

FACULDADE DE DIREITO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM

TATIÉLLE DA SILVA MARCONCINI

**INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA: MEDIDA EFICAZ OU MÉTODO DE
HIGIENIZAÇÃO UTILIZADO PELO ESTADO?**

CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM-ES

2018

TATIÉLLE DA SILVA MARCONCINI

**INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA: MEDIDA EFICAZ OU MÉTODO DE
HIGIENIZAÇÃO UTILIZADO PELO ESTADO?**

Monografia apresentada ao curso de direito da Faculdade de Cachoeiro de Itapemirim para obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientador: Professor Reinaldo Faria Vieira

CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM-ES

2018

TATIÉLLE DA SILVA MARCONCINI

**INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA: MEDIDA EFICAZ OU MÉTODO DE
HIGIENIZAÇÃO UTILIZADO PELO ESTADO?**

Monografia apresentada a Faculdade de Direito de Cachoeiro de Itapemirim como
requisito parcial para conclusão do Curso de Graduação em Direito.

Aprovada em ____ de _____ de 20____.

Nota: _____

BANCA EXAMINADORA

Professor Reinaldo Faria Vieira

Professor Examinador

Professor Examinador

Dedico este trabalho a minha família amada, obrigada pelo apoio de sempre, sem vocês nada disso seria possível.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, meu amigo fiel e inseparável. Aos meus pais, Ana e Isaias, meus irmãos, Fábio e Edson, meu muito obrigada por tornar essa conquista possível, esses 05 (cinco) anos teriam sido muito mais difíceis sem o apoio de vocês, concluir essa etapa é uma vitória nossa. Ao professor Reinaldo, pelo auxílio oferecido na conclusão desta monografia. Aos poucos e fiéis amigos, obrigada por estarem sempre ao meu lado e por compartilharem comigo os momentos de dificuldades.

"A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo." *Albert Einstein*

MARCONCINI, Tatiéle da Silva. **INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA: MEDIDA EFICAZ OU MÉTODO DE HIGIENIZAÇÃO UTILIZADO PELO ESTADO?** Monografia (Bacharelado em Direito). Faculdade de Direito de Cachoeiro de Itapemirim – FDCI. Cachoeiro de Itapemirim, 2018.

RESUMO

O estudo em tela tem por objetivo elucidar a problemática do uso indiscriminado de drogas ilícitas e a dependência dos usuários, frente adoção das internações compulsória como método de solução mais usual para o este caso. No decorrer do trabalho se analisará a garantia constitucional à saúde dos dependentes, bem como os modelos de enfrentamentos da doença pelo poder público, com adoção de políticas higienistas que marginalizam os usuários, materializada na utilização da internação compulsória prevista na Lei 10.216/2001 para o tratamento dos dependentes. Por fim, se demonstrará os aspectos clínicos do tratamento ambulatorial passíveis de aplicação no caso de usuários de drogas em estágio de dependência, de modo a retardar a privação de liberdade destes indivíduos com a internação forçada e a tentativa legislativa para solução do problema.

PALAVRAS-CHAVES: Drogas; Dependência; Usuários; Internação Compulsória; Políticas Públicas Higienistas; Tratamento ambulatorial.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. DO DIREITO À SAÚDE:	11
2.1 Saúde como disciplina constitucional:.....	12
2.2 Sistema Único de Saúde (SUS) – Lei de nº 8.080/90:.....	16
2.3 Reserva do possível e o mínimo existencial:	18
3. AUSÊNCIA DE NORMATIZAÇÃO PARA O TRATAMENTO DE DEPENDENTES QUÍMICOS:	22
3.1 A problemática do uso indiscriminado das drogas na história da humanidade:	22
3.2 Utilização da Lei 10.216/2001 para a internação compulsória dos dependentes químicos:.....	25
3.3 Falta de tratamento humanizado x políticas públicas higienistas:	28
4. PROBLEMÁTICA DAS DROGAS E OS MODELOS DE ENFRENTAMENTO ADOTADOS PELO PODER PÚBLICO, EXPECTATIVA X REALIDADE:	32
4.1 Aspectos clínicos do tratamento considerado adequado para dependentes químicos – ênfase no tratamento em nível ambulatorial:	32
4.2 Projeto de Lei 7.663 de 2010 e a tentativa de resolução do problema pelo legislativo	39
4.3 Internação compulsória como afronta ao direito fundamental à liberdade do cidadão:	41
5. CONCLUSÃO	44
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	47

1. INTRODUÇÃO

Sabe-se que atrelado ao crescimento do tráfico de drogas no mundo há o aumento do número de pessoas em estágio de dependência pelo uso descontrolado das substâncias ilícitas.

Enquanto ainda não é possível erradicar o tráfico, resta ao poder público oferecer meios de tratamento para que os usuários em estágio de submissão possam alcançar a cura desta mazela do século.

Nesse sentido, hoje, corriqueiramente tem-se usado das internações compulsórias como única espécie de tratamento adequada aos dependentes de drogas. Como naturalmente estes indivíduos são taxados pela sociedade como marginais, fica mais fácil adotar uma política higienista para livrar do meio social destas pessoas “indesejadas”, sem considerar se o dependente tem ou não interesse em se submeter ao tratamento e se essa é abordagem mais adequada para o caso.

Para justificar tão conduta, basta apenas que um familiar ou ente público requeira a internação compulsória do dependente no Judiciário, munido de um laudo médico circunstanciado para que as decisões sejam favoráveis a esta restrição de liberdade, muitos dos quais são conseguidos no momento em que a pessoa encontra-se em crise.

Frisa-se que tal prática de internação justifica-se em virtude da Lei 10.216/2010 que tem por objetivo principal proteger indivíduos com transtornos mentais por meio das espécies de internações existentes para tratamento, quais sejam: voluntária, involuntária e compulsória, sendo que esta mesma lei sendo utilizada nos casos de dependentes de álcool e drogas.

Acompanhando esta tendência, temos o projeto de lei 7.663/2010, de autoria do Deputado Osmar Terra, que propõe a autorização de internações forçadas na Lei 11.343/2006, por meio da criação do artigo 23-A, ou seja, novamente veem-se que a internação compulsória do dependente seria o meio mais adotado/considerado de tratamento para “salvar” esta pessoa da dependência.

A saúde pública brasileira é carente de programas voltados ao tratamento dos dependentes químicos diversos ao modelo de internação existentes, em que se realize uma verdadeira análise de cada caso, em que se individualize o paciente e a forma de tratamento a ser aplicada, de modo a atender o do maior número de pessoas e com a máxima eficiência possível.

Desta feita, o presente trabalho de conclusão de curso tem por objetivo discutir a utilização indiscriminada das internações compulsórias como meio de tratamento aos dependentes de substâncias químicas, em despeito as outras espécies e tratamento existentes e a previsão legal para tal conduta e, sobretudo em razão do flagrante desrespeito à liberdade do indivíduo de escolher o que é melhor e adequado para sua vida.

2. DO DIREITO À SAÚDE

No período colonial brasileiro; os medicamentos/produtos químicos provenientes da Europa eram destinados àqueles que possuíam boa condição financeira, razão pela qual boa parte da população enfrentava dificuldades em ter acesso a estes produtos pelo seu alto custo. Objetivando contornar aludida situação, os jesuítas passaram a apreender alternativas de tratamento com os povos nativos. (RIOS-SANTOS; FEITOSA, 2017, p. 36-39)

Conforme narrado pelos referidos autores citando Vasconcelos (2001):

A ideia de uma pedagogia higiênica organizou-se pela primeira vez no Brasil na segunda metade do século XIX, sendo a população-alvo dessa prática as famílias de elite. Iniciava-se uma cruzada para europeizar os costumes e urbanizar os hábitos da elite brasileira, com o objetivo de transformar o perfil sanitário da antiga família colonial, composta de agregados, escravos, domésticos e serviçais, em uma instituição conjugal e nuclear marcada pelo sentimento de privacidade (VASCONCELOS, 2001, p. 73-99 apud RIOS-SANTOS; FEITOSA, 2017, p. 36-39)

Já no período republicano, o Brasil ficou marcado pelas epidemias, ante a quase inexistência de políticas públicas sanitárias, que, quando existentes, eram voltadas para a proteção comercial em portos e manutenção da captação de mão de obra estrangeira para os latifúndios agrícolas. (RIOS-SANTOS; FEITOSA, 2017, p. 39-46)

Salienta-se que “os primeiros programas de saneamentos foram lançados em 1902, nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo, mas foi somente em 1923, sob a presidência do médico Oswaldo Cruz, que foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP)”. (RIOS-SANTOS; FEITOSA, 2017, p. 39-40)

Os anos que se seguiram foram marcados pela crise da saúde brasileira, voltada apenas para aqueles que poderiam pagar por esse serviço tão relevante. Como resposta:

[...] à séria crise da saúde e das crescentes pressões dos segmentos sociais, em 1982, surge o “Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social”, elaborado pelo CONASP, visando a uma maior racionalização das ações de saúde. Dentre as medidas previstas, destacavam-se o incentivo aos serviços ambulatoriais públicos e o término da modalidade de pagamento por unidade de serviço privado pelo sistema SAMPHS - Sistema de Assistência Médico-hospitalar da Previdência Social. (RIOS-SANTOS; FEITOSA 2017, p. 40 apud PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR (2006, p. 13-19)

Este cenário só se fez mudar com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que de forma expressa prevê a saúde como direito constitucional fundamental.

A inserção do direito à saúde na Constituição Federal de 1988 foi um marco histórico, visto que antes de sua regulamentação no mundo jurídico, os serviços de saúde eram destinados apenas a alguns grupos, mais especificamente àqueles que possuíam condições financeiras de custear o tratamento de forma particular e os que contribuíam para a Previdência Social. Logo, todos os que não poderiam cumprir com tais condições ficavam sem a referida proteção.

Assim, com o estabelecimento do direito à saúde na Constituição Federal de 1988 de forma ampla, garantiu-se o acesso à saúde a todos, de modo que, não apenas uma parcela privilegiada fosse beneficiada pela referida garantia constitucional, fato que tem possibilitado que a sociedade brasileira venha a se conscientizando de que é a destinatária final da proteção conferida pelo Estado.

2.1 Saúde como disciplina constitucional

O direito à saúde foi inserido na Constituição Federal de 1988 no título destinado à Ordem Social, que tem como objetivo o bem-estar e a justiça social. Nesse sentido, a referida Carta Magna em seu artigo 6º enumera os direitos sociais que, disciplinados pela ordem social, destinam-se à redução das desigualdades sociais e regionais, dentre os quais temos a seguridade social, composta pelo direito à saúde, assistência social e previdência social (SANTOS, 2017, p. 36-37). Dessa forma, o citado artigo elenca que:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (BRASIL, 1988)

Nesse passo, tal como nos ensina RIOS-SANTOS; FEITOSA (2017, p.11):

A constituição de 1988 inova ao trazer o direito à saúde dentro do rol de Direitos Fundamentais. Além disso, a Carta Magna ao consagrar que [...] a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, em seu art. 196, e ao que dispõe o art. 5, §1º, no qual [...] as normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata ... (BRASIL, 1988), assegurou ao cidadão o direito subjetivo de pleitear os cuidados necessários à saúde através da rede pública.

Segundo MÂNICA (2017, p. 170) “serviços públicos sociais são atividades prestacionais voltadas à materialização dos direitos fundamentais sociais, inseridas na esfera de titularidade compartilhada entre o Poder Público e a sociedade.”

Com a advento da Constituição Federal de 1988, os direitos prestacionais sociais do Estado para com o cidadão passaram a ser mais respeitados e valorizados no Brasil, estes têm aplicação imediata como bem elucidada o próprio texto

constitucional, tratam-se de cláusulas pétreas, competindo ao Estado o dever de assegurá-los visando a consolidação da cidadania.

O direito à saúde é disciplinado nos artigos 196 a 200 da Constituição. O artigo 196 dispõe que:

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

Frisa-se que segundo SANTOS (2017, p. 109), referenciados dispositivos têm por premissa atender o princípio da universalidade, ou seja, tanto da cobertura, que se dirige a todas as etapas, quais sejam; promoção, proteção e recuperação, e do atendimento, haja vista que garante a todos os cidadãos o direito ao acesso igualitário às ações e serviços de saúde.

De outra sorte, a universalização do acesso à saúde acaba por sedimentar a ideia de igualdade, valor constitucional previsto no caput do artigo 5º da Constituição, que deve ser vetor de orientação para todas as políticas públicas do Estado Brasileiro. De fato, num país que se propõe a reduzir as desigualdades sociais, tal como preconizado na Carta Magna, a amplitude do acesso à saúde é política pública imperativa, a ser desenvolvida por todas as esferas de governo da Federação.

Não obstante, segundo MÂNICA (2017, p. 16), tendo em vista nova hermenêutica constitucional, o “direito à saúde” não pode ser entendido como sinônimo de “direito a ser saudável”, isto porque, este último é muito mais amplo que aquele primeiro, sendo que este deve ser garantido pelo Estado, e não aquele.

Para o referido autor, aludidos conceitos se explicam como:

A saúde é entendida, já algum tempo, como um estado dinâmico do organismo humano que resulta da interação momentânea de fatores internos e externos. O estado de saúde não corresponde à mera ausência de doença, mas à ‘completa condição de bem-estar físico, mental e social do ser humano’. [...].

Já o ‘direito à saúde’ possui conotação específica, definida pelo conjunto de normas jurídicas vigentes em determinados país, podendo ser visualizados sob dois prismas:

(i) Como direito individual de não sofrer violação por parte do Estado ou de terceiros (direito individual de defesa).

(ii) Como direito social de obter ações e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde (direito social a prestação). (MÂNICA, 2017, p. 16/17).

Os direitos fundamentais sociais traduzem primordialmente direitos que, para serem concretizados impõem ao Estado o dever de atuar positivamente na ordem econômica e social (MÂNICA, 2017, p.14). Portanto, a mera consagração de tais direitos não impõe sua aplicação automática. É preciso, destarte, que o aparato governamental desenvolva uma série de ações coordenadas, que necessariamente impõem o empenho de verbas públicas para o atendimento do direito constitucional à saúde de forma ampliativa, de modo a conferir adequadas condições de “uso” ao maior número de indivíduos.

A Constituição Federal conferiu às ações e aos serviços de saúde relevância pública, conforme observa-se da leitura do artigo 197. Nesse ínterim, compete ao Estado, através de políticas econômicas e sociais, conferir efetivamente o direito à saúde a todos que se encontrem no território nacional. Para isso, seu agir deve estar voltado a reduzir o risco a “doença” e outras enfermidades.

Salienta-se que o direito à saúde é citado no artigo 6º da Lei Maior como direito “fundamental social”, sendo disciplinado no artigo 196 do mesmo dispositivo legal como “dever do Estado”:

O artigo 198 da Constituição Federal dispõe que as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, sendo esta financiada primordialmente pelos recursos do orçamento provenientes da seguridade social (SANTOS, 2017, p.111).

Desta forma, constata-se que todos os cidadãos contribuem para o custeio da seguridade social e por consequência o seu repasse à saúde, situação esta que garante que todos aqueles que necessitem mas não disponham de meios para arcar com tal serviço sejam contemplados, mesmo que não tenham efetuado o repasse da seguridade. Objetiva-se conferir condições de custeio do serviço público e não a verificação de capacidade contributiva para usufruir de tal benesse, almeja-se portanto a igualdade de acesso aos direitos sociais.

Ressalta-se ainda que a denominação “sistema único de saúde ‘- SUS é adotada pela Constituição brasileira para se referir ao conjunto de ações e serviços de responsabilidade do Poder Público [...]”. (MÂNICA, 2017, p.24)

Ademais, por força do artigo 198 do mencionado dispositivo, compete ao Poder Público, por meio de seus entes (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) atuar para que as diretrizes previstas no texto constitucional se façam cumprir.

Do mesmo modo, em consonância com o que determina o artigo 199 da Carta Magna, tem-se autorização para que a iniciativa privada atue no setor de saúde (SANTOS, 2017, p. 111). Entrementes, por expressa determinação do legislador, a atuação da iniciativa privada pode se dar de forma complementar. Desta maneira, mesmo que à iniciativa privada seja facultada a participação na oferta de serviços de saúde, ainda assim se impõe ao Poder Público a responsabilidade por prestar diretamente o serviço, não podendo o Estado deixar de cumprir essa relevante obrigação de matriz social.

O ordenamento jurídico, visando a concretização do direito à saúde de forma racionalizada, confere ao Poder Público um conjunto de funções voltadas à organização e funcionamento do sistema de saúde. (MÂNICA, 2017, p. 30)

Estes são denominados pelo mesmo autor como ações e serviços públicos de saúde – ASPS – que devem ser prestadas pelos entes federados de forma regionalizada e hierarquizada, formando um sistema único, dais quais destacam-se:

- formulação de políticas públicas;
- financiamento das atividades públicas e privadas;
- regulação de todo o setor;
- fiscalização e o controle de atividades que possam afetar a saúde das pessoas;
- prestação dos serviços de assistência à saúde. (MÂNICA, 2017, p. 32)

Referidas atividades estão previstas no artigo 200 da Constituição Federal, que relaciona ainda, além das atividades assistenciais, um conjunto de outras ações e serviços que devem ser executados pelo Poder Público, nos seguintes termos:

- Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:
- I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
 - II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
 - III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
 - IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
 - V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 85, de 2015)
 - VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
 - VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
 - VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. (BRASIL, 1988)

Portanto, fica claro que a previsão constitucional ao direito à saúde não fica adstrita apenas o fornecimento de medicamentos e tratamentos, mas sim a toda gama de serviços e atividades que estão correlacionados ao “estado de saúde”.

Ainda, a Constituição Federal de 1988 não dividiu exatamente qual é a atribuição de competência de cada ente federativos, tal assertiva pode se observar da leitura dos artigos 23 e 24 do referido texto. Por estes dispositivos, há competência comum de todos dos entes para prestação dos serviços de saúde e competência concorrente para legislar sobre a defesa da saúde.

Logo, “o SUS constituiria uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde, pautada na descentralização, com direção única em cada esfera de governo.” (MÂNICA, 2017, p. 33). Essa rede, é voltada para a atender os serviços assistenciais de atendimento à saúde da população, que pode se dar de maneira individual ou coletiva, sendo prestada no âmbito hospitalar, ambulatorial ou domiciliar.

Nesse íterim, resta clara a intenção da Carta Magna de 1988 com a edição do artigo 200, de “estabelecer uma ampla gama de deveres estatais no setor de saúde.” (MÂNICA, 2017, p. 33)

Destarte, à saúde disciplinada como direito constitucional fundamental pela Constituição Federal intenciona compelir ao Estado a obrigação e conferir meios e condições para que tal direito de materialize. Desse modo, todos os cidadãos poderão usufruir deste serviço de maneira organizada e gratuitamente, de modo a ter os seus direitos constitucionais validados e cumpridos como determina a lei.

2.2 Sistema Único de Saúde (SUS) – Lei de nº 8.080/90

A Lei de nº 8.080/90, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde, dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Para Figueiredo (2009, p.13), a referenciada lei:

Pode ser considerada “lei nacional”, porque “regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde”, isto é, dispõe sobre as ações e os serviços de saúde, prestados pelos três níveis da Federação (federal, estadual, municipal), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

É de se advertir, contudo, que embora haja um “sistema único” este não é, de fato, o único existente no território brasileiro com o fim de oferta de saúde à população. Afinal, ao lado do sistema público, organizado em nível nacional,

coexiste um sistema privado, que é regulamentado e fiscalizado por parte do ente estatal. Vez que, o sistema único de saúde corresponde ao sistema público do nosso país, ao passo que o sistema privado autônomo é disponibilizado pelas prestadoras de serviços independentes do Poder Público.

Ainda assim, considerando a relevância pública conferida pela Constituição Federal à regulamentação dos serviços e das ações de saúde, definidos pelo artigo 197, enfatiza-se o caráter indisponível do direito à saúde. Para Figueiredo (2009, p. 13-14):

Essa indisponibilidade decorre da fundamentalidade e, portanto, da relevância social e jurídica do objeto que essa norma visa a proteger, notadamente: saúde, vida, integridade física e psíquica, dignidade da pessoa humana (inclusive quanto às condições para seu desenvolvimento individual e social) e mínimo existencial (isto é, o conjunto das prestações materiais mínimas à vida com dignidade), de uma parte; e, ao mesmo tempo, um sistema público de saúde, único, com acesso universal e cobertura integral em todos os níveis de complexidade, descentralizado e hierarquizado, marcado pela participação da comunidade inclusive em termos de controle social.

De igual modo, não se deve compreender que as políticas econômicas e sociais de proteção à saúde se restringem apenas ao campo da medicina, comprovando isso, temos a inteligência do artigo 3º da Lei 8.080/90, que se preocupa com outros fatores determinantes sociais de saúde, como podemos citar a alimentação, a moradia, o saneamento básico, etc. Por estes, tem-se o “reconhecimento de que a efetivação do direito à saúde depende do comprometimento e da ação de diversos setores e atores sociais, públicos e privados”. (FIGUEIREDO, 2009, p.30)

O artigo 4º da Lei 8.080/90 define o SUS como:

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde. (BRASIL, 1990)

Outrossim, o § 2º da referida Lei, faz menção a possibilidade de participação da iniciativa do privada no setor de saúde, mas desde que de forma complementar, tal qual disposto no artigo 197 da Constituição.

Insta esclarecer que, “os princípios e diretrizes constitucionais, explicitados na Lei n. 8.080/90, se aplicam não somente às instituições públicas que prestem

serviços de saúde, mas também aos serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS". (SANTOS, 2017, p. 111)

Em seu artigo 5º, referida Lei elenca os objetivos do SUS, bem como as suas atribuições, dentre os objetivos podemos citar de acordo com Figueiredo (2009, p.35-36):

- identificação dos fatores condicionais e determinante da saúde, ou seja, dos determinantes sociais da saúde (art. 3º);
- formulação de políticas de saúde voltadas, nos campos econômico e social, à redução do risco de doenças e outros agravos (prevenção), ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde, e às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- assistência à saúde, por meio de ações preventivas, curativas, protetivas e promocionais.

O artigo 6º da mesma lei, elenca as competências materiais do SUS. Consequentemente, a Lei em comento tem por objetivo regular a aplicação de ações e serviços de saúde tanto no setor público, detentor da competência originária, quanto do setor privado, que detém competência complementar, sempre que "a atuação do poder público se mostrar insuficiente para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área (...)". (SANTOS, 2017, p. 112). Esta lei, portanto, fora editada tomando por base os princípios e diretrizes adotados pela Constituição Federal, ao disciplinar o direito à saúde como direito fundamental do ser humano.

2.3 Reserva do possível e o mínimo existencial

No mundo, a reserva do financeiramente possível (*Vorbehalt des finanziell Moglichen*) está ligada à famosa decisão da Suprema Corte Alemã (*Numerus-clausus-Urteil*), que versou sobre o aumento do número de vagas nas Universidades do país, tal pedido possuía amparo constitucional, visto que o direito subjetivo à educação estava naquele caso sendo violada. Todavia, aquele tribunal entendeu que, apesar do pleito deter caráter de fundamentalidade, nem sempre pode ou deve o Estado esquecer o critério de razoabilidade diante da real capacidade financeira para investimento público daquele porte. (MENDES; BRANCO, 2015, p. 642)

No Brasil mais especificamente na Constituição Federal de 1988 essa teoria se manifesta. Conforme abalizada doutrina:

Em seu art. 195, a Carta Maior definiu que o financiamento do SUS é compartilhado pelos três níveis de gestão, ou seja, realizado pelo orçamento da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, não desconsiderando outras fontes de financiamento. Em 2000, através da Emenda Constitucional 29, ficaram assegurados os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, estabelecendo

porcentagens mínimas a serem aplicadas, alterando os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal. Contudo, apesar dos avanços em determinar um percentual mínimo de investimento, permaneceu a dificuldade em se distinguir quais gastos poderiam ser considerados como ações e serviços públicos de saúde, mantendo ampla margem de discricionariedade reservada ao administrador público. (RIOS- SANTOS; FEITOSA, 2017, p.60/61)

Visando regulamentar tal prática foi sancionada posteriormente a Lei Complementar 141 de 2012, pela qual estabeleceu-se que a União continuaria a destinar o valor aplicado no ano anterior acrescido de variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) dos dois anos anteriores ao que dispuser a lei orçamentária. Cabendo aos Estados e municípios a obrigação de continuar aplicando 12% e 15% de sua arrecadação, respectivamente.

Referida Lei Complementar, por meio dos artigos 3º e 4º, estabelece o que deve ou não ser considerado como despesas com ações e serviços públicos de saúde, das quais podemos destacar, respectivamente: a vigilância em saúde, epidemiológica e a sanitária e, o pagamento de aposentadorias e pensões dos servidores da saúde (BRASIL, 2012).

O financiamento da saúde no Brasil é voltado para atender algumas necessidades, para tanto, existem listas de procedimentos e medicamentos que são custeados pelo sistema de saúde. Por consequência, em alguns casos em que se busca por meio do judiciário ter acesso a um tratamento de saúde específico e não contemplado nas listagens anteriormente citadas, aquelas necessidades de um indivíduo acabam resultando em prejuízo à coletividade, o que inegavelmente gera impacto sobre o erário público.

Entretanto, “[...] a concessão indiscriminada de benefícios pelo Poder Judiciário pode gerar um desequilíbrio [...]”, contudo, “[...] em países como o Brasil, a flexibilização é necessária (ou até imperativa), mas devendo ter para sua ocorrência o uso de critérios judiciosos e técnicos.” (RIOS-SANTOS; FEITOSA, 2017, p. 61-62).

Inegável é o impacto para o erário público gerado pelas decisões judiciais na área da saúde em favor de um cidadão, visto que em alguns casos tratam-se de tratamentos/medicamentos extremamente custosos, o que pode prejudicar por exemplo a compra de medicamentos de atenção básica que atende a inúmeras pessoas.

Em contrapartida, sendo o direito à saúde algo individual, a ideia implícita de que os recursos são invariavelmente escassos, ou seja, não estão disponíveis para o conjunto da sociedade, deve ser garantindo àqueles que o buscam.

Para RIOS-SANTOS; FEITOSA (2017), no âmbito jurídico, a limitação do cumprimento de serviços em função da insuficiência de recursos do Estado ficou conhecida como a teoria ou cláusula da “reserva do possível”. De acordo com tais doutrinadores citando Sarlet (2003):

A doutrina desmembrou a “reserva do possível” em “reserva do possível fática” e “reserva do possível jurídica”. A primeira consistente no contingenciamento financeiro a que se encontram submetidos os direitos prestacionais. Já a “reserva do possível jurídica” é quando os recursos financeiros até existem, porém não há previsão orçamentária que os destinem à consecução daquele interesse, ou licitação que legitime a aquisição de determinado insumo. (SARLET, 2003, apud RIOS-SANTOS;FEITOSA, 2014, p. 64)

Ainda, embora aplicação da reserva do possível não tenha recebido atenção específica na doutrina brasileira até a década de 1990, a teoria passou a ser extensamente utilizada, para justificar a não efetivação de direitos sociais (RIOS-SANTOS apud BARCELLOS, 2008, p. 64).

Salientou Krell apud Ramos (2014, p.44) em relação à aplicação da cláusula da reserva do possível no Brasil:

Devemos nos lembrar que os integrantes do sistema jurídico alemão não desenvolveram seus posicionamentos para os direitos sociais num Estado de permanente crise social e milhões de cidadão socialmente excluídos. Na Alemanha – como nos países centrais – não há um grande contingente de pessoas que não acham vagas nos hospitais mal equipados da rede pública; não há necessidade de organizar a produção e distribuição da alimentação básica a milhões de indivíduos para evitar sua subnutrição ou morte; não há altos números de crianças e jovens fora da escola; não há pessoas que não conseguem sobreviver fisicamente com o montante pecuniário de assistência social que recebem, etc.

Em contrapartida, conforme Rios-Santos e Feitosa, não pode o Brasil alegar problemas de arrecadação, visto que o ocupamos o 14º lugar entre os países com o maior percentual de carga tributária no ano de 2010, numerário esse que seria em média três vezes superior à tributação mundial, em consonância com o que diz o Instituto Brasileiro de Planejamento Tributário (IBPT). O que ocorre em realidade é que arrecadamos muito, mas aplicamos mal, não há retorno para à sociedade. (RIOS-SANTOS e FEITOSA, 2017, p. 65)

Portanto, é inadmissível o descaso aparente com a saúde pública, visto como que é sabido arrecada-se bem, entretantes, a aplicação da carga tributária não é adequadamente direcionada à saúde. Como consequência, há falta de

medicamentos, tratamentos, os hospitais são mal equipados, o que acarreta no atendimento precário aqueles que necessitam e não possuem condições de pagar pela prestação desse serviço no setor privado.

Assim, “embora se reconheça a existência deste limite fático, no âmbito da efetividade dos direitos sociais, deve ser cumprido um mínimo de prestações estatais que garantam uma vida digna ao indivíduo em sua coletividade.” (RIOS-SANTOS & FEITOSA, 2017, p. 66)

A Constituição da República atribuiu à saúde um alto grau de importância, prescrevendo um tratamento mais detalhado no artigo 6º e nos artigos 196 a 200, revelando como o Estado deve agir frente às necessidades e os anseios dos cidadãos.

Por isso o direito fundamental social à saúde apresenta indubitável correlação na preservação da dignidade da pessoa humana e na concreção da igualdade. E são nestes princípios que se encontram a noção do mínimo existencial.

O direito à saúde está interligado ao direito à vida. Assim, vida e saúde estão em um mesmo patamar e configuram, sem quaisquer dúvidas, um dever do Estado na implementação por melhores condições de vida e de salubridade. Por conseguinte, a saúde configura um mínimo existencial, de forma a ser concretizado e implementado pelo Estado.

Visto que conforme nos ensina Rios-Santos; Feitosa:

É justamente como direito fundamental e preceito ético que o mínimo existencial tem sua maior projeção. Quando, do ponto de vista jurídico, falamos de um “mínimo existencial” estamos tratando de algo intrinsecamente ligado à dignidade humana, que representa a concretização de princípios constitucionais. (RIOS-SANTOS & FEITOSA, 2017, p. 67)

Nesse sentido, na seara judicial o magistrado sempre deve ponderar qual a melhor tutela a ser aplicada, para que não afete pessoas que se beneficiam da assistência pública à saúde. Logo jamais a teoria da reserva do possível terá sobreposição ao princípio do mínimo existencial, Caso isso ocorra não poderemos falar em liberdade, igualdade ou dignidade da pessoa humana, pois este é o alicerce dos Direitos Fundamentais.

3. AUSÊNCIA DE NORMATIZAÇÃO PARA O TRATAMENTO DE DEPENDENTES QUÍMICOS

Nos últimos anos, inúmeras são as notícias dando conta dos problemas gerados pelo uso indiscriminado das drogas ilícitas no Brasil. Cada vez mais fica claro que as políticas públicas em nosso país têm-se mostrado incapazes de acompanhar a velocidade dessa epidemia, vez que a cada nova estratégia direcionada a mudar esse panorama, há uma rápida ação dos líderes do tráfico para reformular todo o cenário e fomentar cada vez mais a venda destes produtos.

Em razão de tal fato, governos e sociedade em todo o mundo, deveriam adotar como forma de combate ao problema àqueles métodos que priorizem desintoxicar, tratar e auxiliar os dependentes químicos a voltarem ao convívio social.

Entrementes, tratar a dependência química não se resume apenas a curar os efeitos que o uso das drogas causa no indivíduo, mas sim um restabelecimento integral do indivíduo, que atente para sua higidez física e psicológica, que colabore para sua reinserção social e, sobretudo no âmbito familiar.

Notórias são as dificuldades enfrentadas para disponibilização de tratamento para os dependentes químicos, situação que se agrava pela falta de apoio familiar em muitos casos, e que somadas ao sistema público de saúde desaparelhado contribuem para que não haja mudanças efetivas nesse cenário.

3.1 A problemática do uso indiscriminado das drogas na história da humanidade

O uso de drogas sempre esteve presente na história da humanidade e, ao longo do tempo, cada sociedade se encarregou de delimitar suas formas de uso, de acordo com o seu contexto cultural (MELO; MACIEL, 2016). O consumo de drogas, atrelado a problemas sociais, como, por exemplo, a pobreza e a desigualdade, a dificuldade de acesso à saúde, contribui para que o indivíduo passe a desenvolver dependência da substância química utilizada.

Na antiguidade, as substâncias psicoativas eram utilizadas principalmente com fins ritualísticos-religiosos ou para suportar as adversidade ambientais (DIEHL et al, 2011).

O uso dessas substâncias psicoativas, quando para fins ritualísticos-religiosos tinha por objetivo facilitar o contato com os deuses; quando voltadas para auxiliar as

adversidade ambientais, podemos citar o hábito de mastigar folhas de coca e tabaco para suportar a fome e a fadiga.

Por sua vez, “na Idade Média, por volta de 1.500 d.C., observa-se uma grande difusão do plantio de ópio por camponeses europeus [...], há uma significativa expansão do uso de ópio, tanto com finalidades terapêuticas, analgésicas e anestésicas.” (DIEHL, 2011). A comercialização do ópio naquela época pode ser considerada como a primeira grande manifestação organizada relativa ao tráfico de drogas.

Com o passar dos tempos, ante ao início da Idade Moderna, o tabaco utilizado pelos povos indígenas da América do Sul, também com finalidades terapêuticas, passa a ser apresentado na forma de cachimbo ou como charuto, o que disseminou a utilização da referida substância sob a forma fumada. Já por volta de 1800, a síntese da cocaína, extraída da substância ativa da folha de coca (*Erythroxylum coca*), passa a ser consumida em princípio com finalidades analgésicas e anestésicas, e posteriormente, torna-se de uso recreativo entre as elites intelectuais, o que culminou na dependência de muitos usuários e a consecutiva proibição de seu uso, haja vista alterações comportamentais, tal qual o aumento de agressividade (DIEHL, 2011).

Vislumbra-se que o uso destas substâncias ganha popularidade em todo mundo, difundiu-se para além da utilidade como analgésico e anestésico, passando a ser adotado para o uso recreativo. Entrementes, diversas consequências danosas puderam ser observadas, como alterações de comportamento, aumento de agressividade e estabelecimento de dependência, razão pela qual o seu uso fora proibido.

Ato contínuo, agora na Idade Contemporânea, “em 1895, é sintetizada a heroína pela companhia alemã Bayer, utilizada a princípio como analgésico e antitussígeno para crianças, apesar de seu altíssimo potencial aditivo” (DIEHL et. al., 2011). Nesta fase, diversos estudos com substâncias psicoativas e seus efeitos frente à sua aplicação na psiquiatria ganharam força, o que acarretou na ministração destas substâncias em muitos pacientes. Todavia, referida prática foi abolida por acarretar efeitos psíquicos e pelo desencadeamento de quadros psicóticos, sendo novamente proibida.

Na década de 1970, deu-se início à proliferação da dependência de heroína sob a forma injetável, o que gerou uma grande crise na área da saúde dos países

desenvolvidos, sobretudo em razão do aparecimento da AIDS na década de 1980, disseminada pela utilização da droga. Como resultado, diversos foram os movimentos em todo o mundo no sentido de minimizar danos e riscos decorrentes do uso de drogas, tais quais: prescrição do uso de heroína para os usuários a fim de diminuir os riscos de overdose; criação de centros de distribuição e trocas de agulhas e seringas descartáveis; criação de salas de uso seguro e a comercialização de drogas consideradas mais “leves”, etc. (DIEHL et al., 2011)

Nesta ocasião, o uso de substâncias psicoativas sob cunho religioso e médico passa a não mais ter tanta representatividade na sociedade. Dá-se início ao período em que a utilização indiscriminada das chamadas drogas ganha força e sem uma “justificativa considerada plausível”.

Ainda segundo Diehl, com a invenção do crack na década de 1980:

(...) um derivado mais barato da cocaína, como forma de aproveitar o sobressalente de menor qualidade de sua depuração, observou-se também uma grande migração de usuários de drogas injetáveis para o uso de crack, pelo medo da contaminação com o vírus da AIDS. Com o passar dos anos, vê-se uma rápida expansão do uso dessa droga ao redor do mundo, falando-se atualmente de uma “epidemia de crack”, o que configura um grave problema de saúde pública. Tanto isso é verdade que tem sido verificada a migração para o crack de usuários de outras drogas e o rápido desenvolvimento de dependência com pouco tempo de uso entre pessoas de todas as idades e classes sociais. (DIEHL et al., 2011, 1 CD-ROM)

Dessa forma, constata-se que o uso indiscriminado de drogas passou a ser um assunto de grande repercussão e importância para a área da saúde. Tornou-se em realidade um problema de saúde pública, vez que sua propagação pelo mundo obtém a cada dia mais usuários em estágio de dependência, muitos dos quais encontram-se em situação de vulnerabilidade social extrema, o que sem dúvida dificulta a busca pela solução do problema em questão.

Ademais, segundo o Relatório Mundial sobre Drogas realizado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC, 2017) aproximadamente 29,5 milhões ou 0,6% da população adulta global - usam drogas de forma problemática e apresentam transtornos relacionados ao consumo de drogas, incluindo a dependência.

Portanto, hoje, o uso/abuso indiscriminado de drogas lícitas e ilícitas tem acarretado intensas discussões nas áreas de saúde, educação, assistência social, políticas públicas, justiça, entre outras em todo o mundo.

Cada vez mais discute-se quais são as medidas necessárias para que os números alarmantes de indivíduos em dependência química diminuam. Toda a

comunidade internacional, conjuntamente, busca reduzir a demanda e a oferta desta substâncias, de modo que derradeiramente os dependentes e seus familiares possam ser auxiliados até alcançarem a cura dessa doença dos “tempos modernos”.

3.2 Utilização da Lei 10.216/2001 para a internação compulsória dos dependentes químicos

A lei 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, vem sendo utilizada como base para fundamentar as decisões judiciais de internação compulsória dos usuários de substâncias químicas.

Segundo Coelho e Oliveira (2014, p.359-367):

[...] a Lei nº 10.216/01 constituiu as bases da reforma psiquiátrica no Brasil, tendo seu projeto tramitado no Congresso por onze anos, fruto do movimento dos trabalhadores em saúde mental, sob o lema ‘por uma sociedade sem manicômios’. A história da psiquiatria é marcada por um processo de asilamento e a Lei nº 10.216/01 pretendeu romper com essa ordem. [...]

Entretanto, pela referida Lei, ainda subsiste a internação psiquiátrica em três vertentes, quais sejam: internação voluntária, involuntária e compulsória. Estas estão materializadas no artigo 6º da Lei em comento, vejamos:

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)

Como já dito, no caso dos dependentes químicos, utiliza-se da internação compulsória como forma de tratamento, sendo necessário apenas laudo médico circunstanciado atestando a necessidade de internação do paciente para subsidiar o pedido judicial.

No mais, compete ao juiz analisar o pedido e verificar as condições de segurança do estabelecimento quanto ao paciente, demais internados e pacientes, como orienta o artigo 9º da citada Lei.

Para Coelho e Oliveira (2014, p.359-367) não há uma análise profunda do estado do paciente, vez que o juiz toma por base para sua decisão, apenas um

laudo médico prévio, que na maioria das vezes foi elaborado no momento de crise do usuário.

Frisa-se, ainda, que o artigo 9º trata de internação compulsória para os casos previstos em legislação vigente no Brasil, vez que a privação de liberdade é contrária ao princípio da legalidade, base da ciência do direito.

No Brasil, apenas as hipóteses previstas nos artigos 99 a 101 da Lei de Execuções Penais (LEP) permitem a internação compulsória de portadores de doença mental quando cometem algum ato definido como crime pela legislação penal (COELHO; OLIVEIRA, 2014, p.359-367). Nesses casos, estes indivíduos serão recolhidos aos hospitais de custódia em vez de serem recolhidos à prisão.

Todavia, apesar de estas serem as únicas hipóteses que permitem a internação compulsória no Brasil, os atores jurídicos utilizam-se erroneamente desta previsão legal e em dissonância com o princípio da legalidade para fundamentar as decisões judiciais para internações compulsórias dos dependentes de substâncias químicas.

Para Coelho e Oliveira (2014, p.359-367):

É fundamental, quando da análise acerca da interpretação e da aplicabilidade da Lei nº 10.216/01, que se compreenda a necessidade do enfrentamento pelo Estado contra tão grave e crescente situação de pessoas com dependência química, por meio de uma política que priorize medidas permanentes e que combata, de fato, os verdadeiros fatores determinantes. Do contrário, o tratamento de pessoas com dependência química se reduzirá a simples e pura implementação de medidas absolutamente ineficazes e paliativas.

Portanto, resta demonstrado que a utilização de Lei 10.216/2001 para o tratamento dos dependentes químicos não se mostra a opção mais adequada, vez que tratar-se-ia apenas de uma medida paliativa.

Como a premissa maior da referida Lei é proteger as pessoas com transtornos mentais, o artigo 2º do citado diploma legal elenca os direitos do paciente e familiares:

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

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

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (BRASIL, 2001)

Logo, “para estes cidadãos ou pacientes com transtornos mentais tem-se, como regra, a não internação, que só pode ser dar em condição excepcional.” (COELHO; OLIVEIRA 2014, p.359-360)

Não obstante, utilizar a internação compulsória prevista na Lei 10.216/2001 com regra para o tratamento dos dependentes químicos acaba por distorcer todo o objetivo do diploma legal, que era a desospitalização dos portadores de doenças mentais, historicamente enclausurados em manicômios sem que para isso houvesse justificativas plausíveis.

Ainda, para Coelho e Oliveira (2014, p. 359-367):

(..) devem-se ter claro algumas conclusões: 1) dependente químico não é doente mental; 2) a internação compulsória prevista na Lei 10.216/01 deve ser aplicada tão somente para os casos de doentes mentais que cometam alguma infração criminosa, como espécie de medida de segurança; 3) a internação compulsória de dependentes químicos é ilegal por falta de previsão legal, e inconstitucional por violar o direito à saúde e à dignidade da pessoa humana; 4) as internações que vêm ocorrendo podem ser equiparadas à tortura e, assim, violam direitos humanos; 5) O Poder Judiciário é guardião de direitos humanos, não podendo, sob argumento algum, violá-los.

Tem-se que o simples fato de os usuários de drogas terem crises de abstinência faz parecer que estes são desprovidos de qualquer razão e de capacidade de decidir. Contudo, esta não é a verdade, trata-se de pessoas plenamente capazes que não podem ser taxadas como portadores de doenças mentais para que se busque a Lei em comento para tentativa de solução do problema.

Desta feita, “o art. 6º, III da Lei 10.216/01, que ampara todos os pedidos judiciais, não contempla o dependente químico, esteja em crise ou não, já que este não pode ser considerado doente mental”. (COELHO; OLIVEIRA, 2014, p. 359-367)

Assim, fica clara que a adoção da Lei referenciada mostra-se como meio inadequado de tratamento dos dependentes químicos, vez que ofende a dignidade da pessoa humana e o direito à saúde, visto que muitas das vezes os dependentes não concordam em se submeter ao tratamento, acarretando na necessidade do uso

de força para coibi-los a internação, o que inegavelmente não contribui para o efetivo tratamento/cura destes indivíduos.

3.3 Falta de tratamento humanizado x políticas públicas higienistas

Ante a crescente problemática com o uso de drogas em todo o mundo, com ampla divulgação nas mídias, muitas das quais com conotação preconceituosa, alguns segmentos da sociedade mundial têm se mobilizando para alcançar o problema taxado como da atualidade.

Entrementes, frisa-se que “a preocupação com o uso/abuso de substâncias psicoativas não é exclusividade dos dias atuais; é a mobilização dos higienistas junto à Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) no início do século XX” (BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015, p. 1232). Tal entidade, composta por profissionais de diversas áreas, principalmente da psiquiatria, tinham por objetivo investir e implementar campanhas com a finalidade de combater o alcoolismo, grande problema enfrentado pelo sociedade daquela época.

Ocorre que, como bem explicitado por Bolonheis-Ramos e Boarini corroborando aos pensamentos de Andrade, Maierovitch e Delgado:

As iniciativas dos governos, ao lançar planos, decretos, portarias relativas à política de álcool e outras drogas, constituem passos importantes no enfrentamento desse problema. No entanto, segundo Andrade (2011), essas políticas vêm sendo instituídas num contexto de pânico social relacionado ao uso do crack. A falta de diálogo que ainda se observa entre instâncias federais, estaduais e municipais, nos âmbitos da saúde, segurança pública, assistência social, tem gerado ações caóticas, que têm como alguns dos principais propósitos, segundo Maierovitch (14 jan. 2012), a limpeza do território e a dispersão dos “indesejados” para a periferia. Como Delgado (2011) nos alerta, apesar da gravidade da situação, não podemos usar o terror e o pânico gerados pela questão das drogas para legitimar a internação prolongada, própria da ultrapassada cultura manicomial. (BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015, p. 1233)

Sendo assim, depreende-se que desde sempre as condutas governamentais são voltadas para excluir os dependentes químicos, que são taxados como “indesejados” e marginalizados frente a toda a sociedade, não havendo uma real averiguação das condicionantes que levaram o referido indivíduo ao estágio de dependência.

Como consequência, muitos se vêem privados dos direitos sociais mais básicos, como o de ter acesso à saúde e educação, sendo excluídos de qualquer participação na sociedade.

Em vista disso, a internação e isolamento em comunidades terapêuticas (CTs) acabam encontrando aceitação social, visto que a sociedade não dispõe de

meios eficazes de serviços de atenção psicossocial espalhados em todo o território, de modo que muitos dependentes de drogas lícitas e ilícitas não têm acesso a tais tratamentos alternativos, como bem elucida Bolonheis-Ramos; Boarini (2015, p. 1233).

Logo, hoje, tornou-se mais aceitável enclausurar todos os dependentes químicos em comunidade terapêuticas/clínicas sem que contudo haja uma análise do estado clínico do dependente, ante a real necessidade de sua internação para realização do tratamento.

Não obstante, a ideia de comunidade terapêutica é verificada ao longo da história sob diferentes formatos:

Em sua forma contemporânea, podemos dizer que surgiram duas grandes variantes dessas instituições: uma no campo da psiquiatria social, que consiste em unidades destinadas ao tratamento psicológico e guarda de pacientes psiquiátricos, dentro ou fora de ambientes hospitalares; e outra que são os programas de tratamento residencial para dependentes de álcool e outras drogas. (BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015, p. 1234-1235)

No decorrer da história da humanidade, as comunidades terapêuticas (CTs) voltadas para o tratamento de pessoas com transtornos mentais, possuíam viés religioso, onde se primava a ética do trabalho, honestidade e altruísmo, cuidado mútuo, etc, e eram norteadas pelo tratamento psiquiátrico manicomial. Depois, quando direcionadas ao tratamento dos usuários de drogas, eram direcionadas ao modelo de tratamento que objetivava a abstinência completa de qualquer substância (BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015, p. 1235-1236).

Tal espécie de tratamento, ao que parece, desconsiderava os possíveis sofrimentos enfrentados por aquele acometido pela dependência. Tinha-se, por finalidade apenas alcançar a cura, por quais meios fossem necessários. Afinal tais pessoas são consideradas as provocadoras da situação de dependência em que se encontram, portanto, são consideradas como as únicas responsáveis por seu transtorno e recuperação, pensamento bastante inadequado sob a perspectiva da saúde pública.

Todavia, como bem relatado por Bolonheis-Ramos e Boarini (2015, p. 1236) “a metodologia de tratamento, que em geral é a internação em isolamento por alguns meses, requer mais estudos para se verificar se a readaptação social tende a suscitar recaídas nos dependentes”.

De fato, inúmeros são os casos de indivíduos que se submetem ao tratamento em regime de internação e tão logo tenham alta, e estando reinseridos ao convívio social, acabam por ter recaídas, o que demonstra que a mera internação não é a solução do problema.

Ocorre que a metodologia de tratamento por internação para alguns indivíduos pode ser tão devastadora ao ponto de estes perderem sua identidade, visto que para a sociedade as pessoas internadas em comunidades terapêuticas são considerados seres humanos desprovidos de controle próprio; logo, devem ser afastados, pois não merecem conviver junto com a coletividade.

Segundo Bolonheis-Ramos e Boarini apud Oliveira:

(...) verificou-se que, apesar das CTs serem as opções de tratamento mais conhecidas pelos usuários de drogas em situação de rua, aqueles que haviam passado por esse tipo de intervenção alegavam que o haviam abandonado em função da rigidez das normas dessas instituições, da rotina “enfadonha” de orações ao longo do dia, além da dificuldade de adaptação e permanência, já que a abstinência nem sempre é possível e desejada por todos os usuários. (BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015, p.1236)

Portanto, mostra-se que o modelo de internação voltado para a abstinência não é adequado e ideal para todos, razão pela qual conclui-se cada vez mais que o tratamento almejado pelos dependentes químicos carece de individualização.

Em geral, o tempo de tratamento aplicado nas comunidades de tratamento é dividido em estágios, quais sejam: triagem, desintoxicação, incorporação dos princípios e reinserção social, isso normalmente com 09 (nove) ou 12 (doze) meses de internação. Em sua maioria, os reincidentes internados acabam saindo 90 (noventa) dias a contar de sua admissão, o que dificulta a sua preparação para efetiva ressocialização e inviabiliza os resultados esperados pelo tratamento. (BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015, p.1236)

Como resultado, temos inúmeros dependentes submetidos ao tratamento em internação por diversas vezes com consecutivas recaídas, tratando-se em realidade de um ciclo vicioso que não tem prazo certo para acabar.

A portaria N.º 3.088/2011, emitida pelo Ministério da Saúde aprovou a entrada das comunidades terapêuticas (CTs) no Sistema Único de Saúde, além de permitir que as CTs elaborem projetos para receber verbas federais, desde que atendam a alguns critérios, como a presença de um responsável técnico de nível superior legalmente habilitado, a permanência voluntária do interno na instituição, o respeito à sua crença religiosa, ideologia, orientação sexual.

Percebe-se que apesar de as comunidades terapêuticas apresentarem um modelo diferente do adotado no sistema manicomial, aquele não consegue resolver a questão da exclusão dos indivíduos e tampouco a manutenção das ideias pregadas na internação quando da reinserção do dependente na sociedade.

Atrelado aos problemas sociais existentes e ante a carência de investimentos públicos para viabilizar o fornecimento de tratamento àqueles indivíduos em estágio de dependência química que almejam a cura de sua doença, essa forma de agir tem-se mostrado um desafio de proporções inimagináveis. Afinal, a política higienista existente, que objetiva a separação destes indivíduos da sociedade, só faz contribuir para que o problema aumente e estejamos distantes de alcançar uma solução duradoura e necessária.

4. PROBLEMÁTICA DAS DROGAS E OS MODELOS DE ENFRENTAMENTO ADOTADOS PELO PODER PÚBLICO, EXPECTATIVA X REALIDADE

Em virtude das desigualdades sócias, grande parcela da população se vê obrigada a utilizar os espaços urbanos como moradia, vivem em condições de extrema miséria e são excluídos pela sociedade, taxados muitas vezes como marginais e considerando por certos segmentos sócias como “lixo humano”.

Como consequência, estes estão expostos a todo o tipo de riscos, isso em razão da vulnerabilidade em que se encontram, o que ocasiona na maioria das vezes a associação com drogas e o consecutivo estágio de dependência, que agrava-se pela ocupação dos espaços urbanos, com a formação das famigeradas cracolândias por exemplo.

Ocorre que apesar da situação de invisibilidade e exclusão vivida por estes indivíduos, a partir do momento em que a utilização das substâncias ilícitas passa a ser feita nos espaços públicos e a luz do dia, estes começam a incomodar os transeuntes, o que tem ocasionado nos últimos tempos uma reação deveras preocupante por parte dos entes públicos com relação a eles.

Almejando acompanhar o crescente número de pessoas em estágio de dependência pelo uso indiscriminado de substâncias químicas ilícitas e a inegável complexidade do tratamento que referida patologia carece, o Governo Federal, por meio da Política Nacional de Saúde Mental tenta oferecer uma rede de aberta de atendimento, que tem por premissa disponibilizar tratamentos, diversos apenas ao da internação compulsória e a consecutiva reinserção social.

Tem-se que a intenção governamental é de ofertar meios para que o maior número de dependentes obtenha a cura de sua mazela, contudo, o que se verifica em realidade, é uma rede limitada ou quando muito existente, ante a carência de investimento, com fortes traços de política higienista, que utiliza para tanto das internações compulsórias como meio de acalmar o cenário calamitoso que se faz visível nos noticiários todos os dias, como melhor se abordará no decorrer deste capítulo.

4.1 Aspectos clínicos do tratamento considerado adequado para dependentes químicos – ênfase no tratamento em nível ambulatorial

A organização de serviços de tratamento para dependência química frente ao cenário atual está organizada de forma a considerar a experiência pessoal do

profissional envolvido no atendimento, visto que na sua maioria este está empenhado em oferecer alguma ajuda ao seu semelhante.

Em contrapartida, tal objetivo tem se mostrado um grande desafio para os profissionais e gerenciadores de saúde, isso porque cada vez mais há uma grande lacuna entre o que tem eficácia comprovada por pesquisa e o que se faz na prática clínica (DIEHL et.al, 2011, p. 507).

Como resultado, diversos são os tratamentos ofertados aos dependentes, muitos dos quais sem comprovação clínica alguma e disponibilizadas por pessoas sem especialidade profissional necessária para atuar em casos como este.

Considerando ainda o crescente número de indivíduos em situação de dependência e em razão dos problemas enfrentados pela “indústria” do tratamento da dependência química, torna-se cada vez mais claro:

que existem serviços com extrema dificuldade de trabalhar em rede, alta rotatividade de profissionais, financiamento inadequado para os serviços com baixa remuneração e não necessariamente com habilidades para exercerem funções que ocupam e para desempenharem uma boa prática clínica com base na melhor evidência científica disponível. (DIEHL et.al, 2011, p. 507)

O que falta na realidade é um planejamento adequado para disponibilização de serviços aos dependentes químicos, não há questionamento acerca de quais seriam os principais objetivos, qual é o público alvo, bem como em que contexto social estes se encontram, etc.

A oferta de tratamentos que disponham de profissionais especializados e capacitados passa a ser uma obrigação de todos aqueles responsáveis nessa área de atuação da saúde.

Nesse sentido, as equipes que trabalham neste meio devem ter como princípio norteador serem acolhedores e empáticos, de modo a incentivar os pacientes durante todo o tratamento. Há depender do grau de complexidade do serviço oferecido, segundo Diehl et.al, as equipes serão compostas por diversos profissionais, como exemplos temos:

(...) psiquiatras, médicos generalistas, agentes comunitários, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, educador físico, terapeutas ocupacionais,icineiros, psicólogos, conselheiros ou monitores dependentes químicos em recuperação, redutores de danos (...). (DIEHL et.al., 2011, p. 509)

Citada composição de profissional, tem a ver com a complexidade do serviço que será oferecido, como já relatado, vez que normalmente, é possível ter serviços que iniciam-se em nível hospitalar e vão até os serviços de atendimento comunitário, etapa esta que faz toda a diferença para há não ocorrência de recaídas.

Indispensável também que referidos serviços estejam articulados e integrados, a fim de oferecer um atendimento adequado às complexidades e limitações de cada caso.

Comumente, o modelo de cuidados de atenção ao dependente químico mais difundido no mundo e recomendado por especialistas em saúde mental é o modelo britânico de cuidados, o qual por sua vez “incorpora a atenção ao usuário mediante um *continuum* de cuidados sem solução de continuidade do intra ao extra-hospitalar, por meio do chamado *stepped care model* (modelo de cuidados em degraus).” (DIEHL et.al., 2011, p. 509)

Portanto, resta demonstrado que o modelo de cuidados de atenção adequado adotado hoje em dia tem como premissa o tratamento continuado, com acompanhamento intra e extra-hospitalar, logo, começa-se a ter indícios de que a internação compulsória isoladamente não é meio suficiente para obtenção da cura do dependente, como erroneamente tem-se pensado na atualidade. Torna-se indispensável um acompanhamento pós internação, o que na maioria das vezes não ocorre.

Evidente são as dificuldades em implementar todas essas diretrizes aos tratamentos de dependentes químicos na rede pública de saúde, principalmente em razão da falta de especialistas nessa área, escassez de investimentos e inegável marginalização de todos aqueles indivíduos acometidos pelo estado de dependência.

Não obstante, é deveras essencial que para haja a entrada do paciente nos programas de tratamento, que este se submetida a uma avaliação adequada, a fim de se estabelecer um correto diagnóstico. Dessa forma e, contando com serviços abastecidos de estratégias terapêuticas e de recursos para atender a ampla especificidade dos usuários de substâncias psicoativas, tem-se que o tratamento ocorrerá da melhor forma possível (DIEHL et.al., 2011, p. 510).

Por outro lado, todo serviço que opera com longas filas de espera propende a serem menos eficazes, já que como é sabido, dependentes de drogas, principalmente de crack, não são facilmente manejados.

Para a efetiva inserção do dependente químico em tratamentos deste porte é primordial que a agilidade opere, dado que o fator motivacional no usuários propicia maior aceitação ao tratamento como um todo, situação está que é determinante para o desenrolar desta intervenção.

Atualmente, a tendência é oferecer uma série de opções terapêuticas, muitas das quais combinam a farmacoterapia com análises e abordagens comportamentais, contudo, a adoção de estratégias terapêuticas que não foram devidamente avaliadas do ponto de vista científico são um erro técnico (DIEHL et. al., 2011, p.510).

Acompanhando esse cenário é que cada vez mais cresce o número de clínicas de tratamento de dependentes sem a devida regulamentação junto a vigilância sanitária e desrespeitando os protocolos de atendimentos desta natureza estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Isso em razão de falta de leitos na rede pública e ante a situação de desespero vivenciada pelos familiares de usuários de substâncias químicas, o que justifica o grande número de empreendimento deste tipo que não dispõem de capacidade técnica para prestação deste serviço.

Almejando mudanças é que “[...] se propõe uma política pública nacional assistencial [...]”, voltada para “[...] desenvolvimento de diretrizes para que todos os serviços de categorias semelhantes possam se orientar e uniformizar as estratégias de tratamento.” (DIEHL et. al., 2011, p.510)

Desta forma, ocorrerá uma melhor organização dos serviços de tratamento para dependentes químicos, propiciando também que esforços adequados sejam direcionados a populações específicas, tais como adolescentes, adultos jovens, moradores de rua e profissionais do sexo, estes últimos com carência de disponibilização de cuidados in loco. Referidos grupos, geralmente, apresentam maiores dificuldades no ingresso em serviços de saúde deste porte, necessitam de um trabalho de “resgate”.

A gravidade dos transtornos da dependência química difere muito de pessoa para pessoa, além de flutuar ao longo do tempo em um mesmo indivíduo, motivo pela qual é imperioso a flexibilização dos serviços oferecidos aos pacientes.

Ademais, considerar que o tratamento em nível de regime de internação são os mais eficazes e em alguns casos única alternativa, também tem se mostrado um pensamento equivocado, vez que o tratamento ambulatorial tem apresentado grandes resultados em muitos pacientes e de forma inegável é necessária para complementar o tratamento recebido pelo paciente enquanto internado, seja de forma voluntária, involuntária ou compulsoriamente.

Objetivando a atender a demanda crescente para oferta de tratamento aos dependentes químicos, os custos e a efetividade do tratamento em nível ambulatorial têm apresentado melhores resultados que os demais, tal modalidade:

(...) agrega vantagens como custo inferior às internações hospitalares; atendimento a um número maior de pacientes; permanência do paciente mais tempo aderido ao serviço, possibilitando uma participação maior no programa de maneira geral; atenção às diferenças de cultura e regionalidade; o paciente mantém sua rotina sem prejuízo significativo no desempenho de papéis familiares, profissionais, sociais ou acadêmicos, podendo ainda treinar nesses ambientes as habilidades de enfrentamento desenvolvidas. (DIEHL et. al., 2011, p. 515)

Logo, demonstra-se que o tratamento ambulatorial tem-se apresentado como uma alternativa viável ao trato de pacientes com dependência química, visto que é uma possibilidade de tratamento com maior abrangência de atendimento e que propicia ao paciente a permanência em suas atividades rotineiras enquanto se submete a intervenção médica, além de contribuir para a criação de vínculo entre o grupo em tratamento, o que possibilita a reconstrução da autoestima e facilita o desempenho das habilidades sociais.

Tal modalidade de tratamento atende aos preceitos ditados pela National Institute on Drug Abuse (NIDA), que prima pelo não oferecimento de uma única modalidade de tratamento, em atendimento as múltiplas necessidades do indivíduo e não apenas o uso de substâncias (DIEHL et. al., 2011, p. 215).

Considerando os diversos estágios de dependência que uma pessoa pode enfrentar, é indispensável que haja um plano de tratamento maleável que abarque às necessidades do indivíduo ao longo do tempo. Para Diehl et. al. (2011, p.516):

É importante que haja combinação de várias abordagens psicoterápicas, aliadas ao tratamento farmacológico, quando necessário, principalmente nos casos em que houver outras morbidades associadas e o tratamento for oferecido em um mesmo ambiente. O uso de drogas deve ser monitorado de forma contínua, sendo a desintoxicação apenas parte do tratamento.

Trata-se de um tratamento como já dito complexo, que prescinde do auxílio de diversos profissionais da saúde trabalhando conjuntamente em prol da reabilitação do dependente químico. Ademais, deve ficar claro que nem sempre o paciente se submeterá de bom grado ao tratamento ofertado, pelo contrário, pode apresentar resistência e, competirá aos profissionais envolvidos, bem como aos familiares, auxiliarem os mesmos durante todo o plano de recuperação do uso de substâncias, até que estes possam se estruturar interna e externamente para a manutenção do estágio de mudança.

Em nível de tratamento ambulatorial para dependência, podem ser oferecidos aos pacientes seis modelos de tratamento, quais sejam: tratamento farmacológico (psiquiátrico), tratamento psicoterápico individual ou em grupo, avaliação nutricional, atendimento em terapia ocupacional, acompanhamento terapêutico e assistência

social, escolher qual é mais adequado a realidade do paciente torna-se a missão do profissional responsável pelo seu tratamento.

Na esfera de tratamento ambulatorial para dependência, o gerenciamento de caso é ferramenta importante, visto que possibilita que as particularidades e realidades de cada paciente sejam consideradas na hora da escolha do seu tratamento, o que individualiza este método e contribui para eficácia do mesmo.

De maneira geral, o modelo clínico de tratamento ambulatorial para dependência química abarca:

(...) avaliação da gravidade da dependência e das necessidades em um espectro de funcionamento biopsicossocial, oferecimento de cuidados em vários níveis, serviços de atendimento em que o paciente tenha contato direto com o profissional responsável por seu caso, mecanismos para retenção no tratamento por um período apropriado de tempo e monitoração desse paciente durante e após o término do tratamento. (DIEHL et. al., 2011, p.217)

Entretantes, em razão da existência de demandas de determinadas populações ou subgrupos de paciente, evidencia-se a necessidade de criação de modelos específicos de tratamento.

Em contrapartida, segundo estudos realizados entre 1995 e 2005, o tratamento para populações específicas é pouco praticado e, nos últimos tempos, pouco estudado, o que resulta em prejuízo, já que quando estes pacientes procuram por ajuda não recebem o tratamento adequado para as suas demandas (DIEHL et. al., 2011, p.217).

Como consequência de tal fato, não há individualização de métodos de tratamento, não se leva em consideração qual substância foi escolhida pelo dependente, já que dependendo da droga, tem-se uma forma de enfrentamento mais adequado e que se difere das demais, motivo pelo qual seria mais correto que houvesse dentro de um mesmo serviço, ambulatorios destinados a cada substância ou grupo específico de dependentes.

Novamente, a convivência com o seu semelhante facilita a aceitação para com o tratamento e influencia diretamente no resultado final. Desse modo, a disponibilização de tratamento específicos para grupos populacionais e tipos de substância deixa de ser uma recomendação e acaba por se tornar uma necessidade.

No Brasil, a criação da Unidade de Pesquisa de Álcool e Drogas (UNIAD), fundada em 1994, objetivava estruturar modelos específicos de atendimento a pessoas com problemas de dependência de drogas, criando para tanto o sistema de

ambulatorios voltados a atender as especificidades dos pacientes com dependência. Estes, dispunham de uma gama de modelos de atendimento, eram coordenados por especialistas na área, com equipes próprias e com oferta de tratamento a medida para cada paciente (DIEHL et. al., 2011, p. 218).

Como já dito, o tratamento para dependência química ocorre a longo prazo, a cada dia o paciente alcance mais um dia em abstinência, o que acarreta numa necessidade de existir uma rede apoio.

Para viabilizar a reabilitação total do paciente, temos dentro do modelo ambulatorial a existência de um pós-tratamento, que nada mais que à criação de grupos para à prevenção de recaídas, estímulo para a manutenção da abstinência e principalmente um reforço no treino de habilidades de enfrentamento de situações de risco (DIEHL et. al., 2011, p.218).

Infelizmente hoje em dia, o tratamento ambulatorial elucidado anteriormente não se apresenta desta forma, quando muito existente, não consegue alcançar a todos aqueles que necessitam de tratamento, a pouco investimento público, o que reflete em um serviço desatualizado e inadequados para muitos, as especificidades de cada grupo e a substância química enfrentada não são consideradas.

Como resultado, há a cada dia um aumento do número de pessoas que passaram por algum tipo de tratamento para dependência e tiveram recaídas, visto que não contam com uma rede de apoio adequada durante o tratamento e pós tratamento.

As dificuldades enfrentadas pelo paciente/dependente durante todo o seu tratamento são intensificadas se considerarmos que para boa parte da sociedade, este são taxados por “viciados”, “marginalizados”, logo, desprovidos de querer próprio, são meros descumpridores da lei e, portanto, não carecedores de ajuda, devendo ser excluídos.

Atrelado a isso, temos ainda a situação de que muitos dependentes perdem o vínculo com seus familiares, amigos mais íntimos, não porque essas pessoas os abandonam, mas sim porque há uma inversão de valores de vida e ações que dificultam o convívio, situação esta que se intensifica porque a sociedade não os vê com bons olhos.

Como consequência, estes ficam sozinhos em boa parte do tratamento, não recebem o apoio e incentivo que tanto necessitam o que afeta diretamente na recuperação e reinserção destas pessoas em sociedade ao final do tratamento.

Desta feita, é indispensável uma mudança de pensamento por parte de toda a sociedade, visto que como já dito inúmeras vezes no decorrer deste trabalho, o dependente químico é portador de uma doença crônica, que precisa de tratamento adequado e a longo prazo, competindo a todos, familiares, amigos, profissionais da saúde das mais diversas áreas, poder público, contribuir para que a reabilitação do paciente inserido em dos inúmeros modelos de tratamento existentes efetivamente ocorra e perdure, de modo que derradeiramente este seja reinserido em sociedade da forma mais natural e menos traumática possível.

4.2 Projeto de Lei 7.663 de 2010 e a tentativa de resolução do problema pelo legislativo

O projeto de lei 7.663, apresentado em 14 de novembro de 2010, é de autoria do Deputado Osmar Terras (PMDB/RS), atualmente aguardando apreciação pelo Senado Federal, este tem por objetivo acrescentar e alterar dispositivos previsto na Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, de modo a tratar sobre o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas, dispor acerca da obrigatoriedade da classificação das drogas, introduzir circunstâncias qualificadoras dos crimes previstos nos artigos 33 a 37, definir as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e dá outras providências.

Referido projeto, dentre a abordagem de diversas questões atinentes às drogas, inclui à redação da Lei 11.343/2006 o artigo 23-A que em suma dispõe acerca das situações em que se permitiria a internação dos usuários e dependentes químicos, vejamos:

“Art. 23-A. A internação de usuário ou dependente de drogas obedecerá ao seguinte:

I – será realizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina (CRM) do Estado onde se localize o estabelecimento no qual se dará a internação e com base na avaliação da equipe técnica;

II – ocorrerá em uma das seguintes situações:

a) internação voluntária: aquela que é consentida pela pessoa a ser internada;

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

c) internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

§ 1º A internação voluntária:

I – deve ser precedida da elaboração de documento que formalize, no momento da admissão, a vontade da pessoa que optou por esse regime de tratamento; e

II – seu término dar-se-á por determinação do médico responsável ou por solicitação escrita da pessoa que deseja interromper o tratamento.

§ 2º A internação involuntária:

*I – deve ser precedida da elaboração de documento que formalize, no momento da admissão, a vontade da pessoa que solicita a internação; e
II – seu término dar-se-á por determinação do médico responsável ou por solicitação escrita de familiar, ou responsável legal.*

§ 3º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente.

§ 4º Todas as internações e altas de que trata esta Lei deverão ser registradas no Sistema Nacional de Informações sobre Drogas às quais terão acesso o Ministério Público, Conselhos de Políticas sobre Drogas e outros órgãos de fiscalização, na forma do regulamento.

§ 5º É garantido o sigilo das informações disponíveis no sistema e o acesso permitido apenas aos cadastrados e àqueles autorizados para o trato dessas informações, cuja inobservância fica sujeita ao disposto no art. 39-A desta Lei.

§ 6º O planejamento e execução da terapêutica deverá observar o previsto na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.”(NR) (BRASIL, 2010)

Salienta-se que o projeto apresentado se assemelha ao tratamento conferido aos portadores de transtornos mentais, também aplicada aos dependentes químicos, inteligência está prevista na Lei 10.216/01, pela qual se permite e disciplina as espécies de internações existentes.

Ocorre que citado projeto não confere aos dependentes químicos as garantias asseguradas pela Lei 10.216/01, pelo contrário, tende a restringir os direitos conferidos pelos avanços legislativos na saúde pública dos últimos anos, em que se prima por uma maior atenção dos portadores de transtornos mentais e, por consequência aos usuários de álcool e outras drogas ilícitas, de modo a conferir maior acessibilidade aos diversos tratamentos existentes.

Frisa-se que em momento anterior, tramitava no Senado Federal projeto de Lei nº 111/2010 de autoria de Demóstenes Torres, que tinha por objetivo incluir na Lei de Drogas autorização para que o magistrado pudesse compelir o usuário de drogas a se submeter ao tratamento especializa, de maneira a ter sua pena de prisão substituída, referido projeto teve sua tramitação encerrada.

Não obstante, frisa-se que ao emitir parecer sobre o tema, o Conselho Federal de Psicologia faz duras críticas ao projeto de lei 7.663/2010, sobretudo em razão da flagrante despreocupação quanto às espécies de tratamento apresentadas como adequadas nos casos de dependência química e possibilidade de volta da adoção indiscriminado de apenamento dos usuários.

Ainda, segundo o Conselho Federal de Psicologia:

“(…) A eventual aprovação desta proposição, por consequência, potencializará os efeitos perversos das abordagens tradicionais e conservadoras na área [...], criando uma indústria de internações compulsórias, regredindo nas iniciativas de redução de danos, aumentando

de forma exponencial a despesa pública e violando os direitos elementares de pessoas em situação de fragilidade social.” (Brasília, 2013, p.8)

Sendo assim, considerando o projeto de lei em discussão mais uma vez o tratamento para dependentes químicos em nível de internação compulsória é utilizado como medida de resolução mais visível e aceita do problema pelo poder público, apesar dos altos gastos ao erário público com decisões judiciais que determinam que os Estados e Município arquem com o tratamento dos dependentes em clínicas de reabilitação, por meio das internações compulsórias, o que é uma grande contradição, visto que como é sabido compete a estes mesmo entes oferecer outras opções de tratamento nas redes públicas de saúde, que não ficassem adstritas apenas a modelos de exclusão daquele indivíduo do convívio em sociedade durante o tratamento, como ocorre na internação.

A aprovação do projeto de lei em comento serviria apenas para fomentar a “indústria” de clínica de reabilitação, em crescimento nos últimos anos e para servir de fator postergado para que os poder público deixe de implementar os programas de saúde pública para prevenção e tratamento contra as drogas.

Logo, fica claro que a intenção governamental, materializada no projeto de lei em comento não é propiciar auxílio aos usuários e dependentes químicos na busca por tratamento, mas sim proceder com uma “limpeza” nas ruas, tal qual é comum na política higienista social. Tem-se que os direitos e garantias assegurados aos dependentes por meio da Lei da Reforma Psiquiátrica, dispostos na Lei 10.216/01, estariam gravemente em perigo de extinção, o que seria um retrocesso no campo do tratamento deste porte no país, em que se violaria o direito adequado à saúde e a reintegração social.

4.3 Internação compulsória como afronta ao direito fundamental à liberdade do cidadão

Sabe-se que no caso da internação compulsória do dependente químico, na maior parte das vezes, aquele que é submetido à referida espécie de tratamento não consente com a mesma, logo, resta configura a afronta ao seu direito à liberdade, direito fundamental brasileiro normatizado.

Em princípio, realizaremos uma breve análise do que seria o direito fundamental à liberdade de todo o indivíduo, diretamente afetado pela adoção de medida de restrição de liberdade dos dependentes químicos, materializado na internação compulsória como meio de tratamento.

Nesse mesmo sentido, conforme exposto no artigo no 3º da Declaração Universal de Direitos Humanos (DUDH), promulgado em assembleia geral da ONU em 10 de dezembro de 1948, todo ser humano tem direito à vida, à liberdade e a segurança pessoal frente as “afrontas” cometidas pelo Estado.

Por sua vez, o caput do artigo 5º da Constituição Federativa do Brasil de 1988 dispõe que:

“Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: (...)” (Brasil, 1988)

Portanto, por ser à liberdade um direito fundamental conquistado pela humanidade em prol da segurança do indivíduo diante do abuso de poder cometido Estado, este deve ser respeitado impreterivelmente.

Trata-se de um direito humano de primeira geração, marcado pela passagem de Estado autoritário para um Estado de Direito. Ademais, Lenza citando Bonavides diz que:

“os direitos de primeira geração ou direitos de liberdade têm por titular o indivíduo, são oponíveis ao Estado, traduzem-se como faculdades ou atributos da pessoa e ostentam uma subjetividade que é seu traço mais característicos; enfim, são direitos de resistência ou de oposição perante o Estado.”

Desta feita, a adoção das internações compulsória como meio de coibir o dependente químico a se submeter ao tratamento está em desacordo com o direito fundamento de liberdade do indivíduo, previsto na Constituição Federal de 1988.

Segundo afirma Gilmar Ferreira Mendes os direitos fundamentais podem sofrer limitações apenas em duas situações, quais sejam: expressa determinação constitucional ou lei ordinária promulgada e fundamentada na própria Constituição (2012, p.178).

Logo, somente poderia ser constitucional a limitação do direito fundamental à liberdade do dependente de ir e vir, imposta pela internação compulsória, caso houvesse texto expresso na Carta Magna ou se referida restrição legal fosse autorizada e baseada na própria Constituição Federal.

Se não há concordância do dependente, este pode não querer passar pelo tratamento, sua vontade pode não ter sido respeitada, o que demonstra um afronta ao seu direito fundamental à liberdade.

Para a Constituição Federal, ninguém terá o seu direito à liberdade restringida sem o devido processo legal, como preceitua o inciso LIV, artigo 5º. Nesse sentido, a internação compulsória por não configurar sanção de cunho penal, configura

descumprimento ao direito à liberdade do dependente químico, trata-se de uma restrição que não tem previsão na Carta Magna e portanto não deveria ser utilizada tão corriqueiramente como tem acontecido.

Há ainda uma tendência da sociedade de acreditar que o dependente químico é desprovido de vontade e consciência, já que encontrar-se-ia “consumido” pelas drogas e a mercê da criminalidade, logo sua opinião pode ser desconsiderada, se isso for o que é preciso para solucionar a questão e oferecer algum tipo de resposta a coletividade.

Entrementes, sabe-se que as maiores chances de sucesso de tratamento de dependentes químicos acontece quando este estão de acordo com a sua recuperação, quando querem e buscam por ela, por isso, tolher destes a capacidade de escolha e ter o querer próprio respeitado é deveras cruel, quase desumano.

Sendo assim, como poderia o dependente químico internado compulsoriamente para tratamento ter chances de se recolocar em sociedade e alcançar a aceitação da mesma, já que foi a própria sociedade que entendeu por bem excluí-lo da do convívio social até a sua “readequação”.

Não se mostra congruente a conduta adota quanto as práticas governamentais em relação ao consumo imoderados das drogas ilícitas, deseja-se ofertar meio de tratamento para os dependentes, mas o que estão sendo considerados mais adequados afastam o indivíduo do meio social. O que ocorre na verdade é uma tentativa de mascarar a gravidade da situação, por isso as internações compulsórias tem sido utilizadas nos últimos tempos como alternativa supostamente eficaz de tratamento aos dependente químicos, entrementes, como elucidado no decorrer de todo este trabalho demonstra-se que não é o caso. Existem inúmeras opções de tratamento para tal patologia, cabendo ao Estado custear e implementar na saúde pública os mesmos, de modo a propiciar a todos aqueles afetado pelo mal do século; dependente, família e sociedade como um todo, condições para alcançar a recuperação e posterior reinserção social.

5. CONCLUSÃO

Inicialmente, como pode se perceber no decorrer de todo este trabalho fica claro que a problemática do uso indiscriminado de substâncias ilícitas no Brasil e no mundo permeia vários campos de discussões e desde os primórdios da humanidade, razão pela qual faz-se necessário a participação e intervenção de vários segmentos sociais para resolução deste assunto de saúde pública.

Trata-se de uma questão que se agrava pela crescente expansão do tráfico de drogas e que carece de uma atenção especial dos governantes e da compreensão e colaboração da sociedade, é mais que necessário que se para de achar que todo usuário é marginal e por isso não merece ajuda.

O direito à saúde foi garantido a todos os cidadãos por meio da Constituição da República Federativa Brasileira de 1988, como forma atender aos preceitos fundamentais de cidadania, competindo ao Estado conferir a todos acesso à saúde de qualidade para o trato das mazelas do corpo e da alma.

Nos últimos tempos, tornou-se imperioso que a União, Estados, Municípios e Distrito Federal, de forma conjunta e por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), implementem políticas públicas voltadas a oferecer assistência as pessoas doentes, no caso em comento, àquelas em estágio de dependência química, de modo a disponibilizar variedade e qualidade de tratamento.

Mesmo que a atenção na área da saúde tenha se caracterizada no Brasil por ser aquela que cobre o mínimo existencial, deve o Estado cumprir com o seu papel de “provedor” da saúde, já que recebe subsídios de impostos para tal ação pela população pagadora.

Em contramão a essa obrigatoriedade legal, o que se vê hoje, no tocante ao enfrentamento do uso indiscriminado de drogas, é a adoção da internação compulsória como modalidade mais usual de tratamento para esta patologia, muitas vezes considerada única alternativa tida como viável e eficaz para a recuperação do dependente.

Ocorre que essa abordagem de enfrentamento tem se apresentado no cenário atual como uma prática higienista, voltada apenas para realizar uma “limpeza” dos dependentes no cenário social, sem se importar com derradeira recuperação dos mesmos.

Visando regulamentar a prática das internações compulsórias para os dependentes químicos em estabelecimentos especializados, no tocante as decisões judiciais, ante a não normatização do tema, tem-se utilizado da Lei 10.216/2010 como fundamento, sendo que esta foi criada originalmente para conferir proteção e direitos às pessoas portadoras de transtornos mentais, historicamente enclausurados em manicômios.

Salienta-se que a referida lei tem como um dos requisitos principais para que se consubstancie o pedido de internação compulsória realizado pelos familiares e/ou poder público, que este esteja instruído com laudo médico circunstanciado, contudo, em grande parte das vezes este documento é confeccionado no momento em que o dependente encontra-se em crise, o que potencializa os efeitos das drogas e pode mascarar a verdadeira condição do paciente.

Frisa-se ainda que a Lei 10.216/2010 quando utilizada para justificar as internações compulsórias tem seu preceito fundamental distorcido, vez que se o seu objetivo era acabar com manicomização dos portadores de doença mental, o que se tem visto nos dias de hoje é o aprisionamento dos dependentes químicos em clínicas de reabilitação, muitas das quais diga-se de passagem sem a capacidade técnica necessária para disponibilização deste serviço de ordem médica e em alguns casos com seu pacientes tratados de forma desumana e em locais inapropriadas.

Ademais, acreditar que a internação por si só será a resolução do problema é um grande erro, este tipo de tratamento funciona como um paliativo, sendo necessário um acompanhamento ambulatorial durante e pós internação para continuidade da terapia e consecutiva reabilitação do paciente e reinserção do mesmo no meio social, daí importância dos tratamentos em nível ambulatoriais existentes.

Falta na saúde pública uma readequação dos tratamento ambulatoriais de dependência química, quando muito existentes, não são de fácil acesso e nem acolhedores e abrangentes o suficientes. Tem-se a ideia de que se um modelo de tratamento funciona para uma porção da população, pode ser adotada para as demais, contudo, como demonstram os estudiosos da área isso não condiz com a realidade, torna-se imprescindível que as espécies de tratamento, diversas a da internação, considerem as especificações de cada grupo populacional em

dependência, de modo a se oferecer meios de tratamento particulares e mais eficazes para aquela realidade.

Tentando acompanhar essa situação de relevância é que podemos verificar por exemplo, a edição do projeto de lei 7.663/2010 que tenta regulamentar junto a Lei de Drogas (Lei 11.343/2006) a autorização forçada para internação dos dependentes químicos.

Entretantes, o que pode se depreender desta empreitada é que novamente, prefere-se acreditar que a internação compulsória dos dependentes químicos é a opção adequada e que ainda é tolerável descumprir com o direito fundamental à liberdade de todo o cidadão de maneira desordenada, como tem acontecido com as internações compulsória dos dependentes químicos na atualidade.

Não se respeita o direito de liberdade do dependente o que é uma falta grave, um verdadeiro retrocesso aos direitos sociais tão duramente conquistados pela humanidade.

Desta feita, conclui-se que ainda persiste a marginalização do dependente químico; que a saúde pública brasileira não confere a atenção necessária para estes indivíduos; que o poder público está mais preocupado em mascarar os problemas causados pelo tráfico de drogas adotando práticas higienistas, acreditando que o simples encarceramento destas pessoas em clínicas especializadas para tratamento é a solução e que para que isso ocorra não deve-se considerar o querer próprio do ser humano, por isso justifica-se o atentado à liberdade de cada um; que compete a todos os cidadãos lutar para uma mudança de pensamento quanto aos dependentes químicos, de maneira que se possa reivindicar junto aos governantes maior e melhor atenção ao problema do comércio e uso de substância psicoativas, a fim de que se tente sanar esta questão por completo ou minimizar os efeitos que estas causam na vida do dependente, seus familiares e na sociedade como um todo.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

NETO, João Pedro Gebran; MÂNICA, Fernando Borges. **Direito à saúde em perspectiva: Judicialização, gestão e acesso. A assistência à Saúde no SUS e a nova lei de defesa dos direitos dos usuários dos serviços públicos (Lei N. 13.460/17)**. Vitória: ABRAGES, 2017. Vol. 2. 262p.

FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Direito à saúde. Leis N° 8.080/90 e 8.142/90. Bahia: JUSPODIVM, 2009. Vol. 20. 148p.**

MÂNICA, Fernando Borges. **Modelos de Prestação de Serviço de Assistência à Saúde pelos Municípios. Curitiba: ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DO PARANÁ, 2017. 180p.**

SANTOS, Marisa Ferreira dos; LENZA, Pedro. **Direito Previdenciário esquematizado. 7 ed. São Paulo: SARAIVA, 2017.**

RIOS-SANTOS, Fabrício; FEITOSA, Marcelo Durval Sobral. **Direito Médico. Medicina de Evidências e o Direito à Saúde. A Justiça e os Avanços para a Efetivação da Prestação Jurisdicional. Curitiba: JURUÁ, 2017.198 p.**

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional. São Paulo: SARAIVA, 2015. Vol. 10.1. 471p.**

MELO, Juliana Rízia Félix; MACIEL, Silvana Carneiro. **Representação Social do Usuário de Drogas na Perspectiva de Dependentes Químicos. Psicol. cienc. prof. vol.36 no.1 Brasília Jan./Mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14149893201600010076&lang=pt#B9. Acesso em 15 de junho de 2018.**

COELHO, Isabel; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. **Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. Rio de Janeiro, V. 38, N. 101, P. 359-367, Abr-Jun 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0359.pdf>. Acesso em 15 de junho de 2018.**

DIEHL, Alessandra et al. **Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011. 528p. 1 CD-ROM.**

BOLONHEIS-RAMOS, Renata Cristina Marques; BOARINI, Maria Lucia. **Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. Maringá, v.22, n.4, out.-dez. 2015, p.1231-1248. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v22n4/0104-5970-hcsm-22-4-1231.pdf>. Acesso em 20 de junho de 2018.**

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional**. 12º ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

LENZA, Pedro. **Direito Constitucional Esquematizado**. 18º ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

BRASIL. **Constituição da República Federativa Brasileira de 1988**. Brasília: DF. 05 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm.

Acesso em 31 de maio de 2018.

BRASIL. **Lei Complementar de nº 141 de 2012**. Brasília: DF, 2012. 13 de janeiro de 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm.

Acesso em 05 de junho de 2018.

BRASIL. **Lei Nº 8.080/1990**. Brasília: DF, 1990. 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em 05 de junho de 2018.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de Lei 7.663/2010**. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=483808>.

Acesso em: 18 de agosto de 2018.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de Lei 111.2010**. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/96509>. Acesso em 18 de agosto de 2018.

UNDOC. **United Nations Office on Drugs and Crime**. Disponível em: <http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2018/06/relatorio-mundial-drogas-2018.html>. Acesso em 25 de julho de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n.3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde. 23 dez. 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em 20 de junho de 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Parecer do Conselho Federal de Psicologia (CFP) sobre o Projeto de Lei nº 7663/2010**. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/03/Parecer-Conselho-Federal-de-Psicologia-PL-7663-2010.pdf>. Acesso em 20 de junho de 2018.