



**FACULDADE DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E CIÊNCIAS
SOCIAIS – FAJS**

JULIANA BISCHOFF

**ASPECTOS JURÍDICOS DE INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS COMPULSÓRIAS
PARA CRIANÇAS, ADOLESCENTES E JOVENS DEPENDENTES EM CRACK: A
EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

**BRASÍLIA
2012**

JULIANA BISCHOFF

**ASPECTOS JURÍDICOS DE INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS COMPULSÓRIAS
PARA CRIANÇAS, ADOLESCENTES E JOVENS DEPENDENTES EM CRACK: A
EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

Monografia apresentada como exigência parcial para a conclusão do curso de bacharelado em Direito, pelo Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, sob a orientação da Prof^a. Dra. Luciana Barbosa Musse.

**BRASÍLIA
2012**

JULIANA BISCHOFF

**ASPECTOS JURÍDICOS DE INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS COMPULSÓRIAS
PARA CRIANÇAS, ADOLESCENTES E JOVENS DEPENDENTES EM CRACK: A
EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

Monografia apresentada como exigência parcial para a conclusão do curso de bacharelado em Direito, pelo Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, sob a orientação da Prof^a. Dra. Luciana Barbosa Musse.

BRASÍLIA, _____ de _____ de 2012.

BANCA EXAMINADORA

RESUMO

O presente trabalho propõe reflexão interdisciplinar, de cunho jurídico e psicossocial, acerca do tratamento dado pelo Estado brasileiro – nesta pesquisa representado pelo município do Rio de Janeiro - à problemática da disseminação do uso de crack no país, em especial entre crianças, adolescentes e jovens, com a discussão dos fatores determinantes para o incremento do número de usuários dessa droga e os desafios a serem enfrentados pelo Poder Público e pela sociedade civil no tratamento clínico da dependência química. Para tal, realiza-se análise crítico-reflexiva e pesquisa de caráter bibliográfico e documental das políticas públicas de saúde na efetivação de ações de prevenção, controle e tratamento à dependência química, bem como da estruturação da rede de saúde mental e combate ao uso de drogas, notadamente no citado município do Rio de Janeiro. Esse município adotou estratégias polêmicas de atenção à população de rua, dependente química de crack, por intermédio da edição de resolução n. 20/2011, da Secretaria de Assistência Social. Referida norma afronta diversos dispositivos da lei n.º 10.216/2001, que disciplina os direitos das pessoas com transtornos mentais e a atenção em saúde mental no Brasil.

Palavras-chave: Crack. Saúde Mental. Políticas Públicas.

SUMÁRIO

1	DEPENDÊNCIA QUÍMICA: PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	8
1.1	CONTEXTUALIZAÇÃO DO PANORAMA DO CONSUMO DE DROGAS E A DISSEMINAÇÃO DO USO DO CRACK	8
1.2	O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DO CONSUMO DE CRACK E SEUS PADRÕES DE USO.....	12
1.3	COMBATE AO CRACK: PROBLEMAS E POSSIBILIDADES	16
1.4	BREVES CONSIDERAÇÕES ACERCA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS À SAÚDE DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	19
1.4.1	<i>Enfrentamento da Drogadição: intersetorialidade e política de redução de danos</i>	25
2	REFORMA PSQUIÁTRICA E O NOVO MODELO DE ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL..	28
2.1	TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	28
2.2	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS: PRINCÍPIOS E CONQUISTAS	31
2.3	PRINCÍPIOS DO SUS E A CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL.....	35
2.3.1	<i>A atenção básica</i>	<i>35</i>
2.3.2	<i>O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS</i>	<i>36</i>
2.3.3	<i>Leitos em Hospital Geral.....</i>	<i>38</i>
2.3.4	<i>Programa de Volta para Casa.....</i>	<i>39</i>
2.3.5	<i>Serviço Residencial Terapêutico - SRT.....</i>	<i>39</i>
2.3.6	<i>Comunidades Terapêuticas</i>	<i>41</i>
2.3.7	<i>Consultório de Rua</i>	<i>45</i>
2.4	O PARADIGMA DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E LIMITAÇÕES DA REDE DE SAÚDE MENTAL .	46
3	INTERNAÇÕES PSQUIÁTRICAS PARA DEPENDENTES EM CRACK.....	49
3.1	INTERNAÇÕES PSQUIÁTRICAS NO CONTEXTO DA LEI 10.216/2001	49
3.2	ASPECTOS POLÊMICOS DA RESOLUÇÃO SMAS Nº 20/2011 EM FACE À LEI Nº 10.216/01 ..	56
3.2.1	<i>Do Pressuposto de Implementação da Resolução nº 20/2011 SMAS/RJ.....</i>	<i>57</i>
3.2.2	<i>Da iniciativa da Resolução nº 20/2011 SMAS/RJ.....</i>	<i>57</i>
3.2.3	<i>Da incompetência da Secretaria Municipal de Assistência Social do Estado do Rio de Janeiro – SMAS/RJ.....</i>	<i>59</i>
3.2.4	<i>Da fase de abordagem pela equipe de recolhimento</i>	<i>60</i>
3.2.4.1	<i>Da Análise da Capacidade de Discernimento dos Dependentes Químicos na Fase de Abordagem.....</i>	<i>62</i>
3.2.5	<i>Da fase pós-abordagem da medida de recolhimento</i>	<i>72</i>
3.3	DA EXCEPCIONALIDADE DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA.....	77
3.4	RECURSOS EXTRA-HOSPITALARES ALTERNATIVOS À INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA	78
	CONCLUSÃO.....	81
	REFERÊNCIAS	84

INTRODUÇÃO

Basta acompanhar as notícias veiculadas na mídia para se identificar um dos assuntos mais discutidos na atualidade: a dependência química em crack. Comumente, as reportagens trazem imagens de crianças e adolescentes dependentes químicos amontoados, em precárias condições de higiene e saúde, em locais “batizados” por Cracolândias. Esta situação é reflexo da omissão histórica do Estado em implementar políticas públicas intersetoriais ao resgate da dignidade e cidadania dessas crianças e desses adolescentes e jovens, que permanecem à margem da sociedade.

Diante desse panorama de degradação humana, a Secretaria Municipal de Assistência Social do Estado do Rio de Janeiro – SMAS/RJ implementou a Resolução nº 20 SMAS/RJ, 27 de maio de 2011, intitulada Protocolo de Abordagem à Pessoa em Situação de Rua, que apresenta como uma de suas medidas prioritárias o recolhimento e a internação psiquiátrica compulsória, isto é, sem o consentimento e por determinação do Poder Judiciário, conforme previsto na Lei nº 10.216/2001, de crianças, adolescentes e adultos jovens em situação de rua e adictos em crack.

A adoção dessa medida pela prefeitura carioca tem suscitado discussões entre teóricos e especialistas no tratamento e combate a drogadição, bem como tem dividido opiniões na sociedade civil quanto à eficácia dessa abordagem. Para alguns, o recolhimento e a internação compulsória representam a possibilidade real desses jovens de abandonar o vício e retomar o rumo de suas vidas. Em contraposição, outros defendem que o protocolo da SMAS/RJ possui caráter repressivo e que viola direitos fundamentais individuais.

O estudo do presente trabalho consiste em analisar, interdisciplinarmente e por meio de pesquisa de caráter bibliográfico e documental, os aspectos polêmicos da Resolução nº 20 SMAS/RJ em face à Lei nº 10.216/2001. Conhecida por Lei da Reforma Psiquiátrica, representa marco histórico no processo de transformação do modelo de assistência em saúde mental oferecido aos indivíduos acometidos por distúrbios dessa natureza, incluídos aqueles que desenvolveram a patologia em

decorrência do consumo abusivo de substâncias psicotrópicas, como é caso dos adictos em crack.

Nessa perspectiva, a Lei nº 10.216/2001 substituiu o antigo modelo de tratamento em saúde mental pautado na segregação e isolamento desses indivíduos por uma concepção mais humanizada de assistência, que propõe o cuidado com o paciente em sua plenitude, como sujeito de direitos e não mais como uma mera doença a ser tratada. Esse novo modelo de assistência apresenta como estratégia fundamental a desinstitucionalização do tratamento em saúde mental. Em outras palavras, privilegia a concepção de tratamento em serviços comunitários de saúde mental, em instituições de caráter aberto, como forma de fortalecer os laços afetivos desses indivíduos e, dessa maneira, auxiliar no seu processo de reabilitação e reinserção social.

Para a realização dessa análise comparativa, realizou-se ampla revisão bibliográfica acerca do processo de Reforma Psiquiátrica e sua influência nas diretrizes das políticas públicas em saúde mental implementadas pelo Estado, a partir de 2001, quando foi promulgada a lei nº 10.216. Ainda, tendo em vista a recente medida de recolhimento e internação compulsória adotada pela SMAS/RJ, matérias e debates veiculados na mídia foram utilizados como parâmetro para o confronto entre as disposições da Lei nº 10.216/2001 e a atuação dessa Secretaria Municipal.

O presente trabalho é composto por três capítulos, divididos da seguinte forma: no **Capítulo I** realiza-se breve contextualização acerca do consumo de crack no país, com a descrição do perfil sociodemográfico dos usuários dessa droga, bem como a caracterização da drogadição como problema de saúde pública. No **Capítulo II** enfatiza-se a trajetória histórica da saúde mental, a evolução do processo da Reforma Psiquiátrica e sua contribuição na construção da atual rede de saúde mental do país. No **Capítulo III** salienta-se os aspectos mais relevantes da Lei nº 10.216/2001 no que concerne às modalidades de internação psiquiátrica, seus traços distintivos e seu caráter de medida excepcional de tratamento. Por fim, realiza-se o cotejo dos pontos polêmicos da Resolução nº 20/2011 em face à Lei nº 10.216/2001.

1 DEPENDÊNCIA QUÍMICA: PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

1.1 Contextualização do panorama do consumo de drogas e a disseminação do uso do crack

Basta breve análise do panorama da sociedade brasileira, no que se refere ao consumo de drogas, para se verificar que o problema da dependência química e seus efeitos devastadores é apenas reflexo de um fenômeno mundial. Publicação do Ministério da Saúde – A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas (2004, p.13) salienta:

“[...] de acordo com a Organização Mundial de Saúde, pelo menos 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem de modo prejudicial substâncias psicoativas, independentemente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo [...] esta realidade encontra equivalência em território brasileiro.”

Potter e Camargo (2009) afirmam, em consonância com posicionamento da Associação Americana de Psiquiatria, que qualquer substância psicoativa utilizada de forma abusiva pode gerar manifestações de dependência química. Este estado, geralmente, externaliza um grupo de sintomas cognitivos, de comportamento e fisiológicos prejudiciais a saúde física e psíquica do usuário, que não consegue evitar a auto administração dessas substâncias.

O uso repetido de drogas possibilita a identificação de três fases associadas ao seu consumo: uma **fase inicial de tolerância**, em que são necessárias crescentes quantidades da substância para se atingir o efeito desejado, uma **fase de abstinência**, em que os efeitos químicos e físicos da ausência da droga são sentidos pelo usuário e uma **fase de ingestão compulsiva da droga**, em que a dependência química já está instalada, geralmente com comprometimento da capacidade de discernimento do indivíduo. Esta fase de compulsão extrema pela droga é atingida de forma mais ou menos rápida de acordo com a combinação de fatores de ordem genética, social, psicológica e de características peculiares de cada droga (TRINDADE, 2007; POTTER, CAMARGO, 2009).

O consumo de drogas consideradas lícitas, em especial álcool e tabaco, representa a maior prevalência global e é associado aos índices mais expressivos

de conseqüências graves para a saúde pública mundial. Estudos conduzidos pela Universidade de Harvard e instituições colaboradoras (MURRAY; LOPEZ, 1996) demonstraram que o consumo de álcool seria o responsável por cerca de 1,5% de todas as mortes no mundo, bem como por 2,5% do total de anos vividos com alguma condição incapacitante (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Corroborando os dados de prevalência de consumo de álcool, pesquisa realizada por Carlini e colaboradores (apud SCHNEIDER; LIMA, 2011) indica que 12% da população brasileira é dependente de álcool e 1% é dependente de drogas ilícitas. Apesar destes índices revelarem a inequívoca superioridade numérica de consumo do álcool em relação às drogas ilícitas, o uso destas últimas atinge maior impacto na mídia, especialmente pela sua associação ao tráfico de entorpecentes e à criminalidade.

O crack representa uma das drogas ilícitas de maior penetração social na atualidade. Em matéria publicada na Revista Isto É, Azevedo e Aquino (2011) salientam estimativa do Ministério da Saúde que indica cerca de 600 mil brasileiros usuários de crack, no ano de 2011. Contudo, a mesma reportagem, cita estatística apresentada por grupo de especialistas no combate a drogadição, que sugere que o número de usuários regulares de crack aproxima-se de 1 milhão de brasileiros.

O crack é um subproduto da cocaína, chamado base livre. Constitui-se no resíduo sólido do processo de refino da cocaína, com características de volatilidade. Esta substância é fumada em cachimbos improvisados feitos de latas de alumínio e canos de PVC. Sua denominação “crack” foi escolhida em virtude dos estalidos produzidos pela decomposição das pedras da droga durante o fumo (MENDONÇA, 2010; POTTER; CARMAGO, 2009).

Estudos de Marcos da Costa Leite indicam que o consumo de crack no Brasil tornou-se popular a partir de 1990 (apud MENDONÇA, 2010). Pesquisadores da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Solange Nappo e Lúcio Garcia de Oliveira (2008, p. 2130, afirmam que “o primeiro relato de uso do crack em São Paulo aconteceu em 1989. Dois anos depois, em 1991, houve a primeira apreensão da droga, que avançou rapidamente: 204 registros de apreensões em 1993 para 1.906 casos em 1995.”

O aumento da demanda por crack coincidiu com período de inúmeros relatos de transmissão de infecções por agulhas contaminadas e compartilhadas no uso de drogas injetáveis. Dessa maneira, o crack representou a ilusão de alternativa

“segura” ao consumo de drogas para os dependentes químicos, uma vez que seu uso por inalação afastava os riscos de contaminação por HIV e outras infecções. (MENDONÇA, 2010). Entretanto, constata-se que as ulcerações causadas pelo alumínio aquecido dos cachimbos nos lábios, língua, rostos e dedos também representam regiões de risco para a transmissão de doenças infectocontagiosas, especialmente ao se considerar o compartilhamento dos equipamentos para o fumo e a promiscuidade associada ao consumo de drogas (NAPPO; OLIVEIRA, 2008).

A disseminação do uso do crack, observada nos últimos anos está relacionada a uma série de fatores, tais como: (a) seu baixo custo, (b) fácil acesso aos mercados ilícitos e (c) a produção de intensa sensação de euforia. No entanto, são as características de causar dependência química já nos primeiros contatos com a droga e a lesividade das substâncias tóxicas que a compõem, inclusive com a presença de ácidos, que tornam preocupantes o consumo desta droga (MENDONÇA, 2010).

Dentre os efeitos do consumo de crack podem ser observados: taquicardia, hipertensão, hipertermia, dilatação das pupilas, sudorese, contrações musculares e taquipneia. Ainda, efeito perceptível no drogadito é resultado do mecanismo de atuação do crack, que bloqueia a absorção natural de dopamina, estimulante do sistema nervoso central e responsável pela regulação do sistema de prazer e recompensa do indivíduo. Como consequência, o usuário deixa de sentir prazer por outros aspectos da vida, apenas conseguindo vivenciar esta sensação com o uso da droga (MENDONÇA, 2010).

O uso crônico do crack pode comprometer a funcionalidade de diversos órgãos do corpo humano. Uma patologia comum é a rabdomiólise, que consiste na degeneração irreversível dos músculos esqueléticos (CEBRID, 2003).

Da mesma forma que os efeitos físicos e psíquicos do consumo da droga são rapidamente sentidos pelo usuário, os sintomas da abstinência não tardam a aparecer, impondo a necessidade de readministração. Segundo Mendonça (2010, p. 293): “Em, aproximadamente, 15 minutos, brota de novo a necessidade de inalar a fumaça de outra pedra; caso contrário, chegarão inevitavelmente o desgaste físico, a prostração e a depressão profunda.”

O sofrimento causado pela crise de abstinência é tão severo, que explica a elevada quantidade de pacientes reincidentes no consumo de drogas. Spohr e

colaboradores (2006) citam dados nacionais obtidos por Oliveira (1997) e Marques; Formigoni (2001), que demonstram que o número de evasões durante o tratamento para drogadição, de “recaídas” no consumo de drogas e de retorno às instituições de saúde mental supera a percentagem de 50%.

Em adição, Padilha e Tykanori (2011, p. 23) salientam os baixos índices de recuperação de indivíduos dependentes químicos submetidos a tratamento. Citam pesquisa realizada pela Universidade Federal de São Paulo, com 107 dependentes em crack. Os dados colhidos revelam que, após 12 anos de acompanhamento, apenas 32,8% dos indivíduos estavam abstinentes. Do restante da amostra, “ 20,6% haviam morrido (a maioria pela violência), 10% encontravam-se presos, 16,8% continuavam usando crack e cerca de 20% estavam desaparecidos [...]”

Em virtude desta dificuldade de se abandonar o vício, a dependência química é considerada como distúrbio crônico e recorrente, constituindo-se num dos transtornos mentais mais freqüentes na juventude de todo o mundo, sendo, inclusive, definida como problema de saúde pública (VARALDA ; CORDEIRO, 2011).

Dados obtidos pelo Projeto Observatório do Crack, instituído pela Confederação Nacional dos Municípios, para mapeamento da realidade dos municípios brasileiros no que se refere ao uso do Crack, corroboram o consumo desta droga como problema de saúde pública. Dentre os diversos setores do governo, a saúde foi apontada pelos gestores municipais como o mais atingido pelos efeitos do consumo de crack, perfazendo 63,7 % das citações. Segurança pública, assistência social e educação representam os setores citados em seguida, com índices de 58,5%, 44,6% e 37,9%, respectivamente (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2011).

Valéria da Silva Rodrigues, Juíza de Direito, Titular da Vara de Atos Infracionais de Belo Horizonte, em entrevista concedida à Revista Jurídica Consulex (2011, p. 36) assevera: “O consumo de drogas se tornou uma questão de saúde pública que, no entanto, afeta os mais variados sistemas sociais, como a família, a escola, a polícia e o próprio governo.”

1.2 O perfil sociodemográfico do consumo de crack e seus padrões de uso

O fenômeno da dependência química é caracterizado pela heterogeneidade, já que o consumo de drogas não atinge a população de forma uniforme. Verifica-se que a distribuição deste consumo não varia apenas de acordo com a região do país considerada. Há também distinções em seu próprio interior, no que se refere a aspectos sociais, a escolha da droga a ser utilizada e sua forma de administração. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003)

Dados do II Levantamento Domiciliar sobre uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil - (CEBRID, 2005) por intermédio de pesquisa realizada em 108 cidades brasileiras, com mais de 200 mil habitantes, demonstraram que a Região Nordeste apresentou os índices mais significativos no quesito **Uso na vida de qualquer droga (exceto tabaco e álcool)**, sendo de 29,0 % e 27,6% nos anos de 2001 e 2005, respectivamente. Ainda em relação ao mesmo aspecto, a Região Sudeste apresentou o maior índice de crescimento entre 2001 e 2005: de 16,9% para 24,5%. Ao se considerar o consumo específico de crack, verificou-se que a percentagem de uso desta droga na vida, no ano de 2005, foi prevalecte nas Regiões Sul (1,1%) e Sudeste (0,9%).

Apesar do consumo de crack se concentrar em regiões contempladas com grandes centros urbanos, existe tendência de se reduzir esta disparidade no território brasileiro, especialmente, com o incremento do uso de substâncias psicotrópicas nas regiões de fronteira e nas cidades de menor densidade demográfica. Considerando o período de 2007 a 2010, publicação do Ministério da Saúde (2011, p. 44) expõe a crescente demanda por crack, nos seguintes termos:

“Evidenciou-se uma nova configuração do consumo de crack no país, com aumento do consumo em diferentes regiões onde, até então, não havia sido registrado. Esta tendência foi observada por pesquisas epidemiológicas, pelo aumento da procura por tratamento, e também pela abordagem intensa, e por vezes alarmante e inadequada, da mídia.”

Em relação ao perfil dos usuários de crack, pesquisa realizada por Lígia Duailibi e colaboradores (apud MENDONÇA, 2010) revelou que a faixa etária de maior uso da substância foi observada em adultos jovens, entre 25 e 34 anos, com predominância do sexo masculino. Nappo e Oliveira (2008) elencaram, ainda, como

características da maioria dos usuários de crack o estado civil de solteiro, baixo nível socioeconômico, baixo grau de escolaridade e ausência de vínculos empregatícios formais. Este perfil predominante também foi verificado em Hospital de Custódia do Rio de Janeiro, local para onde são encaminhados os autores de ilícitos penais considerados inimputáveis ou semi-imputáveis por transtorno mental, incluídos os decorrentes do uso abusivo de substâncias psicotrópicas (GARBAYO; ARGÔLO, 2008).

Indubitavelmente, níveis reduzidos de escolaridade e condições financeiras e culturais precárias representam fatores de vulnerabilidade ao consumo de drogas, favorecendo seu uso. O cenário de dependência química em usuários infatojuvenis torna-se mais grave ao se considerar indivíduos em situação de rua, mais expostos a fatores de risco. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Segundo Paulo Roberto Yog de Miranda Uchoa, ex Secretário Nacional Antidrogas, as crianças e adolescentes que vivem em condições de abandono, privados de seus mais básicos direitos, possuem maior facilidade ao acesso e ao consumo de drogas, fato que resulta no desenvolvimento de problemas associados, como situações de violência e problemas de saúde (CEBRID, 2003).

Para o psiquiatra Dartiu Xavier da Silveira, coordenador-geral do Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes da Universidade Federal de São Paulo, “não é a droga que empurra os usuários para as ruas. É a condição degradante de viver em situação de rua, vulnerável, que faz muitos cidadãos se tornarem dependentes.” (AZEVEDO; AQUINO, 2011, p. 4).

Ultrapassado é o posicionamento tradicional que vincula o usuário de crack a indivíduos em condições sócio-econômico-culturais menos privilegiadas. Nesse sentido, constata-se que a dependência química, inicialmente, restrita a camadas sociais menos favorecidas da população, atinge, hoje, os filhos de classe média-alta, em faixa etária cada vez mais precoce:

“[...] na faixa etária de 12 e 17 anos, já existem relatos de uso das mais variadas drogas, bem como facilidade de acesso às mesmas e vivência de consumo próximo. Este dado enfatiza a necessidade de aprimoramento de programas de prevenção nesta faixa [...]. (CEBRID, 2005, p.34).

Pesquisa sobre uso indevido de drogas por estudantes dos antigos 1^o e 2^o graus em 10 capitais brasileiras, realizado pelo Centro Brasileiro de Informações

sobre Drogas Psicoativas – CEBRID, aponta que cerca de 74,1% dos adolescentes já haviam feito uso de álcool na vida. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Ademais, modificação do perfil do drogadito em crack não se relaciona apenas a aspectos de classe social, precocidade da drogadição e proximidade com centros urbanos. A própria motivação individual para consumo desta substância psicotrópica tem influência decisiva na determinação do perfil destes indivíduos, uma vez que se encontra mais atrelada a contextos psicossociais de violência, abandono, autoafirmação e de desestruturação familiar. Desse modo, o consumo da droga passou a representar a possibilidade de fuga da realidade ou estratégia para a inclusão no meio social. Neste sentido, Padilha e Tykanori (2011, p. 23) ressaltam:

“A dependência química, inclusive do crack, reúne situações sociais muito diversas: desde recursos para suportar a exclusão até estratégias para se sentir incluído. Nas estatísticas estão crianças de rua, que se iniciaram nas drogas para suportar a fome e o frio; trabalhadores rurais, que acreditam que a pedra lhes pode fazer suportar toneladas a mais de cana-de-açúcar; profissionais liberais pressionados pelo desempenho no trabalho; e jovens que querem alcançar, cada vez mais rapidamente, a inserção na turma.”

Comumente, vincula-se o drogadito em crack à criminalidade. Isto se deve, principalmente, ao fato do dependente químico ser capaz de fazer qualquer coisa para patrocinar sua compulsão pela droga. Potter e Camargo (2009) citam pesquisas do Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (GREA), que demonstram que os usuários de crack se envolvem em atividades ilegais duas vezes mais quando em comparação aos usuários de outras drogas. Também fazem referência de que 38,1% dos jovens usuários de crack avaliados já tinham envolvimento com tráfico de drogas e 47,6% possuíam antecedentes criminais e relatos de prisão.

Corroborando esse entendimento, a Juíza de Direito, Valéria da Silva Rodrigues (2011, p. 36-37), cita pesquisa realizada, em 2010, pela equipe técnica da Subsecretaria de Atendimento às Medidas Socioeducativas (SUASE) de Belo Horizonte, que demonstrou que cerca de 83,1% dos jovens infratores são usuários de drogas ilícitas, além de álcool. A Juíza conclui: “o consumo de entorpecentes é, sem dúvida, um fator determinante no aumento dos índices de criminalidade, na deterioração das relações familiares e no elevado prejuízo econômico da sociedade e do Estado”.

Para Garbayo e Argôlo (2008, p.250), em estudo de análise do perfil da população de um Hospital de Custódia no Rio de Janeiro, demonstra que o uso de substância psicotrópica enseja condição que favorece comportamentos de violência e de agressividade nos adictos. Os autores asseveram:

“ Estudos recentes têm demonstrado que existe associação entre violência e doença mental. As evidências apontam que portadores de transtornos psiquiátricos – particularmente os transtornos: orgânico cerebral, de personalidade, **por causa de uso de substâncias psicoativas** e esquizofrenia – **são mais propensos a cometerem crimes violentos do que a população em geral.**” (grifos nossos)

Em contraposição, Luis Flávio Saporì (2011), Coordenador do Centro de Pesquisas em Segurança Pública da PUC Minas, afirma que a associação entre o consumo de crack e a violência urbana não deve ser realizada sob o enfoque do aspecto psicofarmacológico da droga, ou seja, não seriam os efeitos da ingestão de crack os fatores determinantes para o incremento da violência verificado entre os drogaditos. Salienta que a vinculação entre o consumo de crack e a violência decorre de fenômeno sistêmico relacionado à dinâmica do comércio de drogas ilícitas, caracterizado por disputas territoriais entre traficantes, afirmação de códigos de condutas entre grupos traficantes, dívidas não pagas e outras demonstrações de poder. Desta forma, expõe:

“O mercado do crack tende a disseminar a violência nas regiões onde predomina, incrementando a incidência de roubos e, principalmente, de homicídio. O aspecto farmacológico da droga interfere no fenômeno à medida que cria contingente expressivo de consumidores compulsivos, em magnitude superior àquele observado no comércio das demais drogas ilícitas prevaletentes em nossa sociedade. Consumidores compulsivos, e por que não dizer vítimas da dependência química, tendem a se tornar mais endividados com seus fornecedores, o que após certo tempo pode resultar em homicídio dos devedores.” (SAPORI, 2011, p. 27).

Com o cuidado de se evitar generalizações que associam o uso de crack ao crime, o chamado causalismo absoluto (POTTER; CAMARGO, 2009), as constatações supra referidas, apesar de representarem reflexo da realidade, fortalecem o estigma associado aos drogaditos em crack. Segundo Saraiva (2011) estigmatizar significa classificar de forma pejorativa o outro. Esta situação dificulta sobremaneira a busca por tratamento nas redes de assistência psicossocial, muitas

vezes carentes de profissionais capacitados para recepcionar este tipo de paciente e resistência da comunidade em colaborar com o tratamento para drogadição, já que os adictos são vistos como marginais e não como indivíduos que necessitam de tratamento.

Na busca de se proceder à dissociação entre uso abusivo de substâncias entorpecentes e crime, a promulgação da Lei nº 11.343/06, conhecida como a nova lei de drogas, propiciou discussão acerca da situação do usuário de drogas no que se refere à aplicação da legislação penal. Nesse sentido, reforçou a necessidade de tratamento a ser disponibilizado ao usuário de substâncias psicotrópicas, na medida em que este indivíduo passou a ser considerado doente e não apenas autor de conduta delitiva. Esta mudança na concepção de usuário de drogas aboliu a aplicação de penas restritivas de liberdade a estes indivíduos, tendo como substitutos as penas de advertência, de prestação de serviços à comunidade e aplicação de medida de comparecimento em curso educativo (VARALDA; CORDEIRO, 2011; MENDONÇA, 2010)

Desta forma, visa-se ao distanciamento entre as condutas praticadas pelo usuário e pelo traficante de drogas. Além do mais, observa-se a convergência dos dispositivos desta lei com os princípios de prevenção, tratamento e reinserção social do dependente químico (MENDONÇA, 2010).

1.3 Combate ao crack: problemas e possibilidades

O ministro da Saúde Alexandre Padilha, em entrevista concedida a Revista Veja afirmou:

“Eu estive pessoalmente na Cracolândia de São Paulo no início do ano e observei de perto a deterioração provocada pelo crack. Para mim, é evidente que essa droga se tornou uma epidemia, não há outro termo, não há como amenizar [...]. **Já não é sem tempo, a epidemia avançou mais rápido do que as ações de combate.**” (PADILHA, 2011, p. 20-21, grifos nossos)

Varalda e Cordeiro (2011) coadunam com este entendimento de epidemia de crack, sob o argumento de que o comércio e o consumo desta droga podem ser

flagrados em qualquer lugar e a qualquer hora do dia, não se restringindo mais ao âmbito dos locais de traficância.

Já o Promotor de Justiça do MPDFT, José Theodoro Corrêa de Carvalho (2010, p. 7-8), da 7ª Promotoria de Justiça de Entorpecentes e Contravenções Penais, em entrevista à Revista Jurídica Consulex, ao ser questionado acerca dos fatores que influenciaram o incremento do tráfico de entorpecentes e o consumo de drogas, salienta que vivemos hoje uma quase-epidemia, sendo que globalização foi fator decisivo “ para aquilo que fosse ‘moda’ em um determinado local chegasse ao conhecimento de locais mais distantes” .

Para se ter uma dimensão da disseminação do uso de crack basta verificar o aumento do número de apreensões de adictos dependentes dessa droga e que são autores de atos infracionais. No período compreendido entre dezembro de 2008 e dezembro de 2010, por exemplo, cerca de 20 (vinte) mil adolescentes foram encaminhados para o Centro Integrado de Atendimento ao Adolescente Autor de Ato Infracional (CIA/BH). Constata-se que, apenas na cidade de Belo Horizonte, a média de apreensões se aproxima de 800 (oitocentos) adolescentes por mês. (RODRIGUES, 2011).

Contudo, esta comoção associada ao consumo de crack, que leva a se afirmar a existência de uma epidemia, deve ser encarada com ressalvas. Para Pádua (2011) causa estranheza o fato de que o maior problema de saúde mental do Brasil, o consumo de álcool, segundo levantamentos do próprio Ministério da Saúde, nunca foi tratado como tal e não levou e não leva os adictos em álcool à internação compulsória. Sequer houve proposta para a adoção de tal medida, quer das autoridades públicas, quer de especialistas ou acadêmicos e até mesmo da própria sociedade civil.

De qualquer maneira, por se tratar de um problema de saúde pública e em virtude do elevado potencial de destruição associado ao consumo de crack, não se deve olvidar esforços para seu enfrentamento. Um dos desafios mais significativos neste combate relaciona-se ao caráter multifatorial da drogadição, Nesse sentido, impossível desconsiderar qualquer uma das diversas variáveis envolvidas na análise de cada caso concreto: biológicas, farmacológicas, psicológicas, socioculturais, econômicas, entre outras. Qualquer tentativa de associar o consumo de drogas a um fator determinante e isolado configura atitude reducionista, incapaz de analisar o

problema da dependência química em seu aspecto global, conforme Cruz (2006) e Seibel e Toscano (2000) citados por Schneider e Lima (2011).

Portanto, a complexidade do problema da drogadição deve ser enfrentado com a atuação conjunta e integrada de diversos setores do Poder Público e da sociedade, disponibilizando aos dependentes químicos tratamento por equipe interdisciplinar, afastando ultrapassadas condutas terapêuticas vinculadas, exclusivamente, a atividade do médico psiquiátrico, além de assegurar amplo acesso a rede de atendimento psicossocial (PADILHA, TYKANORI, 2011).

Para Mendonça (2010, p. 299):

“A orientação e a ideologia adotada é a de que o combate ao uso indevido de drogas exige que não somente o setor público, mas todos os cidadãos brasileiros se conscientizem da magnitude do problema e se mobilizem para atuar de forma efetiva, integrando esforços e maximizando resultados”.

Assim como crack se alastrou nas diversas camadas sociais, a dependência química deixou de representar preocupação restrita a familiares de drogaditos e a núcleos específicos de assistência social e de saúde. Assumiu a feição de um problema da coletividade, especialmente, porque os prejuízos advindos da dependência química repercutem na gestão pública, na elaboração dos orçamentos, na formulação das políticas de governo, nas ações de segurança pública a serem adotadas, só para citar alguns aspectos (RODRIGUES, 2011).

Como resultado, a sociedade experimenta processo de conscientização acerca dos cuidados a serem dispensados às pessoas com transtornos mentais e percebeu a imperiosa necessidade de participar ativamente no combate à drogadição. Neste contexto, o suporte familiar torna-se imprescindível ao sucesso do tratamento de dependência química, bem como para a redução nos casos de “recaída”. Porém, observa-se, muitas vezes, resistência e até mesmo recusa da família em fornecer este auxílio, temerosa de sofrer agressões por parte do drogadito e de ter seu patrimônio dilapidado para a compra da droga (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; PILOTTO, 2011).

Este cenário da realidade propiciou novo vulto ao enfrentamento do consumo de crack, com significativa repercussão na mídia e sensibilização de diversos organismos governamentais e não-governamentais, preocupados com o aumento da demanda de tratamento, na modalidade de internação, para drogadição.

1.4 Breves considerações acerca das Políticas Públicas relacionadas à Saúde de Usuários de Álcool e outras Drogas

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 elencou, em seu art. 196, a saúde como direito fundamental social. Fundamental porque direito inerente ao ser humano e pressuposto para o gozo de vida digna e, social, na medida em que sua proteção representa dever do Estado, obrigado a prestação positiva. Neste sentido, Laurindo Dias Minhoto (2008, p. 373; grifos nossos) esclarece que:

“A categoria jurídica direito social indica não apenas a emergência de uma nova geração de direitos que supõe prestações positivas do Estado para concretizá-los, nos termos da clássica periodização elaborada por Marshall; porém, antes, **o advento de uma nova racionalidade jurídica que pretende arbitrar conflitos sociais a partir do ideal de uma alocação mais equitativa dos recursos sociais.**”

Apesar da tutela constitucional, poucos avanços são observados, na prática, quanto à efetivação do direito à saúde. Como consequência, as demandas de saúde sofrem intenso processo de judicialização como mecanismo último em assegurar a concretização deste direito (MEZZOMO, 2006).

A situação de caos instalada na saúde pública brasileira é resultado da deficiência histórica do Estado em formular e implementar Políticas Públicas de Saúde eficazes na prevenção, promoção, controle e tratamento em saúde. O abandono é mais evidente ao se considerar o ramo específico de saúde mental, responsável pela assistência biopsicossocial de indivíduos com transtornos mentais, incluídos os decorrentes do uso abusivo de álcool e substâncias entorpecentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Durante vários anos, a questão da drogadição foi encarada como problema a ser enfrentado mediante a adoção de condutas repressivas, com vistas à abstinência e à redução da criminalidade associada ao consumo de substâncias psicotrópicas. Assim, a assistência disponibilizada aos usuários de álcool e outras drogas restringia-se a tratamentos medicamentosos e disciplinares, com pouca efetividade na reabilitação e reinserção social, fato que reforçou o isolamento e o estigma destes indivíduos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Em outras palavras,

“Produziu se historicamente uma importante lacuna na política pública de saúde, deixando-se a questão das drogas para as instituições da justiça, segurança pública, pedagogia, benemerência, associações religiosas.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 40).

Estas práticas repressivas e proibicionistas do Estado não foram suficientes para conter o aumento da demanda por drogas e nem de reduzir o tráfico de substâncias entorpecentes (SOUZA; KANTORSKI, 2007). Ademais, os efeitos devastadores da dependência química não se restringem ao usuário de drogas e sua família. Repercutem na coletividade, sob diversas perspectivas, com conseqüências na economia, na política, na gestão pública, na seguridade social, no orçamento, entre outros, exigindo a implementação de políticas públicas. Para Souza e Kantorski (2007, p.1):

“[...] o uso abusivo das drogas é considerado um problema social, principalmente por gerar prejuízos nas esferas afetiva, educativa, produtiva, econômica, saúde e relações sociais, demanda políticas públicas eficientes com ações contextualizadas aos objetivos da sociedade.”

Com o enfraquecimento das estratégias repressivas de combate ao uso de drogas, novas abordagens ao enfrentamento da drogadição foram delineadas, com ideologias inovadoras voltadas à saúde e à redução da demanda por entorpecentes (MENDONÇA, 2010).

Neste contexto, o Brasil,

”ao ratificar convenções internacionais sobre drogas – como a Convenção Única sobre Entorpecentes (1961), a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas (1971), a Convenção contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e de Substâncias Psicotrópicas (1988) – e ao se envolver com a Declaração dos Princípios Orientadores da Redução da Demanda (1988), demonstrou um alinhamento às diretrizes internacionais que preconizam aspectos não só de segurança pública, mas também de promoção à saúde e tratamento clínico de dependentes”. (MENDONÇA, 2010, p. 297).

Segundo Mendonça (2010), o Brasil já é parte em 25 acordos internacionais de combate às drogas, o que demonstra a importância da cooperação internacional no enfrentamento da drogadição. Além disso, difundiu-se a percepção da necessidade de uma atuação integrada do Ministério da Saúde com outros Ministérios, a participação da sociedade civil nas ações de saúde e de suporte

social, bem como na necessidade de consonância entre os protocolos de saúde pública e as orientações técnicas de saúde mental. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Por recomendação da Organização Mundial de Saúde – OMS, as políticas públicas de álcool e outras drogas devem ser conduzidas pela área de saúde mental do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Nesse sentido, a promulgação da Lei nº 10.216/2001, marco da Reforma Psiquiátrica no Brasil, ratificou a convergência de princípios da política pública de saúde com as diretrizes propostas para a área de saúde mental, abrangendo a problemática dos usuários de álcool e outras drogas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Esta lei reforçou a concepção do indivíduo com transtornos mentais, inclusive pelo consumo abusivo de drogas, como sujeito de direitos, assegurando-lhe amplo acesso de atendimento na rede pública de saúde, assistência integral e condições para tratamento digno e humanizado. Assim, esta lei

“[...] ratificou, de forma histórica, as diretrizes básicas que constituem o Sistema Único de Saúde [...] - a universalidade de acesso e direito à assistência, bem como à sua integralidade; valoriza a descentralização do modelo de atendimento, quando determina a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, configurando redes assistenciais mais atentas às desigualdades existentes [...] (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.6)

Em dezembro de 2001, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, cujas deliberações favoreceram a consolidação de um modelo de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, com a garantia de seu atendimento pelo SUS. Como consequência, o Ministério da Saúde intensificou sua produção normativa visando à reestruturação da rede de atenção à saúde específica a estes indivíduos, com a mudança de diretrizes associadas às políticas públicas de saúde até então implementadas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A Portaria GM/336/2002 definiu normas e diretrizes para a organização dos serviços assistenciais em saúde mental, com o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), categorizados por porte, clientela e nível de complexidade. Desse modo, foram constituídos os CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i e CAPS ad (CONASS, 2011).

Ainda no ano de 2002, foi publicada a Portaria GM/MS nº 816, que instituiu o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas. Esta portaria estabeleceu diretrizes à adequação do modelo assistencial oferecido pelo SUS aos dependentes químicos, em consonância com os preceitos do modelo antimanicomial, bem como incentivou ações centralizadas na atenção comunitária para o tratamento da dependência química, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos drogaditos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007; Portaria GM/MS n 816/2002).

O ano de 2003 foi caracterizado por intensas discussões acerca das Políticas Públicas de Saúde específicas aos usuários de álcool e outras drogas. Neste período, o SUS assumiu, de forma mais enfática, sua responsabilidade na atenção e prevenção de danos associados ao consumo abusivo de drogas e instituiu ações sistemáticas no aperfeiçoamento da rede de atenção integral. O Ministério da Saúde, por sua vez, coordenou a articulação intra e interministerial relacionada ao combate da drogadição (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Em 2004, foi implementada a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Para Alves (2009), a formulação desta Política confirmou o atraso histórico da inserção do uso prejudicial e/ou dependência do álcool e outras drogas na agenda da saúde pública, uma vez que até então, a atenção à saúde desta parcela da população foi realizada de forma fragmentada e, predominantemente, com atuação de instituições não governamentais, como as comunidades terapêuticas e os grupos de auto-ajuda e de ajuda mútua.

Esta política baseou-se na consolidação dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad), com a atribuição de desempenhar o papel estratégico de ordenamento da rede em seu território de atuação. Assim, os CAPS ad ficaram responsáveis pela articulação entre os dispositivos de assistência social e de saúde, como forma de garantir a atenção integral e inclusão social (ALVES, 2009).

Em 2009, por intermédio da Portaria nº 1.190 do Ministério da Saúde, houve a instituição do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde SUS (PEAD 2009-2010). Este Plano assumiu como objetivo primordial a realização de ações específicas para tratamento e prevenção ao consumo de álcool e outras drogas.

Priorizou conjunto de medidas voltadas ao segmento populacional formado por crianças, adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade e risco e também promoveu ações específicas em municípios caracterizados pela fragilidade na rede assistencial. Para a consecução destes objetivos, foram estabelecidos quatro eixos de atuação: I – ampliação de acesso, II- qualificação dos profissionais, III - articulação intra/intersectorial e IV – promoção da saúde, dos direitos e enfrentamento do estigma. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Visando à potencialização das ações implementadas pelo PEAD, foi instituído o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (Plano Crack), por intermédio do Decreto Federal nº 7.179/2010. Suas diretrizes são voltadas à prevenção ao uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários de drogas, bem como ao combate do tráfico de entorpecentes. Possui como objetivo primordial o fortalecimento da rede de atenção à saúde, possibilitando a execução descentralizada e integrada de ações entre a União, Estados, Distrito Federal e Municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Estabelece articulação permanente das políticas públicas de saúde com a assistência social, segurança pública, educação, cultura, direitos humanos entre outros segmentos envolvidos com a questão da drogadição, em consonância com as diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Características marcantes deste Plano são a intersectorialidade, interdisciplinariedade e integralidade, a participação da sociedade civil e o controle social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

De 27 de junho a 01 de julho de 2010 foi realizada a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (IV CNSM- I), que representou uma vitória aos colaboradores da área de saúde mental, na medida em que propiciou a discussão crítica de oito anos e meio (desde a III CNSM) de construção e consolidação da Política Nacional de Saúde Mental no SUS e permitiu identificar os avanços realizados nesta área, bem como os desafios a serem enfrentados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O enfoque desta IV CNSM- I foi a intersectorialidade, o que garantiu a participação de diversos segmentos na sua elaboração, com a convocação de usuários, trabalhadores e gestores do campo de saúde mental e outros setores. De fato, a intersectorialidade tornou-se diretriz imprescindível no combate ao consumo de drogas, haja vista o aumento da complexidade, multidimensionalidade e pluralidade das necessidades em saúde mental, determinando permanente atualização e

diversificação das formas de mobilização e articulação da política, gestão, normatização, elaboração de estratégias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Apesar dos avanços mencionados ao longo dos últimos anos no que se refere ao tratamento de indivíduos acometidos por transtornos mentais, orientados pela influência dos princípios da reforma psiquiátrica, o processo de humanização das políticas públicas de saúde, permanece inconcluso, uma vez que a realidade aponta falhas no sistema saúde que devem ser sanadas para viabilizar assistência integral de qualidade, além da necessidade de se intensificar os debates referentes ao assunto (LIRA; DIAS, 2010).

Para se ter uma ideia, controvérsias pairam, inclusive, na interpretação de um dos pilares da reforma psiquiátrica, qual seja, a extinção dos hospitais psiquiátricos. Para estudiosos como João Alberto Carvalho (2010), psiquiatra, e Reynaldo Mapelli Júnior (2010)r, Promotor de Justiça da Infância e Juventude do Estado de São Paulo, não é o simples “fechamento desordenado de hospitais psiquiátricos” que resolverá o problema de milhares de indivíduos acometidos por transtornos mentais que se encontram desassistidos. Ressaltam a imprescindibilidade de uma rede de assistência substitutiva estruturada e apta ao recebimento destes indivíduos, sob pena de impor-lhes agravamento da situação já demasiadamente degradante.

Carvalho (2010), em consonância com o posicionamento da Associação Brasileira de Psiquiatria, diz-se defensor da filosofia antimanicomial e assevera que os serviços de má qualidade, que por muito tempo caracterizaram grande parte dos antigos hospitais psiquiátricos, devem ser abolidos. Contudo, questiona a efetividade clínica e o custo/benefício associado a criação de dispositivos como o CAPS, que tem recebido investimento direcionado e quase exclusivo do governo, e que permanece incapaz de atender a demanda em saúde. Nesse sentido, manifesta-se pela reestruturação da rede já existente, nos seguintes termos:

“Por tudo isso, a realidade, hoje, é que o desaparecimento de leitos psiquiátricos é generalizado no País. Com a justificativa de que esses locais não oferecem as condições adequadas de tratamento, decidiu-se fechá-los indiscriminadamente, sem avaliação técnica objetiva, quando o mais acertado seria revitalizar parte da rede já existente, para que os serviços fossem prestados de maneira adequada (CARVALHO, 2010, p. 36)

Fica a reflexão de Mapelli Júnior (2010, p. 40) acerca da Política de Saúde Mental vigente no país:

“Apesar das importantes conquistas de nossa Reforma Psiquiátrica, muito ainda precisa ser feito para garantir a assistência integral em matéria de saúde mental para milhares de portadores de transtornos mentais abandonados à própria sorte e, enquanto isso persistir, a promoção dos direitos humanos não passará de discurso ideológico e vazio.”

1.4.1 Enfrentamento da Drogadição: intersetorialidade e política de redução de danos

A atual Política Nacional sobre Drogas foi aprovada pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), em 2005, por intermédio da Resolução nº 3/GSIPR/CH/CONAD do Gabinete de Segurança Institucional. Esta Política foi elaborada com base em cinco eixos principais de atuação, sendo que três deles repercutem diretamente na área de saúde: eixo da prevenção, eixo do tratamento, recuperação e reinserção social e eixo da redução dos danos sociais e à saúde (SOUZA; KANTORSKI, 2007).

O **eixo da prevenção** foi considerado estratégia fundamental da referida política social. Incentivou: a) ações de conscientização da população acerca dos efeitos negativos do consumo abusivo de substâncias psicotrópicas, b) a articulação de parcerias de segmentos da sociedade civil e de entidades governamentais das esferas federal, estadual e municipal para o combate ao uso de drogas (responsabilidade compartilhada), c) a construção de redes sociais com o intuito de assegurar o bem-estar individual e da coletividade, d) a valorização das relações interpessoais e a promoção do desenvolvimento humano (SOUZA; KANTORSKI, 2007).

Quanto ao **eixo de tratamento, recuperação e reinserção social** preconizou-se o amplo acesso a rede de cuidados psicossociais e atendimento integral, sendo as atividades desempenhadas por equipes técnicas capacitadas. Priorizou-se a orientação e suporte do núcleo familiar do usuário de drogas e o incentivo de atividades culturais e de reinserção social, favorecendo o retorno às escolas e ao trabalho (SOUZA; KANTORSKI, 2007).

Apesar desta Política Nacional sobre Drogas estabelecer condições igualitárias de tratamento aos usuários de drogas, sem quaisquer discriminações quanto a sexo, idade, etnia, condição social, entre outras, a distinção entre drogas lícitas e ilícitas feita pelo próprio Estado propiciam o aparecimento de condutas

preconceituosas ao usuário de drogas ilícitas, o que reforça seu estigma e dificulta o acesso a assistência. Segundo Souza e Kantorski (2007, p.7) ,

“[...] criminaliza o uso de determinadas drogas, além de fazer um chamamento à sociedade no sentido de auxiliar na consolidação das ações repressivas, delineando um caráter de julgamento moral quanto à opção pelo uso de drogas ditas “ilícitas”. Isso leva à associação direta entre o uso dessas drogas específicas e atividades criminais/periculosidade, inviabilizando que os indivíduos com problemas relacionados ao uso abusivo de substâncias psicoativas sejam tratados de forma igualitária, sem preconceitos ou discriminação.”

Para MacRae e Gorgulho (2003) a determinação de um “status de ilegal” para diversas drogas representa óbice à implementação de política pública baseada na **Redução de Danos**, que é justamente a diretriz do terceiro eixo da Política Nacional sobre Drogas. Salientam que a ilegalidade fomenta o isolamento do usuário de drogas ilícitas e, conseqüentemente, dificulta sua adesão a programas de redução de riscos e danos relacionados ao consumo abusivo de drogas.

Souza e Kantorski (2007) afirmam haver incongruência entre as práticas repressivas adotadas para controle do consumo e do tráfico de drogas, caracterizadas por determinações de comportamento, com os princípios da Redução de Danos, já que estes pautam-se na liberdade de escolha dos indivíduos e na ausência de julgamento moral.

A redução de danos constitui-se em conceito amplo que visa a minimizar os riscos e danos ocasionados pelo consumo abusivo de drogas, sem a imposição de padrões demasiadamente rígidos quanto a sua definição e modos de efetivação. Deve-se apresentar como abordagem simpática, isenta de moralismo, centrada em trabalho comunitário, com observância dos valores e interesses dos dependentes químicos e deve ser compatível com as peculiaridades de cada caso concreto (MAC RAE e GORGULHO, 2003).

Assim, a Rede Brasileira de Redução de Danos – Reduc entende o conceito de redução de danos

“[...] menos como uma série de diretrizes específicas para condutas no atendimento a toxicômanos e mais como postura de princípios em relação aos inúmeros problemas relacionados à maneira como nossa sociedade vem abordando a questão das drogas. Concebemos que as noções de risco e dano devam ser entendidas em sua relatividade” (MAC RAE;GORGULHO, 2003, p.4).

Portanto, a proposta da redução de danos não se limita a uma finalidade de abstinência do consumo de álcool e outras drogas, especialmente porque os efeitos negativos associados ao uso de substâncias psicotrópicas atingem variados aspectos da vida do dependente químico que também merecem cuidados, devendo a redução de danos minimizar as conseqüências numa perspectiva global, abrangendo também estes aspectos (MAC RAE; GORGULHO, 2003).

Os tratamentos de substituição e de manutenção no uso de drogas bem exemplificam o pensamento da redução de danos, uma vez que representam tratamentos alternativos à abstinência. Enquanto o tratamento da substituição consiste em alterar a droga originalmente utilizada por outra substância ou mistura menos nociva ao usuário, o tratamento de manutenção está associado ao uso controlado da droga, com modificações no padrão de consumo que permitam uma redução da potencialidade dos efeitos causados. Contudo, a ilegalidade e a intolerância cultural relacionada ao uso *Cannabis* tem comprometido a continuidade de estudos de sua aplicabilidade em substituição ao crack, droga com potencial lesivo muito superior (MAC RAE; GORGULHO, 2003).

Portanto, como se observa, a dependência química, como questão complexa e multifacetada, impõe a implementação de políticas públicas intersetoriais que atuem de forma harmônica e integrada no seu enfrentamento. Contudo, o presente trabalho restringe sua abordagem ao controle da drogadição sob a perspectiva da saúde pública, e dessa forma, discute o modelo de saúde mental adotado no país, conforme a seguir exposto.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA E O NOVO MODELO DE ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL

2.1 Trajetória histórica da Saúde Mental no Brasil

O modelo psiquiátrico instituído no mundo ocidental, a partir do século XVII, baseou-se em condutas de enclausuramento e isolamento das pessoas acometidas por transtornos mentais, determinando a segregação destes indivíduos do meio social e sua conseqüente reclusão em manicômios (ACP proposta pelo MPDFT, n^o 2010.01.1.067203-4).

O afastamento destes indivíduos do convívio social não foi apenas resultado da corrente terapêutica de tratamento adotada à época, mas especialmente, representou alternativa capaz de garantir a ordem pública, conduta de caráter higienista. Segundo Maftum e colaboradores (2010, p. 277), ao citar Santos 1994: “A doença mental era considerada caso de ordem pública e de polícia, em que a atuação da psiquiatria era repressiva [...]. Ao doente mental não era garantido qualquer direito de cidadania.”

Até o final da década de 50, escassa foi a produção normativa acerca da saúde mental e poucos avanços foram incorporados nas condutas terapêuticas de tratamento dos indivíduos com transtornos mentais. Segundo Barros e Egrý (1994, p. 82):

“Até o final da década de 50, o cuidado ao doente mental continua essencialmente restrito ao interior dos asilos. A assistência psiquiátrica brasileira revelava, ainda, extraordinária lentidão em tomar conhecimento das importantes transformações pelas quais passava a prática psiquiátrica na Europa e nos Estados Unidos após a Segunda Guerra Mundial”.

Em meados dos anos 60, a elevada demanda por atendimento médico e as precárias condições dos hospitais da rede pública favoreceram o processo de mercantilização da saúde. Neste período, o Estado optou pela contratação de serviços de saúde, inclusive psiquiátricos, da rede privada, ao invés de realizar incentivos na própria rede pública (ACP proposta pelo MPDFT, n^o 2010.01.1.067203-4). Segundo Ferraz (apud BARROS; EGRY, 1994, p. 83): “[...] o

quinqüênio 65-70 [do século XX, no Brasil] foi marcado pelo fenômeno do afluxo maciço de doentes para os hospitais da rede privada”.

Privilegiou-se o interesse de grupos particulares, na medida em que estes foram beneficiados com a percepção de vultosos lucros provenientes das internações em hospitais psiquiátricos. Santos e Messas (apud MAFTUM e colaboradores, 2010, p. 277) asseveraram:

“[...] no período da ditadura militar, alguns psiquiatras e psicanalistas, em consonância com o governo, encontraram no louco uma grande fonte de lucro. O número de internações por neurose em hospitais psiquiátricos, que em 1965 era de 5.186, em 1970 passou para 18.932. No ano de 1975, esse valor se elevou para 70.383 e, em 1977, já estava em 200.000. Estima-se que, no período de 1950 a 1970, a população de doentes mentais tenha aumentado em 213%, enquanto o crescimento da população geral no Brasil foi de 82%.”

No Brasil dos anos 70 do século passado, a assistência psiquiátrica era reflexo do processo de desestruturação da saúde pública. Em contraposição aos discursos legais de prioridade de tratamento ambulatorial e hospitalização de curta permanência aos indivíduos com transtornos mentais, a precariedade da rede de atenção à saúde mental ainda era evidente:

“As internações tinham duração média de 25 anos e superlotavam os hospitais, adotando-se medidas coercitivas e isolamento dos doentes como formas de tratamento, acrescidos da situação dramática do déficit de profissionais capacitados” (MAFTUM et al., 2010, p. 277).

Movimentos sociais contrários a este modelo de exclusão foram fortalecidos após inúmeras denúncias de maus tratos, agressões, violências sexuais e mortes ocorridas nos hospitais psiquiátricos, o que colocou em cheque a efetividade das condutas de assistência psicossocial oferecidas aos indivíduos com transtornos mentais (MAFTUM et al.,2010; NOGUEIRA; COSTA, 2007).

Neste sentido, o processo de reforma psiquiátrica tomou novo vulto com denúncia de irregularidades na DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental, entidade com atribuições de planejamento, coordenação e fiscalização dos serviços de assistência e reabilitação em saúde mental, culminando no Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM (MAFTUM e colaboradores, 2010)

Em 1987, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental, na cidade do Rio de Janeiro, com a formulação das primeiras propostas e ações para a reorientação do modelo de atenção psicossocial. Este evento propôs a revisão do modelo manicomial, ao preconizar a instituição de serviços extra-hospitalares, a serem desempenhados por equipes multidisciplinares, e a progressiva extinção dos leitos psiquiátricos asilares e sua substituição por leitos em hospitais gerais públicos (NOGUEIRA; COSTA, 2007). Segundo Maftum e colaboradores (2010) também propiciou aproximação de usuários e familiares como aliados na luta antimanicomial.

No mesmo ano, houve o surgimento do primeiro CAPS no Brasil, localizado na cidade de São Paulo, que serviu de modelo para a implantação de outros centros no país. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 também foi decisiva na ruptura de paradigma no tocante à saúde. Instituiu novas bases para a construção do ordenamento jurídico pátrio, com valorização da dignidade da pessoa humana e proteção dos direitos individuais e coletivos.

A partir de 1992, movimentos sociais motivados pelas diretrizes contidas no Projeto de Lei Paulo Delgado conseguem aprovar leis, em vários estados brasileiros, com intuito de promover a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede de atenção integrada ao tratamento de portadores de transtornos mentais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

O processo da reforma psiquiátrica culminou, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, com a sanção da Lei nº 10.216/2001, que constitui num substitutivo do Projeto de lei original de Paulo Delgado. Esta Lei dispõe sobre a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Além de modificar o enfoque de tratamento dos doentes mentais, priorizando uma psiquiatria preventiva e não exclusivamente curativa, estabeleceu diretrizes de assistência extra hospitalar, de reinserção social e de serviços multiprofissionais. Contudo, esta lei federal não instituiu mecanismos claros para a progressiva extinção dos hospitais manicomiais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

2.2 Sistema Único de Saúde - SUS: princípios e conquistas

A análise histórica do sistema de saúde no Brasil revela que, durante todo o século XX, as ações e serviços de saúde foram executados de forma pontual, vinculados aos benefícios concedidos pela Previdência Social. Como consequência, a sociedade foi fragmentada em dois grandes grupos: um representado pelos indivíduos com direito aos serviços de saúde e o outro integrado pelos excluídos desses serviços de assistência. Este segundo grupo era representado pelos trabalhadores que não contribuía com a Previdência Social, os desempregados e as pessoas com deficiências, que recebiam precário suporte assistencial das Santas Casas de Misericórdia ou de instituições religiosas (MARCHEWKA, 2003).

Foi neste cenário nacional de conflitos sociais, que o Sistema Único de Saúde – SUS foi instituído pela Constituição de 1988, com a finalidade precípua de assegurar melhores condições de vida para toda a população brasileira, mediante garantia de acesso à assistência integral e equitativa à saúde. O funcionamento deste sistema foi regulamentado pela promulgação das Leis 8.080/90 e 8.142/90, formuladas com o intuito de fazer cumprir a disposição constitucional de proteção e defesa da saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Segundo Oliveira e colaboradores (2008), o SUS ocupa lugar de destaque no quadro sanitário brasileiro, não apenas por definir a estrutura de organização institucional da área de saúde e de se constituir em modelo único de atendimento, mas especialmente, por representar mudança de paradigma na forma de direcionar, conceber, pensar e fazer assistência à saúde no país.

Contudo, apesar dos diversos avanços conquistados pelo SUS desde sua implantação, permanecem óbices a sua efetiva consolidação, revelando a coexistência de aspectos inovadores e conservadores nesse sistema. Enquanto o aspecto inovador pode ser observado na própria proposta do sistema e em seus princípios, que expressam modelo de atendimento universal e igualitário em saúde, o aspecto conservador relaciona-se a baixa institucionalidade alcançada, uma vez que se constata significativo distanciamento entre as ações formuladas e aquelas que são executadas pelo governo (OLIVEIRA et al., 2008).

A construção do SUS foi orientada em princípios: princípios doutrinários de direito sanitário que norteiam a formulação das ações e serviços em saúde e

princípios estruturantes de sua organização (JACOBINA, 2008). Apesar desta distinção teórica entre os princípios, sua atuação integrada é que permite a consolidação de uma rede de atenção à saúde e favorece a formulação e implementação de políticas públicas de saúde no país.

O SUS possui como **princípio básico o acesso universal e igualitário** às ações e serviços de saúde, em todos os níveis de atenção. Este princípio está em consonância com as diretrizes impostas pela Constituição de 1988, na medida em que esta estabelece que a saúde é um direito fundamental social inerente a todos os indivíduos, não podendo sofrer restrições de qualquer natureza ou privilegiar indivíduos em detrimento de outros (OLIVEIRA et al., 2008). Portanto,

[...] fica explícito que o Brasil optou por um sistema público e universal de saúde, que deve garantir atendimento integral para todos os cidadãos, não cabendo, em nenhuma hipótese, a limitação de seus atendimentos a um “pacote” mínimo e básico de serviços de saúde, destinado à parcela mais pobre da população.” (CONASS, 2011, p.10).

Nesta medida, a assistência em saúde deve ser disponibilizada a todos, variando de acordo com a intensidade, forma e peculiaridades da doença e do tratamento exigido, sem quaisquer diferenciações no que se refere aos aspectos social, econômico e cultural dos indivíduos. (JACOBINA, 2008; OLIVEIRA et al., 2008)

Em relação ao **princípio da integralidade** o artigo 7º, inciso II, da Lei 8.080/1990 estabelece a seguinte definição: “II – [...] conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;” Isto significa que as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde devem ser consideradas como um todo indivisível, não sendo recomendada sua compartimentalização em segmentos estanques, sob pena de comprometer a efetivação do direito à saúde. (OLIVEIRA et al., 2008, p. 198).

O **princípio da resolutividade** relaciona-se à eficiência do sistema no atendimento em saúde. Desta forma, as ações e os serviços de saúde devem ser executados de forma contínua, com qualidade, em respeito à interdisciplinariedade das áreas de conhecimento associadas ao seu objeto e articulação das categorias profissionais. Visa ao aprimoramento das prestações em saúde num contexto global, abrangendo ações preventivas e curativas. (JACOBINA, 2008)

Para Oliveira e colaboradores (2008, p. 198), a resolutividade representa: “[...] a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível exigido pela sua complexidade.”

O **princípio da intersetorialidade** visa ao desenvolvimento de ações integradas entre os serviços de saúde e outras áreas de atuação que não estejam compreendidas no âmbito do SUS, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse à saúde. O incentivo à intercomplementariedade assegura a utilização racional dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos e favorece a potencialização dos efeitos das políticas públicas (JACOBINA, 2008).

O **princípio da descentralização** significa redistribuição de responsabilidades pelas ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, que devem atuar de forma integrada e com ênfase na assistência local, exercida pelos municípios. Este processo de descentralização para a periferia reforça a autonomia municipal e a participação da comunidade, já que a esfera local, em virtude da proximidade com a população circunvizinha, possui melhores condições de indicar as prioridades e demandas mais frequentes da região (OLIVEIRA et al., 2008).

Além desta descentralização da responsabilidade pela prestação de assistência direta à população para os municípios, verifica-se a ocorrência deste mesmo processo nas relações de poder e nos recursos financeiros, uma vez que os municípios dependem da cooperação técnica e financeira da União e dos Estados para executar suas atribuições (OLIVEIRA et al., 2008)

Neste sentido, estudo que analisa a percepção de profissionais da área da saúde do Rio de Janeiro, com diversas graduações, quanto às dificuldades de implementação do SUS, ressalta que os municípios incorporaram grande número de serviços federais durante o processo de municipalização da atenção básica, sem a devida estruturação das instituições locais para realizar o referido atendimento, o que compromete a integralidade da saúde (OLIVEIRA et al., 2008).

Já em relação ao **princípio da hierarquização**, Jacobina (2008, p. 103) estabelece que se trata da definição

“[...] de níveis de complexidade para a atenção de acordo com a área de abrangência geográfica e a rede de serviços de saúde, nos quais as ações

básicas devem absorver a maior parte da demanda e apenas os casos mais graves são encaminhados para os serviços mais complexos e/ou hospitalares.”

Dessa forma, a hierarquização da assistência pressupõe a construção de uma rede de atenção à saúde, composta por unidades de distintos níveis de complexidade e que se articulam entre si para assegurar atendimento integral em saúde. O nível primário desta rede representa o primeiro nível de atenção à saúde e absorve grande parte das demandas por atendimento, sem esgotar as necessidades dos usuários do SUS. Em consequência, os procedimentos graves e caracterizados por maior complexidade são encaminhados para as unidades específicas de média e alta complexidade, conforme orientação médica. Portanto, a organização dos serviços em saúde apresenta configuração de forma piramidal, com a atenção básica em sua base e as unidades mais especializadas mais próximas do ápice (OLIVEIRA et al., 2008; CONASS, 2011).

A construção dessa rede de atenção em saúde também exigiu a distribuição geográfica de suas unidades pelo território nacional como forma de favorecer o acesso aos serviços de assistência, o que fundamenta o **princípio da regionalização** (JACOBINA, 2008). Este princípio estabelece que os serviços de atendimento devem ser prestados a sua população circunvizinha, e apenas quando a complexidade do caso o exigir, será realizado o encaminhamento pelo profissional de saúde para outra unidade, fora da região de moradia do usuário (OLIVEIRA et al., 2008).

Entretanto, apesar de cada unidade de saúde possuir atribuições específicas, a lógica de funcionamento do SUS nem sempre tem sido observada, com falhas no sistema de referência e contrarreferência, o que resulta em excesso de demanda aos serviços especializados, especialmente aqueles que disponibilizam atendimento de emergência (OLIVEIRA et al., 2008).

Por fim, a Lei Orgânica da Saúde no Brasil (Lei 8.080/90) inovou ao prever os **princípios da participação popular e do controle social**. Estes princípios são expressão da garantia constitucional que preconiza a contribuição da população, por intermédio de entidades representativas, no processo de formulação das políticas públicas de saúde e no controle de sua execução, em todos os níveis da federação (OLIVEIRA et al., 2008).

2.3 Princípios do SUS e a construção da rede de atenção à saúde mental

A construção da rede de atenção à saúde mental, com ênfase no atendimento de usuários de álcool e outras drogas, é pautada nos princípios norteadores do SUS. Dessa forma, sua estrutura e conformação estão em consonância com os princípios da universalidade, integralidade, equidade, intersetorialidade, entre outros, preconizados por esse sistema (SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS, 2009).

A atenção em saúde para usuários de álcool e outras drogas no âmbito do SUS é articulada por diversas unidades de saúde, dispostas em rede. Este arranjo em rede demonstra a necessidade de que diferentes dispositivos de atenção estejam interligados de forma complementar, solidária e funcional, como forma de garantir continuidade e integralidade da assistência. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

2.3.1 A atenção básica

A atenção básica apresenta a **Saúde da Família** como estratégia prioritária para sua organização, resultado da reorientação do modelo assistencial, tendo em vista sua operacionalização mediante a atuação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (UBS) e nos domicílios da população circunvizinha. Estas equipes estabelecem vínculos com a população da região em que atuam e, desta maneira, contribuem diretamente para promoção, prevenção e recuperação em saúde, além de realizar diagnóstico situacional, o que favorece a elaboração e implementação de políticas públicas (MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2010).

O suporte técnico da atenção básica, compreendendo ações de supervisão, atendimento em conjunto, atendimento específico e participação na capacitação de profissionais, é realizado pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2010), que também participa na articulação de projetos terapêuticos de caráter interdisciplinar e intersetorial junto ao PSF (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Assim, a atenção básica assume a característica de dispositivo de maior capilaridade com a comunidade, constituindo-se em importante porta de entrada do

usuário de drogas no SUS. Diante dessa responsabilidade, seus profissionais devem estar capacitados a realizar o acolhimento adequado destes indivíduos e articular-se com unidades de assistência de cuidados intermediários, como os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, quando o caso exigir tratamento mais especializado. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Nesta medida, a atenção básica deve ofertar cuidado aos usuários de drogas, inclusive os de crack, considerados funcionais, ou seja, aqueles que apresentam menos rupturas em sua rede de relações social, de trabalho e familiar, além de identificar os indivíduos com história de rompimento dos laços sociais, os usuários disfuncionais, e encaminhá-los aos CAPS e hospitais gerais, tendo em vista que este grupo apresenta maior vulnerabilidade e risco de agravos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

No entanto, apesar da sistemática do funcionamento em rede deixar evidente a importância do papel a ser desempenhado pela atenção básica em saúde na assistência aos usuários de drogas, verifica-se que quase a totalidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF) não inclui ações específicas de atenção ao usuário de drogas, situação que é agravada por uma área de cobertura incipiente, sendo inferior a 20% em algumas cidades brasileiras. (ANDRADE, 2011).

2.3.2 O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS

Os CAPS são unidades de saúde consideradas estratégicas para a mudança do modelo de atenção à saúde mental, já que representam serviços substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico. Desta forma, representam alternativa às internações em hospitais psiquiátricos, uma vez que sua assistência pauta-se em regime de atenção diária, possibilitando melhor acompanhamento dos pacientes. Portanto, “[...] o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento.” (MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2010, p.11).

Constituem-se em serviços de saúde municipais, abertos, comunitários e que disponibilizam assistência às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. Além de assegurarem acompanhamento clínico, visam à reinserção social destes indivíduos por intermédio de incentivos ao trabalho, esporte, lazer,

exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços afetivos. São também responsáveis pelo suporte à atenção em saúde mental da rede básica e articulam estrategicamente a rede com as políticas de saúde mental (MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2010; SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS, 2009).

Os CAPS são classificados, de acordo com a densidade demográfica e as atividades desenvolvidas em: CAPS I, CAPS II, CAPS III (24 horas), CAPSi (crianças e adolescentes) e CAPSad (indivíduos com problemas pelo uso abusivo de álcool e outras drogas) (MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2010). No entanto, esta classificação proposta com intuito de sistematizar e orientar o atendimento em saúde mental, tem tido sua interpretação deturpada, prejudicando o acesso à rede de atenção em saúde mental. Neste sentido:

“ Existe, erroneamente, a percepção de que os CAPS AD consistem no único recurso de atenção a usuários de crack causando, em muitas ocasiões, uma barreira de acesso destes usuários aos CAPS I e II. Em municípios que não dispõem de CAPS AD, os CAPS I e II devem assumir algumas das funções [...]” (Ministério da Saúde, 2010, p.8)

Os CAPSad, em virtude de sua função precípua de realizar acolhimento universal e incondicional a usuários de crack devem, inclusive, apoiar a perspectiva de redução de danos para aqueles indivíduos que não demonstrem interesse de interromper o consumo da droga. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Nesses casos, as intervenções visam a minimizar os efeitos danosos do consumo abusivo de drogas, promovendo melhoria do bem-estar físico e social dos drogaditos, independentemente de se atingir a abstinência química. Logo,

A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos de, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. **Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento.** (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.9; grifos nossos).

O CAPSad além de promover assistência nas crises brandas de abstinência e quadros leves de desintoxicação relacionados a dependência química, constitui espaço de convivência de usuários com ruptura na rede de relações sociais e, neste sentido, deve oferecer suporte aos familiares do drogadito, com intuito de estimular a reinserção social destes indivíduos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A elevada demanda por atenção contínua e cuidado integral aos usuários de drogas determinou a implantação, em alguns municípios, de CAPSad 24 horas, que disponibiliza serviços de cuidado, inclusive em feriados e no período noturno, minimizando situações de recaídas e de vulnerabilidade. Seu acolhimento é restrito ao período de 7 dias corridos ou 10 intercalados em um período de 30 dias. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

Contudo, a rotina de funcionamento destas unidades de atendimento nem sempre se revela convergente com um modelo de assistência em saúde de qualidade à população. Neste sentido, estudo realizado em município do Estado do Rio Grande do Sul, no período de dezembro de 2004 a agosto de 2005, pautado em mais de 300 horas de observação do cotidiano do CAPSad, demonstrou a precariedade da assistência disponibilizada por esta unidade de saúde, caracterizada por escassas visitas domiciliares e intervenções comunitárias, bem como demonstrou a fragilidade de sua interação com o serviço de redução de danos. Nesse município, o CAPSad restringiu sua atuação ao recebimento de pacientes encaminhados pelo serviço de redução de danos. (SOUZA et al., 2007).

2.3.3 Leitos em Hospital Geral

Os casos graves e com risco de morte ao usuário de drogas devem ser, preferencialmente, efetivado em leitos de hospitais gerais e em leitos de unidades de pronto atendimento, dispositivos dotados de infraestrutura especializada para os atendimentos de urgência e de maior complexidade. Assim, estas unidades devem abranger o tratamento dos quadros clínicos severos de abstinência ou de comorbidades relacionados ao uso abusivo de substâncias psicotrópicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Segundo a publicação Ministério Público e Tutela à Saúde Mental (MINISTÉRIO PÚBLICO DO RIO DE JANEIRO, 2010) existe tendência de que esta rede de leitos de atenção integral em saúde mental seja expandida, na medida em

que representam unidades substitutivas aos hospitais psiquiátricos convencionais, que deverão ser gradualmente extintos conforme diretrizes da reforma psiquiátrica.

2.3.4 Programa de Volta para Casa

Para a assistência de indivíduos com longa história de internação em hospitais psiquiátricos (2 anos ou mais de internação ininterruptos), inclusive em hospitais de custódia, o governo federal, por intermédio da Lei 10.708/2003, instituiu o Programa de Volta para Casa. Este Programa, em consonância com o disposto no artigo 5º da Lei 10.216/2001, tutelou os interesses dos indivíduos em situação de grave dependência institucional, com a adoção de medidas para alta planejada e reabilitação psicossocial assistida (MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO RIO DE JANEIRO, 2010).

Assim, o Programa de Volta para Casa, além de objetivar a garantia de cuidados, de acompanhamento e de integração social destes indivíduos fora da unidade hospitalar, estabeleceu o pagamento de auxílio-reabilitação ao próprio beneficiário ou a representante legal, nas hipóteses de incapacidade para o exercício dos atos da vida civil. Este benefício significa a disponibilização de uma bolsa mensal, com duração de até dois anos, com possibilidade de renovação conforme as exigências de cada caso concreto, com vistas a assegurar suporte financeiro mínimo à reabilitação social dos egressos de hospitais psiquiátricos. (MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2010).

A inclusão neste Programa e a consequente concessão do benefício depende de expresso consentimento do paciente ou de seu representante legal em submeter-se as suas disposições. Pressupõe prévia avaliação por equipe de saúde mental, que deve aferir as condições clínicas e sociais do beneficiário, que deve estar em alta hospitalar, residindo com sua família (de origem ou substituta) ou em outra forma alternativa de moradia, a exemplo das residências terapêuticas. (MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2010).

2.3.5 Serviço Residencial Terapêutico - SRT

O serviço residencial terapêutico (SRT), instituído pela Portaria MS 106/2000, apesar de não constituir serviço de saúde, possui papel complementar à rede de

atenção em saúde mental, na medida em que se constitui em espaço de habitação, destinado a indivíduos com transtornos mentais, egressos de hospitais psiquiátricos e de hospitais de custódia ou aqueles em situação de vulnerabilidade. Assegura acolhimento aos indivíduos sem vínculos familiares e que necessitam de ambiente propício à reconstrução de laços sociais e afetivos. (MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2010).

O artigo 1º, parágrafo único, da Portaria MS 106/2000 define SRT:

“[...] moradias ou casa inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuem suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social.”

Os SRTs são modalidade assistencial substitutiva aos modelos tradicionais de internação psiquiátrica. Desse modo, a transferência gradual de pacientes internados em hospital psiquiátrico convencional para o SRT deve ser acompanhada por ações de redução ou descredenciamento de leitos daquele hospital, na mesma proporção, realocando recursos para financiar esta rede substitutiva em saúde mental. (MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2010)

A inserção no SRT representa apenas uma fase do longo processo de reabilitação de um indivíduo com transtorno mental, propiciando ao usuário um amplo projeto de reinserção social, pautado em atividades de alfabetização, de mobilização de recursos comunitários, de retorno e incentivo ao trabalho e de autonomia no desempenho de atividades pessoais e domésticas. (MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2010)

Em 23 de dezembro de 2011, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 3090, que estabelece a classificação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Tipos I e II e que dispõe sobre o financiamento para incentivo e custeio desses dispositivos de assistência (PORTARIA nº 3090 GM/MS).

Nos termos do artigo 2º, §§ 1º e 2º, da referida portaria, os SRTs tipo I são unidades de moradia com capacidade de acolhimento de no mínimo quatro e no máximo oito indivíduos acometidos por transtornos mentais. Essa modalidade requer que seus usuários estejam em processo de desinstitucionalização. Já os SRTs tipo II são específicos ao suporte de indivíduos com transtorno mental de nível acentuado de dependência institucional e com limitações nas tarefas de autocuidado,

requerendo atenção intensiva e permanente de cuidadores de referência e de um profissional técnico em enfermagem. Esse módulo residencial deve apresentar infraestrutura para acomodar no máximo 10 indivíduos com o perfil supramencionado (PORTARIA n° 3090 GM/MS).

Em relação ao financiamento dos SRTs, a Portaria n° 3090/2011 estabelece o repasse mensal de recursos do Fundo Nacional de Saúde aos respectivos Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, com o objetivo de incentivar ações de melhoria e/ou de implantação de mais unidades de moradia na região. Conforme o artigo 4º dessa portaria, o financiamento consiste no repasse padrão de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) para cada grupo de 8 pessoas dos SRTs tipo I e de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) para os grupos de 10 pessoas dos SRTs tipo II. Como o repasse é destinado ao grupo de moradores e não ao módulo residencial, a formação de grupos com número inferior a 8 moradores nos SRTs tipo I e inferior a 10 moradores nos SRTs tipo II enseja o repasse proporcional de recursos, segundo tabela sugestiva de valores apresentada pela própria portaria (PORTARIA n °3090 GM/MS).

Tendo em vista que os SRTs não são unidades de saúde e que seus usuários demandam, com frequência, avaliações clínicas e a prescrição de medicamentos de uso controlado, os módulos residenciais são vinculados a equipe/serviço de saúde mental para o suporte técnico profissional seja assegurado aos seus moradores (PORTARIA n° 3090 GM/MS).

Esse modelo de suporte assistencial disponibilizado pelos SRTs incentivou a criação de estrutura específica destinada aos usuários de álcool e outras drogas, os chamados Serviços de Atenção à População com Transtornos Decorrentes do Uso ou Abuso de Substâncias Psicoativas, também denominados Comunidades Terapêuticas - CTs (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO; SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS,2010).

2.3.6 Comunidades Terapêuticas

Em 2001, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, por intermédio da Resolução Diretora Colegiada n° 101, estabeleceu o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de Atenção à População com Transtornos Decorrentes

do Uso ou Abuso de Substâncias Psicoativas ou Comunidades Terapêuticas – CTs, definindo-os como:

“Serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (S.P.A) em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo Psicossocial, são unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientado, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com o programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso [...]” (ANVISA, 2001, p.2, grifos nossos)

Entretanto, essa Resolução foi revogada com a publicação pela ANVISA da Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011, que conceituou as Comunidades Terapêuticas como “instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (SPA), em regime de internação.”

Análise comparativa dessas duas definições de CT demonstra que requisitos como “suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas” e instituição de “programa terapêutico” foram suprimidos pela Resolução RDC nº 29/2011, que simplificou os critérios que caracterizam uma instituição como CT.

Em adição, a resolução vigente desconsiderou a exigência anterior, prevista na Resolução RDC nº 101/2001, que associava a responsabilidade técnica da instituição a profissional com formação superior na área de saúde ou de serviço social. Hoje, basta que o responsável técnico da CT tenha graduação de curso superior em qualquer área de conhecimento.

Ainda, o artigo 1º, § único, da Resolução RDC nº 29/2011 ressalta que o principal instrumento terapêutico utilizado pelas CTs para o acompanhamento de indivíduos drogaditos é a convivência entre os pares, que possibilita o compartilhamento de experiências entre indivíduos com histórico de dependência química.

Essas disposições da Resolução RDC nº 29/2011 confirmam que a assistência disponibilizada pelas CTs é de cunho social e não de cuidado em saúde. Inclusive, poucos são os profissionais da área da saúde que atuam diretamente no acompanhamento de indivíduos recolhidos nessas instituições. Geralmente, são

voluntários, que por ideologia religiosa, contribuem no processo de recuperação dos drogaditos (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011).

Em 23 de dezembro de 2011, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 3088, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial, com a “finalidade de criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde 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)” (PORTARIA nº3088/2011).

A referida portaria, em seu artigo 6º, inciso IV, alínea b, elenca as Comunidades Terapêuticas como um dos dispositivos componentes da Rede de Atenção Psicossocial. Em outras palavras, o Ministério da Saúde inseriu as CTs no rol de instituições sanitárias reguladas pelo Sistema Único de Saúde – SUS, apesar de não possuírem estrutura e funcionamento de unidades de saúde, permitindo o financiamento dessas organizações pelo Estado, nos termos do artigo 9º da Portaria nº 3088/2011. O suporte estatal a essas instituições fica evidente na manifestação do Conselho Regional de Psicologia (2011, p. 192):

“Não são poucas as instituições que recebem recursos públicos ou, ainda, que são reconhecidas como instituições de “utilidade pública”, ficando, portanto, isentas do pagamento de impostos, um modo de subvenção pública que tem sido objeto de denúncias. Um número significativo dessas instituições mantém convênios com diferentes órgãos públicos. E isto impõe ao Estado a tarefa da fiscalização quanto ao rigor da aplicação dos referidos recursos, mas, sobretudo, quanto à vigilância pela proteção e defesa dos direitos sociais e humanos dos assistidos. A realidade encontrada exige reposicionamento do Estado brasileiro.” (grifos nossos)

Corroborando a incompatibilidade das CTs com as unidades de cuidado em saúde, destacam-se as afirmações publicadas no Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas acerca do protocolo adotado pelas CTs nas crises de abstinência de seus internos: “é esperar passar” ou “convocar a família para buscar socorro”. Esta situação expõe seus usuários a elevado risco de morte e outras complicações advindas do complexo processo de desintoxicação (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011).

Mesmo diante destes relatos, estas instituições para dependentes químicos, face ao descaso dos gestores públicos e do vácuo legislativo na implementação de políticas públicas efetivas na área de saúde mental, obtiveram multiplicação de seus espaços de convivência no território nacional, nos últimos anos, na medida em que foram consideradas alternativa à tradicional internação em manicômios psiquiátricos (COSTA, 2009; ALVES, 2009).

Ana Luiza Castro, conselheira do Conselho Federal de Psicologia (CFP) e membro da Comissão de Direitos Humanos deste Conselho, em entrevista concedida a Agência Brasil, em 29/11/2011, asseverou que não há dados precisos sobre a quantidade de comunidades terapêuticas existentes no Brasil, tendo em vista que muitas delas funcionam à margem da lei, sem qualquer regularização ou fiscalização. Ressalta, ainda, que grande parte destes espaços situam-se em locais afastados, de difícil acesso e comunicação, o que dificulta o acompanhamento dispensado aos seus usuários.

O Conselho Federal de Psicologia, ao receber reiteradas denúncias de supostas violações a direitos humanos nestas entidades, instituiu Comissão Nacional de Direitos Humanos que, em 2011, realizou análise qualitativa do funcionamento de 68 comunidades terapêuticas distribuídas em 24 estados da federação e no Distrito Federal. Os dados coletados deram origem ao já anteriormente citado Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos, cujas conclusões apontam **que a totalidade das instituições inspecionadas violam, em graus variados, os direitos humanos de seus usuários**, seja por condições precárias de estrutura física, seja por relatos de maus tratos e violência e restrição a direitos fundamentais, seja pela ausência/deficiência de acompanhamento especializado por profissional de saúde. Este relatório descreve a situação verificada nas comunidades terapêuticas inspecionadas:

“Há claros indícios de violação de direitos humanos em todos os relatos. De forma acintosa ou sutil, esta prática social tem como pilar a banalização dos direitos dos internos. Exemplificando a afirmativa, registramos: interceptação e violação de correspondências, violência física, castigos, torturas, exposição a situações de humilhação, imposição de credo, exigência de exames clínicos, como o anti-HIV – exigência esta inconstitucional –, intimidações, desrespeito à orientação sexual, revista vexatória de familiares, violação de privacidade, entre outras, são ocorrências registradas em todos os lugares. Percebe-se que a adoção dessas estratégias, no conjunto ou em parte, compõe o leque das opções terapêuticas adotadas por tais práticas sociais.” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011, p.190).

Além do mais, verifica-se que grande parte das comunidades terapêuticas são vinculadas a confissões religiosas, católicas ou evangélicas, constituindo-se a opção de credo como pressuposto para tratamento dos drogaditos. Este contexto, além de ensejar patente afronta aos princípios que regem as políticas públicas, de caráter republicano e laico, viola o direito à liberdade de crença religiosa, visto que, comumente, ocorre a imposição de credo e o desrespeito da opção de não seguir alguma crença religiosa (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011).

2.3.7 Consultório de Rua

O Consultório de Rua constitui importante dispositivo da rede de atenção substitutiva em saúde mental, destinado ao atendimento de usuários de álcool e outras drogas em situação de rua, parcela da população historicamente desassistida por políticas públicas de saúde e sociais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Parte integrante do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – PEAD e do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas – PIEC, o Consultório de Rua afasta a hegemonia do modelo assistencial pautado no atendimento intramuros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Assim, sua estratégia de atuação é inversa ao modelo tradicional de assistência que aguarda a demanda espontânea de pacientes. O Consultório de Rua, por consistir em unidade móvel de atendimento, composta por equipe multiprofissional, desloca-se às regiões com elevada concentração de usuários de álcool e outras drogas para a realização da abordagem desses indivíduos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Frequentemente, os contatos iniciais dessa equipe com a comunidade são permeados por comportamentos de insegurança, rejeição e medo. Contudo, essa barreira de relacionamento aos poucos se desfaz e o Consultório de Rua conquista a confiança dos drogaditos, tornando-se referência de assistência em saúde entre eles (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O diferencial de atuação desse dispositivo consiste em ofertar cuidados básicos em saúde aos usuários de álcool e outras drogas em seu próprio contexto social, sem interferir na dinâmica de funcionamento da comunidade e com respeito

às peculiaridades de cada indivíduo. Há, portanto, um contínuo e complexo processo de formação de vínculos entre os profissionais e os usuários de drogas, favorecendo o diálogo e, conseqüentemente, adesão mais expressiva ao tratamento para drogadição (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Além do mais, o Consultório de Rua incentiva o acesso desses indivíduos à rede institucionalizada em saúde mental, na medida em que os indivíduos com demandas complexas são motivados e orientados a procurar tratamento em unidades de saúde especializadas. Dessa forma, o Consultório de Rua representa o elo de ligação que aproxima essa população de excluídos ao sistema de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Por fim, ressalta-se que o Consultório de Rua é o dispositivo da rede de atenção à saúde mental que mais privilegia a política de redução de danos para o enfrentamento da drogadição, pois defende a minimização dos efeitos mais agressivos da dependência química, o que já constitui evidente melhoria de qualidade de vida desses indivíduos. Assim, representa nova perspectiva de controle da dependência química, que visa disponibilizar “o máximo de saúde possível”, de acordo com singularidades de cada indivíduo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

2.4 O Paradigma da desinstitucionalização e Limitações da Rede de Saúde Mental

Como já discutido, a desinstitucionalização manicomial representa estratégia vital para aplicação dos princípios da Reforma Psiquiátrica na atenção psicossocial de indivíduos com transtornos mentais. O desenrolar desse processo foi motivado, especialmente, pela acumulação de indícios das deficiências do hospital psiquiátrico, combinada com o chamado “institucionalismo”, nomenclatura que estabelece a manifestação de incapacidades como conseqüência do isolamento social dos hospitais manicomiais (BRUNETTA, 2005).

Nessa perspectiva, Nogueira e Costa (2007), em estudo de reflexão crítica sobre a política de saúde mental brasileira apontam para a gravidade de se considerar a desinstitucionalização psiquiátrica como mera desospitalização ou suposta humanização dos locais de segregação. Afirmam que a **desospitalização** caracteriza-se pela criação de dispositivos que viabilizem alternativas de cuidados

psicossociais e assistenciais aos indivíduos com transtornos mentais, distintos dos manicômios. Já a **desinstitucionalização** psiquiátrica representa processo mais complexo e abrangente, na medida em que está fundamentado na idéia de desconstrução e invenção. Estes autores, ao mencionar Fernandes (1999), salientam: “**desinstitucionar é, acima de tudo, ocupar-se do sujeito e não da doença**, para a partir daí, as instituições de cuidados ganharem um novo sentido e o tratamento deixar de significar apenas prescrição de medicamentos [...]” (NOGUEIRA; COSTA, 2007, p.5, grifos nossos).

Diante dessas distinções, questiona-se se a atual rede de saúde mental substitutiva ao modelo hospitalocêntrico aproxima-se mais do conceito de desinstitucionalização ou desospitalização. Nesse sentido, Carvalho (2011, p. 35) ressalta avaliação realizada na estrutura fundamental dessa rede substitutiva de saúde mental, os CAPS, apresentada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), em março de 2010. O referido estudo avaliou as condições de funcionamento de 85 centros em atividade no estado, de um total de 230 unidades, que forneceu as seguintes conclusões:

- “ - 42% dos CAPS não contavam com retaguarda para internação psiquiátrica e 31,3% não tinham retaguarda para emergências psiquiátricas;
- 66,7% não disponibilizam atendimento médico clínico na unidade e 25,3% não tinham retaguarda para emergências médicas clínicas;
- 30% dos CAPS III (de maior complexidade) não acataram a legislação no que se refere à “atenção contínua durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana;
- 20% dos prontuários médicos apresentaram pelo menos uma falha no registro de dados;
- 27,4% dos CAPS não mantinham articulação com recursos comunitários para a reintegração profissional dos pacientes.”

Os dados apresentados demonstram que, apesar dos avanços conquistados com a Reforma Psiquiátrica, os CAPS ainda apresentam deficiências de infraestrutura, de recursos humanos e de funcionamento, o que compromete a integralidade de assistência em saúde e o suprimento da demanda da população por esse tipo de atendimento.

Assim, impõe-se a implementação e ampliação, na sua totalidade, dos dispositivos extra-hospitalares das atuais políticas públicas em saúde mental, de forma a incentivar o processo de desinstitucionalização.

Contudo, a observação crítica da realidade revela que, nem sempre, a atuação dos gestores públicos é condizente com o fortalecimento dos recursos extra-hospitalares e com a humanização do tratamento em saúde dos indivíduos acometidos por transtornos mentais. Em outras palavras, o modelo de assistência de viés segregatório continua sendo privilegiado, conforme será discutido no próximo Capítulo.

3 INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS PARA DEPENDENTES EM CRACK

3.1 Internações Psiquiátricas no Contexto da Lei 10.216/2001

A evolução histórica do País demonstra que a segregação de indivíduos sempre esteve presente nessa sociedade, apenas com variações de pressupostos para sua efetivação. No passado, representou forma de se “estabelecer uma cidade limpa e racional, purificando-a de todos os elementos que destoassem dessa racionalidade. A diferença estabelecida pela loucura, como a diferença estabelecida pelos vícios, pela miséria, pela deficiência, pelo desajuste de forma geral, seria resolvida – como ainda é – pela exclusão.” (JACOBINA, 2008, p. 66). Assim, medidas de isolamento de indivíduos do convívio social, apesar de vinculadas a novos pressupostos, continuam a ser verificadas. Nessa perspectiva, salienta-se a possibilidade de internação psiquiátrica compulsória de dependentes em crack, sob o manto de assegurar-lhes tratamento em saúde. Em consonância com esse entendimento, Dartiu Xavier da Silveira (2011, p.1), assevera:

“ A luta antimanicomial trouxe à luz as condições desumanas aplicadas aos doentes mentais. Em vez da hospitalização em unidades de internação em hospital geral, prevalecia um sistema carcerário em que os maus tratos a pacientes eram a regra. Curiosamente, esse modelo obsoleto tende agora a ser preconizado para dependentes químicos.”

Segundo Gonçalves Júnior (2011) a previsão de internação compulsória de drogaditos não é recente. Cita que o ordenamento jurídico brasileiro possui, em plena vigência, o Decreto-Lei 891, de 25 de novembro de 1938, que reconheceu o dependente químico como “indivíduo doente”, que necessita de cuidados específicos. Ademais, estabeleceu a proibição de tratamento domiciliar aos então denominados toxicômanos, fato que reforçou a figura da “internação psiquiátrica obrigatória” desses indivíduos, nos casos de imprescindibilidade desta medida para o tratamento adequado ou quando conveniente à ordem pública. O Decreto-Lei 891/38 preconiza:

“Art. 27 - A toxicomania ou a intoxicação habitual, por substâncias entorpecentes, é considerada **doença** de notificação compulsória, em caráter reservado, à autoridade sanitária local.

Art. 28 - **Não é permitido o tratamento de toxicômanos em domicílio.**

Art. 29 - **Os toxicômanos ou os intoxicados habituais, por entorpecentes, por inebriantes em geral ou bebidas alcoólicas, são passíveis de internação obrigatória ou facultativa por tempo determinado ou não.**

§ 1º - **A internação obrigatória se dará, nos casos de toxicomania por entorpecentes ou nos outros casos, quando provada a necessidade de tratamento adequado ao enfermo, ou for conveniente à ordem pública.** Essa internação se verificará mediante representação da autoridade policial ou a requerimento do Ministério Público, só se tornando efetiva após decisão judicial.”

A promulgação da Lei nº 10.216/01, marco legal da Reforma Psiquiátrica no país, trouxe inovações no que se refere ao tratamento dos indivíduos acometidos por transtorno mental, abrangidos aqueles que desenvolveram quadro patológico em decorrência do uso abusivo de substâncias psicotrópicas. A concepção simplista que considerava os toxicômanos apenas como indivíduos doentes foi afastada e a adicção passa a ser entendida como um transtorno mental desencadeado por múltiplos fatores. Além disso, uma concepção com abordagem mais abrangente foi estabelecida: os dependentes químicos passaram a ser concebidos como sujeitos de direitos (BARROS, 2010).

Neste sentido, a referida lei, que se contrapõe ao referido Decreto Lei 891/1938, em seus artigos iniciais, elenca conjunto de direitos e garantias ao indivíduo acometido por transtorno mental, que devem ser respeitados, sem quaisquer discriminações quanto à raça, cor, sexo, origem, religião, orientação sexual, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos, grau ou tempo de evolução da doença (RIBEIRO, F., 2010). O artigo 2º da Lei nº 10.216/2001, em seu parágrafo único estabelece:

“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.”

Visando à efetivação do rol supramencionado de direitos, traduzidos na valorização da cidadania e da dignidade dos indivíduos acometidos por transtornos mentais, a Lei nº 10.216/2001, afastou a possibilidade de tratamento desses indivíduos em instituições de características asilares, representadas por entidades violadoras de direitos fundamentais individuais e desprovidas do necessário suporte de assistência integral, incluídos os acompanhamentos médico, psicológico, de assistência social, entre outros. (Lei nº 10.216/2001, art. 4º, parágrafo 3º).

Em adição, em decorrência da influência dos princípios da luta antimanicomial, a referida lei fortaleceu o processo de desinstitucionalização em saúde mental, uma vez que conferiu à internação psiquiátrica o caráter de medida excepcional, a ser utilizada apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes para o tratamento dos indivíduos acometidos por transtornos mentais. (Lei nº 10.216/2001, art. 4º, caput).

A Lei nº 10.216/2001, em seu artigo 6º, estabelece três modalidades de internação psiquiátrica, quais sejam, a internação voluntária, a internação involuntária e a internação compulsória, **todas** devendo ser precedidas por laudo médico circunstanciado e realizadas como última alternativa.

A **internação voluntária**, como a própria nomenclatura explícita, pressupõe o consentimento expresso do indivíduo com transtorno mental para a realização do tratamento em saúde. Esta forma de internação apenas se finda com a solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente. (RIBEIRO, F., 2010)

Contudo, publicação da portaria 2.391/GM/2002 do Ministério da Saúde restringiu o direito que o paciente internado voluntariamente possuía de decidir pelo término da sua internação, na medida em que previu a possibilidade de internação psiquiátrica voluntária que se torna involuntária (IPVI) em sua evolução. Em outras palavras, o paciente fica impedido de manifestar sua vontade de abandonar uma internação pretensamente definida como voluntária. (FIGUEIRA, 2010). Figueira (2010, p. 2), ao comentar a situação do paciente submetido a essa modalidade de

internação voluntária que se transforma em involuntária, assevera: “Ele só tem agora na melhor das hipóteses, o direito a escolher entrar no manicômio, mas não mais a decidir sair.”

A **internação involuntária** é aquela que ocorre sem o consentimento do indivíduo acometido por transtorno mental e a pedido de terceiros. No caso dos dependentes químicos, dentre os quais destacamos os usuários de crack, grande parte dos pedidos de internação involuntária é efetivado pelos próprios familiares do indivíduo drogadito, sob o argumento de não conseguirem suportar mais o desgaste físico e emocional associado aos cuidados desses indivíduos. Portanto, essa modalidade de internação enseja o embate de focos de tensão representados pelo interesse do indivíduo, dos seus familiares e a atuação do médico psiquiatra, que muitas vezes, é pressionado pela família para indicar a internação psiquiátrica ao adicto (TEIXEIRA, 2002).

Como essa modalidade de internação psiquiátrica constitui medida que, em princípio, restringe ou desconsidera a autodeterminação do paciente e a sua condição de cidadão e sujeito de direitos, conforme determina a lei nº 10.216/2001, mister se faz que a decisão do médico assistente não seja influenciada por pressões externas. Deve analisar detidamente o caso concreto e só indicar sua efetivação quando houver de fato prejuízo de capacidade de juízo crítico (discernimento) do paciente (GESSER; MENEZES, 2010).

Além do mais, a portaria mencionada acima, prevê que o gestor estadual do SUS deve nomear **Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias** para evitar que essa modalidade de internação “se converta numa espécie de alijamento social perpétuo para o paciente”. Nesse sentido, a Comissão Revisora, composta por equipe multiprofissional, inclusive com a participação do Ministério Público Estadual, deve efetuar até o sétimo dia do internamento, a reavaliação do cabimento da medida, emitindo laudo técnico de confirmação ou suspensão do regime de tratamento indicado. O estabelecimento de internamento deve ser comunicado do laudo emitido por essa comissão no prazo de vinte quatro horas (GESSER; MENEZES, 2010).

Apesar das Comissões Revisoras desempenharem papel relevante no controle das indicações de internações psiquiátricas involuntárias, constata-se que, muitos Estados, ainda hoje, não dispõem de comissões estruturadas. (GESSER; MENEZES, 2010).

Também com o intuito de evitar internações com propósitos diversos do terapêutico, bem como os abusos cometidos no interior dos antigos manicômios psiquiátricos, a lei da Reforma Psiquiátrica estabelece a obrigatoriedade de controle externo das internações involuntárias pelo Ministério Público Estadual. Esta instituição deverá ser notificada de todas as internações involuntárias, no prazo de setenta e duas horas de sua efetivação, nos termos do artigo 8º, § 1º, da Lei nº 10.216/2001.

Teixeira (2002), ao comentar a participação do Ministério Público no procedimento das internações involuntárias, ressaltou que o recebimento das comunicações individuais dessa modalidade de internação favorece a tutela de interesses de natureza individual homogênea, uma vez que esta instituição interfere diretamente na fiscalização dos serviços de internamento, avaliando-os condizentes ou não com as normas legais. Assim, seu papel transcende a condição individual da pessoa internada involuntariamente para proteger os interesses de grupo específico da sociedade, qual seja, as pessoas com transtornos mentais, dentre as quais enfocamos, nesta pesquisa, as dependentes de crack. Além do mais, destacou a importância que sua atuação seja pautada em relacionamento próximo com as pessoas e com outras instituições, como forma de contribuir para o aprimoramento da rede em saúde mental.

Essa modalidade de internação só se extingue por intermédio da solicitação por escrito da família ou do representante legal do paciente internado, ou a critério do médico responsável pelo tratamento, nos termos do artigo 8º, parágrafo 2º, da Lei nº 10.216/2001, o que, reiteramos, pode implicar num processo de institucionalização do adicto em crack e em várias violações a direitos fundamentais desse grupo de indivíduos, direitos esses assegurados na Constituição Federal e na lei n. 10.216/2001.

A modalidade de **internação compulsória** é aquela determinada pela Justiça. Apesar da Lei nº 10.216/2001 ter silenciado acerca dos detalhes do procedimento de internação compulsória, algumas considerações se fazem pertinentes, uma vez que essa é a modalidade de internamento que tem sido adotada como forma de disponibilizar “tratamento terapêutico” a crianças, adolescentes e jovens dependentes químicos em situação de rua no Estado do Rio de Janeiro. Tal discussão será abordada no tópico seguinte do presente Capítulo.

Como salientado acima, a internação compulsória possui como requisito distintivo das demais modalidades de internamento, a exigência de manifestação judicial para sua efetivação, o que limita sua indicação às ações que tramitam no Sistema Judiciário.

Assim, comumente, a internação compulsória vincula-se às medidas de segurança aplicadas aos indivíduos inimputáveis ou semi-imputáveis em conflito com a lei ou às demandas individuais ajuizadas no Poder Judiciário, nos casos de risco de vida para o próprio indivíduo com transtorno mental ou para terceiros. (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2011).

Constata-se que a determinação da internação compulsória requer a conjugação de saberes da área médica, com a emissão do laudo psiquiátrico, e da área jurídica, com a manifestação do magistrado diante do caso concreto, com avaliação das peculiaridades individuais e do contexto social em que o drogadito está inserido.

Em adição, o artigo 9º da Lei nº 10.216/2001 preconiza que o juiz competente, ao apreciar a demanda deverá levar em consideração as **condições de segurança do estabelecimento de internação**, com intuito de salvaguardar o paciente, os demais internados e funcionários. Contudo, esse dispositivo legal enfatiza as condições de segurança do estabelecimento de internação em detrimento das condições de saúde. Tendo em vista que a internação psiquiátrica compulsória não possui natureza de sanção e sim de tratamento, a avaliação do estabelecimento de internação não deveria priorizar a saúde?

Inclusive, cumpre enfatizar que a internação psiquiátrica compulsória tem sido efetivada em instituições que não disponibilizam cuidado em saúde e que pregam a adesão voluntária ao tratamento da drogadição como as Comunidades Terapêuticas, o que afronta as disposições da lei da reforma psiquiátrica, conforme veremos a seguir.

Portanto, salienta-se que a internação compulsória tem se configurado como porta de entrada “legal” de indivíduos acometidos por transtornos mentais em instituições de características asilares, uma vez que a decisão judicial, nem sempre convergente com o laudo psiquiátrico do paciente, possui natureza cogente: “ordem judicial não se discute, se cumpre, é a nova camisa de forças”. (ZIMMER et al., 2010, p.4)

Como consequência, vários indivíduos sem perfil para a internação são mantidos enclausurados nesse tipo de instituição e, esquecidos pela Justiça, aguardam ulterior manifestação do Juízo acerca da manutenção ou não da internação compulsória. Nesse sentido, Zimmer e colaboradores (2010, p. 4), referindo-se à internação compulsória, asseveram:

“ Determinação esta caracterizada pelo enquadre asilar, que remete ao fato de que ninguém mais define sobre isso salvo deliberação também do Juízo, ao pé da letra ‘ interne-se até determinação ulterior deste juízo’.”

Com o intuito de evitar medidas restritivas de liberdade de prazo indeterminado e visando à eficácia e ao bom desempenho da atividade judiciária no fomento de atividades de atenção e reinserção social de dependentes químicos, o Conselho Nacional de Justiça, em seu provimento nº 4, artigo 3º, § 2º, preconiza:

“ A atuação do Poder Judiciário limitar-se-á ao encaminhamento do usuário de drogas à rede de tratamento, **não lhe cabendo determinar o tipo de tratamento, sua duração, nem condicionar o fim do processo criminal à constatação de cura ou recuperação.**” (CONANDA, 2011, p.6, grifos nossos)

Nessa perspectiva, assume fundamental importância o trabalho desempenhado pelas equipes de saúde interdisciplinar que realizam o tratamento psicossocial e acompanham a evolução clínica dos pacientes drogaditos internados em estabelecimentos de saúde. Além de atuarem na estabilização do quadro agudo de dependência química, são responsáveis pela elaboração de projetos terapêuticos individuais, com o objetivo de abreviar a permanência desses indivíduos em instituições de característica intramuros, assegurando-lhes a continuidade do tratamento em saúde em dispositivos de saúde mental extra-hospitalares que incentivem a reinserção social (BARROS, 2010).

Em virtude da importância de se efetivar as políticas públicas em saúde mental, estabelecidas sob o marco da lei n. 10.216/2001 é que se fará, no próximo tópico, análise comparativa entre suas diretrizes e a resolução n. 20/2011 da Secretaria Municipal de Assistência Social do Estado do Rio de Janeiro.

3.2 Aspectos Polêmicos da Resolução SMAS nº 20/2011 em face à Lei nº 10.216/01

Matéria que trata do consumo de crack por crianças e adolescentes na cidade do Rio de Janeiro, publicada na edição nº 2178 da Revista Isto É, no ano de 2011, descreve o relato de L., 17 anos, dependente química em crack: “ Comecei com maconha, aos 11 anos. Quando cheguei no crack, não consegui mais parar” [...]. A adolescente grávida de oito meses, conta que se prostituía e apanhou muito na rua. Exibe as duas mãos furadas à bala. “Foram os traficantes”, lembra. “Me castigaram porque eu roubava na área deles”. Relatos como esse são cada vez mais freqüentes, especialmente, ao se considerar o elevado poder de autodestruição provocado pelo uso desta substância psicoativa e a disseminação de seu consumo em escala mundial. (AZEVEDO; AQUINO, 2011, p.4).

Diante dessa suposta epidemia do crack, a Secretaria Municipal de Assistência Social do Estado do Rio de Janeiro – SMAS/RJ, implementou medida, intitulada Protocolo de Abordagem à Pessoa em Situação de Rua, por intermédio da Resolução nº 20, de 27 de maio de 2011, que, dentre outras medidas, estabelece a possibilidade de recolhimento e internação compulsórios de crianças e adolescentes em situação de rua e que estejam sob influência do uso de drogas (SILVA, 2011).

Nos termos do artigo 5º, § 3º, da Resolução SMAS nº 20/2011:

“ A criança e o adolescente que esteja nitidamente **sob a influência do uso de drogas** afetando o seu desenvolvimento integral, será avaliado por uma equipe multidisciplinar e, diagnosticada a necessidade de tratamento para recuperação, o mesmo deverá ser **mantido abrigado em serviço especializado de forma compulsória** [...]” (grifos nossos)

Contudo, essa **Resolução Municipal** do Estado do Rio de Janeiro tem gerado polêmica, suscitando acirradas discussões na mídia, na academia e no próprio Poder Público, com participação das diversas áreas do conhecimento relacionadas ao enfrentamento do problema da drogadição, especialmente no que se refere ao uso de crack (AZEVEDO; AQUINO, 2011).

Nesse contexto, o presente tópico visa à análise comparativa da Resolução nº 20/2011 SMAS/RJ em face à Lei nº 10.216/2001, **lei federal** que tutela os direitos dos indivíduos acometidos por transtornos mentais e define normas gerais para a assistência em saúde mental no Brasil.

3.2.1 Do Pressuposto de Implementação da Resolução nº 20/2011 SMAS/RJ

O **pressuposto** utilizado para justificar a adoção dessa medida pela prefeitura municipal carioca consiste na necessidade de disponibilizar tratamento em saúde para os dependentes químicos em crack, expostos a situação de vulnerabilidade e com risco de vida, como forma de assegurar a efetivação do direito à vida.

Segundo Rodrigo Bethlen, secretário da Secretaria de Assistência Social do Estado do Rio de Janeiro e signatário da referida resolução, a medida de recolhimento compulsório, apesar de restringir momentaneamente a liberdade do drogadito, representa a possibilidade real de abandono do vício, uma vez que afasta o dependente químico do contexto de degradação humana a que estão submetidos esses indivíduos abandonados pela própria família e pela sociedade (SILVA, 2011).

3.2.2 Da iniciativa da Resolução nº 20/2011 SMAS/RJ

Apesar dessa medida de recolhimento encontrar seu fundamento de validade no tratamento em saúde dos adictos, constata-se que sua implementação ocorreu em virtude de **iniciativa exclusiva** da Secretaria Municipal de Assistência Social do Estado do Rio de Janeiro. Nessa perspectiva, indaga-se: não seria imprescindível a colaboração da Secretaria de Saúde do Estado na definição das diretrizes do referido protocolo, uma vez que a saúde representa o foco de tal medida? Não é a Secretaria de Saúde que detém conhecimento técnico e recursos humanos capacitados para a formulação e implementação de políticas públicas relacionadas à área de saúde mental? Em síntese, a atuação da SMAS/RJ desconsidera a dependência química como problema de saúde pública (CRESS/RJ, 2011).

Como resultado dessa iniciativa isolada da SMAS/RJ, a composição das equipes que realizam o procedimento de recolhimento compulsório de crianças, adolescentes e jovens, nos termos do artigo 5º, da Resolução nº 20/2011, restringe-se às equipes técnica, de educadores e dos Centros de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS. Não contempla a participação de profissionais de saúde e de outras áreas do conhecimento intrinsecamente ligadas ao enfrentamento da drogadição, circunstância que compromete o planejamento de ações que integrem, em harmonia, perspectivas da saúde pública, da educação, da cultura, entre outros segmentos da gestão pública (CRESS/RJ, 2011).

Nessa perspectiva, cumpre destacar a incongruência de uma Secretaria de Assistência Social implementar uma política de recolhimento que, em tese, exige a atuação de assistentes sociais, sem que contudo, esses profissionais façam parte das equipes da secretaria municipal do Estado do Rio de Janeiro.

Segundo o Presidente do Conselho Regional de Serviço Social do Rio de Janeiro- CRESS/RJ, Charles Toniolo de Sousa, em nota técnica à imprensa e à população acerca da internação compulsória de crianças e adolescentes usuários de crack, contesta informação veiculada na mídia de que 40 assistentes sociais fariam parte das equipes de recolhimento. Para ele, atitudes de cunho repressivo são manifestamente contrárias aos princípios norteadores do Código de Ética do Assistente Social, além desse diploma não elencar como atribuição do assistente social a participação em operações dessa natureza, conhecidas vulgarmente por “blitz”, que não respeitam a liberdade de autonomia dos dependentes químicos em crack (CRESS/RJ, 2011).

A esse respeito, Rodrigo Bethlem, ao participar de audiência com representantes desse Conselho, fez afirmações contraditórias: no mesmo momento em que negou a participação de assistentes sociais nas operações de recolhimento, asseverou que alguns assistentes sociais foram convocados para atuar nas ações, como uma espécie de “retaguarda” e em pequeno número. O conflito entre essas afirmações deixa dúvidas se existe ou não profissional capacitado de assistência social no suporte da medida de recolhimento de jovens, apesar da Resolução SMAS nº 20/2011 indicar, explicitamente, a participação de integrantes dos CREAS na composição das equipes sociais. (CRESS/RJ, 2011).

O repúdio a esta medida de recolhimento pelo Conselho de Serviço Social do Rio de Janeiro fica evidente nas palavras de seu presidente:

“Não somos agentes de repressão. Nossa atuação deve se pautar pela busca da efetivação dos direitos humanos, como a saúde, o que requer outro tipo de abordagem e de acompanhamento dessa população. O que vemos são medidas paliativas de ‘limpeza’ da cidade, mascarada na capa da assistência social associada à ‘higienização’. Isso não é novo e está sendo reeditado deforma brutalizante. **Nós, assistentes sociais, não podemos concordar ou participar disso, nem na ‘retaguarda’** (grifos nossos). (CRESS/RJ, 2011, p. 3)

3.2.3 Da incompetência da Secretaria Municipal de Assistência Social do Estado do Rio de Janeiro – SMAS/RJ

O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, com fulcro no artigo 101, inciso VII c/c o artigo 136, autoriza o Conselho Tutelar à aplicação da medida protetiva de acolhimento institucional para crianças e adolescentes que estejam sofrendo alguma ameaça ou violação por ação ou omissão da sociedade ou do Estado. Tendo em vista que é dever do Estado à elaboração e implementação de políticas públicas, inequívoca é a responsabilidade estatal no atual estágio de degradação humana a que estão submetidos os dependentes químicos das “Cracolândias”, uma vez que o Poder Público tem reiterado seu comportamento omissivo no desempenho de suas atribuições.

Para o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA (2011), o protocolo implementado pela SMAS/RJ com o fundamento de assegurar assistência a crianças e adolescentes drogaditos em situação de rua, não é compatível com essa medida de proteção prevista no ECA. Segundo esse Conselho, o acolhimento institucional, por não se tratar de medida de privação de liberdade, pressupõe a **adesão voluntária** dos adolescentes ou jovens em participar do processo terapêutico. Além do mais, a medida de acolhimento possui caráter excepcional e provisório, uma vez que o objetivo primordial da legislação de proteção da criança e do adolescente é promover a reintegração familiar e social do indivíduo.

Considerando que a abordagem carioca ignora qualquer manifestação de vontade desses jovens e promove o abrigo como forma primária de assistência, afirma-se imprópria a vinculação dessa atuação à medida de acolhimento institucional, sob pena de se deturpar a natureza desse instituto de proteção. Assim, privilegia-se a denominação de medida de recolhimento para o protocolo adotado pela SMAS/RJ (CONANDA, 2011).

A abordagem de dependentes químicos adultos, apesar de não estar prevista na Resolução nº 20/2011 SMAS/RJ, também tem sido efetivada pelas equipes cariocas. Segundo Sanches e Paggi (2011), apenas no interregno de maio a agosto de 2011, a Secretaria Municipal de Assistência Social do Estado do Rio de Janeiro recolheu o número expressivo de 1.319 pessoas, sendo 1.065 adultos e 254 crianças, adolescentes e jovens.

Uma vez que esses indivíduos adultos não são tutelados pelo ECA, o fundamento de seu recolhimento pela SMAS/RJ sustenta-se na internação psiquiátrica compulsória prevista no artigo 6º, parágrafo único, III, da Lei nº 10.216/01. Conforme salientado anteriormente nesse trabalho, essa modalidade de internação psiquiátrica é determinada pela justiça. Corroborando esse entendimento, o mesmo diploma legal dispõe, em seu artigo 9º: “A internação compulsória é determinada, **de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente**, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.” (grifos nossos)

Apesar dos diplomas legais supramencionados atribuírem, **exclusivamente**, ao Poder Judiciário e aos Conselhos Tutelares a determinação dessas medidas de exceção, a Resolução nº 20/2011 SMAS/RJ, no seu artigo 5º, § 3º, estabelece conteúdo divergente: “A **unidade de acolhimento deverá comunicar** ao Conselho Tutelar e à Vara da Infância, Juventude e Idoso, todos os casos de crianças e adolescentes acolhidos.” (grifos nossos)

Esse dispositivo evidencia o procedimento adotado pela SMAS/RJ: primeiro é realizado o recolhimento compulsório e depois ocorre a comunicação dos órgãos competentes. Não há nessa situação uma inversão de papéis? Não tem a SMAS/RJ usurpado atribuição que não lhe pertence, violando as legislações vigentes?

Além do mais, a atuação da SMAS/RJ obsta que a realização da medida de recolhimento seja feita de forma individualizada: não leva em consideração as condições do estabelecimento e não permite análise da história de vida e do contexto social em que vive o drogadito. Em outras palavras, as crianças, os adolescentes e os jovens dependentes químicos das Cracolândias são considerados um grande grupo, sem que sejam respeitadas as peculiaridades e necessidades individuais de cada um.

3.2.4 Da fase de abordagem pela equipe de recolhimento

Um dos aspectos mais polêmicos da Resolução nº 20/2011 SMAS/RJ refere-se ao **procedimento de abordagem** utilizado pela Secretaria Municipal de Assistência Social do Estado do Rio de Janeiro para efetivar o recolhimento de crianças e adolescentes dependentes em crack e que se encontram em situação de rua. Além das incongruências supramencionadas acerca da composição das

equipes da referida Secretaria, Sanches e Paggi (2011, p. 1), em artigo publicado na Revista *Época*, afirmam que a medida de recolhimento apenas é possível com reforço policial e com utilização de violência para conter as reações dos dependentes químicos. Neste sentido, escrevem:

“A ação da Secretaria de Assistência Social carioca é estridente. Desde maio, três vezes por semana, os agentes sobem os morros da cidade que continuam sob domínio do crime organizado **para levar, na marra, os dependentes de crack** que povoam as cracolândias da cidade. [...] O trabalho só é possível porque é apoiado por **policiais civis e militares, empunhando armas de grosso calibre**. [...] Abordados pelos agentes, os usuários costumam reagir de modo arreadio. A resposta vem na mesma proporção. **O porte físico e avantajado e a experiência como segurança de boate, constantes entre os agentes da secretaria, possibilitam que eles terminem por dominar os dependentes, embora com dificuldades**” (SANCHES; PAGGI, 2011, p. 1, grifos nossos).

Rodrigo Bethlem (apud Silva, 2011, p.127) rebate essa afirmação e aduz que a presença da Polícia e da Guarda Municipal nas ações de abordagem das crianças, adolescentes e jovens nas Cracolândias visa apenas a garantir a segurança da equipe de assistência social, tendo em vista os elevados índices de violência nesses locais. Assevera que: “[...] em nenhum momento os agentes da Polícia Militar e da Guarda Municipal atuam de forma ativa na abordagem, sendo necessários apenas para dar autoconfiança aos agentes que trabalham para a Secretaria de Assistência Social.”

De qualquer forma, a participação da Polícia Militar e da Guarda Municipal na ação de recolhimento de crianças e adolescentes, por si só, tem o condão de interferir na esfera de autodeterminação de um indivíduo, especialmente daqueles em condição de abandono e em situação de rua. A simples presença desses agentes na operação da prefeitura representa aos drogaditos comportamento de coação, não sendo necessário a explícita utilização de violência física ou o uso de “armas de grosso calibre” para sua configuração. Basta que o indivíduo seja cerceado, mesmo que psicologicamente, nos seus direitos de livre manifestação e locomoção.

Notório que a medida de recolhimento preconizada pela Secretaria Municipal de Assistência Social do Estado do Rio de Janeiro revela mais semelhanças com **estratégias de segurança pública** do que com ações referentes à política de saúde pública ou de assistência social, nitidamente afastando-se do

pressuposto de tratamento em saúde para a efetivação do recolhimento compulsório (CRESS/RJ, 2011).

Assim, a atuação da SMAS/RJ viola, já em sua fase inicial de abordagem, direitos que foram assegurados aos indivíduos acometidos por transtornos mentais por intermédio da Lei nº 10.216/2001, como por exemplo, a não serem discriminados, de serem tratados com humanidade e respeito e protegidos contra qualquer forma de abuso e exploração.

3.2.4.1 Da Análise da Capacidade de Discernimento dos Dependentes Químicos na Fase de Abordagem

a) A Vontade do Dependente Químico na Legislação Brasileira

Durante muitos anos, os dependentes químicos foram considerados seres humanos desprovidos de vontade, em virtude do comportamento de compulsão associado ao consumo de substâncias psicotrópicas. Essa concepção foi acolhida pela sociedade em geral, determinando reflexos em diversas áreas do conhecimento (GESSER; MENEZES, 2010).

Na medicina, por exemplo, o enfoque do tratamento para a dependência química era a doença e não o indivíduo em sua completude, em suas características peculiares. Como conseqüência, diversos abusos e violações à dignidade e à integridade física e psíquica desses indivíduos foram cometidos, sob o argumento de que tais procedimentos eram indispensáveis ao controle da dependência química (GESSER; MENEZES, 2010).

Já no campo do Direito, o Código Civil de 1916 permitia a inclusão dos dependentes químicos na locução “loucos de todos os gêneros”, sendo então considerados absolutamente incapazes e sem qualquer proteção a autonomia privada (GESSER; MENEZES, 2010).

O Código Civil de 2002 trouxe inovações na legislação pátria, na medida em que estabeleceu, nos seus artigos 3º e 4º as seguintes hipóteses de incapacidades:

Art. 3º **São absolutamente incapazes** de exercer pessoalmente os atos da vida civil:
I – **os menores de dezesseis anos;**

- II - os que, por enfermidade ou deficiência mental, **não tiverem o necessário discernimento** para a prática desses atos;
- III – os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade.

Art. 4^a **São incapazes, relativamente** a certos atos, ou à maneira de os exercer:

I – **os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos;**

II - os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o **discernimento reduzido;**

III – os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo;

IV – os pródigos (grifos nossos)

Esses dispositivos legais permitem identificar dois critérios de diferenciação das incapacidades: um critério objetivo, associado à idade e um critério subjetivo, vinculado à capacidade de discernimento dos indivíduos. A aferição do critério objetivo não gera maiores complicações: basta observar a idade do indivíduo para identificar se ele é capaz ou incapaz, nas formas absoluta ou relativa, de exercer, por si só, os atos da vida civil.

Já as hipóteses que mencionam a ideia de discernimento, introduzem um elemento de concreção, o que significa que essas condições de “discernimento necessário” e de “discernimento reduzido” deverão ser analisadas sob égide de um determinado contexto, não sendo suficiente um critério meramente biológico para sua aferição (MARTINS-COSTA, 2009). Neste sentido, Martins-Costa (2009, p. 338), assevera:

“[...] se é bem verdade que **nenhuma doença mental deve ser vista independentemente do seu contexto, no caso da deficiência no discernimento provocada pelo uso de drogas em pessoas desassistidas a conjuntura é ainda mais relevante.**” (grifos nossos)

A conjugação dos critérios subjetivo e objetivo das incapacidades é relevante para a análise do procedimento de recolhimento compulsório adotado pela SMAS/RJ, tendo em vista que essa medida atinge crianças, adolescentes e adultos jovens em situação de rua, condição de vulnerabilidade agravada pela dependência química, assunto abordado a seguir.

b) A Capacidade de Discernimento e sua Aferição

Mas o que é discernimento e como aferi-lo nos indivíduos dependentes químicos?

Para Martins-Costa (2009, p. 320) discernir “[...] significa, em suma, a possibilidade conferida – ou não – a cada pessoa para decidir com base em distinções, em avaliação de consequências, em ponderação de fatos, circunstâncias e valores”.

A noção de discernimento transcrita acima permite inferir que não se trata de uma categoria homogênea, sem nuances ou gradações. Pelo contrário, existe a possibilidade de que haja discernimento para certos atos e em certas situações, e que não haja para outros atos em situações distintas. Em consequência, surgem diversas mediações entre a capacidade e as incapacidades, especialmente evidentes quando se aborda assuntos da esfera existencial do indivíduo, notadamente no núcleo mais irreduzível da existência humana, ou seja, relacionadas a vida e a saúde humanas (MARTINS-COSTA, 2009).

Esta percepção de que a capacidade de discernimento varia de acordo com elementos funcionais, próprios do indivíduo e de elementos conjunturais contraria qualquer tendência à homogeneização dos dependentes de crack, que os rotula como um grande grupo desprovido de peculiaridades (MARTINS-COSTA, 2009).

Corroborando esse entendimento, o psiquiatra Elisaldo Carlini, da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) assevera que, apesar dos usuários de crack apresentarem, com maior frequência, comportamento de compulsão em relação à droga, reconhece a existência de adictos em distintos graus de vulnerabilidade e funcionalidade, e, por conseguinte com capacidades de discernimento diferenciadas (SANCHES; PAGGI, 2011).

Diante desta variabilidade, Martins-Costa (2009, p. 326) afirma:

“Assim, para averiguar e mensurar se alguém não tem discernimento, ou a medida da redução no discernimento, deve o intérprete operar um **raciocínio atento às singularidades da pessoa (“raciocínio por concreção”)** diverso do que desenvolve quando a incapacidade é determinada em vista de uma categoria genérica, como a idade, por exemplo. Não é a pessoa como abstrato sujeito, mas é a pessoa de carne e osso, em sua concretude e em suas circunstâncias, que deverá estar no centro do raciocínio.” (grifos nossos)

A análise sistemática desse critério subjetivo com o critério objetivo da idade, em síntese, permite identificar as seguintes situações de capacidade/incapacidade de agir:

1) Crianças e adolescentes até 18 anos incompletos, dependentes químicos ou não: são, por si sós, incapazes de válida e eficazmente manifestar sua vontade, devendo ser representados ou assistidos por seus representantes legais para o exercício dos atos da vida civil. Assim, em regra, verifica-se a prevalência da vontade dos representantes legais em relação à vontade desses jovens, sob o fundamento de que a imaturidade da pouca idade enseja comportamentos impulsivos e inseqüentes. Logo, devem ser “protegidos” por intermédio de uma capacidade de agir limitada.

2) Indivíduos com mais de 18 anos: a esses indivíduos, a lei confere a capacidade de praticar, pessoalmente, todos os atos da vida civil. Isto significa que a liberdade de escolha desses indivíduos deve predominar, a não ser que reste configurado algum comprometimento da capacidade de discernimento.

3) Indivíduos com mais de 18 anos e adictos: o adicto desse grupo, quando possui preservada sua capacidade cognitiva, não perde sua autonomia privada, ou seja, é livre para adotar posicionamentos e atitudes conforme a sua convicção. Em outras palavras, possui plenas condições de recusar tratamentos ou internações em saúde. Apenas nas situações em que restar comprovada ausência ou condições mínimas de exercício da autodeterminação é que será necessário o suprimento dessa capacidade por terceiros (GESSER, MENEZES, 2010). Gesser e Menezes (2010, p. 545) salientam:

“Portanto, a dependência de substâncias é uma condição patológica que traz conseqüências negativas para a pessoa. Mas, nem por isso, justifica o **alijamento da sua autodeterminação, exceto se confirmado o comprometimento do seu juízo crítico** em tempo ulterior ao efeito imediato da droga. E mesmo nestas hipóteses, a solução não é simplista, muitíssimo pelo contrário.” (grifos nossos)

Tendo em vista as considerações realizadas acima, alguns questionamentos se fazem pertinentes. Apenas as pessoas com capacidade negocial são capazes de decidir utilizando-se de ponderações, de distinções e de avaliações de conseqüências, circunstâncias e valores? A liberdade de optar, por exemplo, no caso das internações psiquiátricas, é direito exclusivo das pessoas com capacidade de exercício para os atos da vida civil? Estão os incapazes, como crianças,

adolescentes e jovens adictos em crack, excluídos de participar, de plano, de qualquer processo decisório, especialmente nos assuntos relacionados intimamente a sua esfera pessoal? (MARTINS-COSTA, 2009).

c) Do Suprimento da Capacidade de Consentir por Terceiros

A vinculação da capacidade de autodeterminação dos indivíduos à capacidade negocial, de exercer, pessoalmente, os atos da vida civil impõe algumas considerações. Como a capacidade de discernimento associa-se a aspectos individuais e sociais do indivíduo, pode-se afirmar que as experiências adquiridas ao longo da vida constituem elementos determinantes para sua análise. Isso significa que, um adolescente de 17 anos, por exemplo, apesar de ser enquadrado pela lei como incapaz, pode apresentar uma vivência tão rica que o permita tomar decisões com a devida ponderação de valores, conseqüências, circunstâncias e fatos. Nessa situação, deve-se ignorar sua capacidade de participar das decisões atinentes a sua própria vida? De outro modo, não existem situações em que a imaturidade de um indivíduo com idade superior a 18 anos é tão acentuada que comprometa sua compreensão de fatos e conseqüências e prejudique sua autodeterminação conforme esse entendimento?

Nesta perspectiva, nos valemos uma vez mais das lições de Martins-Costa (2009, p.324), que propõe a criação de uma terceira espécie do gênero capacidade intitulada **capacidade para consentir**, que representa: “uma categoria de capacidade especialmente adaptada à gestão daqueles bens de personalidade que, atingindo o âmago da existência humana, são facilmente suscetíveis de violação.” Tendo em vista que a capacidade para consentir interfere diretamente nos atos concernentes à esfera individual, seu suprimento por terceiros impõe cuidados diferenciados em relação ao suprimento da capacidade de agir (MARTINS-COSTA, 2009).

O suprimento da capacidade negocial por terceiros, segundo o Código Civil de 2002, ocorre pela assistência ou pela representação dos incapazes por seus representantes legais, geralmente os pais. Na ausência destes ou em circunstâncias de destituição do pátrio poder, haverá a nomeação de curadores ou tutores que zelarão pelos interesses do incapaz (Lei nº 10.406/2002)

Já o suprimento da capacidade de consentir por terceiro consiste em processo bastante complexo. Exige uma reflexão ética cuidadosa e equilibrada acerca dos reais interesses do terceiro em suprir a capacidade do adicto. Esta aferição faz-se necessária tendo em vista que, nem sempre, os interesses dos terceiros coincidem com os interesses de proteção e bem estar do paciente incapaz (MARTINS-COSTA, 2009).

Em adição, indispensável é a análise de fatos concretos como o contexto social em que vive o drogadito e a ponderação de diretrizes ético-jurídicas, quais sejam: princípio da autodeterminação do sujeito no maior âmbito possível e o princípio da beneficência (MARTINS-COSTA, 2009).

O princípio da autodeterminação no maior âmbito possível baliza-se pelo aproveitamento, ao máximo, da capacidade do indivíduo em participar do processo decisório, muitas vezes, sendo necessário a assistência de um “corpo de especialistas” imparcial para auxiliar nesta escolha. Apenas nos casos de ausência ou de mínima capacidade de autodeterminação é que a esfera da heterodeterminação assume maior destaque no processo de escolha, mas sempre se levando em consideração o princípio da beneficência, que assegura que qualquer medida interventiva deve priorizar o proveito do incapaz de consentir ou para tutelar bens jurídicos de alta relevância (MARTINS-COSTA 2009).

Contudo, conforme salientado anteriormente, aferir a capacidade de discernimento do jovem drogadito é tarefa complexa. Em alguns casos, é tênue a distinção entre a dita “normalidade” e o comprometimento da capacidade de discernimento. Sendo assim, essa avaliação requer atuação de equipe multidisciplinar, tanto dos serviços de saúde mental, como do Poder Judiciário, capaz de identificar os traços individuais de cada drogadito e os aspectos relevantes de seu contexto social, para só então, estabelecer o grau de comprometimento da capacidade cognitiva do indivíduo e a necessidade ou não do suprimento de sua capacidade de autodeterminação por terceiros (MARTINS-COSTA, 2009).

d) Comprometimento da Capacidade de Discernimento do Dependente Químico como Elemento Autorizador da Intervenção Estatal

Para a corrente que defende o protocolo implementado pela SMAS/RJ, a autorização para a intervenção estatal no problema da drogadição fundamenta-se

numa presunção de que TODO dependente químico possui capacidade de discernimento comprometida, e desta forma, não tem condições de decidir acerca da necessidade ou não de sua internação psiquiátrica.

A Ministra Maria do Rosário, da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República reconhece as limitações do referido protocolo, mas defende a medida da prefeitura carioca por considerar que a dependência em crack, por si só, já é uma espécie de prisão, uma vez que o drogadito apresenta sua liberdade de autodeterminação comprometida pela submissão aos intensos efeitos da substância psicotrópica (AZEVEDO; AQUINO, 2011)

Corroborando esse entendimento, Rodrigo Bethlem, (apud Silva, 2011) afirma que não consegue conceber a ideia de que viver em condições degradantes seja uma escolha consciente do indivíduo. Para ele, qualquer indivíduo que goze de condições mínimas de discernimento e vontade própria não opta por vivenciar a realidade a que os drogaditos estão expostos.

Diante dessa suposta epidemia de crack, a SMAS/RJ adota postura intervencionista no enfrentamento da drogadição, invadindo a esfera individual dos drogaditos, na medida em que restringe direitos fundamentais desses indivíduos, como a liberdade de ir e vir e a liberdade de autodeterminação, em benefício de interesses sociais, como paz e ordem social e segurança pública.

Portanto, apesar do discurso da SMAS/RJ sustentar que a medida de recolhimento / internação compulsória visa à proteção do drogadito, propiciando-lhe tratamento em saúde e contribuindo para o resgate de sua cidadania, não se pode desconsiderar que a proteção do interesse coletivo assume posição de destaque nesta estratégia de intervenção do Estado.

Cumprе ressaltar que a defesa de interesses coletivos nem sempre exige a exclusão de interesses individuais e vice-versa. Contudo, diante de um caso concreto, é possível que os interesses coletivo e individual importem em objetivos antagônicos, gerando conflitos de interesses. Nesses casos, impõe-se ao Poder Judiciário a atribuição de julgar qual interesse deve prevalecer, tarefa nem sempre fácil.

Em 1994, a Corte Constitucional Colombiana, enfrentou discussão semelhante quando foi provocada a se manifestar acerca da constitucionalidade ou da inconstitucionalidade da norma que previa a proibição do consumo pessoal de substâncias entorpecentes. Configurou-se situação de conflito de interesses: de um

lado, o interesse da coletividade de penalizar o consumo pessoal de entorpecentes e, de outro lado, o interesse individual do dependente químico de ser respeitado em suas decisões (RODRÍGUEZ, 1997).

Rodríguez (1997) analisou esse emblemático caso da Corte Constitucional Colombiana sob a perspectiva das teorias positivista de Hart e pós-positivista de Dworkin para a solução de casos difíceis (*hard cases*), sendo assim considerados aqueles que geram incerteza no julgamento pela: existência de normas contraditórias, ausência de normas aplicáveis ao caso concreto, textura aberta das normas (presença de expressões lingüísticas ambíguas ou vagas) e normas que determinam sentenças judiciais distintas (RODRIGUEZ, 1997; SAMPAIO, 2010).

O posicionamento da referida Corte mostrou-se idêntico na concepção das duas teorias: decisão pela inconstitucionalidade da norma que proibia o consumo pessoal de drogas. Contudo, verificou-se divergência entre os argumentos utilizados para a fundamentação de cada uma dessas decisões (RODRIGUEZ, 1997).

Segundo a teoria de Hart, as normas positivas não fornecem o arcabouço teórico-jurídico necessário à solução dos casos difíceis. Nessas situações, o julgamento do caso concreto é realizado segundo critérios subjetivos do magistrado, ou seja, sua decisão é orientada por suas convicções pessoais (discricionariedade do juiz). Assim, de acordo com a concepção dessa teoria, a manifestação do magistrado pela inconstitucionalidade da norma de proibição do consumo de substâncias psicotrópicas reflete seu posicionamento individual acerca da discussão (RODRIGUEZ, 1997).

Para Dworkin, essa teoria da discricionariedade judicial para a solução dos casos difíceis confere ao magistrado o poder de “criar” o direito, o que constitui afronta ao processo democrático de escolha dos representantes do povo para a elaboração das normas, bem como fere a separação das funções do Estado (Judiciário atua como Legislativo). Também sustenta que o magistrado, diante de contradições ou lacunas normativas, não dispõe de discricionariedade para julgar, uma vez que suas decisões devem ser orientadas pelos princípios que fundamentam o Estado Constitucional (RODRIGUEZ, 1997). SAMPAIO, 2010, p.3 ao comentar e traduzir texto sobre Dworkin, assevera:

“ Enquanto as normas se aplicam ou não se aplicam, os **princípios dão razão para decidir em um sentido determinado**, mas, diferindo das normas, seu enunciado não determina as condições de sua aplicação. O

conteúdo material do princípio – seu peso específico – é o que determina quando deve ser aplicado sem uma situação determinada.” (grifos nossos)

A teoria da discricionariedade judicial permite que o magistrado “diga o direito” após o acontecimento de um fato, o que determina a aplicação retroativa da norma. Essa situação enseja enfraquecimento dos direitos individuais, uma vez que estes ficam vinculados à convicção pessoal dos magistrados. Para Dworkin, os direitos individuais só podem ser considerados efetivamente direitos, quando são capazes de triunfar perante o interesse estatal e das majorias (RODRIGUEZ, 1997; SAMPAIO, 2010; VITÓRIO, 2011))

Segundo Dworkin, o modelo ideal de comunidade é aquele pautado no respeito e na consideração recíprocos, estabelecendo-se uma espécie de “Compromisso Moral Coletivo”, reconhecido e defendido por todos. Em síntese, isso significa que os cidadãos são defensores não apenas de seus interesses pessoais, mas também defendem os interesses individuais dos demais cidadãos que compõem a comunidade. Esse comportamento de solidariedade favorece a inclusão social das minorias, na medida em que os objetivos coletivos apenas são considerados legítimos se respeitarem os direitos individuais (VITÓRIO, 2011, p.103). Para Dworkin (apud Vítório, 2011, p. 103) *“uma sociedade na qual a maioria despreza as necessidades e pretensões de alguma minoria, é ilegítima e injusta”* .

Portanto, segundo a teoria de Dworkin, outro não poderia ser o posicionamento adotado pela Corte Constitucional Colombiana no tocante à norma de proibição do consumo pessoal de entorpecentes: sua inconstitucionalidade, em virtude de violação de direitos fundamentais individuais (RODRIGUEZ, 1997).

A resolução n. 20/2011 da SMAS/RJ reflete uma decisão do Poder Executivo do Município do Rio de Janeiro em privilegiar o interesse coletivo em detrimento do interesse individual, denotando um conflito similar ao que exigiu o pronunciamento e a solução dada pela Corte Constitucional Colombiana, que, diversamente do Rio de Janeiro, pronunciou-se no sentido de garantir os direitos individuais e respeitar a autonomia da vontade dos cidadãos colombianos.

e) *Protocolo de Abordagem à Pessoa em Situação de Rua: medida higienista?*

Para Luis Fernando Vidal (apud AZEVEDO; AQUINO, 2011), integrante da Associação Juízes para a Democracia, a medida da SMAS/RJ não possui condições de identificar os indivíduos com perfil para internação.

Ora, diante de um procedimento de abordagem que não consegue aferir as peculiaridades individuais, e constituindo-se a contextualização requisito imprescindível à análise da capacidade de discernimento de cada indivíduo, como discutido acima, suspeita-se que o protocolo da Secretaria Municipal de Assistência Social do Estado do Rio de Janeiro possua natureza de medida de recolhimento em massa.

Essa hipótese aventada ganha força com a interpretação do artigo 5º, parágrafo 4º, da própria Resolução nº 20/2011 SMAS/RJ, que estabelece: “[...] a criança e o adolescente acolhidos no **período noturno, independentemente de estarem ou não sob influência do uso de drogas, também deverão ser mantidos abrigados/acolhidos de forma compulsória [...]**”(grifos nossos). Constata-se, nesse dispositivo, que a SMAS/RJ amplia seu âmbito de atuação ao autorizar o recolhimento de jovens, que **não** estão sob influência de substância entorpecente, pelo simples fato de se encontrarem nas ruas no período noturno. Considerando que o argumento do comprometimento da capacidade de discernimento não se aplica a esses indivíduos, uma vez que não estão submetidos aos efeitos das drogas, questiona-se qual é a justificativa da restrição de liberdade desses jovens. Há mesmo uma preocupação em assegurar-lhes a integridade física ou existem objetivos ocultos nessa medida de recolhimento?

Para Luis Fernando Vidal (apud AZEVEDO; AQUINO, 2011) a medida de recolhimento adotada pela prefeitura municipal do Estado do Rio de Janeiro representa política higienista, com intuito de afastar do meio social aqueles indivíduos que chocam pelas condições degradantes em que “sobrevivem”.

Em consonância com esse entendimento, Marisa Feffermann (2011), doutora em psicologia e pesquisadora do Instituto de Saúde, argumenta que medidas de caráter higienista, além de afrontarem princípios e garantias constitucionais e legais, tais como o direito de ir e vir e o direito a autonomia privada, são revestidas por atitude de cunho discriminatório, uma vez que tendem a segregar indivíduos que não se encaixam no modelo comportamental preconizado pela sociedade. Ainda,

assevera que medidas higienistas são reflexo da maneira como a questão das drogas tem sido encarada, considerando o usuário como criminoso, merecedor de punições, sem contudo, enfrentar os verdadeiros responsáveis pela manutenção e expansão do tráfico de drogas e armas. Para ela “demoniza-se o dependente para não se enfrentar o verdadeiro problema.” (FEFFERMANN, 2011, p.35).

Em relação a essa discussão do caráter higienista ou não da medida carioca, Silva (2011) contesta a afirmação dada pelo secretário Rodrigo Bethlem de que a medida não representa “faxina social”. Para referida autora, não se sustenta o argumento de que o recolhimento tem acontecido no entorno das comunidades e locais de classes pobres e excluídas, uma vez que as redes de comunicação ilustram, diariamente, abordagens aos jovens que perambulam na zona sul, ou seja, na área nobre da cidade.

3.2.5 Da fase pós-abordagem da medida de recolhimento

A polêmica em torno da Resolução nº 20/2011 SMAS/RJ não se restringe ao aspecto do procedimento de abordagem feito pelas equipes do governo. As medidas pós-recolhimento também suscitam várias discussões. Nesse sentido, transcreve-se o artigo 5º, inciso XV, da referida Resolução, que estabelece procedimento a ser adotado pelo Serviço Especializado em Abordagem Social:

“Art. 5º - São considerados procedimentos do Serviço Especializado em Abordagem Social, devendo ser realizados pelas equipes dos CREAS/Equipe Técnica/Equipe de Educadores:

XV – **acompanhar todos os adolescentes abordados à Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente - DPCA, para verificação de existência de mandado de busca e apreensão** e após acompanhá-los à Central de Recepção para acolhimento emergencial.” (grifos nossos)

Conforme se depreende do dispositivo colacionado acima, o procedimento padrão da SMAS/RJ, no que tange a fase posterior da abordagem de crianças e adolescentes, é o encaminhamento de TODOS eles para a Delegacia de Polícia, para identificação e verificação da ficha criminal. Apesar da afronta a preceitos constitucionais não integrar o objeto de estudo do presente trabalho, impossível não mencionar a manifesta violação ao princípio da Carta Magna, que prevê que nenhuma pessoa será privada de sua liberdade, senão por flagrante delito ou ordem

judicial escrita e fundamentada e ao princípio da presunção de inocência, haja vista que os adolescentes são taxados como eventuais infratores apenas pelo fato de se encontrarem em situação de rua (CONANDA, 2011).

Rodrigo Bethlem (apud Silva, 2011) justifica esse procedimento de aferição dos adolescentes como forma de assegurar a segurança aos albergados, sob a alegação de que muitos marginais se escondem entre os indivíduos que necessitam de atendimento social. Esse procedimento de identificação resulta em dois destinos distintos, de acordo com a existência ou não de mandado de busca e apreensão. Enquanto os adolescentes que não possuem mandado de busca expedido são encaminhados para Casas de tratamento, os indivíduos com mandado de busca e apreensão são encaminhados ao Instituto de Menores, sem que seja concedido o benefício do tratamento.

Portanto, em afronta ao artigo 1º, da Lei nº 10.216/01, que veda qualquer forma de discriminação aos indivíduos acometidos por transtornos mentais, a Resolução da Prefeitura do Estado do Rio de Janeiro, de modo explícito, impõe critérios de diferenciação entre os adolescentes, tendo por base a expedição ou não de mandado de busca e apreensão. Diante dessa situação, indaga-se: os adolescentes em conflito com a lei não são merecedores de receber o suposto tratamento de saúde para dependência química? Estão eles condenados pelo Estado a permanecerem sem auxílio e doentes por toda sua existência? O tratamento em saúde mental não deve ser disponibilizado a todos aqueles que dele necessitam, sem discriminações de qualquer gênero? Nesse sentido, Silva (2011, p. 128) afirma:

“[...] ao tentar proteger e tratar, especificamente, as crianças e adolescentes dependentes de crack, vem o mesmo impondo critérios de diferenciação entre as mesmas, para serem levadas aos abrigos, não respeitando desta forma os princípios da integralização no atendimento, priorização das políticas públicas, prevalência dos interesses dos menores, tornando o ato, por mais idealizador que seja, totalmente contrário a legalidade que preleciona o Estatuto da Criança e do Adolescente e a Constituição Federal, acabando por torná-lo inconstitucional.”

Apesar dos destinos dos jovens, em tese, serem distintos, a realidade demonstra que todos eles, com ou sem mandado de busca e apreensão, são penalizados com o procedimento de recolhimento/internação adotado pela

SMAS/RJ, uma vez que são privados do adequado tratamento em saúde mental. Considerando os termos do artigo 3º, da Lei nº 10.216/01, verifica-se que a assistência e a promoção de ações de saúde aos indivíduos acometidos por transtornos mentais devem ser prestadas em estabelecimentos específicos de saúde mental, com a devida participação da sociedade e da família.

Nesse sentido, constata-se que as entidades que recolhem esses jovens, mesmo sob a denominação de “casas de tratamento”, não compõem a rede de saúde mental, o que acarreta vários desdobramentos negativos ao processo de recuperação desses indivíduos. Inicialmente, salienta-se que esta situação demonstra o quão forte ainda é o estigma que associa a dependência química à criminalidade. Assim, apesar da modificação introduzida pela reforma psiquiátrica no que concerne à concepção dos indivíduos acometidos por transtornos mentais, que passaram a ser considerados sujeitos de direitos com necessidade de tratamento em saúde, expressiva parcela da população permanece arraigada a pensamentos preconceituosos e de cunho segregatório, que vinculam esses indivíduos a marginais.

Além do mais, o não atendimento dos drogaditos em unidades da rede de saúde mental enseja restrição ao direito de assistência integral em saúde, na medida em que essas entidades não disponibilizam acompanhamento por profissionais da área, como médicos, enfermeiros e psicólogos, cuja atuação é imprescindível no manejo de pacientes dependentes químicos, especialmente, aqueles com histórico de abandono familiar e social. A ausência desses profissionais impossibilita a elaboração de planos de tratamento individualizados, em respeito às peculiaridades inerentes a cada indivíduo, tornando mais difícil o êxito do tratamento para dependência química.

Portanto, a restrição de acesso desses indivíduos à rede de saúde mental, além de contrariar a dinâmica de funcionamento do Sistema Único de Saúde, que se sustenta no acesso universal e igualitário à assistência em saúde, determina violações aos direitos das pessoas acometidas por transtornos mentais expressos na Lei nº 10.216/01, entre eles de: “[...] ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde”, “ ter direito à presença médica, em qualquer tempo”, “ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis.”

No que tange ao envolvimento da família e da sociedade no processo de recuperação e reinserção social dos drogaditos recolhidos pela SMAS/RJ, constata-

se participação mínima e, até mesmo, inexistente, tendo em vista o procedimento de isolamento imposto a essas crianças, adolescentes e jovens. Esse procedimento, além de rememorar o funcionamento dos antigos hospitais psiquiátricos de caráter total, que pregavam a segregação como método de tratamento, desconsidera os avanços conquistados, ao longo dos últimos anos, pela luta antimanicomial, que reconheceu a ineficácia do processo de institucionalização para o tratamento de indivíduos com distúrbios mentais.

Assim, em mais um aspecto, a medida de recolhimento e internação compulsória de crianças, adolescentes e jovens adotada pela SMAS/RJ mostra-se incompatível com a Lei nº 10.216/01. O artigo 1º, inciso XI, da referida lei, preconiza que a assistência aos indivíduos acometidos por transtornos mentais deve ser realizada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental, ou seja, unidades abertas que possibilitem o contato do indivíduo com o meio exterior. Portanto, esse dispositivo revela a importância de não se dissociar o tratamento em saúde mental do contato com a família e a comunidade. Visando essa conjugação de esforços entre Estado e sociedade, a estrutura de atendimento em saúde mental foi construída sob a forma de rede, composta por unidades de saúde hierarquizadas e distribuídas geograficamente no território brasileiro, com o intuito de favorecer tanto o acesso ao tratamento em saúde como aproximar a sociedade do paciente psiquiátrico, como exposto nos dois primeiros capítulos dessa monografia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Considerando que as entidades de recolhimento e internação de jovens são desvinculadas da rede de saúde mental, indaga-se qual é a estrutura e o que oferecem essas instituições aos indivíduos que ali se encontram. Nesse momento, pertinente é a referência ao artigo 5º, inciso XI, da Resolução nº 20/2011 SMAS/RJ, que evidencia aspectos relevantes acerca das condições das unidades de recolhimento. Transcreve-se o referido artigo:

Art. 5º - São considerados procedimentos do Serviço Especializado em Abordagem Social, devendo ser realizados pelas equipes dos CREAS/Equipe Técnica/Equipe de Educadores:

XI – realizar o acompanhamento de forma prioritária, dos casos de crianças e adolescentes atendidos até o encaminhamento para a unidade de acolhimento, que passará esta unidade, a ser a responsável pela proteção,

guarda e cuidado, protegendo- os e **impedindo-os da evasão**; (grifos nossos)

Esse dispositivo, em sua parte final, elenca como atribuição da entidade de recolhimento/internação, adotar medidas que impeçam a evasão dos seus abrigados. Em outras palavras, o próprio Estado autoriza a utilização de medidas que restrinjam a liberdade desses indivíduos de abandonar o local. Apesar da infinidade de medidas que podem ser adotadas para se evitar a evasão de um indivíduo de um determinado local, entende-se que a construção de muros, a instalação de grades e a contratação de seguranças representam mecanismos bastante comuns para se atingir esse objetivo.

A situação descrita sugestiona as condições a que esses jovens estão submetidos: recolhidos contra sua vontade, sem contato com o mundo exterior, sem receber o necessário tratamento em saúde, sem possibilidade de deixar a instituição e ainda, possivelmente, mantidos em condições precárias de infra-estrutura, cercados por muros e grades por todos os lados. Essa realidade não é muito próxima daquela vivenciada pelos indivíduos condenados por penas privativas de liberdade? Qual é a diferença entre a medida de recolhimento e a prisão em unidade carcerária? Certamente, o que distingue esses institutos é que os condenados à prisão cumprem sanção imposta pelo Estado pela prática de infração penal, enquanto os jovens recolhidos são penalizados, simplesmente, por terem ingressado no mundo das drogas.

O descompasso entre o protocolo adotado pela SMAS/RJ e a legislação da saúde mental também é evidenciado quando se analisa o artigo 4º, § 3º, da referida lei, que veda a internação de pacientes com transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas que desrespeitem os direitos assegurados na Lei nº 10.216/01 e que não disponham de estrutura adequada ao cuidado integral do indivíduo, com a disponibilização de serviços médicos, psicológicos, de terapeutas ocupacionais e de assistência social, entre outros. Assim, diante das ponderações expostas acerca do procedimento de abordagem e posterior abrigamento de jovens dependentes químicos pela SMAS/RJ, inequívoco que as unidades de recolhimento/internação podem ser consideradas instituições de características asilares.

3.3 Da excepcionalidade da internação compulsória

O artigo 4º, da Lei nº 10.216/01 dispõe: “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.”

Em contraposição a essa previsão legal, a Resolução nº 20/2011 SMAS/RJ banaliza duplamente o recurso terapêutico da internação. Primeiramente, por fixar, em flagrante violação ao preconizado pelas políticas públicas em saúde mental, a internação como a primeira e única modalidade de tratamento terapêutico a ser ofertada às crianças, adolescentes e jovens em situação de rua, na cidade do Rio de Janeiro. Em segundo lugar, porque estabelece o monopólio da internação compulsória, dentre as espécies de internação, como modalidade de assistência aos dependentes químicos em situação de rua.

Assim, a prefeitura carioca, ao invés de lançar mão de outros recursos em saúde mental menos invasivos à esfera individual do dependente químico, transformou a internação compulsória em equipamento primário de atenção em saúde mental.

Para Figueira (2010), a ausência de critérios objetivos para a definição das circunstâncias que caracterizam insuficiência de recursos extra-hospitalares enseja o uso arbitrário dessa modalidade de internação psiquiátrica, tendo em vista os inúmeros pretextos que podem ser aduzidos para justificar essa medida de internação.

Apesar das reconhecidas deficiências do sistema público de saúde em prestar assistência integral à população, inequívoco que o protocolo de recolhimento de drogaditos em situação de rua adotado pela SMAS/RJ não incentiva o atendimento desses indivíduos em unidades de saúde de caráter comunitário.

Além do mais, verifica-se o comprometimento da sistemática de funcionamento da rede de atenção à saúde mental, pois como já mencionado, essa rede é composta por unidades de saúde hierarquizadas, com atribuições complementares e habilitadas ao tratamento da dependência química em níveis variados de complexidade. Esse recolhimento aleatório de jovens drogaditos, sem avaliações individualizadas no que concerne ao estágio de dependência química e ao grau de comprometimento físico e psíquico, impõe o internamento de muitas

crianças e muitos adolescentes e jovens, sem que haja indicação para tal medida, o que aumenta a demanda por leitos de internação. Como conseqüência, ocorre a sobrecarga das unidades de saúde estruturadas para realizar tal acolhimento, com prejuízo ao atendimento de pacientes psiquiátricos graves que, efetivamente, exigem cuidados especializados.

3.4 Recursos extra-hospitalares alternativos à internação compulsória

Conforme salientado no Capítulo II desse trabalho, a construção da rede de atenção em saúde mental foi orientada por princípios do Sistema Único de Saúde e por diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Portanto, a atual configuração da rede de saúde mental reflete uma concepção humanizada e integral de assistência aos indivíduos acometidos por transtornos mentais, afastando-se do ultrapassado modelo terapêutico pautado na segregação e na institucionalização do tratamento para dependência química (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Assim, a rede de saúde mental privilegia o tratamento de característica extramuros ou aberto, que permite a preservação dos laços sociais do dependente químico com meio exterior. Esse novo modelo de assistência em saúde não se limita a oferecer tratamento integral em saúde, mas ao considerar o indivíduo em sua plenitude, visa contribuir no processo de reinserção social dos dependentes químicos.

No referido Capítulo, descreve-se os vários dispositivos de assistência extra-hospitalar para dependência química oferecidos pela rede de saúde mental. O presente tópico, sob pena de repetir assunto anteriormente exposto, visa apenas a corroborar a relevância das unidades de atendimento extra-hospitalar no tratamento da drogadição. Portanto, sem desconsiderar estruturas fundamentais da rede em saúde mental, como os CAPS, preferiu-se ressaltar mais alguns aspectos referentes à atuação dos **Consultórios de Rua**, tendo em vista algumas peculiaridades em seu procedimento de abordagem dos adictos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A estratégia de atuação dos Consultórios de Rua fundamenta-se nos baixos índices de acesso dos indivíduos dependentes químicos à rede de saúde mental. Medo de rejeição, estigmatização e inadequação do acolhimento realizado pelos profissionais de saúde são alguns motivos que explicam a resistência dos drogaditos

em solicitar ajuda para o tratamento da dependência química (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Diante dessa realidade, os Consultórios de Rua visam a construção de vínculo de confiança entre os adictos e as equipes componentes do projeto, por intermédio de atendimentos realizados no **próprio espaço da rua, por equipe itinerante e multidisciplinar**, priorizando o respeito ao contexto sócio-cultural desses indivíduos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Esse fortalecimento de vínculos favorece o mapeamento dos problemas e limitações daquele grupo específico da comunidade, o que auxilia na identificação da estratégia mais adequada à abordagem desses indivíduos. Portanto, conforme já salientado, são os Consultórios de Rua que se aproximam dos dependentes químicos em situação de rua, afastando a concepção tradicional de passividade das unidades de assistência em saúde que aguardam a procura espontânea por tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Além do mais, os Consultórios de Rua não impõem a abstinência como única meta a ser atingida com o tratamento da drogadição. Privilegiam a **política de redução de danos** que consiste em minimizar os efeitos nocivos da dependência química com a adoção de técnicas alternativas de tratamento, capazes de assegurar melhores condições de vida ao paciente sem, contudo, interferir na esfera de autonomia privada do indivíduo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Essa flexibilidade de tratamento incentiva a **adesão voluntária** dos drogaditos ao processo terapêutico, o que constitui elemento fundamental ao êxito do tratamento da dependência química, haja vista que as taxas de recidiva ao consumo de drogas após internação compulsória é próxima de 95% (SILVEIRA, 2011).

Considerando os aspectos apontados acerca do funcionamento dos Consultórios de Rua, indaga-se por que a SMAS/RJ privilegia as internações compulsórias em detrimento da utilização desse dispositivo específico, ou de outros recursos extra-hospitalares existentes na rede de saúde mental? A implementação de Consultórios de Rua não demanda menor aporte de recursos financeiros do Estado quando em comparação ao “mega” aparato que tem sido sustentado pela SMAS/RJ para a efetivação das internações compulsórias? Os recursos extra-hospitalares não tem se mostrado mais eficientes na reabilitação de dependentes químicos quando em comparação à internação coercitiva?

Portanto, acredita-se que o protocolo de recolhimento e/ou internação compulsória de crianças, adolescentes e jovens em situação de rua imposto pela SMAS/RJ, tem sido realizado de forma arbitrária, adicionando mais alguns obstáculos ao acesso em saúde por parte desse grupo de excluídos: receio de sofrerem violência física e psíquica, medo de serem cerceados em seu direito de liberdade de locomoção e de expressão, além de serem submetidos a tratamentos que ferem a individualidade e a dignidade da pessoa humana.

CONCLUSÃO

Apesar dos avanços conquistados com a Reforma Psiquiátrica no que se refere à humanização do tratamento em saúde de indivíduos acometidos por transtornos mentais, constata-se que muitos obstáculos ainda devem ser transpostos para a efetiva universalidade e atendimento integral em saúde mental desses indivíduos. Portanto, a Reforma Psiquiátrica não é um movimento findo, mas que está em processo de construção e consolidação de seus princípios.

Nessa perspectiva, entre os diversos desafios a serem enfrentados, impõe-se a ruptura da concepção histórico-cultural que vincula os indivíduos acometidos por transtornos mentais, especialmente os drogaditos, à periculosidade e à criminalidade. A redução do estigma constitui-se em tarefa árdua e de exercício contínuo, na medida em que pressupõe a desconstrução de modelos exclusão que imperaram durante muitos anos em todo o mundo, e cujos resquícios ainda estão enraizados em nossa sociedade. Enquanto isso, abusos e violações à integridade física e psicológica desses indivíduos continuam a ser perpetrados, sob os mais variados argumentos.

A situação adquire contornos mais críticos quando se observa que o próprio Poder Público, com a conivência e apoio de expressiva parcela da população, implementa políticas públicas de caráter segregatório, que ferem não apenas direitos fundamentais individuais, mas também princípios norteadores do próprio Estado Democrático de Direito, como a dignidade da pessoa humana. Nesse contexto, enquadra-se a Resolução nº 20/2011 da Secretaria Municipal de Assistência Social do Estado do Rio de Janeiro - SMAS/RJ, objeto de estudo do presente trabalho.

Conforme discutido no Capítulo III, vários são os aspectos da referida resolução que contrariam a Lei nº 10.216/2001, que disciplina o atual modelo de assistência em saúde mental. Dentre os aspectos mais relevantes dessa análise comparativa, cumpre destacar a eleição, pela SMASRJ, da medida de internação compulsória como equipamento primário de tratamento em saúde mental de crianças, adolescentes e adultos jovens dependentes químicos e em situação de rua.

Assim, a internação psiquiátrica deixou de ser considerada como medida excepcional de tratamento em saúde mental e adquiriu “status de regra”, sendo amplamente utilizada pela prefeitura carioca, sob o pressuposto de disponibilizar assistência em saúde para a recuperação dos indivíduos que vivem nas ruas. Portanto, a SMAS/RJ desconsidera o papel fundamental dos dispositivos de saúde, de característica extra-hospitalar, como os CAPS ad e os Consultórios de Rua, na prevenção e promoção de saúde mental, que poderiam absorver os casos de baixa e média complexidades, restringindo o uso das internações psiquiátricas apenas os casos mais severos ou com comorbidades. Mas mesmo nessas hipóteses, a internação deve ser o mais breve possível, havendo o posterior encaminhamento a outras unidades de saúde.

Além do mais, cumpre ressaltar que a adoção de medidas de isolamento como modelo de assistência terapêutica prejudica a concretização da reinserção social desses indivíduos, uma vez que afasta os internos do convívio com meio social e, dessa forma, viola diretriz fundamental da Lei nº 10.216/2001.

Ademais, observa-se que o procedimento de recolhimento e/ou internação psiquiátrica dos drogaditos é realizado de forma aleatória, sem qualquer critério de avaliação e de distinção entre eles, o que enseja a internação de jovens com diferentes estágios de dependência química e graus variados de comprometimento psicológico e físico. Assim, verifica-se a internação psiquiátrica compulsória de indivíduos que não necessitam de tal medida extremada para o êxito do tratamento de drogadição. Inclusive, salienta-se que a indicação irresponsável dessa modalidade de internação psiquiátrica pode gerar prejuízos mais severos ao indivíduo do que o próprio consumo de drogas.

Portanto, a SMAS/RJ implementou política de recolhimento em massa, tendo em vista que os drogaditos são considerados como um grupo homogêneo, sem peculiaridades e desprovidos de autonomia privada. Entretanto, conforme discutido anteriormente, a capacidade de discernimento apresenta gradações, variando de acordo com características intrínsecas do indivíduo e do meio social em que está inserido.

Dessa forma, representa afronta à condição de pessoa humana, o impedimento, de plano, de um indivíduo manifestar-se de acordo com suas convicções, especialmente quando se trata de participar de escolhas atinentes a sua própria existência, apenas pelo fato de ser usuário de drogas. A esses indivíduos

deve ser assegurado, ao máximo possível, a preservação de suas escolhas pessoais, ocorrendo restrição desse direito apenas nos casos em que restar comprovado o comprometimento significativo da capacidade cognitiva, após avaliação por equipe multidisciplinar.

Em adição, constata-se que as internações compulsórias tem sido efetivadas em instituições que não compõem a rede de saúde mental, ou seja, que não disponibilizam os adequados cuidados em saúde para a reabilitação e recuperação dos drogaditos. Nesse sentido, fica evidente que a natureza da medida adotada pela SMAS/RJ aproxima-se mais de ações de segurança pública do que de ações de saúde.

O protocolo de abordagem da SMAS/RJ, apesar de violar vários dispositivos da Lei nº 10.216/2001, possui adeptos em outros estados brasileiros, como é o caso do Estado de São Paulo, que tem trilhado o mesmo caminho de repressão para o enfrentamento da dependência química utilizado pela prefeitura carioca.

Contudo, esse equivocado “modelo de referência” de política pública impõe retrocesso social, permitindo o retorno de conceitos e práticas ultrapassadas de enfrentamento da drogadição. Nessa perspectiva, salienta-se a ineficácia da implementação de políticas públicas que desconsideram o problema da drogadição em sua completude. Medidas repressivas, sem o devido suporte social e de assistência em saúde, não promovem reinserção social, apenas fomentam a violência e reforçam o estigma. Basta observar o elevado número de indivíduos que retornam às ruas após a submissão à medida de recolhimento e/ou internação compulsória da SMAS/RJ.

Há, portanto, a necessidade de se articular os diversos segmentos da gestão pública, como educação, saúde, assistência social, dentre outros, para a conjugação de esforços e saberes no combate à dependência química. Além do mais, deve-se ter em mente que a droga não é responsável, por si só, pela situação de degradação humana observada nas Cracolândias. Comumente, a droga representa para esses indivíduos a fuga da realidade, marcada pela violência, pelo abandono e pela ausência de perspectivas em relação ao futuro.

REFERÊNCIAS

ALVES, Vânia Sampaio. *Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas*, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v25n11/02.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2011.

ANDRADE, Tarcísio Matos de. *Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil*, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001300015&script=sci_arttext>. Acesso em 13 fev. 2012.

AZEVEDO, Solange; AQUINO, Wilson. *O que fazer com as crianças do crack?* Disponível em: <http://www.istoe.com.br/reportagens/150296_O+QUE+FAZER+COM+AS+CRIANCAS+DO+CRACK+>. Acesso em: 25 jan. 2012.

BARBOSA, Rogério. *Operação Cracolândia altera atuação do TJ-SP*, 2012. Disponível em <<http://www.conjur.com.br/2012-jan-16/operacao-cracolandia-provocara-mudancas-atuacao-tj-paulista>>. Acesso em: 14 mar. 2012.

BARROS, Carmen Silvia de Moraes. Aplicação da reforma psiquiátrica e da política de saúde mental ao louco infrator. *Revista Jurídica Consulex*, Brasília, n. 320, p. 41-42, mai. 2010.

BARROS, Sônia; EGRY, Emiko Yoshikawa. *A enfermagem em saúde mental no Brasil: a necessidade de produção de novos conhecimentos*. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v3n1/07.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2011.

BOITEUX, Luciana. A Nova Lei Antidrogas e o aumento da pena do delito de tráfico de entorpecentes. *Boletim do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais*, São Paulo, ano 14, n.167, p. 8-9, out. 2006

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução – RDC nº 29, de 30 de junho de 2011*. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Disponível em: <http://www.uniad.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=9425:rdc-anvisa-comunidades-terapeuticas&catid=51:dependencia-quimica-artigos&Itemid=93> . Acesso em: 28 abr. 2012.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução – RDC nº 101, de 30 de maio de 2001*. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/101_01rdc.htm> . Acesso em 21 dez. 2011.

BRASIL. *Decreto-Lei nº 891, de 25 de novembro de 1938*. Aprova a Lei de fiscalização de Entorpecentes. Rio de Janeiro, 1938. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/1937-1946/Del0891.htm> . Acesso em: 11 nov. 2011.

BRASIL. *Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010*. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília, 2010. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm>

Acesso em: 20 dez. 2011.

BRASIL. *Lei 10.216, de 06 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2011. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em 14

mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000*.

Disponível em:

<http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/27_Portaria_106_de_11_02_2000.pdf>. Acesso em : 10 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011*.

Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111278-3090.html>>.

Acesso em 10 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*.

Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>.

Acesso em 10 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.391/GM, de 26 de dezembro de 2002* .

Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2391.htm>>. Acesso em 13 nov. 2011.

BRASIL. Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. *Ação Civil Pública Processo 2010.01.1.067203-4*. Brasília, 3 mai. 2010.

BRASIL. *Resolução SMAS/RJ nº 20, de 27 de maio de 2011*. Cria e regulamenta o protocolo do serviço especializado em abordagem social, no âmbito das ações da proteção social especial de média complexidade da secretaria municipal de assistência social, assim como institui os instrumentos a serem utilizados no processo de trabalho. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em:

<<http://doweb.rio.gov.br/sdcgi-bin/omisapi.dll?&softpage=informain&infobase=30052011.nfo>

essencial>. Acesso em 13 dez. 2011.

BRUNETTA, Cíntia Menezes. O direito das pessoas portadoras de transtornos mentais. *Revista dos Tribunais*, São Paulo, v. 835, ano 94, p. 59-72, mai. 2005.

CARVALHO, Jeferson Moreira de. *Estado deve internar viciado compulsoriamente*, 2012. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2012-mar-01/internacao-compulsoria-criancas-viciadas-medida-essencial>>. Acesso em: 14 mar. 2012.

CARVALHO, João Alberto. A saúde mental na visão da psiquiatria. *Revista Jurídica Consulex*, Brasília, ano XIV, n. 320, p. 35-36, mai. 2010.

CARVALHO, José Theodoro Corrêa de. Uma realidade palpável no mundo moderno. *Revista Jurídica Consulex*, Brasília, ano XIV, n. 320, p. 7-8, mai. 2010.

CASTRO, Ana Luiza. Relatório aponta casos de violência física a dependentes químicos em comunidades terapêuticas, 2011. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2011/11/29/relatorio-aponta-casos-de-violencia-fisica-a-dependentes-quimicos-em-comunidades-terapeuticas>>. Acesso em: 17 fev. 2012.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. *Levantamento Nacional sobre uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras*, 2003. Disponível em: <<http://200.144.91.102/sitenovo/conteudo.aspx?cd=644>>. Acesso 12 out. 2011.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. *II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil*, 2005. Disponível em: <<http://200.144.91.102/sitenovo/conteudo.aspx?cd=644>>. Acesso 12 out. 2011.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. *Observatório do crack: a visão dos municípios brasileiros sobre a questão do crack*, 2011. Disponível em: <http://portal.cnm.org.br/sites/5700/5770/07112011_EstudoTecnicoColetivadoCrack_versao_Final.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/noticias/noticiaDocumentos/Relatorio_Inspecao_Direitos_Humanos.pdf>. Acesso em 03 de fev. 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *Assistência de média e alta complexidade*. 1. ed. Brasília: CONASS, 2011.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. *Nota Técnica nº 02/2011, de 09 de novembro de 2011*. Disponível em: <<http://drogasecidadania.cfp.org.br/wp-content/uploads/2011/11/NOTA-TECNICA-CONANDA-RECOLHIMENTO-E-INTERNACAO-COMPULSORIA21.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2012.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL/RJ. *Crack: recolhimento indevido*. Disponível em: <http://www.cressrj.org.br/download/praxis//praxis_59.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2012.

COSTA, Selma Frossard. *As Políticas Públicas e as Comunidades Terapêuticas nos Atendimentos à Dependência Química*, 2009. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/ssrevista/pdf/2009/29%20AS%20POL%20CDCAS%20P%20D>>

ABLICAS%20E%20AS%20COMUNIDADE%20TERAP%CAUTICAS-COM%20REVIS%C3O%20DO%20AUTOR.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2011.

FEFFERMANN, Marisa. Crack: acolher é reconstruir vidas. *Revista Jurídica Consulex*, Brasília, ano XV, n. 352, p. 34-35, set. 2011.

FIGUEIRA, Daniel. *Refletindo sobre a Lei. 10.216*. Disponível em: <<http://www.danielfigueira.com.br/2010/03/refletindo-sobre-lei-10216.html>>. Acesso em: 16 ago. 2011.

GARBAYO, Juliana; ARGÔLO, Marcos José Relvas. Crime e doença psiquiátrica – perfil da população de um hospital de custódia do Rio de Janeiro. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 57, n. 4, p. 247-252.

GESSER, Wagner Pinheiro; MENEZES, Joyceane Bezerra de Menezes. A autonomia privada do paciente dependente de substância no Brasil. In: MENEZES, Joyceane Bezerra de (Org.). *Dimensões Jurídicas da Personalidade na Ordem Constitucional Brasileira*. Florianópolis: Conceito Editorial. 2010. p. 535-549.

GONÇALVES JÚNIOR, Arles. *Internação compulsória de dependentes químicos*. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2011-ago-05/internacao-compulsoria-dependentes-quimicos-constitucional>>. Acesso em 02 de mar. 2012.

GOULART, Maria Stella Brandão. *A construção da mudança nas instituições sociais: a reforma psiquiátrica*. Disponível em <http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapip/A_Construcao_da_Mudanca_nas_Instituicoes_Sociais..._MSB_Goulart.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2012.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. *Direito Penal da Loucura: medida de segurança e reforma psiquiátrica*. Brasília: ESMPU, 2008.

LIRA, Renata; DIAS, Rafael. A saúde mental na corte interamericana de direitos humanos. *Revista Jurídica Consulex*, Brasília, ano XIV, n. 320, p. 43-44, mai. 2010.

MACRAE, Edward. *Das Drogas: O controle social do uso de substâncias psicoativas*. Disponível em: <http://www.neip.info/downloads/!!!temp_09_07/14.PDF>. Acesso em: 23 out. 2011.

MACRAE, Edward; GORGULHO, Mônica. *Redução de danos e tratamento de substituição: posicionamento da Reduc – Rede Brasileira de Redução de Danos*, 2003. Disponível em: <http://www.neip.info/upd_blob/0000/11.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2011.

MAFTUM, Mariluci Alves et al. *O tratamento ao portador de transtorno mental: um diálogo com a legislação federal brasileira (1935-2001)*, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/08.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2011.

MAPELLI JÚNIOR, Reynaldo. Novos desafios para as políticas públicas de saúde mental no Brasil. *Revista Jurídica Consulex*, Brasília, ano XIV, n. 320, p. 38-39, mai. 2010.

MARCHEWKA, Tania Maria Nava. *A reforma psiquiátrica como justiça social: a atuação do Ministério Público na garantia do direito à saúde mental*. 2003. 108f. Monografia (Especialização) – Curso de Especialização a Distância em Direito Sanitário para membros do Ministério Público e da Magistratura Federal, Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, 2003

MARTINS-COSTA, Judith. Capacidade para consentir e esterilização de mulheres tornadas incapazes pelo uso de drogas: notas para uma aproximação entre a técnica jurídica e a reflexão bioética. In: MARTINS-COSTA, Judith; MÖLLER, Letícia Ludwig (Org.). *Bioética e Responsabilidade*. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2009.p. 299-345

MEDEIROS, Diego Vale de; SPONTON, Leila Rocha. *Internação compulsória de usuários de drogas é ineficaz*, 2011. Disponível em <<http://www.conjur.com.br/2011-ago-16/internacao-compulsoria-usuarios-drogas-fere-direitos-humanos-basicos>>. Acesso em 10 fev. 2012.

MENDONÇA, Camila Ribeiro de. Justiça paulista decide se envolver no combate ao crack, 2011. Disponível em <<http://www.conjur.com.br/2011-out-08/justica-paulista-decide-envolver-diretamente-combate-crack>>. Acesso em: 14 mar. 2012.

MENDONÇA, Luiz Octávio Martins. Crack, o refúgio dos desesperados, à luz do Programa Nacional de Combate as Drogas, 2010. Disponível em: <http://www4.jfrj.jus.br/seer/index.php/revista_sjrj/article/view/203>. Acesso em: 10 ago. 2011.

MEZZOMO, Marcelo Colombelli. *O direito à saúde em juízo*, 2006. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/7894/o-direito-a-saude-em-juizo>>. Acesso em: 5 mai. 2010.

MINHOTO, Laurindo Dias. Paradoxos da proteção jurídica da saúde. In: COSTA, Alexandre Bernardino; SOUSA JÚNIOR, José Geraldo. (Org.). *O direito achado na rua: introdução crítica ao direito à saúde*. Brasília: UnB, 2008, p. 371-382.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Abordagens Terapêuticas a Usuários de Cocaína/Crack no Sistema Único de Saúde*, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/abordagem_sus.pdf>. Acesso em: 23 out. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*, 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*, 2004. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>. Acesso em 15 nov. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de Saúde Mental. *Consultórios de Rua do SUS*. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ: Brasília, set. 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde mental – 15 anos depois de Caracas, 2005*. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>.

Acesso em: 20 ago. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção, 2007*. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde mental no SUS: as novas fronteiras da reforma psiquiátrica, 2011*. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestao2007_2010.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2012.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. *Ministério Público e Tutela à Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Centro de Estudos Jurídicos e Fundação Escola Superior do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, 2010.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. *Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da Lei nº 10.216/2001*. Brasília: 2011.

NOGUEIRA, Maria Sônia Lima; COSTA, Liduina Farias Almeida. *Política Pública de Saúde Mental: discutindo o paradigma da desinstitucionalização, 2007*. Disponível em:

<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoF/d7d2c633a8b08b4a7236MariaSonia_liduina.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2011.

OLIVEIRA, Denize Cristina de et al. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 197-206, jan. 2008.

OLIVEIRA, LG, NAPPO, SA. *Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso*. Disponível em:

<<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol35/n6/pdf/212.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2011.

PADILHA, Alexandre. O crack virou epidemia. *Revista Veja*, São Paulo, edição 2243, ano 44, nº 46, p. 17-21, nov 2011.

PADILHA, Alexandre; TYKANORI, Roberto. Crack: acolher é reconstruir vidas. *Revista Jurídica Consulex*, Brasília, ano XV, n. 352, p. 22-23, set. 2011.

PÁDUA, João Pedro. *O problema de pressuposto das internações compulsórias: o que existe embaixo do tapete?* 2011. Disponível em: <<http://coletivodar.org/2011/07/o-problema-de-pessuposto-das-internacoes-compulsorias-o-que-existe-embaixo-do-tapete/>>. Acesso em 24 jan. 2012.

PENTEADO FILHO, Nestor Sampaio. *Manual Esquemático de Criminologia*. São Paulo: Editora Saraiva, 2010.

PILOTTO, Jorge. Usuários infantojuvenis: responsabilidade da família, da sociedade e do Estado. *Revista Jurídica Consulex*, Brasília, ano XV, n. 352, p. 24-25, set. 2011.

POTTER, Raccius; CAMARGO, Rodrigo Oliveira de. *Crack, crime e pena: análise da culpabilidade dos crimes cometidos em razão da dependência (ou sob os efeitos) da droga e a desproporcionalidade na aplicação da pena*, 2009. Disponível em: <http://www.potteremarcante.com.br/crack_crime_e_pena.pdf>. Acesso em: 16 set. 2011.

RIBEIRO, Fernanda da Silva. *Um novo modelo de tratamento do portador de transtorno mental: o advento da Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001*. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.28775>>. Acesso em 24 ago. 2011.

RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. *O tratamento do usuário de Crack*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

RODRIGUES, Valeria da Silva. Crack: acolher é reconstruir vidas. *Revista Jurídica Consulex*, Brasília, ano XV, n. 352, p. 36-37, set. 2011.

RODRÍGUEZ, César. *La decisión judicial: El debate Hart-Dworkin*. Santafé de Bogotá: Facultad de Derecho. Universidad de los Andes, 1997;

SAMPAIO, Patrícia. *Ensaio sobre Dworkin*. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/12881582/Ensaio-Sobre-Dworkin>>. Acesso em: 4 abr. 2012.

SANCHES, Mariana; PAGGI, Matheus. *Internar à força resolve?* 2011. Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI255395-15257,00-INTERNAR+A+FORCA+RESOLVE.html>>. Acesso em: 05 ago. 2011.

SAPORI, Luis Flavio. Crack: acolher é reconstruir vidas. *Revista Jurídica Consulex*, Brasília, ano XV, n. 352, p. 26-27, set. 2011.

SAPORI, Luis Flavio. *Deve ser permitida a internação compulsória de viciados em crack? Folha de São Paulo*, São Paulo, jun. 2011. Disponível em: <<http://coletivodar.org/2011/06/deve-ser-permitida-a-internacao-compulsoria-de-viciados-em-crack/>>. Acesso em: 24 nov. 2011.

SARAIVA, José Flávio Sombra. Terrorismo de olhos azuis. *Revista Jurídica Consulex*, Brasília, ano XV, n. 352, p. 21, set. 2011.

SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas notas em torno da relação entre o princípio da dignidade da pessoa humana e os direitos fundamentais na ordem constitucional brasileira. In: BALDI, Augusto César (Org.). *Direitos Humanos na Sociedade Cosmopolita*. Rio de Janeiro: Renovar, 2004. p.555-599.

SCHNEIDER, Daniela Ribeiro; LIMA, Dálberti Sciamana de. *Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde*, 2011. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/7153>>. Acesso em: 18 set. 2011.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO; SECRETARIA DA JUSTIÇA E DA DEFESA DA CIDADANIA. *Manual de orientação para instalação e funcionamento das comunidades terapêuticas*, 2010. Disponível em: <http://200.144.0.250/Download/Manual_CT_-_17MAR11.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2012.

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. *Relatório Brasileiro sobre Drogas*, 2009. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Relatorios/328379.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2011.

SILVA, Joyce Aragão da. *O recolhimento compulsório de menores dependentes químicos frente à doutrina da proteção integral à criança e ao adolescente*, 2011. Disponível em: <<http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rdugr/article/view/1605>>. Acesso em 15 jan. 2012.

SILVEIRA, Dartiu Xavier. Deve ser permitida a internação compulsória de viciados em crack?. *Folha de São Paulo*, São Paulo, jun. 2011. Disponível em: <<http://coletivodar.org/2011/06/deve-ser-permitida-a-internacao-compulsoria-de-viciados-em-crack/>>. Acesso em: 24 nov. 2011.

SOUZA, Jacqueline de; KANTORSKI, Luciane Prado. *Embasamento político das concepções e práticas referentes às drogas no Brasil*, 2007. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762007000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: em 23 nov 2011.

SPOHR, Bianca et al. Caracterização dos serviços de atenção à dependência de álcool e outras drogas na região da Grande Florianópolis. *Revista de Ciências Humanas*, Florianópolis, n. 2, p. 219-236, abr. 2006.

TEIXEIRA, Marco Antônio. *Direito à saúde mental: regulamentação e aplicação da Lei nº 10.216*. In: SEMINÁRIO, 23 de novembro de 2001, Brasília. Brasília: Câmara dos Deputados, 2002.

TRINDADE, Jorge. *Manual de Psicologia Jurídica para Operadores do Direito*. 2 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2007

VARALDA, Renato Barão; CORDEIRO, Flávia de Araújo. Crack: acolher é reconstruir vidas. *Revista Jurídica Consulex*, Brasília, ano XV, n. 352, p. 24-25, set. 2011.

VITÓRIO, Teodolina B. Da Silva Cândido. *O Ativismo Judicial como instrumento de concreção dos Direitos Fundamentais no Estado Democrático de Direito: uma leitura à luz do pensamento de Ronald Dworkin*. 2011. 255f. Dissertação (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Direito Público, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

ZIMMER et al. “*Saúde Mental e as Práticas Jurídicas de intervenção na vida: Uma experiência no Espírito Santo*” . Disponível em:
<http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/371.%20sa%20De%20mental%20e%20as%20pr%C1ticas%20jur%CDdicas%20de%20interven%C7%C3o%20na%20vida.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2012.