórias, frequentemente determinadas sem a devida articulação com os profissionais da rede, interferem no tratamento. A imposição de decisões judiciais, distantes da realidade do usuário e da rede de serviços, provoca uma desarticulação entre os pontos de atenção e dificulta a implementação do Projeto Terapêutico Singular (PTS), essencial para o cuidado integral e longitudinal. Denuncia ainda, as limitações estruturais da RAPS, como o subfinanciamento e a escassez de serviços especializados, que colocam em risco sua eficácia. A dependência do poder judiciário para a resolução de demandas em saúde mental evidencia a insuficiência do Estado em assegurar o acesso efetivo aos tratamentos previstos na legislação e na Reforma Psiquiátrica, o que acaba por reforçar práticas manicomiais, frequentemente punitivas, além de fragmentar o cuidado integral em rede.

Portanto, é fundamental que os gestores da saúde, profissionais da RAPS e o próprio poder judiciário busquem formas mais eficazes e respeitosas para garantir o acesso ao tratamento em saúde mental, alinhado aos princípios da Reforma Psiquiátrica para o cuidado em liberdade. Para isso, é necessária a ampliação dos investimentos na estrutura da RAPS, o investimento na formação permanente dos profissionais, e, sobretudo, uma articulação mais eficiente entre os diversos pontos da rede. Dessa forma, será possível minimizar os impactos negativos da judicialização e fortalecer a oferta de um cuidado integral, humanizado e eficaz para os usuários de álcool e outras drogas no Brasil.

5. BIBLIOGRAFIA

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BARROS, Denise Dias. **Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber**. In: AMARANTE, Paulo (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 192–222. Livro eletrônico (Kindle). Disponível em: https://ler.amazon.com.br/?asin=B07CVQ811T&_encoding=UTF8&ref=dbs_p_ebk_r00_pcb_rnvc00. Acesso em: 23 abr. 2024.

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

_____. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 15 mar. 2025.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 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 do crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 30 dez 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso em: 12 mar. 2025.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 152 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf. Acesso em: 29 abr. 2025

_____. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei n. 7663 de 14 de julho de 2010.** Acrescenta e altera dispositivos à Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006, para tratar do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas, dispor sobre a obrigatoriedade de classificação das drogas, introduzir circunstâncias qualificadoras dos crimes previstos nos arts. 33 a 37, definir as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e dá outras providências. Brasília, DF. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/dl/pl/pl-lei-drogas-deputado-osmar-terra.pdf>>. Acesso em 13 de mar. 2025.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/WFqpsK5QhnbMBkX8F9fqBmc>. Acesso em: 12 abr. 2025.

DENADAI, Mirian Cátia Vieira Basílio. et al. **Internações compulsórias e restrição da liberdade de pessoas que usam drogas.** Revista Katálisis, Florianópolis, v. 26, n. 2, p. 278-286, maio/ago. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/4ZjRPbb53qFzhNkdkwPrcks/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 maio 2025

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos.** Resolução 2200 A (XXI), de 16 de dezembro de 1966. Disponível em: <https://www.ohchr.org/pt/professionalinterest/pages/ccpr.aspx>. Acesso em: 19 mar. 2025.

_____. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>>. Acesso em: 19 mar. 2025.

NICÁCIO, Fernanda. **A reforma psiquiátrica brasileira: ética, cultura e política.** In: AMARANTE, Paulo (org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 23–30.

REIS, Carolina dos. **(Falência familiar) + (Uso de Drogas) = Risco e Periculosidade. A naturalização jurídica e psicológica de jovens com medida de internação compulsória.** 2012. 132 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS. 2012.