

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

ANA CRISTINA FERREIRA SILVA

Políticas públicas de atendimento a dependentes químicos: reflexões sobre a proposta de internação compulsória

Maringá
2014

ANA CRISTINA FERREIRA SILVA

Políticas públicas de atendimento a dependentes químicos: reflexões sobre a proposta de internação compulsória

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.
Área de concentração: Elaboração de Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Geovanio Edervaldo Rossato

Maringá
2014

ANA CRISTINA FERREIRA SILVA

Políticas públicas de atendimento a dependentes químicos: reflexões sobre a proposta de internação compulsória

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas pela Comissão Julgadora composta pelos membros:

COMISSÃO JULGADORA

Prof. Dr. Geovanio Edervaldo Rossato
Universidade Estadual de Maringá (Presidente)

Prof. Dr. Nelson Pitelli
Universidade de São Paulo (USP)

Prof. Dr. Walter Lúcio de Alencar Praxedes
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

Aprovada em: 25 de agosto de 2014.

Local da defesa: Bloco H-12, sala 14, *campus* da Universidade Estadual de Maringá.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por iluminar o meu caminho.

Aos meus professores do Mestrado que contribuíram para a realização deste trabalho.

Ao meu professor orientador Dr. Geovanio Edervaldo Rossato pela paciência e dedicação na orientação, tornando possível a conclusão desta monografia.

À minha família, em especial ao meu marido Thiago, pelo carinho, auxílio e compreensão de sempre. Sem você não teria sido possível. Amo vocês!

À Ju, pelo incentivo para realização do Mestrado.

Às minhas queridas amigas, que apesar da distância, estão sempre presentes na minha vida.

Obrigada!

Políticas públicas de atendimento a dependentes químicos: reflexões sobre a proposta de internação compulsória

RESUMO

A presente dissertação tem como objeto de estudo as políticas direcionadas para o tratamento de usuários e dependentes de drogas ilícitas no Brasil. A investigação apoia-se no método analítico-descritivo e tem como parâmetro a pesquisa bibliográfica e documental. Inicialmente, é apresentado o histórico do surgimento da legislação sobre drogas, no mundo e no Brasil, com posterior análise da evolução da política nacional sobre drogas, sendo perceptível o posicionamento repressivo ao longo dos anos. Todavia, observam-se mudanças nesse cenário nas últimas décadas, principalmente nos países europeus, com a adoção de políticas alternativas, como a redução de danos. Estratégia que também é utilizada no Brasil, sendo uma das diretrizes da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas, implementada em 2003. Esta política representa um grande avanço na prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social dos usuários e dependentes de drogas, ao estabelecer a construção de uma rede de atenção integral, de forma articulada e com características intersetoriais, que busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária. Ao final do trabalho, são apresentadas as posições divergentes existentes no país sobre a proposta de internamento compulsório para o tratamento de dependentes químicos, a legislação aplicada e as características desse instituto.

Palavras-chave: Drogas. Dependência química. Rede de Atenção Psicossocial. Internamento compulsório.

Public policies for chemical addicts care: considerations about the compulsory hospitalization proposal

ABSTRACT

This dissertation has the aim to study the policies related to the treatment of drug users and illicit drug addicts in Brazil. The investigation relies on the analytic-descriptive method and has as its parameter the literature and documental review. First, the history of the drug laws emergence in the world and in Brazil is presented, with subsequent analysis of the national drug policy evolution, in which it is possible to perceive a repressive position over the years. However, changes are observed in this scenario in the past decades, mainly in European countries, with the adoption of alternative policies such as harm reduction. A strategy also used in Brazil, being one of the guidelines of the Ministry of Health policies for Integral Attention to Alcohol and Other Drugs User, implemented in 2003. This policy represents a major advance in the prevention, treatment, rehabilitation and social reintegration of users and drug addicts, establishing the construction of an integral attention network articulated and with cross-sectoral characteristics, which seeks to consolidate a model of open and community-based care. At the end of this work are presented existing divergent positions in the country about the proposal for compulsory hospitalization for treatment of drug addicts, the law applied and the characteristics of this institute.

Keywords: Drugs. Chemical addiction. Psychosocial care network. Compulsory hospitalization.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
1. AS DROGAS E SUA HISTÓRIA	11
1.1 A LEGISLAÇÃO INTERNACIONAL SOBRE DROGAS: DO MODELO PROIBICIONISTA AO SURGIMENTO DE POLÍTICAS ALTERNATIVAS.....	11
1.2 ABORDAGEM HISTÓRICA DA LEGISLAÇÃO E DA POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS	20
2. POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA ATENÇÃO INTEGRAL AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	34
2.1 A POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	34
2.2 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	38
2.2.1 Atenção básica em saúde.....	39
2.2.2 Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad).....	43
2.2.3 Atenção Residencial de Caráter Transitório	47
2.2.4 Comunidades Terapêuticas.....	48
2.2.5 Atenção Hospitalar	51
2.2.6 Estratégias de desinstitucionalização.....	52
3. REFLEXÕES SOBRE O INTERNAMENTO COMPULSÓRIO	54
3.1 EMBASAMENTO LEGAL	54
3.2 DISCUSSÃO.....	57
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
REFERÊNCIAS	72
REFERÊNCIAS LEGISLATIVAS.....	76

INTRODUÇÃO

O presente trabalho propõe-se a analisar a política brasileira para o tratamento de dependentes químicos e realizar um estudo sobre a proposta de internação compulsória, refletindo sobre as características desse instituto e as posições divergentes sobre o tema.

O uso de substâncias psicoativas não é fato recente e se estende ao longo da história, sendo utilizado em contextos socioculturais específicos, para diversos fins, como religiosos, medicinais, afrodisíacos, culturais e bélicos. No entanto, em decorrência de transformações sociais e econômicas, o consumo dessas substâncias passou a ter outra conotação, deixando de ser condicionado aos preceitos socioculturais de determinada sociedade, que regulavam seu uso, convertendo-as em mercadorias, aumentando, gradativamente, seu consumo.

O aumento do consumo de tais substâncias, principalmente a partir do início do século XX, agravou os problemas decorrentes do seu abuso, como os relacionados à dependência química, tornando-se um problema de saúde coletiva e, conseqüentemente, um problema social, demandando novas políticas públicas.

Algumas drogas alteram o funcionamento cerebral, causando modificações no estado mental e no psiquismo, sendo denominadas drogas psicotrópicas ou substâncias psicoativas, que se dividem em três grupos: depressoras, estimulantes e perturbadoras ou alucinógenas. Para OLIVEIRA (2003):

Define-se como SPA – Substância Psicoativa, qualquer substância capaz de modificar a função dos organismos vivos, resultando em alterações psíquicas incidentes sobre o comportamento. Tendo em vista esta definição, classificam-se as SPAs em três grupos, de acordo com sua ação sobre o sistema nervoso central (SNC). I. Depressores do SNC: álcool, barbitúricos (Gardenal), benzodiazepínicos (diazepam, ansiolíticos), narcóticos, opiáceos (morfina, heroína, codeína, etc.) e inalantes ou solventes (colas, tintas, removedores, esmalte, benzeno, etc.); II. Estimulantes do SNC: anorexígenos (anfetaminas, fenproporex, etc.) e cocaína; III. Perturbadores da atividade do SNC ou alucinógenos, estas podem ser de origem vegetal: tetrahydrocannabinol (princípio ativo da maconha), mescalina, psilocibina (de certos cogumelos), lírio (trombeteira, etc.) ou de origem sintética: LSD, *ecstasy* e anticolinérgicos (Artane, Bently). Não se inclui nesta classificação o tabaco, com seu princípio ativo, e a nicotina, dada a complexidade de seus efeitos no organismo. (OLIVEIRA, 2003, p. 3).

Destaque-se que algumas substâncias psicoativas, apesar de afetarem o sistema nervoso central, não provocam dependência e produzem efeitos benéficos, como no caso de tratamento de doenças, sendo chamadas de medicamentos.

Neste trabalho, será utilizada a palavra “droga” como sinônimo de substância psicoativa e serão abordadas somente as substâncias psicoativas ilícitas. Logo, não serão abordados o álcool, tabaco, cafeína, aspirina e etc.

A utilização constante de certas substâncias psicoativas pode ocasionar a dependência. SILVEIRA (2004, p. 14) define dependência como um impulso que leva o indivíduo a usar uma droga de forma contínua (sempre) ou periódica (frequentemente) para obter prazer. Para o autor, o dependente caracteriza-se por não conseguir controlar esse consumo.

Portanto, é a frequência do uso de drogas que diferencia o usuário casual do dependente, sendo a dependência o último estágio de padrões de consumo diversificados que mudam de intensidade e gravidade. Desse modo, quando o consumo se torna impulsivo e repetitivo, capaz de provocar problemas sociais, físicos e ou psicológicos, há a dependência.

A dependência física decorre da adaptação do organismo à droga, em virtude do uso elevado. Assim, para que o organismo tenha reações semelhantes, é necessário aumentar a dose e a frequência da droga. Essa dependência é caracterizada pela síndrome de abstinência.

A síndrome de abstinência é um quadro clínico que se apresenta quando um indivíduo deixa de usar a droga bruscamente ou diminui consideravelmente o seu uso. Os sintomas variam de acordo com o tipo de substância utilizada e normalmente se apresentam na forma de delírios, calafrios, tremores, confusão mental, convulsões e dores generalizadas.

Já a dependência psicológica caracteriza-se pelo estado de mal-estar e inquietação que surge quando o indivíduo é privado da droga, fazendo com que este sinta um impulso incontrolável de usar a droga para aliviar esse desconforto.

DUAILIBI; VIEIRIA e LARANJEIRA (2011) asseveram que:

O uso contínuo de qualquer substância psicoativa produz uma doença cerebral em decorrência de seu uso inicialmente voluntário. A consequência é que, a partir do momento que a pessoa desenvolve uma doença chamada dependência, o uso passa a ser compulsivo e acaba destruindo muitas das melhores qualidades da própria pessoa, contribuindo para a desestabilização da relação do indivíduo com a família e com a sociedade. (DUAILIBI; VIEIRIA; LARANJEIRA, 2011, p. 503).

Na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a dependência é definida como:

Um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente

apesar das suas consequências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e, por vezes, a um estado de abstinência física. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde- Décima Revisão, 2008).¹

Desse modo, constata-se que a dependência química é mundialmente classificada como uma doença médica crônica. Ainda, segundo a OMS, deve ser tratada simultaneamente como um problema social.

O tema deste estudo foi escolhido em razão de sua complexidade, atualidade e da discussão em torno da internação compulsória.

Atualmente, trabalho no Núcleo de Repressão ao Tráfico Ilícito de Drogas, na cidade de Cascavel/PR, uma das unidades especializadas da Polícia Civil do Paraná. Durante os últimos três anos, a equipe na qual atuo foi responsável pela prisão de centenas de traficantes e pela retirada de toneladas de entorpecentes de circulação.

Somente no ano de 2013, o núcleo de Cascavel apreendeu cerca de sete toneladas de drogas. Foram 6785 kg (seis mil e setecentos e oitenta e cinco quilos) de maconha; 135,340 kg (cento e trinta e cinco quilos e trezentos e quarenta gramas) de crack; 15,621 kg (quinze quilos e seiscentos e vinte e um gramas) de cocaína; 27,244 kg (vinte e sete quilos e duzentos e quarenta e quatro gramas) de haxixe e 10 (dez) comprimidos de *ecstasy*.

No mesmo período também foram apreendidos 25 (vinte e cinco) automóveis, 4 (quatro) caminhões, 3 (três) motocicletas, 8 (oito) armas e 395 (trezentos e noventa e cinco) munições de diversos calibres. 146 (cento e quarenta e seis) pessoas foram presas e 18 (dezoito) adolescentes apreendidos, todos por tráfico ilícito de drogas.²

O cotidiano profissional proporciona diversas situações e o surgimento de questionamentos se torna corriqueiro, somente retirar de circulação um traficante não resolve o problema das drogas e da dependência. Assim, um dos motivos da realização deste estudo e do mestrado em si, foi a necessidade de me inteirar com mais profundidade sobre o assunto, bem como contribuir, mesmo que de modo singelo, com o desenvolvimento e implementação de políticas públicas voltadas para o tratamento, reabilitação e reintegração social dos usuários e dependentes químicos.

¹ Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>. Acesso em: 03 jun. 2014.

² Fonte: Polícia Civil. Disponível em: <<http://www.policiacivil.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=8394&tit=Denarc-de-Cascavel-apreendeu-cerca-de-7-toneladas-de-drogas-em-2013>>. Acesso em: 04 jun. 2014.

O objeto de estudo tem como parâmetro de metodologia a pesquisa bibliográfica e, na análise e tratamento dos dados, a investigação apoia-se no método analítico-descritivo, definido por GIL (2002, p. 39), como “aquele que se contextualiza e é abordado de forma crítica”.

Como enfatizam LIMA e MIOTO (2007):

A pesquisa bibliográfica tem sido utilizada com grande frequência em estudos exploratórios ou descritivos, casos em que o objeto de estudo proposto é pouco estudado, tornando difícil a formulação de hipóteses precisas e operacionalizáveis. A sua indicação para esses estudos relaciona-se ao fato de a aproximação com o objeto ser dada a partir de fontes bibliográficas. Portanto, a pesquisa bibliográfica possibilita um amplo alcance de informações, além de permitir a utilização de dados dispersos em inúmeras publicações, auxiliando também na construção ou na melhor definição do quadro conceitual que envolve o objeto de estudo proposto. (LIMA; MIOTO, 2007, p. 40).

Desse modo, o estudo proposto será pautado em pesquisa bibliográfica e documental, realizada em leis, decretos, portarias, medidas provisórias, doutrinas, periódicos e artigos científicos, teses, dissertações, dentre outros documentos correlatos, para, ao final, realizar-se algumas considerações sobre o tema.

A dissertação está organizada em três capítulos. O capítulo 1 realiza uma síntese histórica da legislação sobre drogas no mundo, fazendo referência aos tratados internacionais sobre drogas ilícitas, sendo perceptível o posicionamento repressivo no enfrentamento às drogas ao longo dos anos. Posteriormente, aborda a legislação e a política nacional sobre drogas.

No capítulo 2 será analisada a Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Essa política é efetivada por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) e possui como eixo fundamental o princípio da redução de danos. Serão apresentados também os principais componentes da Rede de Atenção Psicossocial, no âmbito do SUS, para o tratamento em dependência química, conforme a Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

Por fim, o capítulo 3 tratará da discussão existente em torno da internação compulsória de dependentes químicos. Serão expostos os tipos de internação previstos em lei (voluntária, involuntária e compulsória) e, ao final, serão apresentados os posicionamentos conflitantes sobre o assunto.

Este trabalho não tem a pretensão de esgotar o tema, mas tão somente contribuir com a discussão existente em torno da internação compulsória, possibilitando uma melhor reflexão sobre a questão.

1. AS DROGAS E SUA HISTÓRIA

É comum encontrar notícias, impressas ou televisivas, principalmente as de cunho sensacionalista, que exploram o submundo das drogas, expondo usuários, viciados e traficantes, com o simples intuito de angariar pontos de audiência e fartas vendas. Mas pouco se discute sobre as origens e causas dos problemas atuais decorrentes do vício, sendo necessária também a análise das concepções que fundamentaram o modo como o uso das drogas vem sendo pensado e operacionalizado na sociedade brasileira.

Desse modo, diante da premência da discussão sobre a temática das drogas, será feita, inicialmente, uma abordagem histórico-conceitual do uso das drogas, no contexto geral e seus reflexos no Brasil, com as respectivas definições, classificações e tipificações inerentes ao tema, para, posteriormente, ser possível analisar a legislação e posicionamentos existentes quanto à questão do instituto do internamento compulsório.

1.1 A LEGISLAÇÃO INTERNACIONAL SOBRE DROGAS: DO MODELO PROIBICIONISTA AO SURGIMENTO DE POLÍTICAS ALTERNATIVAS

Desde o início da humanidade, as substâncias psicoativas são utilizadas por diferentes culturas e com finalidades diversas, sendo as principais ligadas à religião, festas, magias, ciência, medicina e prazer.

Segundo ARAÚJO (2012, p. 24), os primeiros registros do uso de drogas psicoativas pelo homem são mais antigos do que as primeiras civilizações. Há evidências, nos sítios arqueológicos de 8000 a.C., da utilização de plantas estimulantes em rituais funerários, de plantas visionárias em cultos religiosos, do cultivo da papoula, do consumo de ópio e da fabricação de cordas e tecidos com fibras de *cannabis sativa*.

Na antiguidade, a maconha era utilizada também na produção de papel, como alimento (por meio das sementes), em rituais e como remédio. Seu uso medicinal foi descrito pela primeira vez na farmacopeia chinesa de Shen Nung, o Pen T'sao Ching, de 2.737 a.C. Posteriormente, em

2000 a.C., a maconha foi citada no *Atharva Veda*, livro sobre medicina sagrada para os hindus, como uma das cinco plantas sagradas da Índia.

Na Grécia e na Roma Antiga, o ópio, de modo geral, era consumido livremente e em grandes quantidades. No entanto, com o advento do cristianismo em Roma, o uso de ervas com finalidades alucinógenas e medicinais passou a ser condenado.

ARAÚJO (2012) explica as razões para o cristianismo ter proibido o uso de substâncias psicoativas:

Sua doutrina prega o sofrimento e a mortificação dos prazeres “da carne” como maneiras de se aproximar de Deus. É por isso que a gula e a luxúria, satisfação dos desejos instintivos de comer e produzir, tornam-se pecados capitais. E o jejum e a castidade, ao contrário, são qualidades do bom cristão. O autocontrole deve ser perseguido, e o prazer e a euforia “ilegítimos” – que vêm de fora –, evitados. [...].

Outro motivo – menos ideológico e mais político – para proibir e perseguir o uso de ervas com finalidades medicinais e, principalmente, alucinógenas era a necessidade de o cristianismo se firmar como religião dominante na Europa e nos arredores. Afinal, seria mais complicado expandir sua base de fiéis com uma doutrina que exigia tantas privações se as pessoas tivessem acesso à cura e às experiências místicas e espirituais proporcionadas pelo consumo de drogas. Essas substâncias, as religiões e as pessoas que as utilizavam representavam uma concorrência desleal. Era preciso eliminá-las. (ARAÚJO, 2012, p. 34-35).

Com a era das grandes navegações e a expansão das rotas comerciais, a partir dos séculos XV e XVI, houve uma universalização dessas substâncias, as quais deixaram de ser utilizadas de acordo com os preceitos culturais de determinada sociedade para se transformarem em mercadorias.

A América foi responsável por apresentar aos outros continentes o tabaco, a coca, a erva-mate, o guaraná e outras substâncias alucinógenas. Em contrapartida, conheceu o café, o chá, a maconha e o ópio.

Nesse período, o tabaco passou a ser amplamente consumido em todo o mundo, levando vários países a criarem leis para frear o seu uso. No entanto, as proibições não prosperaram. ARAÚJO (2012) cita os motivos:

Primeiro, porque apesar das penas duríssimas, os fumantes continuavam a se multiplicar. Nenhum governo poderia sustentar por tanto tempo leis tão impopulares. Depois, porque países como Inglaterra, Espanha, Portugal e Holanda começaram a fazer fortunas com a venda e a coleta de impostos sobre o tabaco – exemplo seguido daqueles tempos até os dias de hoje. No final do século XVII, os interesses econômicos já tinham se sobreposto aos morais e religiosos, e o uso da droga parou de ser perseguido – pelo menos por enquanto. (ARAÚJO, 2012, p. 44).

No século XVIII, a desvinculação do Estado da Igreja proporcionou mais liberdade e um grande impulso na área da pesquisa, culminando na ciência com a Revolução Científica, que proporcionou novas descobertas. O francês Antoine Lavoisier, considerado o “pai da química moderna”, foi responsável por descobrir o oxigênio e o hidrogênio e criar a primeira lista de elementos químicos. A alquimia tornou-se uma ciência de fato. Os farmacêuticos começaram a buscar a essência das substâncias medicinais e psicoativas, a partir do isolamento de seus princípios ativos.

Em 1805, a partir do isolamento da substância psicoativa do ópio, descobriu-se a morfina, utilizada como analgésico e sedativo. A descoberta foi realizada pelo alemão Friedrich Sertürner e incentivou outros cientistas.

Em 1874, surgiu a heroína, outro derivado do ópio, com intuito de substituir a morfina, por acreditar-se, erroneamente, que a nova droga era mais eficiente que aquela e não causava dependência.

Em 1860, Albert Niemann isolou pela primeira vez a cocaína, a partir da folha de coca, confirmando seu efeito estimulante e analgésico. As folhas de coca já eram consumidas pelos nativos da América do Sul há muito tempo, através da mastigação, em virtude do seu efeito psicoativo e nutricional.

Rapidamente, essa droga alcançou prestígio mundial, surgindo vários tônicos e xaropes que incluíram em suas fórmulas cocaína e/ou outros extratos de coca, dentre eles a Coca-Cola, que utilizou esse composto até 1903.

Apesar do crescimento vertiginoso, no século XIX, os médicos constataram que a cocaína despertava em seus usuários um consumo altamente compulsivo, assim como os opiáceos, fator esse que contribuiu para sua proibição no início do século XX.

Nos anos de 1839-1842 e 1856-1860, o comércio do ópio ocasionou dois conflitos armados entre Grã-Bretanha e China, conhecidos como as “Guerras do Ópio”. As causas do conflito estão relacionadas com a proibição, pelo imperador chinês, do tráfico de ópio (droga ilegal no país desde 1800). Essa medida afetou diretamente os comerciantes ingleses, responsáveis por introduzir ilegalmente a substância naquele país, que possuía uma série de restrições ao comércio exterior.

A derrota da China, na primeira “Guerra do Ópio”, levou à assinatura do Tratado de Nanquim, que concedeu aos britânicos, dentre outras vantagens, o direito de explorar o comércio em cinco cidades portuárias chinesas e a continuidade do tráfico de ópio. Posteriormente, derrotada

na segunda “Guerra do Ópio”, a China foi obrigada a assinar o Tratado de Tianjin, que lhe impôs a abertura de onze novos portos ao Ocidente.

Desse modo, a Inglaterra expandiu o comércio do ópio no território chinês, aumentando drasticamente o índice de consumo da droga no país, com graves consequências à saúde da população.

Destaca-se ainda que no final no século XVIII e no século XIX, com a Revolução Industrial, iniciada na Inglaterra e estendida para a Europa Ocidental e para os Estados Unidos da América (EUA), houve a transição dos métodos de produção artesanais para o modelo industrial de produção em série, marcado por condições de trabalhos precárias, baixos salários, jornadas extremamente longas e intensa exploração dos trabalhadores, os quais não possuíam quaisquer direitos trabalhistas.

Para suportar essas péssimas condições de trabalho e de vida, muitos operários recorriam a bebidas alcoólicas e outras drogas, que se disseminaram a partir do século XIX, com o desenvolvimento da química e a evolução da ciência, como já relatado.

No entanto, o novo modelo econômico que se consolidava exigia trabalhadores rápidos, disciplinados e sóbrios, dessa forma, o uso excessivo de álcool e ópio passou a ser reprimido.

Apreensivos com a epidemia do ópio e com os impactos sociais acarretados, os Estados Unidos da América, que ascendia como nova potência econômica e militar do mundo, convocou diversos países para discutirem e formularem estratégias internacionais de combate ao ópio, na Comissão Internacional do Ópio de Xangai, em 1909. A Comissão, segundo ARAÚJO (2012, p. 58), “seria o primeiro passo rumo à política internacional de proibição das drogas que vigora até o início do século XXI.”

No entanto, devido aos interesses econômicos da maioria dos países presentes na reunião, a Comissão estabeleceu somente recomendações quanto ao comércio do ópio, com resultados limitados.

Em 1911, ocorreu a Primeira Conferência Internacional do Ópio, em Haia, que resultou na Convenção Internacional do Ópio, de 1912. Essa convenção estabeleceu que os países signatários deveriam implantar medidas para controlar a produção e o comércio de ópio, morfina, heroína e cocaína em seus territórios, bem como proibiu a exportação de tais substâncias.

Como assinala ARAÚJO (2012):

Ainda seriam necessários dois encontros (em 1913 e 1914) para conseguir a adesão de 44 países. Ao final da Primeira Guerra Mundial, em 1918, a Convenção foi incluída como um

detalhe do acordo de paz consagrado no Tratado de Versalhes, forçando sua adesão por mais alguns países. (ARAÚJO, 2012, p. 60).

O Tratado de Versalhes estabeleceu também a criação da Sociedade das Nações, que instituiu, em 1921, a Comissão Consultiva do ópio e outras drogas nocivas, com atribuição de elaborar acordos sobre o tráfico dessas substâncias.

Após a criação da Sociedade das Nações, outras conferências foram realizadas, com destaque para as Convenções de Genebra, em 1924, 1931 e 1936. A Convenção de 1924, dentre outros pontos, ampliou o conceito de substância entorpecente, incluindo, por exemplo, a *cannabis* (maconha e haxixe), e desencadeou o Acordo de Genebra (1925), responsável por ratificar os dispositivos da Conferência de Haia, de 1912. Em 1931, a Convenção limitou a fabricação de drogas para fins médicos e científicos e regulamentou sua distribuição. Já em 1936, tratou da repressão ao tráfico ilícito de drogas, que veio a entrar em vigor em 1939.

ARAÚJO (2012) enfatiza que:

Curiosamente, os EUA não assinaram a Convenção desse ano, por considerá-la branda. Apesar de esses tratados não terem sido seguidos com muito afinco pela maioria dos países, as Convenções de Genebra foram um divisor de águas na política internacional de drogas, ao prever, pela primeira vez, penas de prisão tanto para traficantes como para usuários. (ARAÚJO, 2012, p. 60).

A Liga das Nações foi dissolvida por volta de 1942 e passou suas responsabilidades à Organização das Nações Unidas – ONU. Essa, instituída após o fim da Segunda Guerra Mundial, em 1945, teve seu protocolo assinado em 1946, atualizando os acordos anteriores.

Mais dois protocolos sobre o controle de drogas foram firmados em 1948 (Paris) e em 1953 (Nova York), sendo este último para regulamentar o cultivo de papoula e o comércio de ópio.

Um marco na política internacional sobre drogas ocorreu em 1961, quando a ONU promoveu a Convenção Única sobre Entorpecentes, na cidade de Nova York. Essa Convenção sistematizou medidas de controle da oferta de entorpecentes, visando assegurar a disponibilidade de tais substâncias somente para fins médicos e científicos. Estabeleceu ainda medidas para combater o tráfico de drogas, reforçando a cooperação internacional, atribuindo aos estados signatários a responsabilidade de implementá-las no plano nacional.

Na seara criminal, o tratado não considerava ilegal apenas a venda da droga, mas a produção e o uso em desacordo com as recomendações, determinando penas de prisão inclusive para os usuários.

Segundo BOITEUX *et al.* (2009):

Em que pese que em seu preâmbulo tenha ficado registrado que a razão do incremento do controle seria “a preocupação com a saúde física e mental das pessoas”, o meio para alcançar tal objetivo era exclusivamente a absoluta proibição do uso e do comércio de tais substâncias e a repressão penal aos violadores dessa norma. Nesse momento, nota-se a radicalização do controle internacional de drogas, que passou a buscar a total erradicação do consumo e da produção de determinadas substâncias, inclusive algumas que eram consumidas há milênios por tribos nativas da América Latina, como é o caso da folha de coca no Peru e na Bolívia. Pretendia-se, então, impor uma valoração negativa sobre uma cultura ancestral, sem levar em consideração a diversidade cultural dos povos, proibição esta que perdura até hoje, contra a qual vem se opondo o governo da Bolívia em especial, diante da violação aos direitos humanos das comunidades nativas da região. (BOITEUX *et al.*, 2009, p. 27).

A Convenção fixou, ainda, a competência das Nações Unidas em matéria de fiscalização internacional e estabeleceu o procedimento para a inclusão de novas substâncias a serem controladas. Quanto ao tratamento médico e à reabilitação dos toxicômanos, o assunto somente foi abordado no artigo 38:

Tratamento de Toxicômanos

1. As Partes darão especial atenção à concessão de facilidades para o tratamento médico, o cuidado e a reabilitação dos toxicômanos.
2. Se a toxicomania constituir um problema grave para uma das Partes e se seus recursos econômicos permitirem, é conveniente que essa Parte conceda facilidades adequadas para o tratamento eficaz dos toxicômanos. (ART. 38 DA CONVENÇÃO ÚNICA SOBRE ENTORPECENTES, de 1961).

Em 1971, devido ao aumento do consumo de substâncias sintéticas, a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, em Viena, incluiu as drogas psicotrópicas, como anfetaminas, estimulantes e o LSD, no rol das substâncias submetidas ao controle internacional.

No ano seguinte (1972), em Genebra, foi assinado um protocolo alterando a Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961, com intuito de aumentar os esforços para prevenir a produção ilícita, o tráfico e o uso de drogas, mas também se ressaltou a necessidade de tratamento e reabilitação dos dependentes, além da previsão da possibilidade de penas alternativas ou adicionais aos usuários.

BOITEUX *et al.* (2009, p. 28) ressaltam a importância desse protocolo, pois permitia aos Estados adotarem medidas menos repressivas com relação aos usuários, incluindo a substituição das penas privativas de liberdade por outras medidas. Esse protocolo ainda é utilizado como fundamento legal pelos países europeus ao adotarem “uma política alternativa para os usuários, que incluem opção de tratamento e redução de danos.”

Em junho de 1987, ocorreu, em Viena, a Conferência Internacional sobre o Uso Indevido e o Tráfico Ilícito de Entorpecentes, com a participação, pela primeira vez, da Comunidade Europeia (atual União Europeia). Na ocasião, foi aprovado um plano de atividades em matéria de fiscalização do uso indevido de entorpecentes, para posterior definição das políticas de drogas dos âmbitos internos dos países.

BOITEUX *et al.* (2009, p. 28) afirmam que a Convenção é “o marco da internacionalização da política repressiva norte-americana para o mundo ou seu ponto de convergência no âmbito internacional.”

Um ano após a conferência, em 1988, foi aprovado o texto da Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas. Dentre outras medidas previstas contra o tráfico de drogas, incluiu temas sobre a lavagem de dinheiro, confisco de bens, extradição, cooperação internacional e controle de precursores químicos utilizados na produção de drogas.

No artigo 3º são previstos os delitos e as penas, estabelecendo-se aos Estados membros que adotem as medidas necessárias para caracterizar como delitos penais todas as atividades relacionadas à produção, cultivo, venda, transporte, distribuição, posse, aquisição e cultivo para consumo pessoal de qualquer entorpecente ou substância psicotrópica, incluídos nas listas das Convenções de 1961 ou 1971, e a fabricação, o transporte ou a distribuição de equipamento, material ou substâncias utilizadas para o cultivo, a produção ou a fabricação ilícita de tais substâncias. Criminalizou também a incitação pública do uso e consumo de drogas e a participação, associação, tentativa, assistência, facilitação e assessoramento no crime de tráfico.

Esse mesmo artigo 3º sugere, quanto às penas a serem aplicadas, que as sanções sejam proporcionais à gravidade dos delitos, variando desde a pena de prisão até outras formas de privação de liberdade, assim como sanções pecuniárias e o confisco.

Para os usuários, sugere a aplicação de medidas de tratamento, educação, acompanhamento posterior, reabilitação ou reintegração social do delinquente, a título substitutivo ou complementar da condenação ou da sanção penal, ou seja, a Convenção de 1988 considera como tráfico ilícito também a posse, a compra ou o cultivo para o uso pessoal, apesar de prever a possibilidade de aplicação de outras medidas como substituição.

Insta ressaltar que as três Convenções das Nações Unidas, ainda hoje em vigor, são complementares e apenas orientam a política internacional e a legislação sobre drogas, estabelecendo as diretrizes para as políticas de drogas dos Estados signatários.

Como destacado por BOITEUX *et al.* (2009):

No final da década de 80 parecia que o consenso entre os governos tinha sido alcançado, considerando-se o fenômeno das drogas ilícitas como um desafio coletivo global, assentado nos princípios da cooperação e da corresponsabilidade, dentro da proposta repressiva. (BOITEUX *et al.* 2009, p. 28).

Após dez anos (1998), ocorreu na cidade de Nova York uma Sessão Especial da Assembleia Geral da ONU (UNGASS), para discutir o problema mundial das drogas. Inobstante os esforços da maioria dos países em reduzir a produção, o tráfico e o consumo de drogas ilícitas, os resultados alcançados não eram satisfatórios.

Na ocasião, foi aprovada uma declaração política, na qual os Estados membros das Nações Unidas se comprometeram a eliminar ou reduzir de forma significativa a oferta e a demanda de drogas ilícitas até o ano de 2008; uma declaração sobre os princípios orientadores da redução da demanda por drogas (incluindo programas de prevenção, educação, tratamento, reabilitação e reintegração social aos usuários) e uma resolução com medidas para reforçar a cooperação internacional, buscando estratégias conjuntas para tratar da questão.

Em linhas gerais, não houve mudanças nas estratégias anteriores estabelecidas pelas três convenções para a redução da oferta e da demanda de drogas.

Em 2009, a Comissão de Narcóticos das Nações Unidas (CND) reuniu-se em Viena para avaliar e revisar as estratégias de ação firmadas pela ONU em 1998, para a política mundial de drogas.

Como citado por BOITEUX *et al.* (2009), muitas foram as expectativas quanto à revisão da política de drogas:

Dentre as expectativas de mudança esperadas pela sociedade civil, estavam temas considerados polêmicos como o reconhecimento oficial da política de redução de danos pelos órgãos de controle de drogas, a proporcionalidade das penas, a redução do controle (despenalização ou descriminalização) dos usuários e drogas e o reconhecimento dos seus direitos individuais, além dos direitos coletivos dos povos indígenas (especialmente com relação aos cultivos tradicionais nos Andes, na Ásia e África). (BOITEUX *et al.*, 2009, p. 39).

Contudo, não houve alterações significativas no plano de ação da ONU para as drogas. O relatório apresentado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) afirmou que apesar de não terem alcançado a meta proposta nos últimos dez anos, o atual sistema de controle obteve sucesso, visto que houve uma estabilização na produção, no tráfico e no consumo.

Assim, os países reafirmaram o compromisso da UNGASS de 1998, no Plano de Ação que norteará a política internacional de drogas até 2019, de "minimizar e, eventualmente, eliminar a disponibilidade e o uso de drogas ilícitas".

De acordo com BOITEUX *et al.* (2009):

Por outro lado, percebe-se na fala do Diretor do UNODC maior abertura a questões sensíveis, como a saúde do usuário, o respeito aos direitos humanos e a noção de responsabilidade compartilhada das nações na implementação e financiamento do controle de drogas, o que não deixa de ser positivo. (BOITEUX *et al.*, 2009, p. 42).

Apesar de não terem ocorrido mudanças significativas no rumo da política internacional de drogas, que ainda adota um modelo proibicionista, observa-se que alguns países, principalmente na Europa, estão questionando a política de drogas defendida pela ONU e adotando políticas públicas alternativas como a estratégia de redução de danos e a despenalização da posse e do uso de drogas.

Nesse sentido, BOITEUX *et al.* (2009) asseveram que:

O final do século XX marca um momento em que o proibicionismo, apesar de questionado por seu fracasso, ainda se mantém na sua versão mais repressiva nos EUA e na Ásia, mas, por outro lado, o continente europeu vem se destacando na implementação de políticas alternativas, como a redução de danos e propostas desde a despenalização da posse e do uso, encontrada na ampla maioria dos países europeus, passando pela descriminalização levada a cabo por Portugal e Espanha, até a experiência holandesa que despenalizou, além da posse de drogas, o cultivo e o pequeno comércio de *cannabis*. Estas últimas, em especial, são estratégias de política criminal a serem estudadas, pois representam uma oposição, ainda que moderada, ao proibicionismo. (BOITEUX *et al.*, 2009, p. 47).

Conforme exposto, pode-se observar que o proibicionismo, apesar de continuar bastante rígido em alguns países, tem ganhado flexibilidade em países da Europa. RIBEIRO e ARAÚJO (2006) destacam que:

Há uma heterogeneidade de políticas de drogas entre os estados europeus, apesar de uma tendência em direção à flexibilização liberalizante, seja qual for o país. De modo geral, as políticas nacionais apresentam formalmente suas estratégias divididas em três áreas: redução de oferta, de demanda e de danos. [...].

A partir dos anos 80, porém, houve uma mudança de paradigma: estratégias que partiam da aceitação do consumo e empenhadas em alterar comportamentos de risco dos usuários (prevenção de infecções, overdoses e acidentes) passaram a ganhar força em muitos países, ao contrário das abordagens anteriores, voltadas essencialmente para a abstinência e criminalização do uso. A partir de então, países europeus como a Espanha, Portugal, Itália, Alemanha, Suíça e Inglaterra começaram a direcionar suas políticas para a redução de danos. (RIBEIRO; ARAÚJO, 2006, p. 466-467).

Os autores enfatizam ainda que a Holanda, desde a década de 70, adota políticas mais flexíveis para o controle do consumo de drogas ilícitas, voltadas principalmente para o bem-estar físico e social dos usuários. Com o surgimento da AIDS nos anos 80, as autoridades sanitárias holandesas adotaram algumas medidas, visando à redução de danos ocasionados pelo consumo, como a troca de seringas, instituída em 1984 e, posteriormente, adotada por outros países; a criação de salas de injeção, onde os usuários recebiam material esterilizado e orientação profissional acerca de métodos mais seguros de aplicação endovenosa e o treinamento de multiplicadores comunitários.

BOITEUX *et al.* (2009) consideram que a Declaração aprovada em Viena marca um momento importante na política internacional de drogas, pois expôs a falta de consenso entre os países com relação às medidas de controle de drogas. Segundo os autores:

Pode-se dizer que as conclusões da reunião da CND de 2009, apesar de todas as expectativas positivas, foram no sentido de manter o sistema atual, tendo havido pouca abertura para as discussões dos temas propostos pela sociedade civil, como direitos humanos, proporcionalidade, redução de danos e cultivos alternativos. Na reavaliação das políticas de drogas em 2009, optou-se oficialmente pela continuidade, mas agora esta política internacional oficial foi desafiada publicamente. Pela primeira vez, houve uma manifestação pública de ausência de consenso, o que nunca havia ocorrido antes. (BOITEUX *et al.*, 2009, p. 46).

Observa-se que, de certo modo, não obstante a manutenção oficial da política proibicionista, a reunião ocorrida em Viena promoveu e estimulou a discussão sobre a adoção de políticas alternativas pelos países.

1.2 ABORDAGEM HISTÓRICA DA LEGISLAÇÃO E DA POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS

A legislação sobre drogas no Brasil é orientada pelo modelo internacional, com fortes influências de países europeus e dos Estados Unidos da América. Conforme FANTAUZZI e AARÃO (2010, p. 82), “o Brasil teve a formulação de suas leis, em sua maioria, voltada para abordagens proibicionistas.”

A primeira legislação a abordar o tema foram as Ordenações Filipinas³ – com vigência no país de 1603 a 1830. O texto proibia o uso, porte e o comércio de substâncias tóxicas, sob pena de perda da fazenda ou de ser deportado para a África, salvo os boticários com autorização, como previsto no Livro V, título 89:

Que ninguém tenha em sua caza rosalgar, nem o venda, nem outro material venenoso. Nenhuma pessoa tenha em sua caza para vender, rosalgar branco, nem vermelho, nem amarello, nem solimão, nem água delle, escamonéa, nem ópio, salvo se for Boticário examinado e que tenha llicença para ter Botica e usar do Officio. E para qualquer outra pessoa que tiver em sua caza alguma das ditas cousas para vender, perca toda sua fazenda, a metade para nossa Câmera e a outra para quem o accusar e seja degradado para África até nossa mercê. E a mesma pena terá quem as ditas cousas trouxer de fora e as vender a pessoas que não forem Boticários. (ORDENAÇÕES FILIPINAS, Quinto Livro das Ordenações, Título LXXXIX).

O Código Criminal do Império (1830) não fez referência sobre o uso ou comércio de drogas. Já o Código Penal Republicano, de 1890, proibiu os boticários de vender ou ministrar substâncias venenosas sem autorização e sem as formalidades previstas nos regulamentos sanitários.⁴

No início do século XX, com a expansão do consumo de substâncias psicoativas no mundo, principalmente o ópio, ocorrem as primeiras Convenções Internacionais sobre drogas, iniciando o controle sobre a oferta e o consumo dessas substâncias.

Seguindo a tendência internacional, em 1912, o Brasil subscreveu o protocolo suplementar de assinaturas da Conferência Internacional do Ópio, realizada em Haia. Em decorrência, foram editados os Decretos n. 2.861, de 1914 e n. 11.481, de 1915, confirmando a adesão e incriminando o uso do ópio, da morfina e seus derivados e da cocaína.

Em 1921, foram promulgados os decretos n. 4.294 e o n. 14.969, que regulamentava o anterior. Foi revogado o artigo 159 do Código Penal de 1890 e prevista a internação dos toxicômanos.

Nesse sentido:

Art. 1º Vender, expôr à venda ou ministrar substâncias venenosas, sem legítima autorização e sem as formalidades prescriptas nos regulamentos sanitários:

³ As Ordenações Filipinas, ou Código Filipino, são uma compilação jurídica, que vigorou em Portugal e no Brasil de 1603 a 1830, fruto da reforma do Código Manuelino, por Filipe II da Espanha (Filipe I de Portugal), durante o domínio castelhano.

⁴ Art. 159 do Código Penal de 1890: Expor à venda ou ministrar substâncias venenosas, sem legítima autorização e sem as formalidades prescriptas nos regulamentos sanitários: Pena – de multa de 200\$000 a 500\$000.

Pena: multa de 500\$ a 1:000\$000.

Paragrapho unico. Si a substancia venenosa tiver qualidade entorpecente, como o opio e seus derivados; cocaina e seus derivados:

Pena: prisão celllular por um a quatro annos.

Art. 6º O Poder Executivo creará no Districto Federal um estabelecimento especial, com tratamento medico e regimen de trabalho, tendo duas secções: uma de internandos judiciarios e outra de internandos voluntarios.

§ 1º Da secção judiciaria farão parte:

- a) os condenados, na conformidade do art. 3º;
- b) os impronunciados ou absolvidos em virtude da dirimente ao art. 27, § 4º, do Codigo Penal, com fundamento em molestia mental, resultado do abuso de bebida ou substancia inebriente, ou entorpecente das mencionadas no art. 1º, paragrapho unico desta lei.

§ 2º Da outra secção farão parte:

- a) os intoxicados pelo alcool, por substancia venenosa, que tiver qualidade entorpecente das mencionadas no art. 1º, paragrapho unico desta lei, que se apresentarem em juizo, solicitando a admissão, comprovando a necessidade de um tratamento adequado e os que, a requerimento de pessoa da familia, forem considerados nas mesmas condições (letra a), sendo evidente a urgencia da internação, para evitar a pratica de actos criminosos ou a completa perdição moral.

§ 3º O processo para a internação na segunda secção com base em exame medico, correrá perante o juiz Orphãos com rito summario, e poderá ser promovido pelo curador de Orphãos, com ou sem provocação por parte da Policia, dando o juiz curador a lide para defender os direitos do mesmo interditando. (DECRETO Nº 4.294, de 6 de Julho de 1921).

Após novas Convenções Internacionais, em 1932, com a Consolidação das Leis Penais, ampliou-se o rol de substâncias proibidas, com a imposição de pena de prisão para os delitos de tráfico ilícito de entorpecentes e de ter em depósito ou sob sua guarda substâncias consideradas tóxicas.⁵

Em 1936, foi instituída a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes, por meio do Decreto n. 780, com objetivo de estudar e fixar as normas gerais sobre fiscalização e repressão do tráfico e uso de entorpecentes e consolidar a legislação nacional sobre a matéria.

Seguindo os preceitos da Convenção de Genebra de 1936 e as orientações da Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes, em 1938 foi aprovada a Lei de Fiscalização de Entorpecentes (Decreto-Lei n. 891), que, dentre outros aspectos, especificou as substâncias consideradas entorpecentes; estabeleceu normas sobre a fiscalização e repressão da produção, do tráfico e do consumo e, no capítulo III, tratou da internação e interdição civil dos toxicômanos.

⁵ Art. 159. Vender, ministrar, dar, trocar, ceder ou, de qualquer modo, proporcionar substâncias entorpecentes; propor-se a qualquer desses actos sem as formalidades prescriptas pelo Departamento Nacional de Saúde Publica; induzir ou instigar por actos ou por palavras o uso de qualquer dessas substâncias: Pena – de prisão celllular por um a cinco annos e multa de 1:000\$ a 5:000\$000.

1º. Quem for encontrado tendo comsigo, em sua casa, ou sob sua guarda, qualquer substancia tóxica, de natureza analgésica ou entorpecente, seus saes, congêneres, compostos e derivados, inclusive especialidades farmacêuticas correlatas, como taes consideradas pelo Departamento Nacional de Saúde Publica, em dóse superior á therapeutica determinada pelo mesmo Departamento, e sem expressa prescrição medica ou de cirurgião dentista, ou quem, de qualquer forma, concorrer, para disseminação ou alimentação do uso de alguma dessas substancias: Penas – de prisão celllular por três a nove mezes e multa de 1:000\$ a 5:000\$000.

Nesse período, a toxicomania e até mesmo a intoxicação habitual eram tratadas como doenças, devendo ser notificadas compulsoriamente à autoridade sanitária (art. 27 do citado decreto), não sendo permitido o tratamento em domicílio. O tratamento previa a internação obrigatória ou facultativa do indivíduo, inclusive, por tempo indeterminado, e sua interdição civil.

Conforme previsão do § 1º, do artigo 29, era possível justificar as internações compulsórias em razão da conveniência à ordem pública, ou seja, naquele momento a preocupação do legislador e do governo não era com o tratamento e a reabilitação do dependente.

Quanto às internações “facultativas”, é salutar frisar que essas não dependiam exclusivamente da vontade do paciente, pois poderiam ser requeridas pelos representantes legais, cônjuges ou parentes de até 4º grau do usuário.

Posteriormente, a parte penal do Decreto-Lei n. 891/1938 foi alterada pelo artigo 281 do Código Penal de 1940 e as normas sobre fiscalização foram complementadas pelo Decreto-Lei n. 3.114/41, conforme citado por GRECO FILHO (2009, p.62).

Dispõe o artigo 281:

Art. 281. Importar ou exportar, produzir, vender, expor à venda ou oferecer, fornecer, ainda que gratuitamente, ter em depósito, transportar, trazer consigo, ministrar ou entregar de qualquer forma, a consumo substância entorpecente, ou que determine dependência física ou psíquica, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar.
Pena - reclusão, de 1 (um) a 6 (seis) anos e multa de 50 (cinquenta) a 100 (cem) vezes o maior salário mínimo vigente no País.

Destaque-se que no Código Penal de 1940 o consumo de drogas não foi criminalizado e até o ano de 1968 não houve alterações significativas nas disposições legais acerca do tratamento de usuários e dependentes.

Ainda digno de nota, é o Decreto-Lei n. 159/67, que “equiparou as substâncias capazes de determinar dependência física ou psíquica aos entorpecentes para os fins penais e de fiscalização e controle”, como salientado por GRECO FILHO (2009, p.64).

Em 1968, o Decreto-Lei n. 385 alterou o artigo 281 do Código Penal equiparando o usuário ao traficante, na medida em que fixou a mesma pena para ambos.

Nesse período de governos autoritários, a política criminal de drogas no Brasil passou do modelo sanitário, vigente até a década de 60, no qual o viciado era tratado como doente e não era criminalizado, mas submetido a rigoroso tratamento, com o aproveitamento das técnicas higienistas utilizadas no controle da febre amarela e varíola, para o modelo bélico, ingressando em definitivo o país no cenário internacional de combate às drogas.

Na economia, houve um crescimento e modernização da indústria e serviços, consolidando uma sociedade urbana e produtiva, que exigia trabalhadores eficientes e capazes de enfrentar as excessivas jornadas de trabalho, circunstâncias que auxiliaram no processo de criminalização das drogas, criando a reprovação moral do uso dessas substâncias, visto que prejudicava os novos interesses econômicos.

Para BATISTA (1997), o ano de 1968 significou a baliza divisória da ruptura do modelo de política criminal, que se deslocou do sanitário para o bélico, com toda a ingerência advinda do golpe militar, apesar de algumas permanências vinculadas ao modelo sanitário, como na construção do estereótipo da dependência e da doença, no caso dos usuários.

A legislação brasileira adaptou-se ao modelo internacional da “guerra às drogas” com a intensificação da repressão, fundamentada pela ideologia de combate ao “inimigo interno”. Na ocasião, o tráfico de drogas passou a ser compreendido como ameaça à segurança nacional e os traficantes foram equiparados aos inimigos políticos do regime.

Em 1971, entrou em vigor a Lei n. 5.726, que estabeleceu ser dever de todos colaborar no combate ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica (art.1º). A lei acentuou a política repressiva de combate às drogas.

Quanto ao tratamento, a lei previa que, mediante determinação judicial, poderia ocorrer a internação dos infratores viciados (sem condições de discernirem acerca do caráter ilícito do seu ato ou de se determinarem de acordo com esse entendimento) em estabelecimento hospitalar para tratamento psiquiátrico pelo tempo necessário a sua recuperação (art. 10). A medida também era aplicada aos menores de 18 anos (art. 12) e visava à “reabilitação criminal do viciado” (art. 13).

A Lei n. 6.368, de 1976, que substituiu a anterior, trouxe algumas inovações, dentre as quais, a revogação do artigo 281 do Código Penal; a substituição do termo combate, previsto no primeiro artigo da Lei n. 5.726, por “prevenção e repressão” e a distinção do usuário e dependente do traficante de drogas. Foi fixada pena entre 3 e 15 anos de reclusão e multa para o tráfico, e de detenção de 6 meses a 2 anos e multa para o usuário, com possibilidade de substituição por pena alternativa e suspensão condicional da pena (*sursis*), desde que preenchidos os requisitos previstos no artigo 77 do Código Penal.⁶

⁶ Art. 77 - A execução da pena privativa de liberdade, não superior a 2 (dois) anos, poderá ser suspensa, por 2 (dois) a 4 (quatro) anos, desde que:

I - o condenado não seja reincidente em crime doloso;
II - a culpabilidade, os antecedentes, a conduta social e a personalidade do agente, bem como os motivos e as circunstâncias autorizem a concessão do benefício;
III - Não seja indicada ou cabível a substituição prevista no Art. 44 deste Código.

A lei estava dividida em cinco capítulos, que dispunham sobre a prevenção; o tratamento e a recuperação; os crimes e as penas; o procedimento criminal e as disposições gerais.

Quanto ao tratamento e à recuperação dos dependentes, foi ampliada a assistência à saúde a todos os dependentes de substâncias entorpecentes. No artigo 9º, foi previsto que o tratamento deveria ser fornecido pelas redes de serviço público de saúde dos Estados, Distrito Federal e Territórios, o que demonstra que o tratamento ambulatorial foi inserido ao lado da internação obrigatória (art. 10).⁷

O Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes foi instituído em 1980, por meio do Decreto n. 85.110, conforme previsto no artigo 3º, da Lei n. 6.368/76, vinculado ao Ministério da Justiça, com objetivo de formular a Política Nacional de Entorpecentes e desenvolver as atividades de prevenção, fiscalização e repressão ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, bem como, as atividades de recuperação de dependentes.

Esse sistema estruturou os Conselhos de Entorpecentes, nos âmbitos nacional, com o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), estadual, com o Conselho Estadual de Entorpecentes (CONEN) e municipal, com o Conselho Municipal de Entorpecentes (COMEN).

Cabia ao CONFEN dar orientações normativas e supervisionar os demais órgãos do Sistema, no cumprimento de responsabilidades específicas delegadas por este. Dentro da estrutura traçada, cabia ao Departamento da Polícia Federal as ações de repressão e prevenção ao tráfico e uso de drogas ilícitas. A assistência médica e social especializada aos usuários de drogas era de atribuição do antigo INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

Apesar de destacar as atividades de caráter repressivo, o CONFEN, principalmente a partir do fim da década de 1980, com a redemocratização do país, desenvolveu algumas iniciativas voltadas à prevenção e redução de danos, como o apoio às comunidades terapêuticas, aos centros de referência em tratamento, prevenção e pesquisa e aos programas para redução da transmissão do HIV entre usuários de drogas injetáveis, como será exposto.

⁷ Art. 10. O tratamento sob regime de internação hospitalar será obrigatório quando o quadro clínico do dependente ou a natureza de suas manifestações psicopatológicas assim o exigirem.

§ 1º Quando verificada a desnecessidade de internação, o dependente será submetido a tratamento em regime extra-hospitalar, com assistência do serviço social competente.

§ 2º Os estabelecimentos hospitalares e clínicas, oficiais ou particulares, que receberem dependentes para tratamento, encaminharão à repartição competente, até o dia 10 de cada mês, mapa estatístico dos casos atendidos durante o mês anterior, com a indicação do código da doença, segundo a classificação aprovada pela Organização Mundial de Saúde, dispensada a menção do nome do paciente.

Em 1987, antes mesmo de previsão legal, surgiu o primeiro CAPS - Centro de Atenção Psicossocial, na cidade de São Paulo, fruto da VIII Conferência de Saúde, realizada em 1986.

MARQUES; RANIERI (2011) destacam que:

Como instância intermediária entre o hospital psiquiátrico e o ambulatório de saúde mental e com trajetória própria, esse CAPS experimentou novas práticas, assimilando conhecimentos de várias experiências alternativas à psiquiatria hospitalocêntrica⁸, principalmente da psicoterapia institucional francesa e da psiquiatria democrática italiana. (MARQUES; RANIERI, 2011, p. 35).

O CAPS Luis da Rocha Cerqueira ou CAPS Itapeva, como era denominado, e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), implantados a partir de 1989, em Santos (destinados a atender pacientes com demandas em saúde mental, com funcionamento 24 horas e com leitos para pacientes em crise), tornaram-se referência em todo o Brasil e subsidiaram o Ministério da Saúde na formulação da Portaria n. 224/92, primeiro documento oficial a definir CAPS e NAPS⁹ e a prever o credenciamento e financiamento dessas unidades pelo SUS.

Nesse sentido ONOCKO-CAMPOS; FURTADO (2006) afirmam que:

Inserido no contexto político da redemocratização do país e nas lutas pela revisão dos marcos conceituais, das formas de atenção e de financiamento das ações de saúde mental que se fortaleceram a partir do final da década de 1980 na América Latina e no Brasil, o CAPS Luis da Rocha Cerqueira (ou CAPS Itapeva), juntamente com os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), inaugurados a partir de 1989, em Santos, irão se constituir em referência obrigatória para a implantação de serviços substitutivos ao manicômio em nosso país. (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006, p. 1055).

A VIII Conferência de Saúde citada representa um marco na luta pela universalização da saúde no Brasil e impulsionou a reforma sanitária, culminando com o reconhecimento e inserção da saúde na Constituição Federal de 1988.

A nova Constituição, chamada de constituição cidadã, preceitua ser a saúde um direito de todos e dever do Estado, ou seja, todo cidadão tem garantido o acesso às ações de prevenção, promoção e, principalmente, recuperação da saúde. A Constituição estabeleceu também a criação

⁸ É o modelo assistencial em que o hospital funciona como o centro do sistema de saúde.

⁹ 2.1 - Os NAPS/CAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional.

2.2 - Os NAPS/CAPS podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendem também pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental.

do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, e lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Cite-se também que na Constituição Federal de 1988, o tráfico de drogas foi equiparado aos crimes hediondos, prevendo a inafiançabilidade e a proibição de anistia e graça, modos de renúncia estatal ao direito de punir do Estado (art. 5º, inciso XLIII da CF). Ainda, foi prevista a extradição de brasileiros naturalizados envolvidos com o tráfico de drogas e a expropriação de terras cultivadas com plantações ilícitas e confisco dos bens decorrentes do tráfico de drogas.

A partir da década de 1990, com a assinatura da Declaração de Caracas¹⁰, o Brasil assumiu o compromisso de promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, permitindo a promoção de modelos alternativos ao hospital psiquiátrico, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais, e assegurar o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais. Nesse período, a atenção psiquiátrica aproximou-se da atenção primária à saúde, priorizando o atendimento ambulatorial ao modelo hospitalocêntrico, quando, então, o atendimento com enfoque preventivo, através dos serviços comunitários, passou a ser utilizado.

Em 1991, foi criado pelo Ministério da Saúde o Serviço de Atenção ao Alcoolismo e à Dependência Química, vinculado à Coordenação de Saúde Mental. Esse serviço se destinava a ações de prevenção, assistência e tratamento na área de drogas, visando reduzir a demanda crescente do usuário de drogas e priorizava serviços alternativos, como o tratamento ambulatorial à internação psiquiátrica.

As primeiras ações de redução de danos, no Brasil, ocorreram no ano de 1992, na cidade de Santos. Esse município, no final da década de 1980, apresentava altos índices de contaminação pelo vírus do HIV entre usuários de drogas injetáveis. Inicialmente, a sociedade civil, com apoio do aparato policial, procurou reprimir essas ações, sob o argumento de que elas estimulariam o consumo de drogas.

Em 1994, o CONFEN foi favorável à realização das atividades de redução de danos e o primeiro programa brasileiro teve início na Bahia, em 1995. Este introduziu intervenções de campo sobre os riscos associados ao uso de drogas, principalmente as injetáveis, bem como, forneceu orientações sobre prevenção de infecção pelo vírus HIV.

Em 1998, o CONFEN passou a apoiar e promover os centros de referência em tratamento, prevenção e pesquisa sobre drogas, como destacado por MACHADO e MIRANDA (2007):

¹⁰ Documento final da Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde, convocada pela Organização Pan-Americana da Saúde. Esse documento marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas.

A partir do início da década de 1980, surgiram centros de tratamento, pesquisa e prevenção na área. Em 1988, eles foram reconhecidos pelo Confen como centros de referência. Muitos deles foram criados nas universidades públicas, como o Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (Proad) do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); o Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos (Cordato) da Universidade de Brasília (UnB); o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas (Nepad) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ); o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (Cetad) da Universidade Federal da Bahia (UFBA); e o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid) do Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Apenas dois centros foram criados no âmbito do setor público estadual de saúde: o Centro Mineiro de Toxicomania (CMT), em Minas Gerais, e o Centro Eulámpio Cordeiro de Recuperação Humana (CECRH), em Pernambuco. (MACHADO; MIRANDA, 2007, p. 808).

Os centros de referências, inicialmente, eram vinculados às universidades públicas, que desenvolviam ações de prevenção e assistência ao uso de álcool e outras drogas, tratamento clínico e redução de danos, com um perfil mais voltado à produção de conhecimento científico do que de atendimento ao público dependente, o que acarretou na pouca articulação com o sistema público de saúde, mas em produção acadêmica relevante.

A carência do estado na oferta de assistência aos dependentes de álcool e outras drogas e suas famílias era suprida, de certa forma, pelas comunidades terapêuticas, normalmente de natureza não governamental e de caráter religioso. O CONFEN contribuiu para a criação de normas mínimas de funcionamento para esses estabelecimentos, os auxiliando na adequação técnica, normativa e ética.

Em 1998, o Conselho Federal de Entorpecente foi substituído pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), transferindo sua vinculação para a Casa Militar da Presidência da República. O Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes foi reestruturado e transformado em Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD).

Como órgão executivo do Sistema, criou-se a SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas, com incumbência de criar a Política Nacional Antidrogas, com aprovação e auxílio do CONAD (órgão normativo e de deliberação coletiva do Sistema). Até então, o Brasil não contava com uma política nacional específica sobre o tema.

As atribuições da SENAD abrangem a prevenção, o tratamento e a reinserção social dos usuários de drogas. Suas ações devem ser executadas em articulação com outras esferas de governo, como o Ministério da Saúde, Educação e Assistência Social, dentre outros.

Essas mudanças são decorrência da participação brasileira na XX Assembleia Geral das Nações Unidas, na qual foram discutidos os "Princípios Diretivos de Redução da Demanda por Drogas", aderidos pelo Brasil.

Apesar do avanço, as atividades relacionadas à saúde de usuários e dependentes não foram vinculadas ao Ministério da Saúde, mas ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, sendo executadas pela SENAD. Ao Ministério da Saúde, integrante do SISNAD, coube as ações relacionadas à vigilância sanitária (regulação da produção e fiscalização dos produtos e substâncias psicoativas para fins científicos e terapêuticos).

Nesse sentido, MACHADO e MIRANDA (2007) afirmam que:

O novo arranjo institucional e a definição do papel da Senad reafirmaram a tendência a uma duplicidade na atribuição de responsabilidades. No Sisnad, a Senad é o órgão executivo das ações sanitárias destinadas aos dependentes de drogas, e no setor de saúde, um outro Sistema, o SUS, é o responsável pela prestação de assistência integral a todos os cidadãos brasileiros. Apesar de terem responsabilidades e atribuições comuns, esses espaços institucionais permaneceram desarticulados até o início do governo Lula, em 2003, quando se fez um esforço de integração das diversas áreas ligadas ao tema. (MACHADO; MIRANDA, 2007, p. 813).

No ano de 2002, foi aprovada a Lei n. 10.409, com intuito de substituir a Lei n. 6368/76. Essa foi a primeira legislação brasileira a fazer referência à redução de danos, incumbindo ao Ministério da Saúde sua regulamentação (art. 11, § 2º).¹¹

Em virtude do veto do Poder Executivo ao capítulo referente aos crimes e penas, foi aplicada somente a parte processual dessa lei, que deveria ser combinada com os crimes e penas previstos na lei anterior.

A Política Nacional Antidrogas (PNAD) foi instituída em 2002, após a realização de dois Fóruns Nacionais Antidrogas, respectivamente nos anos de 1998 e 2001, com a presença dos segmentos mais organizados que atuavam na área, como policiais, profissionais ligados às comunidades terapêuticas, à área científica e aos projetos de redução de danos. Apesar das diretrizes proibicionistas, a política destacou aspectos da prevenção, recuperação e tratamento dos usuários de substâncias psicoativas.

¹¹ Art. 11. (VETADO)

§ 1º O tratamento do dependente ou do usuário será feito de forma multiprofissional e, sempre que possível, com a assistência de sua família.

§ 2º Cabe ao Ministério da Saúde regulamentar as ações que visem à redução dos danos sociais e à saúde.

Em 2003, o Ministério da Saúde formulou a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, diretriz principal na área da saúde pública, tema que será tratado no próximo capítulo.

Em 2004, houve uma reestruturação da PNAD, condizente com as novas mudanças, como a implementação de programas de redução de danos na atenção à saúde de usuários de drogas injetáveis e com a Política do Ministério da Saúde Para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. A realização de fóruns regionais e nacionais, com a participação de setores estatais e não-estatais, da comunidade científica e da sociedade civil organizada, resultou na instituição da nova Política Nacional Sobre Drogas, no ano de 2005.

A Política Nacional Sobre Drogas destaca a importância de incluir a questão do uso abusivo de drogas como um problema de saúde pública e contempla ações de prevenção (orientadas pelo princípio da responsabilidade compartilhada entre todos os níveis do governo e da sociedade civil), tratamento, recuperação e reinserção social dos usuários, redução dos danos sociais e à saúde, redução da oferta e estudos, pesquisas e avaliações sobre as práticas adotadas, com o intuito de orientar a continuidade ou reformulação das políticas.

Seus principais objetivos são:

- a) a conscientização da sociedade brasileira acerca das implicações sociais decorrentes do uso de substâncias psicoativas; b) a formação e a capacitação de diversos atores da sociedade que contribuem com ações efetivas e eficazes de redução da oferta, da demanda e dos danos vinculados aos psicoativos; c) o conhecimento, a sistematização e a divulgação de ações de prevenção relacionadas ao uso indevido de drogas; d) a implantação de redes intersetoriais entre órgãos públicos e privados que garantam assistência aos indivíduos; e) o combate ao tráfico de drogas no território nacional; f) a avaliação e acompanhamento dos diversos tratamentos e iniciativas terapêuticas. (FAANTAUZZI; AARÃO, 2010, p. 88).

A Política assinala também a importância da descentralização das ações, com incentivo aos estados e municípios para criarem seus Conselhos Estaduais e Municipais sobre Drogas, com a formulação de políticas públicas setoriais, ampliação de seu alcance e maior participação social.

Ainda, no que tange ao tratamento, à recuperação e reinserção social e ocupacional, visa promover o direito à atenção à saúde especializada, por meio do acesso identificado, qualificado e garantido a todos os usuários, dependentes e seus familiares, de forma contínua. Na fase da recuperação, busca promover ações de reinserção familiar, social e ocupacional, como instrumento capaz de romper o ciclo consumo/tratamento para grande parte dos envolvidos.

A Política apresenta como um de seus pressupostos a construção de uma rede de assistência aos usuários e seus familiares, com diversas modalidades de atenção compostas por:

Unidade Básica de Saúde; ambulatórios; Centro de Atenção Psicossocial; Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas; comunidades terapêuticas; grupos de autoajuda e ajuda mútua; hospitais gerais e psiquiátricos; hospital-dia; serviços de emergências; corpo de bombeiros; clínicas especializadas; casas de apoio e convivência e moradias assistidas. Essas intervenções devem ocorrer de forma integrada e articulada, em rede nacional, com o Sistema Único de Saúde e com o Sistema Único de Assistência Social.

No enfrentamento da questão, a Política reconhece as ações de redução de danos como uma estratégia. São focadas na saúde pública e nos direitos humanos, com objetivo de reduzir os riscos, as consequências e os danos associados ao uso de álcool e outras drogas para o indivíduo, para a família e toda a coletividade, buscando melhoria da qualidade de vida e promoção da cidadania.

Em 2006, as Leis 6.368/76 e 10.409/02 foram substituídas pela Lei n. 11.343/06. A nova legislação brasileira sobre drogas estabeleceu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), orientado pela nova Política Nacional Sobre Drogas.

Na readequação a essa nova conjuntura, o termo “antidrogas” foi substituído por “políticas sobre drogas”. Assim, o Conselho Nacional Antidrogas passou a ser denominado Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas e a Secretaria Nacional Antidrogas mudou para Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas.

Alguns avanços foram observados em relação às legislações anteriores, como a distinção clara entre usuários, dependentes e traficantes; penas mais graves para os traficantes; o fim da pena privativa de liberdade para os usuários e dependentes; o fim do tratamento obrigatório para dependentes e a concessão de benefícios fiscais para iniciativas de prevenção, tratamento, reinserção social e repressão ao tráfico.

Observa-se que a nova lei demonstra um posicionamento mais moderado quanto à política de drogas, aproximando-se do modelo europeu, no tocante às atividades de prevenção do uso indevido e atenção aos usuários e dependentes de drogas, reconhecendo oficialmente, no artigo 20, a adoção das estratégias de redução de danos, preocupando-se com a reinserção social do usuário, do dependente e de seus familiares, considerando suas peculiaridades socioculturais, definindo um projeto terapêutico individualizado no tratamento, que deve ser colocado em prática, sempre que possível, de forma multidisciplinar e por equipes multiprofissionais.

A lei cita nos artigos 4º e 5º os princípios e objetivos do SISNAD, enumerando como diretrizes básicas o respeito à autonomia e aos direitos fundamentais do homem, a promoção da responsabilidade compartilhada entre Estado e Sociedade, dentre outros.

No entanto, apesar dos avanços, permanece na legislação brasileira a política repressiva no que tange aos crimes e penas para o tráfico de drogas, justificada pelo discurso proibicionista.

BOITEUX *et al.* (2009) asseveram que:

Sobre o Brasil, pode-se dizer que sua política é bem mais avançada do que as previstas nas convenções internacionais, se aproximando do modelo europeu de controle de drogas, especialmente diante do reconhecimento oficial das políticas de redução de danos. Apesar de o país não ter assinado a declaração interpretativa na reunião de 2009, o que seria um gesto político marcante, na prática, sua política de drogas é a mais avançada da América Latina, estando previstos em sua legislação interna como princípios básicos o respeito à autonomia e aos direitos humanos, além das estratégias de redução de danos. Porém, a crítica que se faz internamente é no sentido da necessidade de apoiar financeiramente a ampliação dos programas de redução de danos e de regulamentar essas estratégias no País. Porém, se considera que o aspecto negativo da atual política brasileira de drogas está na previsão legal do delito de tráfico, tendo em vista que a estratégia penal foi fracionada: para o usuário, o modelo despenalizador, influenciado pelo discurso médico-sanitário; para o traficante, a prisão, sem nenhuma alternativa, justificada pelo discurso simbólico do proibicionismo. (BOITEUX *et al.*, 2009, p. 47).

Nesse novo cenário traçado, a política sobre drogas no Brasil assume posições conflitantes. No plano internacional, são permeadas medidas proibicionistas, nos tratados e documentos dos quais o Brasil é signatário. Já internamente, os profissionais da área de saúde exercem pressão para que sejam implementados cada vez mais programas orientados pela lógica da redução de danos, mas esses esbarram em algumas dificuldades. Uma das dificuldades é a financeira, visto que a redução demanda ações referentes à prevenção, bem como, aquelas relacionadas com o tratamento, a recuperação, a reinserção social de usuários e dependentes. Outra dificuldade é no plano normativo, visto faltar regulamentação quanto ao agente redutor de danos como profissional e/ou trabalhador de saúde, garantindo sua capacitação e supervisão técnica.

CARVALHO (2013) afirma ainda que:

É notório que em matéria de direitos sociais, sobretudo aqueles relativos às áreas da educação e da saúde, se a legislação não determinar claramente as ações e os órgãos competentes, prevendo mecanismos de responsabilização administrativa, a tendência é de as pautas programáticas restarem irrealizadas. (CARVALHO, 2013, p. 221).

Os programas de redução de danos oferecem um caminho promissor na prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social dos usuários e dependentes de drogas, sendo de

fundamental importância mais investimentos na área, bem como, capacitação dos profissionais envolvidos.

No próximo capítulo será abordada a Política do Ministério da Saúde Para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, instituída no ano de 2003.

2. POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA ATENÇÃO INTEGRAL AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

No capítulo anterior foi vista a transição da legislação sobre drogas ao longo do século XX, que passou de um modelo proibicionista para outro mais flexível, com possibilidades de políticas alternativas. Essa mudança de paradigmas influenciou diretamente as políticas públicas sobre drogas no Brasil, as quais deixaram, legal e oficialmente, de priorizar tão somente a repressão, para implementar ações voltadas também à prevenção e à reinserção social dos usuários e dependentes químicos.

Assim, uma nova Política Nacional Sobre Drogas e uma Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas foi implementada no país, culminando com o surgimento da Rede de Atenção Psicossocial, cuja estrutura, princípios, diretrizes e objetivos serão apresentados e analisados na sequência.

2.1 A POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Em paralelo à Política Nacional Sobre Drogas, apresentada pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, o Ministério da Saúde desenvolveu, no ano de 2003, a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, em consonância com a Lei n. 10.216/2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, inserindo, finalmente, o uso e a dependência de álcool e outras drogas na agenda de saúde pública.

SANTOS e OLIVEIRA (2013) asseveram que:

A reforma psiquiátrica no Brasil é um movimento histórico, de caráter político, social e econômico, iniciado no final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico e aos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. Esse importante movimento somado à movimentação da reforma sanitária¹²

¹² O movimento sanitarista representa a luta pela reestruturação do sistema de saúde no Brasil. O grande marco deste movimento foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, com a participação de diversos

na década 1980, forneceram o alicerce ideológico necessário para a criação do atual sistema de saúde brasileiro, o SUS, em 1990, que, por sua vez, reafirmando o já exposto pela constituição brasileira, almeja garantir o direito de acesso universal à saúde para toda a população. (SANTOS; OLIVEIRA, 2013, p. 86).

A Lei da Reforma Psiquiátrica instituiu um novo modelo de tratamento aos transtornos mentais no país e redirecionou a assistência em saúde mental, substituindo o atendimento em hospitais psiquiátricos por serviços abertos e de base comunitária.

Pautando-se nas concepções da Reforma Psiquiátrica, a política adotada pelo Ministério da Saúde propõe o atendimento para os usuários de álcool e outras drogas em uma rede extra-hospitalar, articulada com os demais serviços de saúde e com serviços de educação, cultura, assistência social, dentre outros, visando à reabilitação e a reinserção social dos pacientes.

Desse modo, estabelece:

A necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários; considera ainda que a atenção psicossocial a pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas deve se basear em uma rede de dispositivos comunitários, integrados ao meio cultural, e articulados à rede assistencial em saúde mental e aos princípios da Reforma Psiquiátrica. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 24).

A política do Ministério da Saúde, efetivada por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), prevê a criação de uma rede de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, com ações de prevenção, promoção e proteção à saúde, tratamento e reinserção social, por meio da implantação de centros assistenciais especializados (CAPSad) e outros não especializados, compostos por unidades básicas, programas de saúde familiar e hospitais em geral.

Nesse sentido, ALVES (2009) destaca que:

As diretrizes da política setorial de saúde preveem a construção de uma rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas, valendo-se da implementação de Centros de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas (CAPSad), que desempenham papel estratégico de ordenamento da rede em seu território de atuação, promovendo a articulação necessária entre os mais variados dispositivos comunitários sociais e de saúde para a integralidade da atenção e inclusão social de usuários e familiares acompanhados. (ALVES, 2009, p. 2312).

segmentos da sociedade civil. O relatório elaborado nessa Conferência influenciou na elaboração da Constituição Federal de 1988 que, no artigo 196, reconheceu a saúde como direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Os principais componentes da assistência são: a atenção básica; a atenção nos CAPSAd, ambulatórios e outras unidades hospitalares especializadas; os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nafs), nas residências terapêuticas; a atenção hospitalar de referência e a rede de suporte social (associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil), complementar à rede de serviços colocados à disposição pelo SUS.

A política do Ministério da Saúde adota como estratégia as práticas de redução de danos, buscando minimizar os riscos e os prejuízos resultantes do uso de álcool ou outras drogas, para o indivíduo e para a sociedade, sem ter a abstinência como único foco.

As ações de redução de danos foram regulamentadas pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria n. 1.028, de 1º de julho de 2005, estabelecendo no artigo 9º, § 1º que, em todas as ações, devem ser preservadas a identidade e a liberdade da decisão do usuário ou dependente, sobre qualquer procedimento relacionado à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento, aumentando, assim, o grau de liberdade e a responsabilidade pessoal dos envolvidos.

Nesse sentido, CONTE *et al.* (2004), dizem que:

Hoje, o que melhor caracteriza o conceito de Redução de Danos é a flexibilidade no contrato com o usuário. Significa estabelecer vínculo, facilitar o acesso às informações e orientações, estimular a ida ao serviço de saúde (quando necessário), utilizando propostas diversificadas e construídas com cada usuário e sua rede social. Para tanto, consideram-se o desejo e a demanda dos usuários, assim como as possibilidades para compor um acompanhamento com combinações em comum acordo, chamado de plano terapêutico. (CONTE *et al.*, 2004, p. 64).

A lei citada define as ações de redução de danos como uma ou mais das seguintes medidas de atenção integral à saúde: a) informação, educação e aconselhamento; b) assistência social e à saúde; c) disponibilização de insumos de proteção à saúde e de prevenção ao HIV/AIDS e hepatites.

Estabelece também que as ações de redução de danos devem ser desenvolvidas em todos os espaços de interesse público em que ocorra ou possa ocorrer o consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, ou onde se reportem os seus usuários.

Em 2009, visando ampliar o acesso ao tratamento e à prevenção de álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde, diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas e construir respostas intersetoriais efetivas, sensíveis ao ambiente cultural, aos direitos humanos e às peculiaridades da clínica do álcool e outras drogas, e capazes de enfrentar, de modo sustentável, a situação de vulnerabilidade e exclusão social dos usuários, o Ministério da Saúde

instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas no Sistema Único de Saúde (PEAD). (BRASIL, 2009).

São prioridades do PEAD os 100 maiores municípios, com população superior a 250.000 habitantes, além de Palmas, por ser capital, 7 (sete) municípios de fronteira, por apresentarem fragilidades na rede assistencial e/ou problemas de maior magnitude, do ponto de vista epidemiológico e o segmento populacional formado por crianças, adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade e risco.

Visando atingir as metas, foram previstos quatro eixos de atuação: ampliação do acesso ao tratamento, qualificação dos profissionais, articulação intra/intersetorial com a sociedade civil e participação social, a promoção da saúde e dos direitos, inclusão social e o enfrentamento do estigma.

Em maio de 2010, o Ministério da Saúde, em conjunto com outros órgãos governamentais, instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, alterado pelo Decreto n. 7.637, de dezembro de 2011, objetivando ampliar o trabalho de prevenção do uso ao tratamento e à reinserção social de usuários, bem como, combater o tráfico de drogas e as organizações criminosas, com previsão de investimento, de dezembro de 2011 a dezembro de 2014, no valor de R\$ 4 bilhões.

O Plano é estruturado em três eixos: ações de cuidado ao usuário (visam estruturar redes de atenção de saúde e de assistência social para o atendimento aos usuários de drogas e seus familiares), prevenção ao uso de drogas (ações para fortalecer vínculos familiares e comunitários e reduzir fatores de risco para o uso de drogas) e autoridade (ações para reduzir a oferta de crack e outras drogas ilícitas, por meio da repressão ao tráfico, ao crime organizado e pela garantia de condições de segurança).

Desse modo, constata-se que o Ministério da Saúde, a partir de 2003, incluiu os usuários e dependentes de álcool e outras drogas como uma questão de saúde pública, a ser resolvida através do trabalho interligado de diversos órgãos, em consonância com os princípios e orientações do SUS, utilizando a redução de danos como uma alternativa no enfrentamento dos problemas advindos do uso e abuso de drogas.

Para os críticos da internação compulsória, tal medida é incoerente com os princípios da reforma psiquiátrica e do SUS e com todo processo de reestruturação da atenção em saúde mental, assunto que será aprofundado no terceiro capítulo.

2.2 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A política do Ministério da Saúde propõe a estruturação de uma rede integrada de assistência aos dependentes químicos, que busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária.

Visa garantir aos seus usuários a livre circulação pelos serviços, comunidade e cidade, bem como se adequar às suas necessidades e a de seus familiares, atuando em uma perspectiva territorial, conforme as especificidades de cada local.

São considerados objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial:

- I - Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- II - Promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e
- III - Garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. (BRASIL, 2011).

A Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, definida pela Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, é assim estruturada:

I - Atenção Básica em Saúde:

- a) Unidade Básica de Saúde;
- b) Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas:
 - Equipe de Consultório na Rua;
 - Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- c) Centros de Convivência e Cultura.

II - Atenção Psicossocial Especializada: é composta pelos Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades.

III - Atenção de Urgência e Emergência: os principais pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências são o SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro e as Unidades Básicas de Saúde.

IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório:

- a) Unidade de Acolhimento;
- b) Serviço de Atenção em Regime Residencial, com destaque para as Comunidades Terapêuticas.

V - Atenção Hospitalar:

- a) Enfermaria especializada em Hospital Geral;
- b) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

VI - Estratégias de Desinstitucionalização:

- a) Serviços Residenciais Terapêuticos;
- b) Programa de Volta para Casa.

VI - Reabilitação Psicossocial: composta por iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

Desse modo, abaixo será apresentado e analisado o serviço de atenção prestado pelos serviços especificados dentro da estrutura mostrada.

2.2.1 Atenção básica em saúde

A Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011, revisou as diretrizes e normas para a Política Nacional de Atenção Básica, principal via de acesso à Rede de Atenção à Saúde, ratificando a orientação da redução de danos e o princípio da atenção integral em saúde. Ainda,

ampliou as equipes de Saúde da Família, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a equipe de Consultórios na Rua, como estratégias para expansão e consolidação da atenção básica.

O Ministério da Saúde define a atenção básica como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (ANEXO I DA PORTARIA n. 2.488, de 21 de outubro de 2011).

A atenção básica é desenvolvida com alto grau de descentralização e capilaridade, buscando uma maior proximidade com as pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Sendo orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A rede básica efetiva-se pela Estratégia de Saúde da Família, composta por equipes multiprofissionais que atuam nas unidades básicas de saúde e junto às comunidades.

Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, em uma área geográfica delimitada, com objetivo de desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, buscando manter a saúde desta comunidade. São compostas por, no mínimo, um médico (generalista, especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade), um enfermeiro (generalista ou especialista em saúde da família), um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, sendo possível acrescentar os profissionais de saúde bucal (cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal), como previsto na citada portaria.

A equipe da atenção básica tem papel fundamental na prevenção e no enfrentamento dos transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, visto ser, normalmente, o primeiro contato do usuário de drogas com os serviços de saúde. Portanto, esses profissionais devem estar aptos a reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade e prontos para realizar o seu acolhimento.

FAVARO (2011) salienta que:

Treinamentos adequados para detecção precoce e intervenção em casos de uso nocivo e dependência de substâncias capacitam as equipes a terem mais segurança no manejo desses casos, até mesmo para fazerem um diagnóstico mais preciso e encaminharem para centros secundários ou terciários de tratamento de modo mais racional e não indiscriminado. (FAVARO, 2011, p. 5).

Esses profissionais têm a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, e, quando necessário, compartilhá-las com os demais pontos da rede.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) visam apoiar a consolidação da Atenção Básica, aumentando as ofertas de saúde na rede de serviços, bem como, a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações.

São constituídos por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, atuando de maneira integrada com as equipes de Saúde da Família, equipes de atenção básica para populações específicas e equipes da academia da saúde no apoio matricial (retaguarda assistencial especializada e suporte técnico-pedagógico). Ainda, quando necessário, atuam no cuidado compartilhado junto às equipes da(s) unidade(s) à(s) qual(is) está(ão) vinculado(s), auxiliando, também, no suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas.

O art. 6º, I, “b”, da Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, define as equipes de atenção básica para populações em situações específicas em:

- Equipe de Consultório na Rua: equipe constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde. No âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, é responsabilidade da Equipe do Consultório na Rua ofertar cuidados em saúde mental para (i) pessoas em situação de rua em geral; (ii) pessoas com transtornos mentais e (iii) usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Prontos-Socorros, entre outros. Quando necessário, a equipe de Consultório na Rua poderá utilizar as instalações das Unidades Básicas de Saúde do território.

- Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório: oferece suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção. Essa equipe multiprofissional coordena o cuidado e presta serviços de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com os outros pontos de atenção da rede. (Art. 6º, I, “b”, da Portaria n. 3.088/2011).

O Consultório na Rua, regulamentado pelas Portarias 122 e 123, de 25 de Janeiro de 2012, é resultado da fusão dos programas Consultório de Rua (equipe itinerante com foco na saúde mental) e Estratégia da Saúde da Família Sem Domicílio (com equipes voltadas para atenção integral à saúde da população em situação de rua), tornando-se uma modalidade de equipe de Atenção Básica.

Segundo a Nota Técnica Conjunta 2002, elaborada pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e pelo Departamento de Atenção Básica, o objetivo da mudança é ampliar o alcance do programa, para que as equipes itinerantes abordem os diferentes tipos de demanda e necessidades de saúde da população em situação de rua, incluindo transtornos mentais e consumo de drogas, valendo-se da prática da redução de danos em suas abordagens.

O Consultório na Rua é vinculado a uma Unidade Básica de Saúde e as equipes, sempre que necessário, devem utilizar as instalações da Unidade Básica de Saúde do território, bem como, compartilhar o cuidado com a equipe dessas unidades, com os CAPS e outros integrantes da rede.

As equipes multiprofissionais poderão ser compostas por enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, médicos, agentes sociais, técnicos ou auxiliares de enfermagem e técnicos em saúde bucal, que se organizarão em três modalidades:

- Modalidade I – constituída por, no mínimo, 4 (quatro) profissionais, sendo 2 (dois) de nível superior e 2 (dois) de nível médio;
- Modalidade II – constituída por, no mínimo, 6 (seis) profissionais, sendo 3 (três) de nível superior e 3 (três) de nível médio;
- Modalidade III – equipe da Modalidade II, mais um profissional médico.

VALÉRIO e MENEZES (2010, p. 56) ressaltam a importância do trabalho dos profissionais da rede nas ruas, visto serem esses os locais em que a maioria dos dependentes passa grande parte do tempo. Esse tipo de atendimento *in loco* auxilia na formação de vínculos com o público-alvo, bem como propicia um melhor contato com suas reais necessidades e um melhor conhecimento das vulnerabilidades da comunidade.

Ainda, segundo as autoras, essa aproximação propicia o rompimento de barreiras e a quebra de certos estigmas, como o de associar dependentes químicos com a figura de marginais, possibilitando o resgate da cidadania e respeito a essa população. Quando se forma um elo de confiança, torna-se mais fácil indicar locais adequados de tratamento, distribuir insumos, bem como orientá-los sobre a importância da adoção de medidas profiláticas como forma de prevenção de doenças.

O Consultório na Rua procura ampliar o acesso da população de rua, especialmente dos usuários de droga, aos serviços da rede de atenção à saúde, visto que essas pessoas raramente procuram por estes serviços, tornando-se uma possibilidade real de garantir e efetivar o direito à saúde desses indivíduos e fornecer orientações em cuidados básicos, pautadas nas ações de redução de danos.

É uma proposta promissora, baseada na construção de vínculos e no estabelecimento de uma relação de confiança, por meio do diálogo, do respeito mútuo, da valorização dessas pessoas e do regaste da cidadania, facilitando a aceitação dos procedimentos oferecidos.

Entretanto, em diversos estados brasileiros, esse serviço não está efetivamente implantado, inclusive no Paraná, somente as cidades de Curitiba e Maringá contam com o Consultório na Rua. Em Curitiba, são 20 (vinte) profissionais, divididos em 4 (quatro) equipes.

2.2.2 Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad)

Os CAPSad foram regulamentados no ano de 2002, por meio da portaria ministerial GM n. 336/02, para atender pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas.

Trata-se de uma das modalidades do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), pertencente à rede extra-hospitalar de serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS), destinado ao tratamento de pessoas com transtornos mentais.

Ressalte-se, como mencionado no capítulo anterior, que mesmo antes de se tornar uma política do Ministério da Saúde, alguns CAPS já haviam sido implantados no Brasil. O primeiro CAPS surgiu na cidade de São Paulo, em 1987, tornando-se referência em todo o país.

O objetivo dos CAPS é:

Oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 13).

Os CAPS são divididos conforme o tamanho, estrutura física, profissionais, atividades desenvolvidas, abrangência populacional e especificidade da demanda, em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS-i (serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes) e CAPSad.

As modalidades CAPS I, CAPS II e CAPS III cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental e devem estar capacitadas para realizar, prioritariamente, o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial (art. 1º, § 1º, da portaria ministerial GM n. 336/02).

Os CAPSad visam oferecer atendimento diário a pacientes que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, por meio de um planejamento terapêutico individualizado e de evolução contínua, orientados pelos princípios da redução de danos, em regime de atendimento intensivo (diariamente), semi-intensivo (de duas a três vezes por semana) e não intensivo (até três vezes por mês). Trata-se de um serviço de base comunitária, com a possibilidade de internação, quando necessária, em hospitais gerais.

O Ministério da Saúde define como objetivos do CAPSad prestar atendimento à população, em uma área de abrangência definida, oferecendo atividades terapêuticas e preventivas à comunidade, buscando:

1. Prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos;
2. Gerenciar os casos, oferecendo cuidados personalizados;
3. Oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, garantindo que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e acolhimento;
4. Oferecer condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem de tais cuidados;
5. Oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços;
6. Promover, mediante diversas ações (que envolvam trabalho, cultura, lazer, esclarecimento e educação da população), a reinserção social dos usuários, utilizando para tanto recursos intersetoriais, ou seja, de setores como educação, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas;
7. Trabalhar, junto a usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso e dependência de substâncias psicoativas, buscando, ao mesmo tempo, minimizar a influência dos fatores de risco para tal consumo;
8. Trabalhar a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo/educativo. (BRASIL, 2004, p. 43).

Os CAPSad trabalham de forma articulada com os demais componentes da rede, desempenhando o papel fundamental de regular a rede assistencial local no âmbito de seu território.

O CAPSad poderá ser implantado em municípios com mais de 70.000 (setenta mil) habitantes ou naqueles que apresentem um quadro epidemiológico em razão do consumo prejudicial

de álcool e outras drogas. Nos municípios menores, está prevista a atenção aos usuários de álcool e outras drogas na modalidade CAPS disponível no local.

Em setembro de 2010, por meio da Portaria MS n. 2.841, foi instituído o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas (CAPSad III), redefinido pela Portaria MS n. 130, de 26 de janeiro de 2012, que revogou a anterior. O CAPSad III tem a função de proporcionar atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, diariamente, durante 24h, inclusive nos finais de semana e feriados e poderá ser de dois tipos:

- CAPSad III Novo: este será implantado na proporção de um para cada grupo populacional de 200 a 300 mil habitantes;

- CAPSad III Qualificado: é resultado da adaptação e qualificação de um CAPS tradicional preexistente, que será implantado nas capitais dos Estados da federação por meio da transformação, se necessário, de todos os CAPS Tipo II em CAPSad III. Nos demais municípios que não possuam retaguarda para acolhimento 24 horas, será transformado pelo menos 1 (um) CAPS Tipo II em CAPSad III.

O CAPSad III poderá atender adultos ou crianças e adolescentes, conjunta ou separadamente, observando o previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (art. 3º da Portaria MS n. 130).

A atenção integral ao usuário deverá abranger as seguintes atividades:

- Trabalho de portas abertas, com plantões diários de acolhimento, com equipes de formação universitária e/ou médica;
- Atendimento individual para consultas em geral, atendimento psicoterápico, de orientação, entre outros;
- Oferta de medicação assistida e dispensada;
- Atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de apoio social, entre outras);
- Atendimento em oficinas terapêuticas;
- Visitas e atendimentos domiciliares;
- Atendimento à família;
- Atividades de reabilitação psicossocial;
- Fornecimento de refeição diária de acordo com a permanência do paciente no CAPS;

- Estímulo ao protagonismo dos usuários e familiares (promovendo atividades participativas e de controle social, assembleias semanais, atividades de promoção, divulgação e debate das Políticas Públicas e da defesa de direitos no território, dentre outras);
- Permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno, limitada a 14 (quatorze) dias, no período de 30 (trinta) dias, e, nos casos em que for necessária a permanência por períodos superior, o usuário será encaminhado a uma Unidade de Acolhimento (art. 6º da Portaria MS n. 130).

Para o desenvolvimento de tais atividades, a equipe técnica mínima deverá ser composta por 40 profissionais, dentre médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeuta ocupacional, pedagogo, educador físico, técnicos de enfermagem e profissionais de nível médio, que, em casos excepcionais, poderão atender até no máximo 60 (sessenta) usuários por turno.

Frise-se que no CAPSad são atendidas somente pessoas que procuram tratamento, uma vez que não é realizado nenhum procedimento contra a vontade dos pacientes. Esses centros buscam oferecer serviços dentro de uma nova lógica de saúde, ofertando novos tipos de cuidado aos usuários e dependentes de drogas, respeitando a singularidade de cada um e realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários, orientados pela perspectiva da redução de danos.

Os CAPSad representam um grande avanço na reorientação do modelo de atenção aos usuários e dependentes de drogas, garantindo o acesso aos serviços de saúde e o respeito a seus direitos e liberdade, sendo necessário ampliar e fortalecer esse serviço, visando atender um maior número de pessoas.

No Paraná, estado com 399 (trezentos e noventa e nove) municípios, por exemplo, existem 20 (vinte) CAPSad, dos quais 2 (dois) estão localizados na cidade de Curitiba e os demais nas cidades de Apucarana, Araucária, Campo Largo, Cascavel, Colombo, Guarapuava, Foz do Iguaçu, Londrina, Maringá, Paranaíba, Pinhais, Piraquara, Ponta Grossa, Prudentópolis, Rolândia, São José dos Pinhais, Toledo e Umuarama. Já CAPSad III existem somente 6 (seis), dos quais 3 (três) estão localizados na cidade de Curitiba e os outros nas cidades de Cascavel, Maringá e Londrina.¹³

¹³ Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/pesquisa.html>>. Acesso em: 02 jul. 2014.

2.2.3 Atenção Residencial de Caráter Transitório

A Atenção Residencial de Caráter Transitório é constituída pelas Unidades de Acolhimento e pelos Serviços de Atenção em Regime Residencial.

As Unidades de Acolhimento, instituídas pela Portaria n. 121, de 25 de Janeiro de 2012, poderão ser constituídas por Estados, Municípios e Distrito Federal, como unidade pública ou em parceria com instituições ou entidades sem fins lucrativos. Devem oferecer acolhimento voluntário e cuidados continuados, por até 6 (seis) meses, para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo.

Quando se fala em vulnerabilidade, deve-se ter em mente a ideia de incapacidade, do indivíduo ou de um grupo, de aproveitar as oportunidades existentes para a obtenção de uma melhora pessoal ou social, ou, ao menos, impedir sua piora.

Não há um conceito formado sobre vulnerabilidade social. Pode-se dizer que ela apresenta várias dimensões, com um caráter multifacetado que permite identificar as situações de vulnerabilidade dos indivíduos, famílias e comunidades.

Para ABRAMOVAY (2002), vulnerabilidade social é o resultado negativo da relação entre a disponibilidade dos recursos materiais ou simbólicos dos atores, sejam eles indivíduos ou grupos, e o acesso à estrutura de oportunidades sociais, econômicas, culturais que proveem do Estado, do mercado e da sociedade.

Ainda, segundo a autora:

Apesar do uso histórico do termo vulnerabilidade em diversos estudos sociais, as aproximações analíticas à vulnerabilidade social datam apenas dos últimos anos, período em que se levou a cabo maior reflexão a respeito das limitações dos estudos sobre a pobreza e sobre os escassos resultados das políticas associadas a eles na América Latina. Tais enfoques da pobreza – apesar de servirem à identificação dos setores mais desprovidos da população a serem atendidos pelas políticas sociais – não deram conta das complexas raízes desse fenômeno, já que se baseavam apenas no uso de indicadores de renda ou carências que delimitam a insatisfação de necessidades básicas. Os primeiros trabalhos ancorados na perspectiva da vulnerabilidade social foram desenvolvidos, motivados pela preocupação de abordar de forma mais integral e completa não somente o fenômeno da pobreza, mas também as diversas modalidades de desvantagem social. Tais obras se destinaram a observar os riscos de mobilidade social descendente e as configurações vulneráveis que não se restringiam àqueles situados abaixo da linha de pobreza, mas a toda população em geral. Dessa maneira, partiam do reconhecimento do fenômeno do bem-estar social de uma maneira dinâmica, bem como das múltiplas causas e dimensões associadas a esse processo. (ABRAMOVAY, 2002, p. 23-24)

As unidades de acolhimento funcionam 24 horas, todos os dias da semana, garantindo aos pacientes o direito de moradia, educação, convivência familiar e social. Elas estão divididas em duas modalidades:

- Unidade de Acolhimento Adulto (para maiores de 18 anos de ambos os sexos), com disponibilidade de 10 a 15 vagas, implantadas nos municípios ou regiões a partir de 200.000 habitantes;
- Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil (atendem crianças e adolescentes, de 10 a 18 anos, de ambos os sexos, observando as orientações do Estatuto da Criança e do Adolescente), com disponibilidade de 10 vagas, implantadas nos municípios ou regiões a partir de 100.000 habitantes (Portaria n. 121, de 25 de Janeiro de 2012).

O acolhimento nas unidades é definido pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial de referência, que também auxilia na elaboração do projeto terapêutico singular do usuário, em que são previstas ações a serem desenvolvidas e o tempo de permanência no local (Portaria n. 121, de 25 de Janeiro de 2012).

Os Serviços de Atenção em Regime Residencial, como as Comunidades Terapêuticas, oferecem cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório, por até 9 (nove) meses, para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Essas instituições devem funcionar de forma articulada com a Atenção Básica e com o Centro de Atenção Psicossocial (art. 6º, IV, “b”, da Portaria n. 3.088/2011).

2.2.4 Comunidades Terapêuticas

Recentemente, as Comunidades Terapêuticas (CT) foram reconhecidas na política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas como espécie do gênero Serviços de Atenção em Regime Residencial, aplicando-se a elas os dispositivos da Portaria n. 131, de 26 de Janeiro de 2012. Essa estabelece, dentre outros pontos, suas diretrizes, o modo de funcionamento, a estrutura, a equipe técnica, a forma de ingresso de novos usuários residentes, o acompanhamento clínico e de saída desses usuários, bem como, prevê o financiamento público desses entes, desde que observados os requisitos estabelecidos na citada portaria.

Os primeiros registros de CTs no mundo são oriundos de 1931, sendo considerados como pioneiros do modelo os psiquiatras escoceses Harry Stack Sullivan e Maxwell Jones, que humanizaram a forma de tratamento de pacientes em crise que necessitavam de internação. A expressão “Comunidade Terapêutica” como substituto de manicômio foi utilizada pela primeira vez por Maxwell Jones, em 1953.

Em setembro de 1958, na Califórnia, Estados Unidos, um pequeno grupo de alcoolistas em recuperação decidiu morar junto para buscar um estilo alternativo de vida e a abstinência. Dessa reunião, surgiu, em Santa Mônica, na Califórnia, a primeira Comunidade Terapêutica, batizada de Synanon, onde a ajuda recíproca às pessoas em dificuldade era a base das relações. Posteriormente, dependentes de outras substâncias psicoativas também foram acolhidos.¹⁴

As Comunidades Terapêuticas foram regulamentadas no Brasil em 2001 (RDC n. 101, da ANVISA, que foi substituída pela RDC n. 29/2011) e, em 2005, foram inseridas no eixo de tratamento da Política Nacional sobre Drogas da Secretaria Nacional sobre Drogas (SENAD).

Apesar da recente regulamentação, as Comunidades Terapêuticas existem no cenário brasileiro há anos, como alternativa de tratamento às pessoas dependentes de substâncias psicoativas.

O regulamento n. 101/2011 conceitua a Comunidade Terapêutica como:

Serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), 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 programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica e de reinserção social. (BRASIL, 2011).

São princípios das Comunidades Terapêuticas: respeito à dignidade da pessoa humana; permanência voluntária da pessoa acolhida e a construção de um ambiente livre de drogas, sexo e violência.

Os programas de tratamento concentram-se no fortalecimento físico, psíquico e espiritual do indivíduo. FRACASSO (2011) afirma que o objetivo específico da CT é tratar o transtorno individual, mas com o propósito mais amplo de transformar estilos de vida e identidades pessoais. Ainda, segundo a autora, toda a estrutura da CT é moldada para facilitar o tratamento, que segue o

¹⁴ Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11420&rastr=TRATAMENTO%2FModelos/Comunidade+Terap%C3%AAAutica>. Acesso em: 16 jun. 2013.

modelo psicossocial: a aprendizagem e a mudança do doente por inteiro. Mas essa mudança somente é possível quando o indivíduo é tratado em meio aos demais pacientes, por ser primordial a análise das interações sociais para a elaboração de estratégias de participação continuada.

Para SILVA (2011), um dos maiores desafios das Comunidades Terapêuticas é a conscientização de sua população sobre os objetivos que os une:

Tal conscientização pressupõe, por sua vez, uma base de informações e negociações que levem seus participantes a se identificarem minimamente com os objetivos visados, ou seja, é preciso que cada indivíduo se sinta contemplado e acolhido pela proposta da qual passará a ser membro. (SILVA, 2011, p. 43).

A inclusão das Comunidades Terapêuticas como serviço complementar no SUS é nova e incita algumas questões. Uma delas é o fato de apresentar uma política de tratamento distinta à redução de danos, focada na abstinência. Outra é a possibilidade dessa inserção reforçar o posicionamento de que o tratamento para dependentes de drogas deva ocorrer sob o regime de internação, mesmo que voluntária.

É importante registrar que, mesmo antes da Portaria n. 131, de 26 de Janeiro de 2012, que possibilitou o financiamento público das Comunidades Terapêuticas, uma parcela significativa dessas instituições já recebiam recursos públicos, principalmente municipais, como aponta o Mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil – 2006/2007.

Os dados indicam que, na ocasião, das 1.256 instituições participantes da pesquisa que realizam atividades de tratamento, 389 (31%) eram governamentais e 850 (67,7%) não-governamentais (BRASIL, 2007, p. 91-92).

Entre as instituições governamentais, havia uma maior proporção de CAPSad, 33,7% (131), e nas instituições não-governamentais prevaleciam as Comunidades Terapêuticas, 55,2% (469). (BRASIL, 2007, p. 146). Ainda, mais da metade das instituições não-governamentais, 454 (36,1%), recebiam recursos do governo brasileiro, provenientes da esfera municipal, 365 (29,1%); estadual, 168 (13,4%); e federal 92 (7,3%) (BRASIL, 2007, p. 126).

Atualmente, no Brasil, existem 1.830 instituições de atendimento a usuários de álcool e outras drogas cadastradas que se enquadram na categoria de Comunidades Terapêuticas. Dessas, 139 estão localizadas no estado do Paraná, conforme dados disponíveis no mapa das Comunidades Terapêuticas no Brasil.¹⁵

¹⁵ Disponível em: <<http://www.mapa-ct.ufrgs.br/>>. Acesso em: 26 jun. 2013.

2.2.5 Atenção Hospitalar

A Atenção Hospitalar é composta por enfermarias especializadas em Hospitais Gerais e pelos Serviços Hospitalares de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Nas enfermarias especializadas é ofertado tratamento hospitalar em situações graves relacionadas aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, principalmente nos casos de abstinências e intoxicações severas. A internação é por um pequeno período até a obtenção da estabilidade clínica.

O tratamento deve ser articulado com o projeto terapêutico individual desenvolvido pelo serviço de referência do usuário e o acesso aos leitos deve ser regulado observando critérios clínicos e de gestão, por intermédio do Centro de Atenção Psicossocial de referência.

A legislação prevê também equipes multidisciplinares atuando nas enfermarias especializadas, como psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais, dentre outros, com o intuito de propiciar um tratamento mais completo e personalizado ao paciente.

O atendimento ao dependente químico nos Hospitais Gerais está em consonância com o movimento da reforma psiquiátrica, que busca evitar as internações prolongadas e, ao mesmo tempo, possibilitar a reinserção social do usuário.

Já os Serviços Hospitalares de Referência para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas devem observar os critérios estabelecidos na Portaria de nº 1.612 de 2005, que normatiza toda a área física e a equipe mínima a ser constituída nesses Serviços.

Oferecem suporte hospitalar, em nível local ou regional, por meio de internações de curta duração, em situações assistenciais que evidenciem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica, sempre respeitadas as determinações da Lei n. 10.216, de 2001. Ainda, os pacientes devem ser acolhidos em regime de curtíssima ou curta permanência, observando o território, a lógica da redução de danos e demais princípios do SUS (Portaria n. 3.088, de 23 de Dezembro de 2011). Este serviço, assim como os demais, deve funcionar de modo integrado com os outros pontos de atenção.

2.2.6 Estratégias de desinstitucionalização

São compostas por programas que objetivam garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação por longo período (dois anos ou mais ininterruptos), o cuidado integral por meio de alternativas de assistência, que proporcionem sua progressiva inclusão na sociedade.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos, como componentes desse programa, são constituídos por casas localizadas no espaço urbano, criadas para atender as necessidades de moradia de pessoas com transtornos mentais graves, oriundas de hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. São frequentados por pessoas que perderam os vínculos familiares, sociais e/ou são moradores de rua, com transtornos mentais graves, desde que inseridos em projetos terapêuticos acompanhados nos CAPS.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) podem ser constituídos nas modalidades Tipo I e Tipo II, conforme as necessidades específicas de cuidado do morador:

- Tipo I: destinada a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, devendo acolher no máximo 8 (oito) pessoas;
- Tipo II: destina-se a pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, que necessitam de cuidados permanentes específicos, com capacidade máxima para 10 (dez) moradores.

O manual do Ministério da Saúde sobre as Residências Terapêuticas enfatiza que:

O suporte de caráter interdisciplinar (seja o CAPS de referência, seja uma equipe da atenção básica, sejam outros profissionais) deverá considerar a singularidade de cada um dos moradores e não apenas projetos e ações baseadas no coletivo de moradores. O acompanhamento a um morador deve prosseguir, mesmo que ele mude de endereço ou eventualmente seja hospitalizado.

O processo de reabilitação psicossocial deve buscar de modo especial a inserção do usuário na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade. Ou seja, a inserção em um SRT é o início de um longo processo de reabilitação, que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador. (BRASIL, 2004).

De modo geral, as equipes multiprofissionais devem auxiliar essas pessoas a construírem uma nova rotina de vida, incluindo-as na comunidade e criando novos laços sociais.

O Programa de Volta para Casa, instituído pela Lei n. 10.708/2003, também auxilia no processo de desinstitucionalização. Integra esse programa o auxílio-reabilitação, no valor de

R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais) mensais, de caráter indenizatório para pessoas com transtorno mental, egressas de internação de longa permanência (por 2 anos ou mais ininterruptos), pago ao próprio beneficiário ou seu representante legal, durante um ano, podendo ser renovado, caso necessário.

O objetivo desse programa:

É contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem-estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania. (BRASIL, 2003).

Todas essas estratégias visam consolidar o modelo de atenção de base comunitária, centrado em serviços territoriais e de atenção diária, proposto pelo Ministério da Saúde brasileiro.

3. REFLEXÕES SOBRE O INTERNAMENTO COMPULSÓRIO

Em paralelo às políticas estudadas para o tratamento de dependentes químicos, surgem novas propostas para o enfrentamento da questão, dentre as quais se destaca o internamento compulsório, que divide opiniões quanto a sua eficácia, o modo como está sendo realizado e sua adequação à legislação.

As características desse instituto, a legislação aplicada e as posições divergentes sobre o tema serão analisadas e confrontadas neste capítulo.

3.1 EMBASAMENTO LEGAL

Diante da ausência de lei específica que discipline a internação de dependentes químicos, tem se aplicado a Lei n. 10.216/2001, que regulamenta a internação de pessoas acometidas de transtornos mentais, sendo, portanto, necessário um laudo médico equiparando a dependência química ao transtorno mental.

Frise-se que algumas decisões jurisprudenciais também utilizam o Decreto-Lei n. 891/1938 como amparo legal à internação compulsória, que disciplina a internação obrigatória do dependente químico, quando necessária ao tratamento adequado do dependente ou conveniente à ordem pública, vedado o tratamento em domicílio.

A Lei n. 10.216/2001 define no artigo 6º três modalidades de internações psiquiátricas, que devem ocorrer sempre mediante apresentação de laudo médico atestando sua necessidade:

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

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

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

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

Observa-se que a internação, em qualquer de suas modalidades, somente poderá ser aplicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, ou seja, deverá ser a

última medida adotada, depois de esgotados os outros meios de tratamento e, mesmo assim, com a menor duração temporal possível.

Ademais, o tratamento em regime de internação deve oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer e outros, sendo vedada a internação em instituições com características asilares. A finalidade permanente do tratamento é a reinserção social do paciente em seu meio, conforme disposto no Art. 4º da legislação em comento.

Nesse sentido, MENEZES e OLIVEIRA (2011) destacam que:

Sob o viés da Reforma, a medida de internação somente será indicada na hipótese em que a manutenção do paciente no seio social passar a representar um risco para ele mesmo ou para a sociedade. Optando-se pela internação, esta deverá importar em uma atenção complexa, multidisciplinar e atenta ao propósito central de reinserção do paciente à família e à sociedade, sempre preservado o respeito a sua dignidade e aos seus direitos. Veja-se que, considerando o direito do paciente ao tratamento adequado, não se pode aplicar a internação se houver outra alternativa mais apropriada. (MENEZES; OLIVEIRA, 2011, p. 240).

LEITE (2000) enumera as situações em que o tratamento em regime de internação hospitalar é recomendado para dependentes de drogas:

- Paciente com ameaça de suicídio ou comportamento autodestrutivo;
- Paciente que ativamente ameaça a integridade física de outros;
- Paciente com sintomas psiquiátricos graves (psicose, depressão, mania);
- Presença de complicações clínicas importantes;
- Necessidade de internação por dependência de outra substância (ex: desintoxicação do álcool);
- Falhas recorrentes na promoção da abstinência em nível ambulatorial;
- Não possuir suporte social algum, ou seja, seus relacionamentos são exclusivamente com outros usuários. (LEITE, 2000, p. 12).

A internação psiquiátrica voluntária ocorre por meio de solicitação do próprio paciente, sendo necessária a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido no momento da internação. Já a involuntária ocorre mediante solicitação de terceiros (familiar ou responsável legal).

O término da internação voluntária ocorre por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente. Na involuntária, depende de solicitação escrita do familiar ou responsável legal ou de determinação do especialista responsável pelo tratamento.

A lei assinala ainda que a internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente cadastrado no Conselho Regional de Medicina do Estado onde se localize o estabelecimento e, nos casos da internação involuntária, o responsável por este estabelecimento

deve, no prazo de 72 horas, informar ao Ministério Público Estadual sobre a internação e quando da alta dos pacientes.

A internação compulsória é determinada pelo juiz competente, que deve observar se o estabelecimento possui as condições necessárias de segurança pelo bem-estar do paciente, dos funcionários e demais internados.

A Portaria MS/GM nº 2.391/02, responsável por disciplinar o controle das internações psiquiátricas pelo Ministério Público dos estados, acrescenta uma quarta espécie de internação: a voluntária que se torna involuntária, ou seja, quando o paciente internado manifestar sua discordância com a continuidade da internação. Nesse caso, o Ministério Público Estadual também deve ser comunicado em até 72 horas a partir da negativa do internado.

Visando salvaguardar os direitos do paciente com transtorno mental, além da fiscalização do Ministério Público, a Portaria GM nº 2.391/2002 prevê, no Art. 10, que o gestor estadual do SUS deverá constituir uma Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias, composta por uma equipe multidisciplinar, responsável por emitir, em até 7 (sete) dias, laudo de confirmação ou suspensão do regime de tratamento adotado.

DUAILIBI; VIEIRIA e LARANJEIRA (2011) salientam que:

O caráter voluntário ou involuntário da internação carece seguir critérios médicos que orientam esta indicação com base mais em insucesso de tratamento ambulatorial prévio, presença de ideação ou risco de suicídio, risco de morte iminente, riscos para terceiros e presença de sintomatologia psicótica grave associada ao abuso de substâncias psicóticas, do que em celeumas dogmáticas e ideológicas diante da questão da internação psiquiátrica e da involuntariedade. Deve ser lembrado que um dos 13 princípios de tratamento eficaz sugerido pelo NIDA¹⁶ refere que o tratamento não necessita ser voluntário para ser eficaz, assim como outros pesquisadores internacionais já documentaram por meio de revisões clínicas que a involuntariedade pode ser fundamental em determinados casos onde a premissa da negação é duradora e com riscos. (DUAILIBI; VIEIRIA; LARANJEIRA, 2011, p. 513).

Atualmente, há alguns projetos de lei que visam disciplinar a internação compulsória e involuntária.

Sendo aprovado pela Câmara dos Deputados, no dia 22 de maio de 2013, o texto-base do Projeto de Lei, que altera a Lei de Drogas e, dentre outros pontos, regulamenta a internação involuntária de dependentes de drogas. O texto aprovado é um substitutivo do deputado Givaldo Carimbão (PSB-AL) ao Projeto de Lei n. 7663/10, do deputado Osmar Terra (PMDB-RS).¹⁷

¹⁶ NIDA – *National Institute on Drug Abuse* (Instituto de pesquisa do governo federal dos EUA).

¹⁷ Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1095141&filename=REDACAO+FINAL++PL+7663/2010>. Acesso em: 23 set. 2013.

O projeto prevê que a internação de dependentes de drogas só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes e ocorrerá em unidades de saúde ou hospitais gerais, dotados de equipes multidisciplinares, e deverá ser obrigatoriamente autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado onde se localize o estabelecimento no qual se dará a internação.

Segundo o texto, é possível dois tipos de internação: a internação voluntária, que se dá com o consentimento do dependente de drogas, e a internação involuntária, sem o consentimento do dependente, a pedido de familiar ou do responsável legal ou, na absoluta falta deste, de servidor público da área de saúde, da assistência social ou dos órgãos públicos integrantes do Sisnad, com exceção de servidores da área de segurança pública, que constatem a existência de motivos que justifiquem a medida.

A internação involuntária deve ser realizada após a formalização da decisão por médico responsável e perdurará apenas pelo tempo necessário à desintoxicação, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, tendo seu término determinado pelo médico responsável.

Ainda, de acordo com o projeto, a família ou o representante legal poderá, a qualquer tempo, solicitar ao médico a interrupção do tratamento. Todas as internações e altas deverão ser informadas em no máximo 72 (setenta e duas) horas ao Ministério Público, à Defensoria Pública e a outros órgãos de fiscalização.

3.2 DISCUSSÃO

Atualmente, observa-se um debate acirrado acerca da proposta de internamento compulsório de dependentes químicos. Esse debate surge envolto de polêmica, pois contrapõe a dois direitos fundamentais: o direito à liberdade e o direito à vida.

Para os que são contrários à medida, o internamento compulsório é uma afronta aos direitos fundamentais, especialmente o direito à liberdade. Já os que defendem o internamento compulsório afirmam que a liberdade dos dependentes químicos já está reduzida pelo uso de drogas, sendo necessário priorizar o direito à vida, essencial para a garantia de todos os demais direitos.

Os defensores da medida, com base no artigo 196 da Constituição Federal¹⁸, asseveram que o Estado tem o dever de promover a saúde e o bem-estar de todos. Uma das formas para a efetivação desse direito, nos casos de dependentes químicos, é o internamento compulsório para tratamento, visando resgatar a dignidade desses cidadãos.

Nesse sentido, VARELLA (2011) afirma que o dependente não tem condições de discernir o que é melhor para ele sob o efeito de drogas ou vivendo no ambiente do consumo, sendo a internação compulsória necessária como um recurso extremo, com intuito de possibilitar, ao menos, uma chance de recuperação.

SAPORI (2011) também defende a internação, mesmo que compulsória, por determinado tempo, para os casos mais graves. Para o autor:

Prescrever que o usuário do crack que se encontra em estágio avançado de dependência da droga somente poderá ser internado para tratamento mediante sua manifestação voluntária é atitude completamente ingênua. (SAPORI, 2011).

FRANCO JUNIOR (2008) também compartilha desse entendimento:

É certa a existência de casos que, no mosaico dos programas de reinserção social, exija a internação como o único ou último recurso para um tratamento eficaz.

Muitos são inaptos para aquilatar a própria dependência e a nocividade de seu comportamento e mesmo quando alcançam esse entendimento não aceitam qualquer tipo de ajuda. Atribuem a ideia de intervenção alheia, mormente sob a forma de internação, a desvarios de quem a sugere. A insistência nesta tecla potencializa a agressividade dos dependentes e gera episódios agudos de crise. (FRANCO JUNIOR, 2008).

Favorável à internação compulsória, Arthur Guerra de Andrade, psiquiatra, supervisor geral do Grupo Interdisciplinar de Estudos sobre Álcool e Drogas, afirma que a internação à força é um procedimento de emergência frente à situação gravíssima, medida essa adotada em diversos países.

Nesse sentido:

De forma geral, a internação involuntária é um procedimento médico realizado no mundo todo há muitos anos, que obedece a critérios superobjetivos. A visão médica não vai deixar esse paciente se matar. O médico, no mundo todo, não acha que é um direito do ser humano se matar, pois entende que esse paciente está doente e tem de ser internado. Depois daquele momento de fúria e excesso, quando estiver recuperado, o paciente vai dizer: 'Obrigado, doutor'. (ANDRADE, 2013).

¹⁸ Art. 196 da CF: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Seguindo a mesma esteira, LARANJEIRA (2013) diz ser favorável às internações compulsórias em casos extremos, sem a adoção de uma abordagem simplista ou higienista, para ocultar um "problema" urbano. Para o autor, a internação deve ser acompanhada de uma linha especial de cuidados ao paciente após sua desintoxicação inicial. O período médio de internação não deve ultrapassar dois meses. Após a estabilização, o paciente deve ser submetido ao tratamento ambulatorial. Já no caso dos moradores de rua, o autor defende o uso de moradias assistidas.

A maioria dos países democráticos, segundo LARANJEIRA (2013), já tem mecanismos para viabilizar a internação compulsória: "Na Suécia, 30% do tratamento psiquiátrico é coercitivo. Os Estados Unidos têm pesquisas que mostram a eficiência desse tratamento e a classe média no Brasil já vem fazendo isso há muito tempo também".

No mesmo sentido, CORREIA e ALMEIDA (2012, p. 100-101) apresentam a tabela com as taxas de internamentos compulsivos por doença mental nos países da União Europeia.

Tabela 1 - Taxas de internamentos compulsivos por doença mental nos países da União Europeia

País	Ano	Internamentos compulsivos		
		N	% do total de internamentos	Por 100.000 população
Áustria	1999	14122	18	175
	2005			228
Bélgica (1)	1998	4799	5.8	47
Dinamarca	2000 (1)	1792	4.6	34
	2006			57.8
Finlândia	2000	11270	21.6	218
França	1999	61063	12.5	11
Alemanha	2000 (2)	163551	17.7	175
	2006			237.2
Grécia	Não disponível	Não disponível	Não disponível	Não disponível
Irlanda	1999	2729	10.9	74
	2006			54.8

Itália	1997		10.6	21.91
	2006 (3)			
Luxemburgo	2000	396		93
Holanda	1999	7000 (4)	13.2	44
	2005 (5)		13.7	
Portugal	2000	618	3.2	6
	2002	875	5.2	
	2005		7.4	
Espanha	2006			47.6
Suécia	1998	10104	30 (6)	114
Reino-Unido (7 ¹⁹)	1998	46300		93
	1999	23822	13.5	48
	2005			50.8

Fonte: SALIZE & DRESSING, 2004; STEFANO & DUCCI, 2008; PRIEBE *et al.*2008; GUAIANA & BARBUI, 2004.

Antônio Geraldo da Silva, Presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria, ressalta que a internação requer indicação médica, quer seja voluntária, involuntária ou compulsória. Afirma que a internação compulsória deve ser apenas uma porta de entrada de um plano de tratamento de maior duração e complexidade, como acontece em outras grandes cidades do mundo.

O foco da ação não pode ser redução de violência ou diminuição irrisória de usuários. A meta do Estado deve ser acompanhamento pleno de dependentes químicos ou de qualquer outro que padeça de transtorno mental, pelo tempo que precisarem. (SILVA, 2013, *online*).

GONÇALVES (2013), Juiz Titular da Vara da Infância e da Adolescência de Fortaleza/CE, entende que a internação compulsória não deve ser o único, mas na verdade o último recurso para o tratamento do dependente em drogas, só efetivado quando esgotados todos os outros

¹⁹ 1. Apenas estado na admissão; não considerado o número de mudanças do regime voluntário para o involuntário durante o mesmo episódio de internamento de um doente.

2. Aplicações legais por ano (das quais cerca de 90% resultam em internamentos compulsivos reais); internamentos por 100.000 referem-se a 1988, a percentagem de todos os episódios de internamento a 1999.

3. Apenas para as regiões de Lazio e Lombardia (população total de 16 milhões, ou cerca de 27% da população nacional).

4. Número de decisões judiciais sobre internamento compulsivo.

5. Referente a instituições de internamentos compulsivos de urgência, por curto prazo.

6. Para o ano de 1997.

7. Dados apenas para a Inglaterra; 1998 inclui internamentos compulsivos, bem como, doentes internados compulsivamente depois de terem sido admitidos voluntariamente, 1999 inclui apenas internamentos compulsivos.

meios possíveis e menos traumáticos para o indivíduo e desde que precedido de um diagnóstico, pautado em critérios objetivos, definidos pelas organizações de saúde, que indiquem o tipo de indivíduo que deve ser submetido ao tratamento.

Apesar de ser uma medida dura e radical, GONÇALVES (2013) reflete que o trauma da internação compulsória não deve ser tão danoso, a ponto que seja preferível deixar o indivíduo exposto às mazelas da droga, inutilizado física e psicologicamente, em virtude de doenças decorrentes do seu uso continuado ou ser exterminado pela guerra do tráfico.

O magistrado acrescenta que a medida não é simples e não se esgota na “internação” do paciente em si. É necessário um trabalho educacional, social e psicológico com a família do indivíduo, de modo a prepará-la para receber o paciente após a alta hospitalar.

Os críticos dessa medida apontam como um dos principais pontos negativos o alto índice de recaída do viciado para aqueles que se internam, inclusive por vontade própria. Isso é verdadeiro e incontestável. O que se vê é que, mesmo para quem se reconhece doente e concorda com o tratamento, os índices de recuperação não são satisfatórios. A recaída é um fato para a maioria dos dependentes químicos. Diante disso, é de se perguntar: devemos então cruzar os braços? Tal posicionamento é simplista e vazio de qualquer solução. Aliás, é muito cômodo dizer que algo não dará certo. (GONÇALVES, 2013, p. 22).

No que se refere ao aspecto jurídico, o autor salienta que, respeitados determinados parâmetros, o debate sobre a constitucionalidade e a legalidade da internação compulsória para tratamento de dependentes químicos não procede. O primeiro fundamento jurídico para a internação é a própria Constituição da República, que assegura a todos o direito à vida, à saúde e à dignidade humana.

Ainda, entende que a medida não ofende o “princípio da autonomia da vontade”, pois esse princípio, assim como os demais, não é absoluto. E, para poder exercer plenamente a autonomia de vontade, exige-se que o indivíduo tenha o necessário discernimento.

No que tange ao viciado de drogas, o Código Civil o classifica como pessoa “relativamente incapaz”, ou seja, indivíduo que não possui autonomia plena de sua vontade e necessita da intervenção de um terceiro para realizar determinados atos. Nesse caso, a lei assegura ao curador a responsabilidade pela tomada de certas decisões do curatelado, dentre as quais a de uma eventual medida de internação hospitalar. Na ausência da pessoa do curador para solicitar a medida, algumas entidades possuem capacidade jurídica para tal, como é o caso do Ministério Público. Os Tribunais Superiores têm decidido nessa linha. No campo jurídico, o tema já está pacificado. (GONÇALVES, 2013, p. 23-24).

Quanto à afirmação de que as clínicas de recuperação podem se transformar em “depósito de gente”, GONÇALVES (2013) afirma que se for esse o propósito, será melhor abandonar a ideia:

“Fica-se como está: para os adolescentes, os centros educacionais, e para os adultos, os presídios. Afinal, é lá que estão já há muito sendo ‘internados compulsoriamente’ os sobreviventes da matança provocada pelo tráfico de drogas.”

Quando o dependente químico é oriundo de famílias abastadas, o problema, segundo o autor, é solucionado com a internação compulsória em clínicas particulares, que às vezes fazem inveja aos hotéis cinco estrelas.

A internação compulsória para dependentes químicos requer uma grande soma de esforços do Estado e da sociedade. Há importantes dificuldades a serem superadas. Não se trata simplesmente de construir uma clínica, contratar profissionais e disponibilizar vagas para doentes. A complexidade é bem maior: há que se pensar em um método integrado e inovador, com profissionais de diversas áreas, especialmente as de saúde, educação e social; um sistema rígido de fiscalização; um programa paralelo voltado para preparar a família do paciente a recebê-lo, de modo a contribuir no seu processo de reinserção social. Não se pode negar: haverá um alto custo financeiro. Em um país de dimensões continentais, população numerosa e graves deficiências, a construção desses equipamentos pode vir a custar a supressão de outra meta do governo. A ideia deve ser amadurecida e a sociedade precisa estar preparada para tomar essa decisão. (GONÇALVES, 2013, p. 25-26).

No Rio de Janeiro, a Secretaria Municipal de Assistência Social implementou a medida de recolhimento compulsório de crianças e adolescentes que, na avaliação de especialistas, estiverem comprometidos em virtude da dependência química. A medida foi baseada na Resolução n. 20, de 27 de maio de 2011, criada após diversas ações civis públicas propostas pelo Ministério Público, que determinou ao Município a adoção de medidas protetivas às crianças e adolescentes em situação de rua.

Para o então secretário, a medida visa garantir o direito à vida e à dignidade dos dependentes químicos. Ela resguarda sua integridade física, mental e social e se trata de uma possibilidade real de tratamento.

Em fevereiro de 2013, a Prefeitura do Rio de Janeiro iniciou um programa de internação compulsória de adultos dependentes de crack. Essa prática já era adotada desde janeiro de 2013, em São Paulo.

Em São Paulo, foi assinado um termo de cooperação técnica com o Tribunal de Justiça do estado (TJ-SP), Ministério Público (MP-SP) e a seção paulista da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB-SP), para viabilizar a internação de dependentes químicos em casos considerados graves de forma célere.

O programa reúne no Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas (Cratod), juízes, promotores e advogados. O Cratod é aberto todos os dias, 24 horas e possui em sua equipe

médicos, psicólogos e assistentes sociais. Essa parceria visa agilizar o encaminhamento para tratamento adequado de dependentes químicos, a partir de avaliação médica e multiprofissional, incluindo internações em serviços hospitalares, respeitando a legislação vigente.

Em continuidade a essa política, foi criado o Projeto Recomeço, coordenado pelo psiquiatra Ronaldo Laranjeira, que prevê um auxílio no valor de R\$ 1.350 (mil trezentos e cinquenta reais), para o custeio de despesas de internação voluntária de dependentes químicos em entidades especializadas, que prestem serviços de acolhimento, tratamento e reinserção social. O programa prevê o credenciamento de clínicas em 11 (onze) cidades: Diadema, Sorocaba, Campinas, Bauru, São José do Rio Preto, Ribeirão Preto, Presidente Prudente, São José dos Campos, Osasco, Santos e Mogi das Cruzes.²⁰

A internação compulsória, segundo os adeptos dessa proposta, quando baseada em laudos médicos, busca garantir o direito à vida e à saúde, bem como, resgatar a dignidade e a cidadania desses indivíduos. Ela deve ser acompanhada de medidas para a reinserção do dependente na sociedade.

Uma pesquisa do Datafolha, realizada nos dias 18 e 19 de janeiro de 2012, apontou que 90% dos brasileiros apoiam a internação involuntária de dependentes de crack.²¹

Em contrapartida, para aqueles que se posicionam desfavoráveis à medida, o internamento compulsório fere os preceitos constitucionais, notadamente o direito à liberdade de escolha do cidadão, além de ser um disfarce para interesses econômicos e políticos ligados à higienização.

Ademais, segundo SILVEIRA (2011):

Não existe respaldo científico sinalizando que o tratamento para dependentes deva ser feito preferencialmente em regime de internação. Paradoxalmente, internações mal conduzidas ou erroneamente indicadas tendem a gerar consequências negativas. (SILVEIRA, 2011, *online*).

Para o autor, o internamento trata-se de medida “higienista”, de isolamento social. Entende que os melhores resultados nos tratamentos são obtidos, de um modo geral, por meio de tratamentos ambulatoriais.

No Brasil, o movimento higienista surgiu no final do século XIX e início do século XX, com o discurso de melhorar as condições de saúde coletiva da população. Para muitos autores, trata-se de um movimento social orientado pelos interesses das classes dominantes, com propósitos

²⁰ Disponível em: <<http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/index.php/blogs/dependencia-quimica/18561-lancamento-do-edital-do-projeto-recomeco-no-palacio-dos-bandeirantes>>. Acesso em: 23 set. 2013.

²¹ Disponível em: <http://datafolha.folha.uol.com.br/po/ver_po.php?session=1175>. Acesso em: 23 set. 2013.

ideológicos, políticos e econômicos. Ele visa resolver problemas relacionados à miséria, à moradia, ao desemprego, ao alcoolismo e às epidemias de tuberculose, varíola, febre amarela, entre outras, que assolavam o país naquele período e causavam problemas para a economia agroexportadora.

A preocupação com o desenvolvimento do país que acabara de se tornar uma República e, por isso, era considerado um “país criança” inseriam-se em inquietações eugênicas que pregavam que sua população deveria ser de gente saudável e, para que o Brasil pudesse se tornar uma grande nação, era preciso criar mecanismos de regulação social, principalmente para dar conta das “classes inferiores” e “portadoras de degenerescências”, cujos problemas eram de ordem social e moral. De acordo com os preceitos eugênicos, “purificando a raça” galgaríamos importantes degraus na “escala evolutiva”. Imbuídos do ideário de saneamento moral, os higienistas lançaram seus olhares e cuidados principalmente sobre os pobres, as prostitutas, os loucos, os cortiços, as crianças e todos os locais/grupos que, segundo eles, de alguma maneira, precisariam ser tutelados para que melhorassem suas condições de higiene e não oferecessem danos ao restante da população. (SILVA JUNIOR; GARCIA, 2010, p. 2-3).

Desse modo, utilizando um discurso higienista e moralista, o Estado buscou controlar socialmente as classes menos favorecidas. ALVES (2004, p. 44) cita, a título de exemplo, “a polícia sanitária liderada por Osvaldo Cruz que empregou recursos como a vacinação compulsória e vigilância sobre atitudes e moralidade dos pobres com a finalidade de controlar a disseminação de doenças.”

Como assevera BATISTA (1997), no início do século XX, a política criminal brasileira para drogas adotou o modelo sanitário, baseado no uso de técnicas higienistas e na previsão legal de internação obrigatória dos toxicômanos.

Nessa perspectiva, os opositores da internação compulsória afirmam que a medida reedita a velha prática higienista, ou seja, é uma forma de retirar as pessoas da rua e aumentar as disparidades sociais, não de tratamento.

Por outro lado, SILVA (2013, p. 111) afirma que “dependência química é uma doença grave, crônica, incurável e que, se não tratada progressivamente, pode fatalmente levar à morte.” Para o autor, internar pressupõe tratar adequadamente, buscando a recuperação e reintegração social do dependente ao convívio social, ou seja, a pessoa é retirada da rua e levada para um centro de recuperação para dependentes químicos, com todo o aparato estrutural e profissional fundamentais à sua recuperação, o que não deve ser confundido com o “recolhimento”, quase selvagem, promovido pelas polícias de São Paulo e do Rio de Janeiro.

Ainda entende o autor que a retirada abrupta e violenta de quem quer que seja dos centros de nossas cidades é inexplicável e inaceitável. O recolhimento compulsório consiste exclusivamente

na remoção da pessoa para um albergue ou abrigo qualquer e tem a finalidade de esconder a sujeira, enclausurar, prender o “doente”, constituindo-se de fato assepsia social.

Os internamentos psiquiátricos perpetrados pela Psiquiatria no percurso do século XX podem ser definidos como draconianos, inumanos e aterrorizantes (SILVA, 2013). Entende também que as instituições manicomiais no passado serviam como “depósitos de seres humanos”, notadamente os que compunham o chamado “resto social”.

A Lei n. 10.216/2001 é um marco na tentativa de adoção do respeito e da dignidade aos pacientes portadores da doença mental e/ou dependência química. O autor defende que é extremamente necessária uma reforma psiquiátrica, pois o hospital psiquiátrico atual não é o ideal ou o ansiado, no entanto, não deve ser confundida com “desativação asilar”.

Urge, pois, reformar e transformar o hospital psiquiátrico numa instituição que, assim como as demais instituições hospitalares, cuide, trate, controle e recupere os “sofrentes psíquicos”, entre os quais temos em geométrica parcela os “escravos das drogas”. [...]. Temos plena convicção que o CAPS seria de grande valia se mantido o hospital psiquiátrico, este funcionando como prevenção à gravidade dos transtornos mentais e aporte aos egressos daquela instituição. A substituição dos CAPS em detrimento do hospital é inviável, conquanto ações interligadas e interdependentes dos dois seriam um efetivo progresso para a saúde mental de nossos pacientes, inclusive a dos dependentes químicos. [...].

No Brasil, caminhados 12 anos da Lei Federal e mais de 30 anos de movimento antimanicomial, o que vemos é a desdita e o malogro dos seus objetivos mais importantes: a desativação dos hospitais psiquiátricos e a consequente reinserção dos internos na sociedade - algo que, se concretizado, seria digno de louros e louvor. Contudo, o que de concreto se observa é que prevalentemente os hospitais psiquiátricos privados foram desativados e que a sonhada reinserção dos “loucos” feita sob a regência principalmente dos CAPS, encarregados de dar-lhes todo suporte de que eles necessitariam: um sistemático atendimento e acompanhamento multidisciplinar ordenado, propiciando uma retaguarda forte na gradual substituição do modelo da loucura (sofrimento psíquico) pelo modelo organicista e na inevitável quebra de paradigma é ainda um grande sonho. (SILVA, 2013, p.116; 120-121).

No dia 08 de maio de 2013, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/OMS no Brasil emitiu uma nota sobre a internação involuntária e compulsória de pessoas que usam drogas.²²

Ressaltou que as internações compulsórias só devem ser utilizadas em circunstâncias claramente definidas como excepcionais e devem respeitar os direitos humanos previstos na legislação internacional. Na nota, a OPAS afirma que considera inadequada e ineficaz a adoção da internação involuntária ou compulsória como estratégia principal para o tratamento da dependência de drogas.

²² Disponível em: <<http://www.onu.org.br/priorizar-internacao-compulsoria-para-tratamento-de-drogas-e-inadequado-e-ineficaz-diz-oms/>>. Acesso em: 02 out. 2013.

A nota esclarece ainda que:

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

Para o Conselho Federal de Psicologia, o uso da internação compulsória como medida emergencial para tratamento de drogas demonstra a falta de cuidado e de atenção à saúde dos usuários e o despreparo do Estado na criação e aplicação de políticas públicas. Essa prática utiliza modelos de intervenção criticados por profissionais, pesquisadores na área de ciências humanas e sociais e pelos movimentos sociais, como o da luta antimanicomial.

De acordo com o manifesto “Drogas: pelo tratamento sem segregação”, do Conselho Federal de Psicologia (2012), a medida é um desrespeito à cidadania e é incoerente com a reforma psiquiátrica e os preceitos estabelecidos pelo SUS.

Para os signatários do manifesto, existem alternativas concretas para o atendimento humanizado, orientado pela garantia dos direitos da população. Entendem também ser necessário ampliar e fortalecer o SUS, com o aumento do número de leitos em hospital geral para os quadros mais graves, implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), das Casas de Acolhimento Transitório (CAT), das Equipes de Consultórios de Rua, das equipes de saúde mental na atenção básica, entre outros recursos menos invasivos e violentos. São dispositivos que apresentam bons resultados na abordagem e no cuidado com os usuários, respeitando sua autonomia e liberdade.

VERONA (2013), presidente do Conselho Federal de Psicologia, afirma ainda que o modelo de atenção aos usuários de drogas deve ser pautado na Lei n. 10.216/2001 e que instituições asilares, como as Comunidades Terapêuticas, não devem ser opção para o tratamento com recursos públicos.

Seguindo essa vertente, em 2012, foi instituída a Frente Nacional de Drogas e Direitos Humanos (FNDDH) composta, atualmente, por 53 entidades, dentre as quais o Conselho Federal de Psicologia e o Conselho Federal de Serviço Social, objetivando mudanças na atual política sobre drogas, baseadas na cidadania, na dignidade, nos Direitos Humanos, na garantia da participação popular e no respeito às decisões das Conferências.

A FNDDH defende que:

A Política de Segurança Pública deve ser norteada pela garantia de direitos e não pela repressão policial, ações higienistas e criminalizadoras da pobreza e de populações fragilizadas.

Posiciona-se contra a atual política proibicionista de drogas, contra a inclusão das comunidades terapêuticas e afins na rede de serviços do SUS e a favor da Luta Antimanicomial e da Redução de Danos no acolhimento e no tratamento de usuários abusivos de drogas, em defesa dos princípios do SUS e de um Estado laico. Defende a consolidação e ampliação do Sistema Único de Saúde (SUS), do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e de todas as políticas públicas pela inclusão e integralidade na atenção às pessoas que usam drogas contemplando ações de trabalho, habitação, educação, cultura, arte, esporte, acesso à justiça, segurança pública, saúde e assistência social.²³

O Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda), órgão deliberativo do sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente no Brasil, emitiu uma nota técnica sobre recolhimento e internação compulsórios de crianças e adolescentes em situação de rua e usuários de drogas. Declarou ilegal a Resolução n. 20, de maio de 2011, da Secretaria Municipal de Assistência Social do Rio de Janeiro, bem como práticas similares em outras cidades.

Segundo Miriam Maria José dos Santos, vice-presidente do Conanda, a medida é um flagrante desrespeito ao disposto no ECA e na Convenção Internacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, bem como, à política nacional de atendimento à saúde mental, que prevê, no Art. 9º da Lei 10.216/01, que “a internação compulsória é determinada de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente [...]”

A Comissão dos Direitos Humanos da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) lançou o manifesto “Recolher não é acolher”, reprovando a iniciativa da prefeitura do Rio de Janeiro. O documento afirma que o ato é ilegal e que os abrigos não estariam adequados às normas previstas pela Política Nacional de Assistência Social e pelo Sistema Único de Assistência Social.

Enfim, a segunda corrente considera a medida segregatória e incapaz de viabilizar uma assistência adequada aos dependentes químicos. Entende que devem prevalecer as políticas públicas de atenção continuada, com a adoção da perspectiva da redução de danos.

Além da questão legal, o tema envolve ainda a discussão sobre a eficácia da internação compulsória de dependentes químicos, bem como, em quais locais e condições essa deva ser realizada.

²³ Disponível em: <<http://drogasedireitoshumanos.org/entidades-que-compoem-a-frente/>>. Acesso em: 23 set. 2013.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O consumo de drogas representa um grave problema na sociedade atual, com consequências para o indivíduo, seus familiares e toda a comunidade. O enfrentamento dessa problemática exige do Estado uma atenção especial.

O Diretor Executivo do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), Yury Fedot, afirmou no Relatório Mundial sobre Drogas 2013 que:

As drogas ilícitas continuam a pôr em risco a saúde e o bem-estar de pessoas em todo o mundo. Tais drogas representam uma clara ameaça para a estabilidade e a segurança de regiões inteiras e para o desenvolvimento econômico e social. De diversas maneiras, drogas ilícitas, crime e desenvolvimento estão ligados um ao outro. A dependência de drogas é muitas vezes agravada pelo baixo desenvolvimento social e econômico, e o tráfico de drogas, junto com muitas outras formas de crime organizado transnacional, compromete o desenvolvimento humano. Temos que quebrar esse ciclo destrutivo para proteger o direito das pessoas a um estilo de vida saudável e promover crescimento econômico sustentável, maior segurança e estabilidade. (RELATÓRIO MUNDIAL SOBRE DROGAS, 2013).²⁴

O uso abusivo de substâncias psicoativas pode levar uma parcela de seus usuários ao uso contínuo e à dependência, configurando-se um problema de saúde coletiva, que exige políticas públicas adequadas para solucionar a questão.

Conforme estudado no trabalho, as políticas para o enfrentamento das drogas seguem a vertente proibicionista, posicionamento esse também adotado no Brasil, devido às influências internacionais.

No entanto, como destaca BOITEUX *et al.* (2009):

Desde a década de oitenta, mais especialmente nos últimos dez anos, dedicados à avaliação das políticas de drogas, um crescente número de países – incluindo alguns europeus – direcionou-se para outro modelo de política de drogas, bastante diverso do atual, objetivando maior equilíbrio entre a repressão e a prevenção. Da mesma forma, a sociedade civil começou a se organizar em redes internacionais de organizações não-governamentais para apoiar a estratégia de ‘promover um lento e gradual aprimoramento das políticas atuais’, buscando um sistema global apto a proteger ‘o bem-estar da humanidade, que garanta alguns controles sobre substâncias potencialmente danosas, com flexibilidade suficiente, e que imponha limites no nível de repressão que é imposto a usuários e comerciantes e produtores de menor escala.’ (BOITEUX *et al.*, 2009, p. 37).

²⁴ Disponível em: <http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/Topics_drugs/WDR/2013/PT_Referencias_BRA_Portugues.pdf>. Acesso em: 22 set. 2013.

No Brasil, também se observou esse realinhamento das políticas públicas sobre drogas, quanto aos usuários e aos dependentes químicos.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), começaram a surgir condições para uma mudança no modelo de tratamento relacionado à saúde mental.

A Lei da Reforma Psiquiátrica (10.216/2001), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redireciona o modelo assistencial em saúde mental, garantindo aos seus usuários acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; tratamento 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; proteção contra qualquer forma de abuso e exploração; sigilo nas informações prestadas; direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; recebimento do maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; tratamento em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis e ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (Art. 2º, parágrafo único, da Lei n. 10.216/2001).

Em 2002, foi instituída a Política Nacional Antidrogas, que inobstante ter como foco a repressão, abordou assuntos vinculados à prevenção, tratamento, recuperação, reinserção social dos usuários e dependentes, redução de danos, estudos, pesquisas e avaliações sobre as práticas adotadas. Após várias discussões, a política foi substituída pela Política Nacional sobre Drogas, em 2005, convergindo com as novas mudanças do período, como a formulação da Política de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas, pelo Ministério da Saúde, no ano de 2003, a qual possui como eixo central a Lei da Reforma Psiquiátrica.

A política do Ministério da Saúde, orientada pelos programas de redução de danos, representa um grande avanço no tratamento dos usuários e dependentes químicos, ao estabelecer a construção de uma rede de atenção integral de forma articulada e com características intersetoriais, com ênfase na reabilitação e reinserção social dessas pessoas.

A estratégia da redução de danos respeita a autonomia e a singularidade do usuário de drogas, propondo soluções adequadas a cada realidade.

Apesar dos avanços observados, ainda há muito a ser feito em relação à rede de atenção, pois muitos dos serviços ainda não foram implantados em sua plenitude. A guisa de análise, em todo Brasil existem 41 (quarenta e uma) residências terapêuticas, as quais estão distribuídas

somente em 14 (quatorze) estados, sendo 10 (dez) em São Paulo, 5 (cinco) no Espírito Santo, 5 (cinco) em Minas Gerais, 5 (cinco) no Rio de Janeiro e 4 (quatro) no Rio Grande do Sul. No Paraná, existe uma cadastrada.²⁵

Até 05/07/2014, foi constatada a existência de 47 (quarenta e sete) CAPSad III, com funcionamento 24 horas, em todo o país. A meta para o final do ano de 2014 é que estejam funcionando 198 (cento e noventa e oito). Existem hoje 635 (seiscentos e trinta e cinco) leitos em enfermarias especializadas, sendo a meta para o fim de 2014 de 1.681 (um mil e seiscentos e oitenta e um). Também há previsão do aumento dos Consultórios de Rua, dos atuais 101 (cento e um) para 175 (cento e setenta e cinco).²⁶

Para que essas metas não figurem apenas em propostas e palanques políticos, há a necessidade do engajamento também da sociedade e dos profissionais envolvidos com a temática, para que a rede de atenção aos usuários de substâncias psicoativas seja construída com alicerces sólidos, de qualidade e eficazes.

Desse modo, entendo que o ideal seria fortalecer e ampliar a rede de atenção existente, visando atingir o maior número de pessoas; capacitar os profissionais atuantes na área para prestarem atendimento de qualidade e buscar uma maior articulação com outros setores, procurando reinserir efetivamente esses indivíduos na sociedade, como por exemplo, por meio de parcerias com a iniciativa privada no sentido de oferecer cursos profissionalizantes e os reingressar no mercado de trabalho.

Dentro da temática da Rede e da Política de Atenção, discutiu-se neste trabalho a proposta de internamento compulsório de dependentes químicos. Cabe destacar que o trabalho não pretendeu esgotar o tema, principalmente por serem poucas as pesquisas sobre o assunto, bem como, pela complexidade de questões, direitos e princípios envolvidos.

A questão do internamento compulsório ainda aguçava esclarecimentos e a problemática não se restringe à proposta em si, mas também em como ela será desenvolvida, pois, se for calcada na intimidação, coação, uso de força física ou outra forma de violência, será uma grave afronta aos direitos fundamentais do cidadão.

Os dependentes de álcool e outras drogas, principalmente as ilícitas, normalmente residem nas ruas, visto que toda a estrutura familiar foi ceifada em razão do vício. Retirá-los desse ambiente geralmente inóspito é necessário, mas não a qualquer custo. Todo processo deve ser analisado e

²⁵ Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/web/instituicao/index.php?ds_cidade=todas&ds_estado=PR>. Acesso em: 22 set. 2013.

²⁶ Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/index.html>>. Acesso em: 05. jul. 2014.

escorado em garantias mínimas, sob pena de caracterizar-se como mera política de limpeza urbana e segregação, com total afronta à liberdade do cidadão. Assim, na contraposição de interesses e princípios, a proposta de internação deve ter como fins primordiais a dignidade, o bem-estar e a recuperação do dependente.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, Miriam *et al.* **Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas.** Brasília: UNESCO, 2002.

ALVES, Vânia Sampaio. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial.** Interface - Comunic., Saúde, Educ., v. 9, n.16, p. 39-52, set.2004/fev.2009.

ANDRADE, Arthur Guerra. **Internação Involuntária para Dependentes Químicos divide opiniões.** Disponível em: <<http://www.reporterdiario.com.br/Noticia/381210/internacao-involuntaria-para-dependentes-quimicos-divide-opinioes/>>. Acesso em: 29 jun. 2013.

ARAÚJO, Tarso. **Almanaque das Drogas.** São Paulo: Leya, 2012.

BATISTA, Nilo. Política criminal com derramamento de sangue. In: **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, São Paulo, v. 5, n. 20, p.129-146, out./dez. 1997.

BOITEUX, Luciana *et. al.* **Tráfico de Drogas e Constituição.** Brasília: SAL - Ministério da Justiça. Série Pensando o Direito, v. 1, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** 2. ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Legislação e Políticas Públicas Sobre Drogas no Brasil.** Brasília, Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (2012). **Nota Técnica Conjunta 2012.** Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/geral/20120412004951716.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do Programa “De Volta para Casa”.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília, DF: 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a usuários de Álcool e Outras Drogas.** 2. ed. revista e ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil - 2006/2007**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Dados_Estatisticos/Instituicoes/327691.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2013.

CARVALHO, Salo de. **A Política Criminal de Drogas no Brasil: Estudo Criminológico e Dogmático da Lei 11.343/06**. 6. ed. rev. Rio de Janeiro: Saraiva, 2013.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. **Drogas: pelo tratamento sem segregação**. Disponível em: <<http://www.peticaopublica.com.br/?pi=CFP2011A>>. Acesso em: 20 jul. 2012.

CONANDA. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Nota técnica – Recolhimento e Internação Compulsórios de Crianças e Adolescentes**. Disponível em: <<http://drogasecidadania.cfp.org.br/nota-tecnica-recolhimento-e-internacao-compulsorios-de-criancas-e-adolescentes/>>. Acesso em: 20 jul. 2012.

CONTE *et al.* **Redução de Danos e Saúde Mental na Perspectiva da Atenção Básica**. Porto Alegre: Boletim da Saúde, v. 18, n. 1, jan./jun. 2004.

CORREIA, Diana e ALMEIDA, Fernando. **O Internamento e o Tratamento Involuntário na União Europeia**. Disponível em: <http://www.spppj.com/uploads/n_5.pdf#page=96>. Acesso em: 28 nov. 2013.

DUAILIBI, Sérgio; VIEIRIA, Denise Leite; LARANJEIRA, Ronaldo. Políticas Públicas para o controle de álcool, tabaco e drogas ilícitas. In: DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo (orgs.). **Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 497-506.

FANTAUZZI, Gustavo dos Santos; AARÃO, Bruno de Fátima Chaves. O advento do *crack* no contexto político brasileiro. In: SAPORI, Luis Flavio; MEDEIROS, Regina (orgs.). **Crack um desafio social**. Belo Horizonte: Puc Minas, 2010, p. 81-101.

FAVARO, Cláudio. Unidade Básica de Saúde e Atenção Primária. In: DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo (orgs.). **Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 1-9.

FRACASSO, Laura. Comunidades Terapêuticas. In: DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo (orgs.). **Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 61-69.

FRANCO JUNIOR, Raul de Mello. **Internação compulsória para tratamento de alcólatras e dependentes químicos**. 2008. Disponível em: <<http://www.raul.pro.br/artigos/drogas.htm>>. Acesso em: 20 nov. 2013.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GONÇALVES, Manuel Clistenes de Façanha e. Prefácio. In: SILVA, Odailson da. **Droga! Internar não é prender**. Fortaleza: Arte Visual, 2013, p. 13-26.

GRECO FILHO, Vicente. **Tóxicos: prevenção - repressão: comentários à Lei n. 11.343/2006**, 13. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2009.

LARANJEIRA, Ronaldo. **Internação á Força de Viciado Divide Especialistas**. Entrevistado no Tópico A Favor. Disponível em: <<http://www.psiquiatria.unifesp.br/sobre/noticias/exibir/?id=195>>. Acesso em: 25 nov. 2013.

LEITE, Marcos da Costa. **Aspectos básicos do tratamento da síndrome de dependência de substâncias psicoativas**. Brasília; Brasil. Presidência da República. Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional Antidrogas; 2000. 26 p. (Série Diálogo, 3).

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamaso. **Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica**. Rev. katálysis, Florianópolis, v. 10, n. spe, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 jun. 2014.

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

MARQUES, Ana Cecília Petta Roseli; RANIERI, Maria Aparecida. Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas. In: DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo (orgs.). **Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 30-35.

MENEZES, Joyceane Bezerra; OLIVEIRA, Cecilia Barroso de. Reforma Psiquiátrica Brasileira, a difícil passagem do isolamento para o tratamento inclusivo do paciente em respeito aos direitos de personalidade e ao direito à convivência familiar. In: MENEZES, Joyceane Bezerra; LIMA, Renata Albuquerque (orgs.). **Justiça social e democracia**. São Paulo: Conceito, 2011.

OAB. Ordem dos Advogados do Brasil. **Recolher não é acolher**. Disponível em: <<http://www.peticaopublica.com.br/PeticaoVer.aspx?pi=P2011N12693>>. Acesso em: 15 jul. 2012.

OLIVEIRA, Walter F. de. **Drogas: Políticas de Prevenção, Controle e Recuperação. Trabalho desenvolvido na Disciplina de Bioética do Mestrado em Ciências Médicas da Universidade Federal de Santa Catarina**. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/159.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2014.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. **Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, May 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 jun. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde-Décima Revisão**. 8. ed. São Paulo: Edusp; 2008. v. 2.

RIBEIRO, M. M; ARAÚJO, M.R. Política mundial de drogas ilícitas: uma reflexão histórica. In: SILVEIRA, D.X; MOREIRA, F.G. (Orgs.). **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 457-468.

SANTOS, Jessica Adrielle Teixeira; OLIVEIRA, Magda Lúcia Felix. **Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico**. *Sau. & Transf. Soc.*, Florianópolis, v. 4, n.1, p.82-89, 2013.

SAPORI, Luis Flavio. **Deve ser permitida a internação compulsória de viciados em crack?** Disponível em: <http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/index.php/b_logs/dependencia-quimica/9360--deve-ser-permitida-a-internacao-compulsoria-de-viciados-em-crack>. Acesso em: 30 jun. 2013.

SILVA, Antônio Geraldo da. **Análise da ABP sobre a internação compulsória para dependentes químicos em São Paulo**. Disponível em: <<http://www.abp.org.br/portal/archive/10823>>. Acesso em: 30 jun. 2013.

SILVA, Jair Lourenço. **Teoria de rede para adictos: Programa de tratamento e prevenção para dependentes de drogas em comunidades terapêuticas**. 2011. 222 f. Tese (Doutorado em Ciências), Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2011.

SILVA JUNIOR, Nelson Gomes de Sant'Ana; GARCIA, Renata Monteiro. **Moncorvo Filho e algumas histórias do Instituto de Proteção e Assistência à Infância**. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v10n2/artigos/pdf/v10n2a19.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2013.

SILVA, Odailson da. **Droga! Internar não é prender**. 2. ed. Fortaleza: Arte Visual, 2013.

SILVEIRA, Dartiu Xavier da; SILVEIRA, Evelyn Doering Xavier da. **Um guia para a família**. 4. ed. Brasília: Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas, 2004. (Série Diálogo; n. 1).

SILVEIRA, Dartiu Xavier da. **Dependência não se resolve por decreto**. Disponível em: <http://www.uniad.org.br/index.php?view=article&catid=29%3Adependencia-quimica-noticias&id=9364%3Adeve-ser-permitida-a-internacao-compulsoria-de-viciados-em-crack&format=pdf&option=com_content&Itemid=94>. Acesso em: 15 jul. 2013.

VALÉRIO, Andréa Leite Ribeiro; MENEZES, Ana Cláudia Caldas de. A Rede de Atenção ao usuário de SPA em contexto de rua. In: FILHO, Antonio Nery; MENEZES, Ana Cláudia Caldas de. (orgs.), **Módulo para capacitação dos profissionais do projeto Consultório de Rua**. Salvador: Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD/Universidade Federal da Bahia – UFBA, 2010, p. 54-60.

VARELLA, Drauzio. **Um pouco menos de hipocrisia**. Disponível em: <<http://www.cartacapital.com.br/saude/um-pouco-menos-de-hipocrisia>>. Acesso em: 15 jul. 2013.

VERONA, Humberto. **Internação Compulsória**. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/humberto-verona-a-banalizacao-de-medidas-autoritarias/>>. Acesso em: 14 jul. 2013.

REFERÊNCIAS LEGISLATIVAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução - RDC n. 101, de 30 de maio de 2001.** Normatiza o funcionamento de serviços públicos e privados, de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso e abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial para o licenciamento sanitário. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=556>. Acesso em: 04 jul. 2013.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução - RDC n. 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.brasilsus.com.br/legislacoes/anvisa/108617-29.html>>. Acesso em: 04 jul. 2013.

BRASIL. **Decreto n. 847, de 11 de outubro de 1890.** Promulga o Código Penal. Disponível em: <http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaNormas.action?numero=847&tipo_norma=DEC&data=18901011&link=s>. Acesso em: 12 jan. 2013.

_____. **Decreto n. 4.294, de 6 de julho de 1921.** Estabelece penalidades para os contraventores na venda de cocaína, opio, morfina e seus derivados; cria um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substâncias venenosas; estabelece as formas de processo e julgamento e manda abrir os créditos necessários. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4294-6-julho-1921-569300-publicacaooriginal-92525p1.html>>. Acesso em: 12 jan. 2013.

_____. **Decreto nº 14.969, de 3 de setembro de 1921.** Aprova o regulamento para a entrada no país das substâncias tóxicas, penalidades impostas aos contraventores e sanatório para toxicomanos. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-14969-3-setembro-1921-498564-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 15 jan. 2013.

_____. **Decreto nº 22.213, de 14 de dezembro de 1932.** Aprova a Consolidação das Leis Penais, da autoria do Sr. Desembargador Vicente Piragibe. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-22213-14-dezembro-1932-516919-norma-pe.html>>. Acesso em: 15 jan. 2013.

_____. **Decreto nº 780, de 28 de abril de 1936.** Cria a comissão permanente de fiscalização de entorpecentes. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-780-28-abril-1936-472250-normape.html>>. Acesso em: 15 jan. 2013.

_____. **Decreto-Lei nº 891, de 25 de novembro de 1938.** Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/De10891.htm>. Acesso em: 26 jan. 2013.

_____. **Decreto-Lei nº 159, de 10 de fevereiro de 1967.** Dispõe sobre as substâncias capazes de determinar dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1960-1969/decreto-lei-159-10-fevereiro-1967-373406-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 26 jan. 2013.

_____. **Decreto-Lei n. 385, de 26 de dezembro de 1968.** Da nova redação ao artigo 281 do Código Penal. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/SISLEX/PAGINAS/24/1968/385.htm>>. Acesso em: 11 fev. 2013.

_____. **Lei nº 5.726, de 29 de outubro de 1971.** Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-5726-29-outubro-1971-358075-norma-pl.html>>. Acesso em: 11 fev. 2013.

_____. **Lei n. 6.368, de 21 de outubro de 1976.** Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-6368-21-outubro-1976-357249-norma-pl.html>>. Acesso em: 11 fev. 2013.

_____. **Decreto n. 85.110, de 2 de setembro de 1980.** Institui o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-85110-2-setembro-1980-434379-norma-pe.html>>. Acesso em: 23 fev. 2013.

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

_____. **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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 04 mai. 2013.

_____. **Lei n.º 10.409, de 11 de janeiro de 2002.** Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110409.htm>. Acesso em: 04 mai. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002.** Estabelece as normas e diretrizes para a organização e funcionamento dos CAPS. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>>. Acesso em: 04 mai. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº. 2.391, de 26 de dezembro de 2002.** Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2391.htm>>. Acesso em: 04 mai. 2013.

_____. **Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004.** Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2197.htm>>. Acesso em: 04 jun. 2013.

_____. **Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009.** Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html>. Acesso em: 02 jun. 2013.

_____. **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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm>. Acesso em: 04 jul. 2013.

_____. **Portaria nº 2.841, de 20 de setembro de 2010.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas - CAPSad III. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/105511-2841.html>>. Acesso em: 04 jul. 2013.

_____. **Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acesso em: 20 ago. 2013.

_____. **Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>. Acesso em: 04 ago. 2013.

_____. **Portaria n. 121, de 25 de janeiro de 2012.** Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html>. Acesso em: 04 jul. 2013.

_____. **Portaria n. 130, de 26 de janeiro de 2012.** Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPSad III) e os respectivos incentivos financeiros. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html>. Acesso em: 04 jul. 2013.

_____. **Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012.** Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de

Atenção Psicossocial. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html>. Acesso em: 04 jul. 2013.

_____. **Resolução nº3/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005.** Aprova a Política Nacional Sobre Drogas. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326979.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2013.

_____. **Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006.** Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm>. Acesso em: 04 ago. 2013.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10.** Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>>. Acesso em: 15 jul. 2012.

ONU. **Convenção Única sobre Entorpecentes.** Disponível em: <<http://www.unodc.org/pdf/brazil/Convencao%20Unica%20de%201961%20portugues.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2013.

ONU. **Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas.** Disponível em: <http://www.unodc.org/pdf/convention_1971_en.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2013.

ONU. **Convenção contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e de Substâncias Psicotrópicas.** Disponível em: <http://www.unodc.org/pdf/convention_1988_en.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2013.

ONU. **Declaração dos princípios orientadores da redução da demanda.** Disponível em: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N98/773/98/PDF/N_9877398.pdf?OpenElement>. Acesso em: 10 fev. 2013.

ONU. **Relatório Mundial sobre Drogas 2013.** Disponível em: <http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/Topics_drugs/WDR/2013/PT-Referencias_BRA_Portugues.pdf>. Acesso em: 22 set. 2013.

ORDENAÇÕES FILIPINAS, **Livro V. Título LXXXIX.** Disponível em: <<http://www1.ci.uc.pt/ihti/proj/filipinas/l5p1240.htm>>. Acesso em: 12 fev. 2014.