

**CENTRO UNIVERSITÁRIO  
“ANTÔNIO EUFRÁSIO DE TOLEDO”**

**FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL DE PRESIDENTE PRUDENTE**

**O SERVIÇO SOCIAL DIANTE DA RESTRIÇÃO DE LIBERDADE NA  
INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DO DEPENDENTE QUÍMICO**

**Claudia Luz  
Edna Regina de Abreu Silva  
Egislene Fabiana de Souza Carneiro  
Vânia Soares Palombino**

**Presidente Prudente/SP  
2014**

**CENTRO UNIVERSITÁRIO  
“ANTÔNIO EUFRÁSIO DE TOLEDO”**

**FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL DE PRESIDENTE PRUDENTE**

**O SERVIÇO SOCIAL DIANTE DA RESTRIÇÃO DE LIBERDADE NA  
INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DO DEPENDENTE QUÍMICO**

**Claudia Luz  
Edna Regina de Abreu Silva  
Egislene Fabiana de Souza Carneiro  
Vânia Soares Palombino**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social, sob a orientação da Professora Elizabeth Soares Pinheiro Lourenção.

**Presidente Prudente/SP  
2014**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos, primeiramente, a Deus, nosso pai celestial, que, com sua eterna graça, nos direcionou, sustentando e capacitando a todas integrantes desta monografia durante todo o percurso acadêmico. “Sem ti, Senhor, esta conquista não seria possível”, a ti, Senhor, nossos mais sinceros agradecimentos.

Aos nossos familiares “nossas bases, nossos alicerces”, que sempre nos apoiaram em todos os nossos projetos, dispensando-nos amor e muito carinho, compreensão e incentivo, pelos puxões de orelha, quando nos mostrávamos desanimadas, nosso muito obrigado.

Nossos agradecimentos a todo o corpo docente do curso de Serviço Social pela dedicação e carinho que nos dispensaram durante a nossa trajetória nesta instituição, pela transmissão de conhecimento. A todos o nosso eterno obrigado!

Os nossos agradecimentos à orientadora desta monografia professora Elizabeth Soares Pinheiro Lourenção, pela paciência, carinho e apoio dispensado durante a construção deste trabalho monográfico.

Agradecemos aos diretores institucionais, que nos permitiram a realização da pesquisa de campo nos estabelecimentos em que atuam. E a todos os profissionais que se prontificaram a ajudar-nos, participando desta pesquisa.

Nossos sinceros agradecimentos a todos os funcionários desta instituição em especial aos bedéis, às meninas da biblioteca e às meninas da cantina, que, durante esse percurso, sempre se mostraram carinhosos e prestativos conosco.

Queremos agradecer à XXVII turma do curso de Serviço Social, pelo companheirismo e a convivência durante estes quatro anos. A todos os nossos mais sinceros agradecimentos e, também, às nossas queridas amigas: Amanda Teles de Carvalho, Bruna Riedo, Dayane Siqueira, Luciene Pimenta Brizzi, Thalita Eugenio, Maria Eduarda Costa Ferri e Rosemeire de Oliveira.

Claudia Luz

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos, primeiramente, a Deus, nosso pai celestial, que, com sua eterna graça, nos direcionou, sustentando e capacitando a todas integrantes desta monografia durante todo o percurso acadêmico. “Sem ti, Senhor, esta conquista não seria possível”, a ti, Senhor, nossos mais sinceros agradecimentos.

Aos nossos familiares “nossas bases, nossos alicerces”, que sempre nos apoiaram em todos os nossos projetos, dispensando-nos amor e muito carinho, compreensão e incentivo, pelos puxões de orelha, quando nos mostrávamos desanimadas, nosso muito obrigado.

Nossos agradecimentos a todo o corpo docente do curso de Serviço Social pela dedicação e carinho que nos dispensaram durante a nossa trajetória nesta instituição, pela transmissão de conhecimento. A todos o nosso eterno obrigado!

Os nossos agradecimentos à orientadora desta monografia professora Elizabeth Soares Pinheiro Lourenção, pela paciência, carinho e apoio dispensado durante a construção deste trabalho monográfico.

Agradecemos aos diretores institucionais, que nos permitiram a realização da pesquisa de campo nos estabelecimentos em que atuam. E a todos os profissionais que se prontificaram a ajudar-nos, participando desta pesquisa.

Edna Regina de Abreu Silva

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos, primeiramente, a Deus, nosso pai celestial, que, com sua eterna graça, nos direcionou, sustentando e capacitando a todas integrantes desta monografia durante todo o percurso acadêmico. “Sem ti, Senhor, esta conquista não seria possível”, a ti, Senhor, nossos mais sinceros agradecimentos.

Aos nossos familiares “nossas bases, nossos alicerces”, que sempre nos apoiaram em todos os nossos projetos, dispensando-nos amor e muito carinho, compreensão e incentivo, pelos puxões de orelha, quando nos mostrávamos desanimadas, nosso muito obrigado.

Nossos agradecimentos a todo o corpo docente do curso de Serviço Social pela dedicação e carinho que nos dispensaram durante a nossa trajetória nesta instituição, pela transmissão de conhecimento. A todos o nosso eterno obrigado!

Os nossos agradecimentos à orientadora desta monografia professora Elizabeth Soares Pinheiro Lourenção, pela paciência, carinho e apoio dispensado durante a construção deste trabalho monográfico.

Agradecemos aos diretores institucionais, que nos permitiram a realização da pesquisa de campo nos estabelecimentos em que atuam. E a todos os profissionais que se prontificaram a ajudar-nos, participando desta pesquisa.

Egislene Fabiana de Souza Carneiro

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos, primeiramente, a Deus, nosso pai celestial, que, com sua eterna graça, nos direcionou, sustentando e capacitando a todas integrantes desta monografia durante todo o percurso acadêmico. “Sem ti, Senhor, esta conquista não seria possível”, a ti, Senhor, nossos mais sinceros agradecimentos.

Aos nossos familiares “nossas bases, nossos alicerces”, que sempre nos apoiaram em todos os nossos projetos, dispensando-nos amor e muito carinho, compreensão e incentivo, pelos puxões de orelha, quando nos mostrávamos desanimadas, nosso muito obrigado.

Nossos agradecimentos a todo o corpo docente do curso de Serviço Social pela dedicação e carinho que nos dispensaram durante a nossa trajetória nesta instituição, pela transmissão de conhecimento. A todos o nosso eterno obrigado!

Os nossos agradecimentos à orientadora desta monografia professora Elizabeth Soares Pinheiro Lourenção, pela paciência, carinho e apoio dispensado durante a construção deste trabalho monográfico.

Agradecemos aos diretores institucionais, que nos permitiram a realização da pesquisa de campo nos estabelecimentos em que atuam. E a todos os profissionais que se prontificaram a ajudar-nos, participando desta pesquisa.

Nossos sinceros agradecimentos a todos os funcionários desta instituição em especial aos bedéis, às meninas da biblioteca e às meninas da cantina, que, durante esse percurso, sempre se mostraram carinhosos e prestativos conosco.

Queremos agradecer à XXVII turma do curso de Serviço Social, pelo companheirismo e a convivência durante estes quatro anos. A todos os nossos mais sinceros agradecimentos e, também, às nossas queridas amigas: Amanda Teles de Carvalho, Bruna Riedo, Dayane Siqueira, Luciene Pimenta Brizzi, Thalita Eugenio, Maria Eduarda Costa Ferri e Rosemeire de Oliveira.

Vânia Soares Palombino

## RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso tem como objetivo analisar sobre a dependência química e a internação compulsória, estabelecida pela lei 10.216, de 06 de abril 2001, a qual dispõe sobre as modalidades de internações disponibilizadas para o tratamento de pessoas acometidas por transtorno mental, causados ou não pelo uso de drogas. Buscou-se um aprofundamento na discussão sobre a modalidade de internação compulsória, por meio de uma perspectiva dialética, crítica da problemática que envolve o assunto, não se tendo a pretensão de esgotá-lo. O tema tem sido abordado, constantemente, por todos os seguimentos sociais devido aos altos índices de sujeitos envolvidos com o uso de drogas lícitas e ilícitas, sendo considerado complexo e multifatorial e que demanda ações efetivas das políticas públicas. Neste contexto, nos aportaremos na história da saúde mental e nas modalidades de tratamento dispensado aos sujeitos com transtorno mental, para compreendermos os fenômenos do processo da dependência química, expostos na atualidade. Através desta análise será verificada a eficácia da internação compulsória no tratamento da dependência química. Para tanto, será apresentado os resultados da pesquisa de campo realizada junto a profissionais que atuam com dependentes químicos. Ainda no mesmo sentido, será abordado sobre a atuação do Assistente Social diante da demanda da dependência química, a responsabilidade da família, do Estado e da sociedade. A composição estrutural está dividida em sete capítulos além das considerações finais, de maneira esmiuçada, com o intuito de apresentar ao leitor uma compreensão clara e objetiva do tema.

**Palavras-Chave:** Processo Histórico da Saúde Mental. Dependência Química. Internação Compulsória. Reforma Psiquiátrica. Rede de Atenção da Saúde Mental.

## ABSTRACT

This course conclusion work aims to analyze about addiction and compulsory hospitalization, established by Law 10216 of April 6, 2001 which provides for the procedure for admissions available for the treatment of persons suffering from mental disorder, caused or not by drugs. We sought to deepen the discussion about the type of compulsory admission, through a dialectical perspective of critical issues surrounding the subject, not with the intention of wearing it out. The issue has been approached constantly by todosos social sectors due to high rates of subjects involved in the use of licit and illicit drugs, being considered complex and multifactorial and that demand effective action of public policies. In this context, aportaremos in the history of mental health and modalities of treatment of individuals with mental illness to understand the phenomena of the case exposed the addiction nowadays. Through this analysis be verified the effectiveness of compulsory hospitalization in the treatment of chemical dependency, and for both the results of field research will be presented with professionals who work with substance abusers. In the same sense, will be approached about the role of the social worker on demand of chemical dependency, family responsibility, the state and society. The structural composition is divided into seven chapters as well as final considerations so teased with a view to presenting the reader with a clear and objective understanding of the topic.

**Keywords:** Case History of Mental Health. Chemical Dependency. Compulsory hospitalization. Psychiatric Reform. Network of Mental Health Care.

## LISTA DE TABELA E GRÁFICOS

### TABELA

TABELA I- Número de profissionais classificados segundo a sua formação	78
--	----

### GRÁFICOS

GRÁFICO I- Opiniões dos profissionais sobre a internação compulsória	79
GRÁFICO II- Modalidade de internação no Brasil	80
GRÁFICO III- Diferenciação no tratamento	82
GRÁFICO IV: Tratamento compulsório x tratamento higienista	83
GRÁFICO V- A autonomia dos dependentes químicos	84
GRÁFICO VI- O Processo de dependência química	85
GRÁFICO VII- Internação compulsória viola direitos humanos?	87
GRÁFICO VIII- A Reforma Psiquiátrica no Brasil	88
GRÁFICO IX- A naturalização do consumo de drogas lícitas no Brasil	89
GRÁFICO X- O CAPS substitui os hospitais psiquiátricos?	92
GRÁFICO XI- A medida mais viável à internação involuntária ou à internação compulsória	93
GRÁFICO XII- É possível recuperar o dependente químico	94

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	11
<b>2 PROCESSO DO USO DE DROGAS NA HISTÓRIA DA HUMANIDADE: BREVES RELATOS HISTÓRICOS</b>	16
2.1 O Processo de Drogadição no Brasil, na Hodiernidade	18
2.1.1 Drogas lícitas	19
2.1.2 Drogas ilícitas	21
<b>3 HISTORIOGRAFIA DA SAÚDE MENTAL</b>	23
3.1 Política de Saúde Mental no Âmbito Brasileiro	25
3.2 A Reforma Psiquiátrica Brasileira	28
3.3 A Política Nacional de Álcool e Outras Drogas	30
3.4 A Rede de Atenção à Saúde Mental	33
<b>4 PARÂMETROS LEGAIS PARA INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA NO BRASIL</b>	42
4.1 Decreto 1.132/1903	42
4.2 Decreto 24.559/1934	44
4.3 Decreto 891/1938	45
4.4 Lei 10.216/2001	48
4.5 Lei 11. 343/2006	52
<b>5 O SERVIÇO SOCIAL E OS DIREITOS HUMANOS: EM DEFESA DA VIDA, DA DIGNIDADE E DA LIBERDADE</b>	54
5.1 Direito à vida	58
<b>6 A RESPONSABILIDADE DA FAMÍLIA, DA SOCIEDADE E DO ESTADO NOS CUIDADOS DO DEPENDENTE QUÍMICO</b>	62
6.1 A Humanização do Tratamento e o Conflito Existente no Internamento Compulsório	64
<b>7 METODOLOGIA DA PESQUISA E ANÁLISE DOS DADOS</b>	76
7.1 Apresentação e análise dos dados Coletados no Processo de Pesquisa de Campo	77
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	96
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	101
<b>ANEXOS</b>	111

## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como finalidade a obtenção de conhecimentos sobre a apreciação dos profissionais que trabalham com pessoa em processo dependência química, sobre a funcionalidade e aplicabilidade da internação compulsória utilizada para submeter, as pessoas em processo de dependência de drogas lícitas e ilícitas ao tratamento hospitalar.

Em virtude das decorrências atribuídas esses sujeitos estão sendo designados como incapazes de exercer atos da vida civil, desta forma estão impossibilitados de expressar suas solicitações e suas vontades.

O tema proposto é complexo, multifatorial e demanda ações efetivas das políticas públicas, no sentido de possibilitar ao dependente químico o exercício de sua plena cidadania na medida em que possa ter a disponibilidade do tratamento conforme a sua necessidade. É indiscutível que o problema da dependência química é um grave problema de saúde pública, denunciado cotidianamente, através da mídia, o sofrimento dos pacientes e de seus familiares, que se tornam co-dependentes nesse processo. Porém deve ser destacado que, embora essa problemática tenha ganhado grande ênfase na atualidade, ela se encontra instalada no cotidiano social desde os primórdios.

Só que ações desenvolvidas no Brasil, em relação à saúde mental, em seu primeiro momento, ficaram baseadas nos moldes da que era exercida na França. Desta forma, a realidade brasileira não foi tomada como parâmetro para o desenvolvimento da assistência à saúde mental no Brasil. No entanto, deve ser pontuado que a formulação da assistência à saúde mental brasileira teve, em sua contextualização, a autoridade pública como participe das ações desempenhadas por meio de leis e decretos.

Porém as atrocidades fizeram parte da realidade desses sujeitos, mesmo tendo a autoridade pública participação ativa na formulação de parâmetros legais, para o atendimento dessa camada populacional, fato que pode ser observado por meio dos relatos dos funcionários da saúde mental, na década de 60, sendo este um dos fatores preponderantes que culminou com o advento da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Nesta perspectiva, a doença mental, objeto estabelecido há séculos, aludiu (e ainda alude) ao desígnio do erro da razão. Desta forma, os “loucos” foram classificados como pessoas incapacitadas de exercer atos da vida civil.

Com o advento da lei 10.216, de 06 de abril de 2001, vêm ocorrendo várias transformações na política de assistência à saúde mental. Dentre essas mudanças, encontra-se a desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos conhecidos como “manicômios”. Sob esta ótica, as internações de longa permanência de pessoas com transtorno mental, não serão mais permitidas. O artigo 4º dessa lei determina que a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada, quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

Na atualidade, o consumo exarcebado de substâncias psicoativas é de grande prevalência em todo o mundo. As estimativas apontam que essa prática está entre os 20 maiores fatores de risco para a saúde da população. O uso dessas substâncias também é considerado como sendo uma das principais causas de abandono de crianças e adolescentes. Em 2012, foi realizada uma pesquisa em âmbito nacional, que teve como objetivo fazer um levantamento sobre o uso regular de drogas. Nessa pesquisa, foi constatado que, das 370 mil pessoas que participaram da amostragem, 10% eram mulheres grávidas; 14% crianças e adolescentes; 80% eram do sexo masculino; e 40% dos entrevistados se encontravam em situação de rua.

Outro fator que deve ser observado é a acessibilidade às drogas, principalmente as drogas lícitas. A naturalização da bebida alcoólica e a estimulação constante desse produto pelas campanhas publicitárias tem despertado o consumo de crianças e adolescentes, que, vislumbrados com as ilusórias mensagens produzidas, acabam utilizando o produto. Entretanto deve ser observado que, nessas campanhas, é notificada a proibição da venda a menores de dezoito anos, conforme determina a lei. Mas a fiscalização da venda desse produto a menores se encontra deficitária, ou seja, ainda não existem no Brasil mecanismos capazes de controlar esse comércio.

A ingestão de bebida alcoólica, no Brasil, tem alcançado índices elevadíssimos, excedendo a média da taxa mundial. Dados estáticos apontam que, das mortes ocorridas no mundo, durante o ano de 2012, 3,3 milhões foram acarretadas pelo uso exacerbado de bebida alcoólica. A relação desse consumo também está associada ao desenvolvimento de 200 enfermidades. Em 2025, o consumo de bebida alcoólica pôde superar em números alarmantes, os atuais indicadores.

Nos dois últimos anos, os governos federal, estadual e municipal têm desenvolvido várias medidas, com o intuito de retirar, das ruas, pessoas que se encontram em processo de dependência química, principalmente em São Paulo e Rio de Janeiro. Essas ações estão sendo desenvolvidas nas Cracolândias. No entanto, assim como já foi exposto, o

processo de dependência química não é um fato novo na sociedade brasileira e a Cracolândia teve a sua existência firmada em São Paulo, desde a década de 70. Com o surgimento do crack no final da década de 80, ocorreu aumento expressivo de pessoas em situação de rua na região central de São Paulo, mais especificamente na Cracolândia.

Todavia a iniciativa de se retirarem, das ruas, essas pessoas, encontrou seu ápice nos últimos dois anos. Com o advento da copa do mundo, se aproximando as ações desempenhadas no combate às drogas nas Cracolândias das cidades-sede da copa intensificaram-se. Nesse processo, vem se utilizando algumas medidas que pode ser caracterizada como sendo repressoras e discriminatórias, podendo ser observado através das abordagens policiais junto a essa população e o aumento expressivo de internações compulsórias de pessoas em situação de rua.

Diante do exposto acima e a partir deste interesse inquietante e desafiador, de demonstrar a ineficácia da internação compulsória, nós arraigamos em pesquisa que visa à reflexão sobre a internação compulsória do dependente químico, traçando paralelo com a historicidade da doença mental e o processo de drogadição exposto na atualidade. Nesse contexto, foi realizada uma análise crítica da internação compulsória utilizada como metodologia de tratamento no processo de drogadição e para tanto realizou-se uma análise comparativa entre o que determina a lei 10.216 de 06 de abril de 2001 e, os serviços que compõem a rede de atenção à saúde mental.

Para o desenvolvimento do trabalho embasamos no método materialista histórico e dialético, pesquisa bibliográfica e a pesquisa eletrônica, que proporcionou o conhecimento científico para o desenvolvimento do mesmo. Desta forma utilizou-se, de livros, revistas e artigos científicos, análise documental, leis e decretos. Foi aplicado a pesquisa de campo, estruturada através de questionário, com perguntas fechadas e abertas junto aos profissionais da área da saúde, tais como Médicos (clínico e residente em psiquiatria), Psicólogos, Assistentes Sociais, Enfermeiros, Auxiliar de enfermagem e Terapeuta Ocupacional.

Este trabalho foi estruturado em sete capítulos, além das considerações finais, de maneira esmiuçada, com o intuito de apresentar ao leitor uma compreensão clara e objetiva. Para alcançar o desígnio proposto, partiu-se do contexto da assistência prestada às pessoas com transtorno mental, no decorrer da história.

No primeiro capítulo, está exposta a introdução, com a intenção de apresentar o trabalho de forma resumida e exibir a maneira que norteará os próximos seis capítulos; e, as considerações finais.

O segundo capítulo, aborda o Processo do uso de drogas na história da humanidade, contextualizando a utilização do uso de drogas na antiguidade e na contemporaneidade. Para tanto, refletiu-se sobre o processo de drogadição no Brasil, na hodiernidade, foi exposto às drogas lícitas e as ilícitas, além dos efeitos maléficos que causam ao organismo do homem.

No terceiro capítulo, descreveu-se sobre a historiografia da política de assistência em saúde mental, apresentando a história das políticas de assistência em saúde mental, por meio de uma explanação sobre a loucura na Grécia Antiga, na Idade Média e na contemporaneidade, delineando-se o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil e da Política Nacional de Álcool e Outras Drogas, abrangendo a rede de atenção à saúde mental, no que tange aos serviços, programas e projetos destinados para o atendimento dos usuários.

O quarto capítulo versou sobre os parâmetros legais para internação psiquiátrica, no Brasil, onde foi discorrido sobre alguns decretos e resoluções. No que diz respeito à assistência às pessoas com transtorno mental, com especial ênfase no Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad que prevê medidas de prevenção ao uso indevido de drogas e estabelece providencias, para a atenção e reinserção social dos dependentes químicos.

No quinto capítulo, cumpriu-se a tarefa de analisar sobre os direitos humanos e a defesa da vida, da dignidade e da liberdade. Desse modo, buscou-se respostas às nossas inquietações, principalmente no que tange à definição do ser humano como sujeito de direitos e obrigações, nesta perspectiva abarcou-se também a Constituição Federal de 1988, o artigo 5º que destaca a igualdade de todos perante a lei e também prevê o direito a saúde mental assegurado como direito fundamental.

A seguir, no sexto capítulo abordou-se, a responsabilidade da família, da sociedade e do estado diante do processo de drogadição exposto na atualidade, apontando para tanto a importância da junção das três instituições no enfrentamento das mazelas em que o uso das drogas resulta na vida do indivíduo e na sociedade. Vislumbrou-se o papel de cada segmento, no que se refere ao quesito responsabilidade compartilhada, objetivando, assim, a efetivação dos mínimos sociais e o resgate do ser humano por meio da promoção da cidadania e da autoestima.

No sétimo capítulo apresentou-se a pesquisa de campo, que foi realizada junto aos profissionais da saúde. Por fim, no oitavo capítulo apresentam-se as considerações finais, por meio de uma análise detalhada das hipóteses e inquietudes que direcionaram a buscar

respostas, com a finalidade de elucidar sobre a internação compulsória do dependente químico, observando-se a sua aplicabilidade e eficácia.

## 2 PROCESSO DO USO DE DROGAS NA HISTÓRIA DA HUMANIDADE: BREVES RELATOS HISTÓRICOS

Nesse tópico serão realizadas algumas pontuações sobre o uso de substâncias psicoativas<sup>1</sup> no decorrer da história da humanidade. Para tanto, serão utilizados os escritos de Victor Pereira Avelino (2009, s. p.). Conforme expõe o autor, as primeiras alusões relacionadas ao uso de substâncias psicoativas na história da humanidade estão referenciadas a partir do advento da escrita em 4.000 a.C. Neste período, há notas descritivas em placas dos povos sumérios, que faziam menção à utilização da papoula e do cânhamo, plantas originárias da China, e que também eram muito consumidas na Índia, com a função medicamentosa e, em cerimônias místicas, na Mesopotâmia. Porém é necessário mencionar-se que a utilização de substâncias psicoativas em atos místicos não foi exclusiva dos povos mesopotâmicos. Essa ação foi naturalmente utilizada por vários povos, como meio de comunicação com as divindades.

O arbusto de coca era cultivado, na região do antigo Alto Peru (Bolívia), pelos povos incas, que consumiam essa substância por meio da mastigação das suas folhas em cerimônias místicas, ou para aliviar o cansaço físico e mental, resultante das altas altitudes dessa região. Em relação à utilização da bebida alcoólica, o autor supramencionado descreve que, na sociedade egípcia, era uma bebida comumente utilizada.

As grandes produções filosóficas que foram desenvolvidas no decorrer desse período acabaram desmistificando as substâncias psicoativas como sendo um meio de comunicação com as divindades. Nesta conjuntura, ocorreu a ruptura da percepção do sobrenatural advindo das cerimônias religiosas. Em decorrência desse fato, plantas que anteriormente eram consumidas somente em cerimônias místicas, obtiveram a função medicinal e recreativa.

Ao mencionar as culturas dos povos romanos e gregos, ele exhibe que as substâncias psicoativas se encontravam inseridas nos costumes desses povos, principalmente o ópio, que era comercializado e regulamentado por meio, de leis.

No período da idade média, a igreja cristã exercia supremacia sobre o povo feudal. Dessa forma, a vida de todos era regida pelo estabelecimento de normas ideológicas e culturais, determinadas pelo clero. Nessa ocasião, a igreja proibiu o uso de plantas

---

<sup>1</sup>Substâncias psicoativas são aquelas capazes de alterar o humor, o nível de percepção ou o funcionamento do sistema nervoso central. (PORTO, et al. 2012, p.1)

alucinógenas, consideradas inapropriadas e “diabólicas”; e quem infringisse as normas eclesiásticas recebia a condenação da pena de morte por atos de bruxaria.

A bebida alcoólica, sob a perspectiva da igreja, ficou isenta de normatização que reprimisse ou proibisse sua ingestão. Dessa forma, a bebida alcoólica tinha seu consumo e comercialização legalizada, sendo a própria igreja um dos consumidores desse produto, com a utilização do vinho nas cerimônias religiosas.

Durante o século XIV e XVI, ocorreram variadas transformações no âmbito social, político e econômico, que propiciaram o surgimento do movimento do renascimento cultural, que tinha sua base fundante advinda da cultura Greco-romana. Por meio desse advento, ocorreu o reaparecimento de substâncias que eram consideradas ilícitas e, nessa nova contextualização, passou a ser utilizada por médicos e boticários na forma medicamentosa e, também, como meio de recreação pelos demais membros da sociedade.

Ainda em relação ao século XVI, a expansão marítima foi intensificada por meio das grandes navegações e da revolução industrial no século XVIII. Isto propiciou a disseminação das drogas mediante a geração de poder econômico nos países colonizadores, por meio da expansão comercial.

Devido à disseminação das drogas no século XIX, a indústria química e farmacêutica se apropriou dessas substâncias, isolando os seus princípios ativos para a produção de medicamentos, como analgésicos e estimulantes, sendo comercializados, livremente, pelas farmácias e drogarias.

O uso descomedido dessa substância começou a refletir pensamentos contrários à legalidade dispensada ao consumo dessas drogas, como decorrência das problemáticas causadas pelo descontrole da compra e venda e, também, pela dependência que as mesmas ocasionavam nos sujeitos. Em fins do século XIX, e início do XX, essas manifestações foram intensificadas, principalmente pela a sociedade norte-americana, que atribuiu a essas drogas a responsabilidade pela precarização social, manifestada após a revolução industrial.

Como resultados das manifestações, começaram a surgir aparatos legais com o auxílio das convenções destinadas ao controle de entorpecentes no mundo. Esse novo posicionamento vem-se apresentando no século XXI, com a preocupação de se conter a comercialização ilegal dessas substâncias, considerada ilícita e abrangendo, no rol das preocupações, algumas drogas lícitas, como a bebida alcoólica e o tabaco, que, além de ocasionar dependência, têm provocado agravamento na saúde dos indivíduos. (AVELINO, 2009, s. p.)

## 2.1 O Processo de Drogadição no Brasil, na Hodiernidade

De acordo com o que foi pontuado acima, o processo de utilização de substâncias psicoativas perdura na história da humanidade, desde os primórdios. Na contextualização do território brasileiro, esse evento também foi constatado. Neves (s.d, s. p), ao se referir ao consumo de substâncias psicoativas, expõe que, antes mesmo da colonização do território brasileiro, os povos indígenas que aqui habitavam já faziam uso desse produto por meio da ingestão da bebida fermentada chamada “cauim” e da consumação de plantas alucinógenas em rituais místicos. Com o advento da colonização, outras bebidas alcoólicas e plantas psicoativas, como a maconha, o vinho e a cachaça, extraída da cana de açúcar, foram introduzidas na cultura brasileira.

Na hodiernidade, essa prática tem-se tornado um fator de atenção no território pátrio e vem despertando o interesse transformador dessa contextualização, devido às consequências ocasionadas pelo uso de substâncias psicoativas denominadas drogas “lícitas e ilícitas” e as mazelas que elas proporcionam ao usuário e aos demais membros sociais.

Cabe destacar-se que o contexto e o padrão de uso dessas substâncias, na atualidade, se tem tornado um fator alarmante, ou seja, as drogas, sendo culturalmente construídas e encontradas na vida dos sujeitos, desde a sua existência, propiciaram a naturalização do consumo. Outro fator que tem que ser observado é a imputação de uma série de características negativas impostas aos usuários de drogas ilícitas. Neste sentido, esses sujeitos são apontados como os responsáveis pela a sua situação.

Assim, o usuário é geralmente concebido, de maneira estereotipada, como irresponsável e incapaz de gerir, adequadamente, a sua vida. Dessa forma, problemas estruturais da sociedade, como a má distribuição de renda, as deficiências do sistema de educação, saúde e segurança pública não são levados em conta. Formadores de opinião, como políticos, líderes religiosos, jornalistas e policiais, elege um inimigo imaginário: o “drogado” ou “viciado”, para servir de bode expiatório. É ele o responsabilizado por todos os problemas que afligem a sociedade. Sob o pretexto de combatê-lo e ao tráfico que o sustenta, são propostas medidas repressivas, que, de fato, servem, primordialmente, para a manutenção do sistema político-econômico. (MACRAE, 2014, p. 37)

Notoriamente, ao transferir aos usuários de substâncias psicoativas a responsabilidade pela existência das mazelas sociais na contextualização do território brasileiro, aponta-se o desconhecimento e o despreparo dos setores formadores de opinião em relação à dependência química. Dentro do que se abrange, é necessário observar-se como foi

pontuado anteriormente, pelo fato de a dependência química ser um fator historicamente construído e que não adveio de políticas públicas que reportassem um olhar para a doença, e sim, para o sujeito.

No momento que se tem vivenciado, deve haver a compreensão necessária, para que ocorram, devidamente, respostas que abranjam e atendam essa demanda, pois, nessa conjuntura a, problematização tem que estar sob a ótica da doença, para que a pessoa do dependente químico não venha a ser denegrecida.

Conforme Medeiros et al (2013, s. p.), a dependência química é uma doença crônica, que causa sofrimento psíquico e necessita ser trada sob a perspectiva biopsicossocial. Desse modo, para que se tenha um entendimento dos fatores relacionados a essa enfermidade, será pontuada no capítulo 3 deste trabalho, a saúde mental, visando à sua historiografia, para um melhor entendimento da dependência química, na atualidade.

### **2.1.1 Drogas lícitas**

Pelo que se sabe, as drogas lícitas são aquelas cujo uso é permitido, sem interferência e toleradas por lei, sendo o seu uso de livre arbítrio e seu comercio é permitido de forma legal, podendo ou não estar submetidas a algum tipo de restrição, como o álcool, cuja venda é proibida a menores de 18 anos; e alguns medicamentos, que só podem ser adquiridos por meio de prescrição médica especial.

As drogas lícitas mais consumidas e conhecidas são o fumo e o álcool. A sua grande relevância está em a sociedade considerar-se a participação dessas drogas “faz parte da história da família”. Existem, ainda, mais dois tipos de substâncias, como os moderadores de apetites (anoréxicos) e, também, o de controle da ansiedade (benzodiazepínicos).

Segundo “o jornal o Globo” na edição de número 19, do ano de 2003, foi publicada uma matéria com o seguinte titulo alcoolismo e tabagismo, matam mais que drogas ilícitas no Brasil. Se isso realmente causa um impacto na sociedade é porque esse é um fator de relevante influência e traz dados alarmantes a serem trabalhados. Desse modo, antever esses dados já é um passo para a porta de entrada das drogas em geral. O álcool e o tabagismo, em principio, por terem aceitação, parecem inofensivos, quando, na verdade, são grandes vilões.

O decreto 6.117, de 2007, da Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre diminuição de seu consumo e uso indevido, bem como sua associação com o alto grau de violência. Um exemplo disto é a violência nas famílias, em que o consumo de álcool é feito diariamente. Por ser mais acessível economicamente, acaba causando danos e consequências graves de violação de vários tipos de abusos à integridade física e mental, desencadeando outros fatores sociais futuros.

Por também ser de acesso fácil e, até mesmo, por movimentar o comércio, que arrecada milhões no Brasil e, ainda por ser fonte de renda, mascara se a realidade por traz do uso abusivo do álcool. São jogos políticos e econômicos, que compactuam com as vendas livres.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem dados alarmantes de que o cigarro e o álcool, juntos, têm uma somatória de 8,1 nos problemas causados pelas drogas, enquanto 0,8 são as drogas ilícitas, o que, em uma escala de questões, que causa danos a sociedade, como desencadeador de outros problemas a serem de enfrentamento.

Surtindo efeitos na saúde, que gasta, por ano, em campanhas contra o fumo e doenças causadas por ele, e até mesmo, as campanhas que são elaboradas, visando ao seu combate e aos estímulos das propagandas para o consumo, que movimentam milhões.

A Política do Ministério da Saúde, a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, devem antever uma dinâmica da assistência a esses usuários, oferecida e transferida ao Programa da Saúde Familiar, com a qual os agentes comunitários estão envolvidos; e, também, ao Programa de redução de danos a rede básica de saúde, como um sinal de que essa ligação tem sido estabelecida, para garantir a antecipação e sua prevenção.

É um antagonismo na sociedade atual, pois sua liberação influencia, diretamente, na questão social, como um alarmante combustível que inflama vários problemas sociais. Em muitos casos, sem esquecer que a grande porta de entrada para o uso de outras drogas surge do uso do cigarro e do álcool, que, na fase de experimentação, acabam levando seus usuários ao consumo das drogas ilícitas.

Neste contexto social, a qual vive-se e se reconhece como protagonista, com o papel de verificar e perceber o quanto é importante, questionar e salientar que as drogas “lícitas” são uma questão para futuros estudos; e atentar para o fato de que esta porta de entrada esta aberta o tempo todo. Pois do contrário, de que adianta combaterem-se as causas, sem antes diagnostica-las, trabalhando na prevenção de qualquer espécie de drogas?

### 2.1.2 Drogas ilícitas

Drogas ilícitas são aquelas cuja produção, posse e comercialização são proibidas por lei, sendo, também, chamadas de “drogas pesadas”, pois causam forte dependência. São drogas ilícitas: maconha, cocaína, crack, ecstasy, LSD, inalantes, heroína, barbitúricos, morfina, skank, chá de cogumelo, anfetaminas, clorofórmio, ópio e outras.

Por serem proibidas por lei, essas drogas entram no país, de forma ilegal, por meio do tráfico, que promove a comercialização negra, ou seja, a comercialização feita sem o consentimento das autoridades.

Embora causem maior dependência e males mais profundos à saúde do indivíduo, seu peso, em relação às drogas lícitas, é consideravelmente menor. Segundo Laranjeira e Ribeiro (s. d, s. p.):

O impacto social do consumo de drogas ilícitas é bem menor do que o observado no uso indevido de álcool e tabaco. Mas, se as complicações relacionadas ao consumo de drogas ilícitas são menos frequentes, estão longe de serem incomuns. Ao contrário, seus usuários representam cerca de 5% do público atendido nas salas de emergência, um quarto das consultas em ambulatórios gerais (incluindo álcool) e metade das vagas em centros de tratamento especializados. Além disso, tanto a incidência de complicações agudas, quanto a busca de tratamento têm aumentado. Por fim, o perfil etário jovem dos usuários, as consequências das complicações agudas (boa parte com risco de morte considerável), a violência do mercado ilegal e os efeitos da marginalidade tornam este um assunto de saúde pública como da maior importância.

Concordando com Laranjeira, estão os dados levantados por Carakushansky (2008, p. 02):

[...] imaginemos uma população de mil doentes brasileiros. Podem-se estimar razoavelmente, pelos dados da SENAD, que 353 deles são consumidores de álcool, 198, de tabaco e 25, de drogas ilícitas. Por outro lado, não é despropósito pensar que, pelos dados da OMS, 41 estejam doentes devido ao álcool; 40, devido ao tabaco; e 8, devido às drogas ilícitas. Mas, então, a “malignidade” do álcool é de 41 em 353 (ou seja, 12%), enquanto a “malignidade” do tabaco é de 40 em 198 (ou seja, 20%), e a “malignidade” das drogas ilícitas é de 8 em 25 (ou seja, 32%).

Esses dados demonstram que seu impacto é menor em termos percentuais em relação a seus impactos sociais. No entanto ainda demonstram o quanto são devastadores. No tocante a dados epidemiológicos, Carliniet et al (2001, s. p.) traçam o perfil aproximado de consumo de drogas em todas as regiões do país 9.109.000 de pessoas (19,4%) já usaram algum tipo de droga, excluindo-se o álcool e o tabaco, apontando, também, o uso da maconha

no Brasil em 6,9% da população pesquisada. O índice do uso da cocaína e do crack foi de 2,3%, equivalente a 1.076.000 pessoas. Com relação aos alucinógenos, em especial o chá de cogumelo e o LSD, foi de 0,6%, igual a 295.000 pessoas. A heroína, 0,04%, comparada aos EUA, com 1,2%, merece maior reflexão, pois existe, no Brasil, grande alarde quanto a um maior consumo. Os autores relatam, também, 40,4% de consumo de maconha em todas as capitais brasileiras. Os derivados da coca, de 24,5%.

O Relatório Mundial, sobre Drogas, de 2008 informa que o Brasil tem cerca de 870 mil usuários de cocaína, sendo que o consumo aumentou de 0,4% para 0,7% entre pessoas de 12 a 65 anos, entre 2001 e 2004. É o segundo maior mercado das Américas, com índice menor apenas para os EUA, que somam cerca de seis milhões de consumidores (Carvalho, 2008, s. p.). Como se pode perceber, independentemente do ponto de vista legal, lícitas ou ilícitas, as drogas têm um impacto enorme na sociedade em que se vive e seu uso está intrinsecamente ligado às questões sociais vividas pelas populações.

Para Sanchez et al (2005, s. p.), os fatores, para uso de drogas, são os aspectos sócio-demográficos, estado civil, família, religião, trabalho, local de habitação e suas condições, uso de drogas pelos pais, relacionamento com estes, prática religiosa, atividade física etc.

Silva e Matos (2004, s. p.) complementam a falta de empatia, as pressões exercidas pelo grupo, acesso às drogas, baixa auto-estima, agressividade doméstica, situação econômico-político-cultural, normas, genética, personalidade, exclusão social, mau desempenho escolar, entre outros, como fatores de risco ao uso e abuso de drogas.

Em geral, o uso de álcool e outras drogas começam na infância, no convívio social com a família, nos momentos de interação familiar, tendo seu uso intensificado na juventude, no convívio escolar e de faculdade, de trabalho, numa busca do indivíduo por formas de diversão e libertação dos pesos emocionais causados pelo dia a dia, o que os leva à dependência.

### 3 HISTORIOGRAFIA DA SAÚDE MENTAL

Analisando a evolução histórica das políticas de assistência em saúde mental, observa-se que ela está abarcada por um grande enredamento. Perante esse fato, realizar-se-ão breves explanações sobre “a loucura”, conforme as particularidades de cada época. Diante deste entendimento, ir-se-á discorrer a respeito da narrativa envolta na história do atendimento dispensado às pessoas com transtorno mental.

A loucura perdurou durante um longo período, sem ser reconhecida como uma enfermidade. Na Grécia Antiga, era vista como uma manifestação do divino e as pessoas com transtorno mental eram consideradas privilegiadas. Acreditava-se que os deuses se manifestavam por meio das alucinações e se comunicavam por meio das falas desconexas das pessoas com transtorno mental. Lopes (2013, p. 20).

As pessoas que apresentavam quadro de insanidade fomentavam, na sociedade, a complacência e o explícito medo dos deuses. Sendo considerado escolhido, não existia nada que pudesse ser feito, a não ser tentar abrandar a sua aflição, neste marco histórico a responsabilidade do cuidado do enfermo mental era da família, que, assessorada por um membro da igreja, cuidava do seu doente, isolando-o da sociedade.

Na Idade Média, a “loucura” deixou de ser vista como manifestação divina e passou a ser entendida como manifestação do maligno e, dessa forma, ela passou a ser apercebida como sendo uma problemática. Sob esta ótica, passou-se a iniciar a busca da cura da doença mental e, por meio dessa possibilidade, foram desenvolvidas várias metodologias, com o intuito de solucionar os transtornos ocasionados pela loucura.

Segundo Alves et al (2009, p. 86) [...] a loucura era vista sem o estigma de sujeito de desrazão ou de doente mental, era tida como possessão por espíritos maus, os quais precisavam ser extirpados mediante práticas inquisitoriais, sob o controle da Igreja.

Dessa maneira, a “loucura” era apercebida, em determinados instantes, com o dever do cuidado e, em outros, com atos severos de segregação. Aos poucos, as pessoas com transtorno mental passaram a ocupar os Leprosários<sup>2</sup>, junto com os “inapropriados sociais”. Nesses locais, eram submetidos às variadas formas de torturas, que se apresentavam, por

---

<sup>2</sup> Leprosários eram estabelecimentos destinados para o isolamento de pessoas acometidas pela lepra; o isolamento do doente objetivava a contenção do surto da doença. Com a sua estabilização, esses lugares passaram a ser utilizados para o internamento de pacientes acometidos de doenças sexualmente transmissíveis, loucos, prostitutas, ou seja, todos os socialmente desajustados. (MICHEL FOUCAULT, 2004, p. 10)

exemplo, mediante as correntes que os prendiam e por meio dos locais úmidos nos quais eles eram trancados.

Segundo Millani e Valente (2008, s.p.);

[...] foi fundado, em 1656, em Paris, o Hospital Geral, uma estrutura de ordem monárquica e burguesa, onde seriam recolhidos e alojados todos os excluídos que perturbavam a ordem social. Essa instituição não possuía um caráter médico, não era um hospital, tal como se conhece hoje; essa instituição era um local que apenas representava o papel da polícia e da justiça.

Essas instituições hospitalares não faziam jus à nomenclatura recebida, uma vez que os atendimentos oferecidos aos internos se encontravam fora dos parâmetros estabelecidos para o tratamento da doença. Ou seja, sem os métodos do cuidado e da medicalização, o que prevalecia, nesses âmbitos hospitalares, era a exclusão, a assistência e a filantropia.

Em meados da Idade Contemporânea, na década de 80, surgiram, em territórios europeus, os primeiros estabelecimentos destinados ao tratamento das pessoas com transtorno mental. Eram casas de internamento com característica prisional. Conforme explicita Alves et al (2009, p. 87), [...] em 1793, o médico francês, Philippe Pinel, foi nomeado diretor do hospital Becêtre, na França. Ele define esse período como um novo status social para a loucura. A doença mental, nesse momento, passou a ser de apropriação do saber médico.

Diante desse acontecimento, as pessoas com transtorno mental passaram a ser institucionalizadas, mas as diferenciações já expressas anteriormente continuaram e, nesse contexto, as injustiças e a exclusão aconteciam naturalmente. No entanto deve ser destacado que a metodologia pineliana apregoava que o paciente deveria ser isolado, para que ocorresse a descoberta dos sintomas da doença. Dessa maneira, os pacientes eram agrupados conforme os sintomas que apresentavam.

Segundo Amarante (2001, p. 26);

A obra de Pinel, estruturada sobre uma tecnologia do saber e intervenção sobre a loucura e o hospital, cujos pilares estão representados pela constituição da primeira nosografia, pela organização do espaço asilar e pela imposição de uma relação terapêutica (o tratamento moral) representa o primeiro e mais importante passo histórico para a medicalização do hospital, transformando-o em instituição médica (e não mais social e filantrópica), [...] Esse percurso marca, a partir da assunção de Pinel à direção de beneficência, a primeira reforma da instituição hospitalar, com a fundação da psiquiatria e do hospital psiquiátrico.

Pinel arrojou um novo método para o tratamento da loucura. Tal quadro abriu espaço para o surgimento de novas propostas que aos poucos foram sendo implantadas, principalmente no período do pós-guerra. Nesse período, foi exigido que se pensasse na reformulação do tratamento psiquiátrico. Nessa contextualização, despontaram-se novas propostas, como a psiquiatria de setor, a psiquiatria preventiva, as comunidades terapêuticas e a proposição da desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos.

### **3.1 Política de Saúde Mental no Âmbito Brasileiro**

Assim como exposto acima, as pessoas com transtorno mental vivenciaram um longo período de exclusão social no decorrer da história no Brasil. O trato destinado a essas pessoas não foi diferente daqueles que eram reservados aos “loucos” dos países europeus. Por exemplo, no período colonial, os doentes mentais não eram classificados como pessoas que representavam risco social; nessa compreensão, a exclusão era a maneira encontrada, para solucionar os problemas ocasionados pelos doentes.

Segundo afirma Silva, Barros e Oliveira: (2012, p. 6);

No Brasil Colônia, a loucura não representava uma ameaça à sociedade, porque o país experimentava o regime escravocrata, no qual a força de trabalho escravo era, reconhecidamente, uma mercadoria, com valor de uso e de troca, aceitos pelos códigos sociais da época. Portanto, a loucura, quando afetava os ricos, era tratada na Europa, e os loucos pobres estavam diluídos na vastidão do território nacional.

Em decorrência da expansão das cidades ocasionadas pela cafeicultura, que propiciou o povoamento dos principais centros comerciais, os loucos que perambulavam pela cidade passaram a incomodar. Segundo Resende (1997, p. 35), nas ruas, a presença dos loucos incomodava a grande elite, a suas vestes sujas e rasgadas, a maneira como se comportavam e a violência com que eles reagiam às provocações.

Diante desse fato, a autoridade policial começou a retirá-los das ruas, eles passaram a ser trancados nos porões das Santas Casas de Misericórdia, onde permaneciam isolados dos outros pacientes, sem usufruir do atendimento adequado a sua patologia, ou nas prisões, onde eram recalcados por espancamentos e agressões físicas; nas prisões, dividiam espaço com criminosos e arruaceiros.

A partir do século XIX, com o advento da corte portuguesa e o crescimento expressivo da população de “loucos”, a elite brasileira começou a pensar nos doentes mentais que perambulavam pelas cidades, mas não na patologia em si, o pensar na ocasião ainda estava regrado na exclusão. Dessa forma, começaram a surgir propostas com características apartativas. Nessa contextualização, excluía-se, ainda mais, os já tão desprovidos de direitos, com uma nova modalidade de pensamento, o da higienização das cidades.

Segundo afirma Silva, Barros e Oliveira: (2012, p. 6);

[...] no século XIX, teve início o processo de urbanização das cidades, sobretudo a do Rio de Janeiro. As epidemias da época atrapalhavam os interesses políticos e econômicos dos latifundiários do café e do comércio exportador. Assim, configurava-se a determinação social para o "saneamento" que interdita o livre trânsito dos doentes, mendigos, vadios e loucos. Essa indicação social motiva o surgimento da primeira instituição psiquiátrica no Brasil – 1852 – Hospital Pedro II, no Rio de Janeiro.

Segundo Resende (1997, p. 38), outras cidades, a exemplo do Rio de Janeiro, também construíram hospícios, para atender a urgência que a situação exigia; foi utilizado até instalação provisória, para atender a demanda existente.

Como se percebe, as instalações, para o abrigamento dos “loucos”, foram-se multiplicando, sem infraestrutura adequada, para atender à população acometida de doença mental, a ordem era limpar os centros comerciais, e, dessa forma, o descaso ainda continuava. Porém, atendendo as reivindicações da elite brasileira, os “loucos” que vagavam pelas cidades eram recolhidos e trancados nos porões das Santas Casas de Misericórdia, os violentos eram levados para a delegacia, onde sofriam as penalidades das leis vigentes do período.

Na década de 90, surgiram várias propostas para a reconstrução do atendimento dispensado aos “loucos”. Preliminarmente, um dos acontecimentos foi a desvinculação do tratamento ofertado nas Santas Casas de Misericórdia. Diante dessa ocorrência, começaram a ter um olhar diferenciado no cuidado com os pacientes. Como resultado, no início do século XX, surgiram novas possibilidades de tratamento terapêutico, ocasião em que foram construídas colônias que tinham, como objetivo, a cura por meio do trabalho agropecuário.

Segundo Alvarenga e Nobre (2012, p. 76);

O movimento da reforma psiquiátrica, no Brasil, tem, como estopim, a crise da DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental –, órgão destinado a formular políticas de saúde. Os profissionais e estagiários da área passam a trabalhar como bolsistas e em condições precárias, sendo expostos a violências institucionais. Começavam a ser frequentes as denúncias de agressões, trabalho escravo, mortes suspeitas, dentre outras violências institucionais. Desse modo, em 1978, profissional e estagiário de alguns hospitais psiquiátricos iniciaram uma grande greve – apoiada

por forças sociais democráticas que iam contra o regime militar. [...] Na década de 70/80, houve um boom de encontros, congressos, na área da saúde mental, por todo Brasil, com o intuito de discutir melhorias nas condições de trabalho dos profissionais e no tratamento dado aos pacientes dos hospitais psiquiátricos. Nesse período, Michel Foucault realizou importantes conferências no Brasil, mas esses encontros não versavam diretamente sobre a loucura.

O advento da VIII Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu ainda na década 90, mais precisamente em 1986, oportunizou a participação da sociedade, desconstruiu a loucura. Um novo olhar sobre a saúde foi criado e uma nova concepção de saúde foi estabelecida. A saúde passou a ser definida como direito de todos e obrigação do Estado.

Segundo Alvarenga e Nobre (2012, p. 76);

Esses princípios básicos foram proclamados em 1988, por meio da Constituição Federal, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), onde foram estabelecidas as condições institucionais para a implantação de novas políticas de saúde, dando subsídios para a criação de legislações em saúde mental.

A Declaração de Caracas, na década de 90, levou em consideração a estratégia da Organização Mundial da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde de que todos os países deveriam atingir a meta de saúde para todos, até o ano de 2000. Tal posicionamento contribuiu, para que o Brasil pudesse desenvolver legislações específicas em saúde mental – redes assistenciais substitutivas ao modelo manicomial, que foram sendo incorporadas ao SUS.

A Saúde Mental, no Brasil, ganhou ênfase após a reformulação da Constituição Federal, em 1988, e da Reforma Psiquiátrica, sendo que, por intermédio da Reforma Psiquiátrica, foram firmados os direitos à cidadania dos doentes mentais.

No entanto é necessário mencionar que, a reforma psiquiátrica brasileira, teve na Psiquiatria Democrática, desenvolvida por Franco Basaglia<sup>3</sup> os parâmetros para a remodelação do tratamento dispensado as pessoas com transtorno mental.

---

<sup>3</sup> Um dos psiquiatras mais discutidos no mundo, em função dos trabalhos que desenvolvia na Itália, em 1961 deixou a Universidade de Pádova para dirigir o Hospital Psiquiátrico de Gorizia.

Tendo como base a experiência da Comunidade Terapêutica desenvolvida por Maxwell Jones na Escócia, introduziu uma série de transformações naquela instituição e no Hospital Psiquiátrico Regional de Trieste, para onde se transferiu em 1971. Acabou com as medidas institucionais de repressão, criou condições para reuniões entre médicos e pacientes e devolveu ao doente mental a dignidade de cidadão. [...] visitou o Brasil na década de 70, tornando-se uma figura emblemática na questão da luta antimanicomial brasileira. **MEMÓRIA DA LOUCURA**. Disponível em: < <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/basaglia.html>>. Acesso em 29 de nov 2014.

### 3.2 A Reforma Psiquiátrica Brasileira

A Reforma Psiquiátrica, no Brasil tem o seu marco inicial referenciado nos primórdios da década de 70, por meio das manifestações da população advinda da classe social média e da classe social média baixa, que, insatisfeitas com a crescente perda de participação social e a ausência de liberdade, decidiram organizar-se, com o objetivo de conquistar os seus direitos. Nesse período histórico entram em cena, em meio às manifestações, os funcionários da saúde mental.

[...] que, originado, em grande parte pelo CEBES<sup>4</sup> e pelo REME<sup>5</sup>, assume um papel relevante, ao abrir um amplo leque de denúncias e acusações ao governo militar, principalmente sobre o sistema nacional de assistência psiquiátrica, que inclui torturas, corrupções e fraudes. (AMARANTE, 2001, p. 90).

Nesta ocasião, evidenciaram-se as barbáries cometidas pelo governo militar, com a utilização do sistema de saúde mental para o controle social; e, nessa conjuntura, ocorreu a efetivação do movimento social proveniente dos trabalhadores da saúde mental, com a adesão dos integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas.

Segundo Amarante (1995, p.492);

Em 1978, no contexto da redemocratização, surge no Rio de Janeiro, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que virá a tornar-se o ator social estratégico pelas reformas no campo da saúde mental. O MTSM, num primeiro momento, organiza um teclado de críticas ao modelo psiquiátrico clássico, constatando-as na prática das instituições psiquiátricas.

Procurando entender a função social da psiquiatria e suas instituições, para além de seu papel explicitamente médico-terapêutico, o MTSM constrói um pensamento crítico no campo da saúde mental, que permite visualizar uma possibilidade de inversão deste modelo a partir do conceito de desinstitucionalização.

Na cidade do Rio de Janeiro, alguns médicos psiquiatras realizaram uma série de denúncias sobre as condições desumanas existentes nas unidades hospitalares de tratamento psiquiátrico e as irregularidades nas instituições psiquiátricas. Esse acontecimento repercutiu fora do hospital e recebeu apoio de entidades do setor de saúde, como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e o Movimento de Renovação Médica (REME), que

---

<sup>4</sup> Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.

<sup>5</sup> Movimento de Renovação Médica.

havia sido criados em 1976. Assim, foi constituído o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. (BRASIL, 2005, s.p.)

Este processo político e social complexo ocasionou, em uma transformação social, um movimento histórico-cultural amplo, que percebe o ser humano como um ser provido de direitos. Os serviços em saúde mental, no início da década de 80, tiveram uma humanização em seu atendimento e, a partir do final dessa década, houve a necessidade de renovação na estrutura assistencial vigente. Nessa contextualização, foram determinadas novas formas de cuidar e, conseqüentemente, a formação de uma rede de serviços substitutivos, para atender as necessidades das pessoas com transtorno mental.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira trouxe uma dimensão nova para a sociedade, no pensar a “loucura” e nas relações do coletivo em relação à pessoa com doença mental. Nessa contextualização, abriu-se espaço no coletivo, para a inclusão do paciente com transtorno mental, reprimindo-se, dessa forma, a exclusão.

O Ministério da Saúde (2005, s.p.) relata;

Também no ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional, o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado<sup>6</sup> (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo. Com a Constituição de 1988, é criado o SUS – Sistema Único de Saúde, formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido, por meio dos “Conselhos Comunitários de Saúde”.

Após a Reforma Psiquiátrica, passou-se a pensar em uma política que atendesse as necessidades das pessoas com transtorno mental no Brasil, pois anteriormente não se pensava nos direitos das pessoas com transtorno mental, o objetivo principal era de higienização dos grandes centros comerciais.

De acordo com o Ministério da Saúde (2005, s.p.);

---

<sup>6</sup> Paulo Gabriel Goldinho Delgado, professor universitário, foi deputado federal por seis mandatos, autor da Lei da Reforma Psiquiátrica e da Lei das Cooperativas Sociais. (<http://www.paulodelgado.com.br/>)

É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor, no país, as primeiras normas federais, regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

Conforme demonstrado, a Saúde Mental, no decorrer do tempo, tem recebido mais atenção e vem passando por vários processos de reformulação, que culminou com a Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, que atribui e garante direito, ao doente mental em várias especificidades. Após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei, que ficou conhecida como Paulo Delgado, foi sancionada no país, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, porém não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios.

A Política de Saúde Mental, norteadas pelos princípios e diretrizes da Política de Saúde, contempla um atendimento ao doente mental humanizado, com o dever do respeito e a integridade do sujeito, por meio do pensamento da singularidade. Dessa forma, a política do Ministério da Saúde (MS), influenciada pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica, começou a realizar o processo de desinstitucionalização dos pacientes em hospitais psiquiátricos.

### **3.3 A Política Nacional de Álcool e Outras Drogas**

A dependência química, na contemporaneidade, e suas decorrências atribuídas vêm ganhando grande destaque no cotidiano social, devido ao número elevado de usuários de drogas lícita e ilícitas. E as consequências manifestadas pelo uso indevido dessas substâncias vêm despertando, nas autoridades governamentais, a necessidade de se criarem mecanismos, para conter o consumo de drogas no Brasil.

No século XX, mas precisamente no ano de 1970, começaram a ser desenvolvidas várias intervenções no âmbito brasileiro e, para atingir a propositura almejada, foram criados mecanismos de aparato jurídico-institucional, construindo, dessa forma, várias leis e decretos que tinham, como base fundante, a abordagem proibicionista.

Conforme aponta Machado e Miranda (2007, s.p.);

Esse aparato, constituído por uma série de leis e decretos, proibia e criminalizava o uso e o comércio de drogas no país, previa penas que determinavam a exclusão dos

usuários do convívio social, propondo sua permanência em prisões, sanatórios e, a partir da década de 1970, em hospitais psiquiátricos.

Porém deve-se destacar que esse modelo de intervenção destinado à contenção de consumo de drogas e álcool, implantado no Brasil, nesse período, tinha as suas diretrizes fundadas sob a política de guerra às drogas, desenvolvida nos EUA.

Com o decorrer dos anos, as políticas destinadas ao controle das substâncias psicoativas passaram a ser influenciadas pela medicina e, através dessa inserção os usuários começaram a serem percebidos como doentes que necessitavam de tratamento médico específico.

Diante desse quadro, a Política Nacional de Álcool e outras Drogas vêm sendo firmada, a partir de pressupostos que devem guiar todas as atividades relacionadas à prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, redução de danos, pesquisa e redução da oferta. Após a incorporação das sugestões recebidas nos fóruns realizados com a participação de diversos setores da sociedade, a nova política apresenta avanços em relação à anterior.

Logo na primeira pressuposição, há uma mudança que reflete essa tendência. Onde se lia “atingir o ideal de construção de uma sociedade livre do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas” foi alterado para “atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas”. Apesar de o termo “sociedade protegida” poder ser interpretado de várias maneiras, inclusive como sociedade livre, a intenção é de tentar aproximar a política da realidade, já que é praticamente impossível eliminar as drogas da sociedade. (MACHADO e MIRANDA, 2007, s.p.)

A nova política mantém a proposta de diferenciação entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante de drogas, apesar de não apontar as diferenças que caracterizam cada uma das três condições.

As diretrizes dessa política estão mais focadas na responsabilidade compartilhada entre governo e sociedade, no que diz respeito ao tema, e coloca ênfase na “garantia” de tratamento a dependentes e usuários, e não apenas no reconhecimento do direito de tratamento, como na política anterior.

Ainda em conformidade com a Política Nacional de Álcool e Outras Drogas, mantêm-se, como prioridade, as ações de prevenção, e enfatizam-se as ações de redução de danos, determinando que “não se confundam estratégias de redução de danos como incentivo ao uso indevido de drogas”, por tratar-se de uma estratégia de prevenção.

Na verdade, essa determinação pretende reconhecer e apoiar a orientação seguida pelo Departamento de Saúde Mental do Ministério da Saúde que adota essa ideologia como eixo central de atendimento das unidades de saúde, particularmente dos CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e Drogas).

Para garantir a realização das ações propostas, há uma pressuposição clara da necessidade de garantir dotações orçamentárias específicas para cada uma delas, pois a implantação da política depende, fundamentalmente, de recursos, sem os quais a intenção não sai do papel.

A inclusão das drogas lícitas, entre os seus pressupostos, evidencia o reconhecimento da importância do combate ao uso dessas drogas no contexto das políticas públicas, pois, apesar de permitidas, causam danos iguais ou maiores aos das drogas ilícitas, ressaltando a necessidade de controle social, relacionados à propaganda e da acessibilidade para crianças e adolescentes.

Compreende-se que os serviços, programas e projetos destinados ao atendimento aos usuários podem ser executados em parceria com organizações não governamentais.

Ao se analisar a Política Nacional de Saúde Mental, constata-se que, no que se refere ao tratamento do dependente químico, como pessoa possuidora de transtorno mental decorrente do uso de substâncias psicoativas, o atendimento é organizado por meio de uma estrutura piramidal nas seguintes modalidades de regime de tratamento: intensivo, semi-intensivo, e não intensivo, conforme estabelece a Portaria GM 336<sup>7</sup>, de 19 de fevereiro de 2002, e Portaria MS, 224/92.

Em sistema não intensivo, o atendimento pode ser realizado em diversas instituições, tanto públicas quanto privadas, tais como as UBS - Unidade Básica de Saúde, ambulatório de saúde mental ou outras instituições que ofereçam tratamento com as características dessa modalidade. É um serviço prestado a pessoas com pouco comprometimento com substâncias psicoativas.

No atendimento semi-intensivo, o tratamento é realizado nos CAPS-AD (Centro de Atenção Psicossocial, álcool e drogas) e Hospital Dia. É um serviço de maior complexidade, sendo intermediário entre as modalidades de tratamento não intensivo, semi-intensivo.

---

<sup>7</sup>Determina a constituição dos CAPS e a suas modalidades (CAPS I, CAPS II e CAPS III)

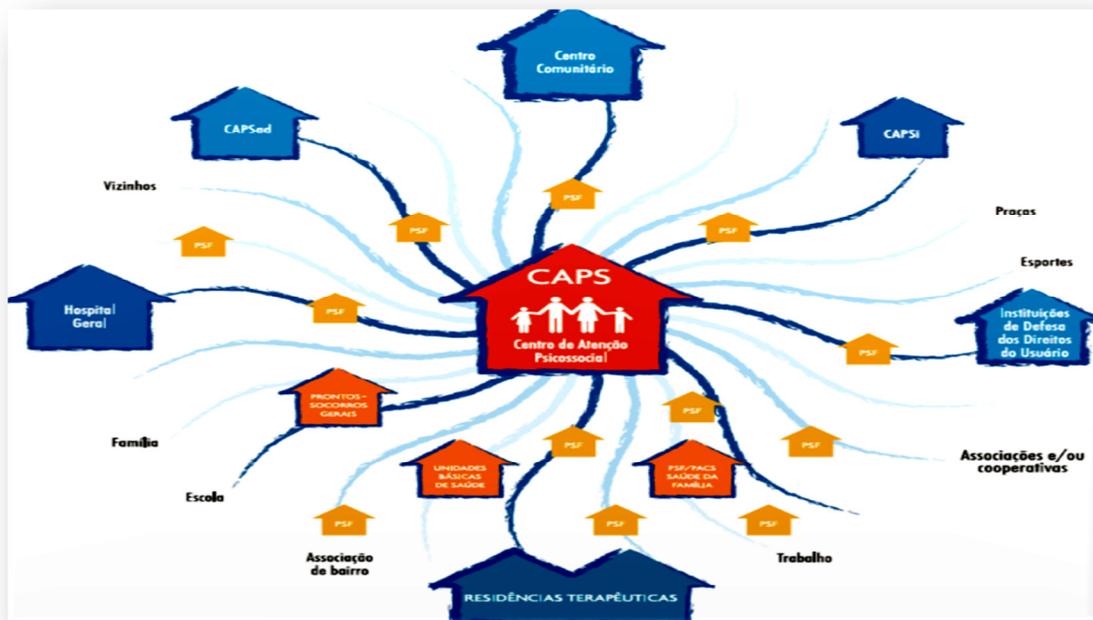
Ainda segundo a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, de 2004, o CAPS-AD tem como objetivo proporcionar atendimento à população, oferecendo atividades terapêuticas e preventivas à comunidade, buscando prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos, Ministério da Saúde, Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, (2004, p. 34).

O tratamento intensivo está na disposição de atenção de maior complexidade, cujos indivíduos atendidos são aqueles com muito comprometimento, devido ao uso abusivo de substâncias psicoativas. Nessa modalidade estão às clínicas e hospitais psiquiátricos e os hospitais gerais.

### 3.4 A Rede de Atenção à Saúde Mental

No território brasileiro, constitui-se e organiza-se uma rede de atenção à saúde mental, articulada, incorporada e efetiva, que tem, como objetivo, o atendimento das diversas demandas proveniente da saúde mental, conforme expõe o organograma da saúde mental:

Figura 1: Organograma da Saúde Mental



O Ministério da Saúde construiu a rede de atenção psicossocial, para atender às pessoas com transtornos mentais, os dependentes químicos e suas famílias, ofertando-lhes serviços de saúde a custo zero, por meio do Sistema Único de Saúde- SUS, que provê assistência específica às pessoas decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas. O sucesso da funcionalidade da rede de atenção à saúde mental depende da comunicação entre os diferentes aparelhos da rede, vislumbrando a garantia dos direitos do ser humano.

A Rede de Saúde Mental é constituída por vários dispositivos assistenciais que possibilitam a atenção psicossocial aos pacientes com transtornos mentais, segundo critérios populacionais e demandas dos municípios. Essa rede pode contar com ações de saúde mental na atenção básica, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços residenciais terapêuticos (SRT), leitos em hospitais gerais, ambulatórios, e com o Programa de Volta para Casa. A rede deve funcionar de forma articulada, tendo os CAPS como serviços estratégicos na organização de sua porta de entrada e de sua regulação.

Ainda que os Centros de Atenção Psicossocial sejam dispositivos estratégicos na organização da porta de entrada na avaliação e no acolhimento dos casos de saúde mental, os demais serviços da rede de atenção devem atuar na promoção de cuidados para este usuário. Os CAPS devem fazer a articulação entre os diferentes serviços da rede, tais como ambulatórios de saúde mental, residências terapêuticas, atenção básica e leitos de atenção integral. (FILHO, 2010, p. 29)

Observa-se, com o exposto acima, que a atenção psicossocial não é composta por apenas um dispositivo, é imprescindível a funcionalidade da rede de forma estratégica e articulada a vários serviços e equipamentos públicos, para, assim, vislumbrar respostas às demandas do município em que está inserido. Nessa conjuntura, espor-se-ão os órgãos que compõem a rede de atenção à saúde mental, iniciando com o Programa “De Volta Para Casa”.

Desta forma, o Ministério da Saúde traz a definição do Programa “De Volta Para Casa”:

O Programa “De Volta Para Casa”, criado pelo Ministério da Saúde, é um programa de reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais, egressas de longas internações, segundo critérios definidos na Lei nº 10.708, [...], que tem como parte integrante o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial. [...]

O objetivo deste programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania. [...]

O benefício consiste no pagamento mensal de auxílio-pecuniário, no valor de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais) ao beneficiário ou seu representante legal, se for o caso, com duração de 01 (um) ano. Poderá ser renovado, a partir da avaliação de equipe municipal e de parecer da Comissão de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa” [...], e tem como objetivo apoiar e acompanhar o beneficiário no seu processo de reabilitação psicossocial. [...]. (2013, s. p.)

Assim, compreende-se que o programa “De Volta Para Casa”, deferido na Lei nº 10.708, objetiva a reintegração da pessoa com transtorno mental, ao convívio social, assegurando, de forma efetiva, seus direitos, desde um auxílio financeiro até a oferta de serviços de reabilitação psicossocial.

Dentro desse mesmo discurso, o Hospital é de extrema importância para atender a demanda de leitos psiquiátricos, no atendimento aos pacientes que se encontram em estado grave, ressaltando que a proposta da Reforma Psiquiátrica é de acabar com os atendimentos de isolamento social. Dessa forma, os objetivos são de oferecer um atendimento de internação hospitalar, no menor tempo possível, de forma humanizada, articulada com a família e com a comunidade, privilegiando a atenção primária e secundária.

Conforme define o Ministério da Saúde;

[...] o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) vem concretizando as diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico. As residências terapêuticas constituem-se como alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas, há anos, em hospitais psiquiátricos, por não contarem com suporte adequado na comunidade. [...] essas residências podem servir de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental, que não contem com suporte familiar e social, suficientes para garantir espaço adequado de moradia. [...] O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) – ou residência terapêutica, ou simplesmente "moradia" – são casas localizadas no espaço urbano, constituídas, para responder as necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não.

O número de usuários pode variar desde 1 indivíduo até um pequeno grupo de, no máximo, 8 pessoas, que deverão contar, sempre, com suporte profissional sensível às demandas e necessidades de cada um. O suporte de caráter interdisciplinar (seja o CAPS de referência, seja uma equipe da atenção básica, sejam outros profissionais) deverá considerar a singularidade de cada um dos moradores, e não apenas projetos e ações baseadas no coletivo de moradores. O acompanhamento a um morador deve prosseguir, mesmo que ele mude de endereço ou eventualmente seja hospitalizado. O processo de reabilitação psicossocial deve buscar, de modo especial, a inserção do usuário na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade. Ou seja, a inserção em um SRT é o início de longo processo de reabilitação, que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador. [...] no início dos anos 90, experiências de sucesso, nas cidades de Campinas (SP), Ribeirão Preto (SP), Santos (SP), Rio de Janeiro (RJ) e Porto Alegre (RS), demonstraram a efetividade da iniciativa na reinserção dos pacientes na comunidade. Estas experiências geraram subsídios para a elaboração da Portaria n.º 106/2000, do Ministério da Saúde, que introduz os SRTs no âmbito do SUS. [...] Os SRTs constituem-se em modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada. Isso implica que a cada transferência de paciente do hospital psiquiátrico para o SRTs, haja redução de igual número de leitos no hospital de origem. Os recursos financeiros da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que financiavam os leitos agora desativados, deverão ser realocados para os tetos orçamentários do estado ou município responsável pela assistência ao paciente. Com estes recursos, os municípios proverão infraestrutura e acompanhamento necessários aos usuários, por meio de sua rede de saúde mental. [...] O Ministério da Saúde repassa R\$ 10.000,00 (dez mil reais), a título de incentivo, para cada SRT implementado. Este recurso destina-se a fazer pequenos reparos no imóvel, equipar a residência com móveis, eletrodomésticos e utensílios necessários. Para seu custeio mensal, os recursos originários das AIH's podem atingir cerca de R\$ 7.000,00 a R\$ 8.000,00 (sete a oito

mil reais/mês), correspondentes ao número máximo de 8 moradores por módulo residencial. As residências terapêuticas deverão estar vinculadas aos CAPS (ou outro dispositivo ambulatorial) [...]. (2004, p.5-9)

As residências terapêuticas têm como objetivo a reabilitação psicossocial da pessoa com transtorno mental, promovendo a inserção do usuário na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade.

O Governo recentemente criou o Programa Crack, é Possível Vencer, agrega várias ações de prevenção, cuidado e autoridade, que abrangem as políticas de: Saúde, Assistência Social, Segurança e Educação, no enfrentamento do tráfico de drogas. De acordo com a Cartilha do Programa Crack, é possível vencer este programa:

É [...] lançado pelo Governo Federal, com a finalidade de prevenir o uso e promover a atenção integral ao usuário de crack, bem como enfrentar o tráfico de drogas. Tem por objetivo aumentar a oferta de serviços de tratamento e atenção aos usuários e seus familiares, reduzir a oferta de drogas ilícitas por meio do enfrentamento ao tráfico e às organizações criminosas e promover ações de educação, informação e capacitação.

Conforme a citação acima, entende-se que o programa visa à garantia de direitos dos usuários e de seus respectivos familiares. O Governo Federal dispõe de meios financeiros, para que os Municípios, Estados e Distrito Federal adiram ao programa.

Em 2011, foi criado o Programa Recomeço pelo Governo do Estado de São Paulo, para atender a demanda no enfrentamento do crack e investir na recuperação dos dependentes químicos. Segundo a informação do site da Secretaria de Desenvolvimento Social;

O Programa Recomeço de enfrentamento ao crack é uma ação do Governo do Estado de São Paulo, que integra as secretarias de Estado de Desenvolvimento Social, Saúde, Justiça e Defesa da Cidadania. Ele tem, por objetivo, a execução de ações de prevenção, tratamento, reinserção social, acesso à justiça e cidadania, redução de situações de vulnerabilidade social e de saúde para os usuários de substâncias psicoativas, especialmente o crack e seus familiares. (s.d. , s.p.).

Esse programa tem um benefício financeiro no valor de R\$ 1.350,00 reais mensais, que não é entregue à pessoa com dependência química ou à família. O recurso é exclusivamente repassado por meio do cartão recomeço, à entidade de recuperação, que atende essa pessoa. Esse cartão também serve como instrumento de controle de comparecimento à unidade de recuperação.

Amorim, no que tange à articulação da Política de Saúde e à Política de Assistência Social, considera:

A estrutura institucional legal das políticas de Saúde e de Assistência Social se propõe a atuar com redes públicas de acesso a direitos sociais que agem fora da lógica de mercado, articulando as demandas por proteção social. Com a utilização do conceito de Seguridade Social, presente na Constituição Federal de 1988, a concepção de direito, no âmbito da Saúde e da Assistência Social, fortaleceu-se em torno de um padrão de proteção social, que procuraria garantir direitos [...]. O disposto na Constituição Federal de 1988, que define essas políticas integrantes da Seguridade Social, orienta essas políticas numa ação voltada para vulnerabilidades sociais [...]. (2009, p. 84-85)

A Carta Magna define, no âmbito da Seguridade Social, uma dimensão tríplice composta pela Política de Saúde, Assistência Social e Previdência Social, ela vislumbra a articulação dessas políticas no enfrentamento das situações de vulnerabilidade social, objetivando o acesso aos direitos e contemplando a proteção social.

Na Política de Saúde Mental, o Centro de Referência à Assistência Social- (CRAS) compõe a rede de atenção básica. O CRAS tem a sua implantação em territórios de vulnerabilidade e risco social, realiza atendimento socioassistencial de famílias. Exerce um trabalho voltado à orientação, ao encaminhamento das famílias e das pessoas com transtorno mental, às demais redes de atenção, voltadas à saúde mental, às políticas públicas e sociais e ao fortalecimento de vínculos familiares para a inclusão do doente na família e, também, na sociedade. O CRAS é o principal equipamento de desenvolvimento dos serviços socioassistenciais da Proteção Social Básica. Constitui espaço de concretização dos direitos socioassistenciais nos territórios, materializando a Política de Assistência Social.

O CREAS é o Centro Especializado de Assistência Social, uma unidade estatal responsável pela oferta de orientações e apoio especializado continuado aos indivíduos e famílias com os seus direitos violados. Para isto, envolve um conjunto de profissionais no processo de trabalho, para ofertar atendimento e acompanhamento especializado. O principal objetivo do CREAS, na saúde mental, é potencializar a capacidade de proteção às famílias que possuem, em seu meio, pessoas com transtorno mental ou determinado grau de dependência e que foram submetidas à violação de direitos.

Diante da intencionalidade da Reforma Psiquiátrica no Brasil, vale destacar-se a atuação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS; de acordo com a complexidade e abrangência populacional, podem ser identificados em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad (álcool e drogas), CAPS i (infantil). Segundo Filho (2010, p.30):

Os CAPS ad são uma unidade de saúde, que prestam atendimento a pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas (álcool e drogas) e aos seus familiares. Fundamentam-se no pressuposto de que o cuidado a usuários de drogas exige condições que respeitem o indivíduo enquanto pessoa, possibilitando

sua inclusão social, profissional e familiar, ampliando as ações em saúde mental, na sua intensidade e diversidade.

Os CAPS ad estão articulados, para acolher o usuário de crack, com maior preocupação ao atendimento de crianças e adolescentes, que fazem uso da substância, e oferecer atendimento e cuidados intermediários (entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar), com ênfase numa abordagem compreensiva e com suporte educacional, social, recreacional, reabilitação psicossocial e reinserção profissional.

Como o exposto anteriormente, os Centros de Atenção Psicossocial são o órgão articulador da rede, no cuidado e reabilitação da pessoa com dependência química, pois é por meio dele que o governo vislumbra fazer a substituição dos Hospitais Psiquiátricos no Brasil.

Dessa forma, serão destacados, a seguir, os objetivos do CAPS no atendimento ao usuário. Conforme exposto no site do Ministério da Saúde (2012, s.p.);

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial, seu objetivo é fornecer atendimento à população, realizar acompanhamento clínico e reinserção social do usuário pelo acesso ao trabalho, lazer e exercício dos direitos familiares e comunitários.

A criação dos CAPS possibilita a organização de uma rede de substituição ao Hospital Psiquiátrico no país, as funções dessa instituição são:

- prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando a internação em Hospitais Psiquiátricos;
- acolher e atender às pessoas com transtornos mentais, por meio de ações intersetoriais;
- regular a porta de entrada da rede da assistência e saúde mental na sua área de atuação;
- da suporte à atenção à saúde na rede básica;
- organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais, nos municípios;
- articular, estrategicamente, a rede e a política de saúde mental num determinado território;
- promover a reinserção social do indivíduo por meio do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Considerando a política nacional de saúde mental, esses serviços tornaram-se a estratégia prioritária do seu atual modelo de atenção, criando um espaço de convívio, valorização das subjetividades individuais e acolhimento das diferenças proporcionadas pelo sofrimento psíquico.

O Ministério da Saúde, no uso de suas atribuições, resolve, por meio da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, instituir a Rede de Atenção Psicossocial às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas, como o crack e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades:

- a) CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e, persistentes e também, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para municípios com população acima de 20.000 habitantes;

- b) CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo, também, atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local; indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes.
- c) CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes.
- d) CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes.
- e) CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com, no máximo 12, leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes.
- f) CAPS i: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, s.p.)

No contexto da rede de saúde mental, a educação representada por meio das escolas municipal e estadual é grande protagonista, no que diz respeito à prevenção e à promoção de saúde, em seus diversos espaços de ensino e aprendizado. Por meio do link das políticas de educação e saúde, busca-se a efetiva qualidade de vida da sociedade, pensa-se nas ações educativas preventivas, visualizando a conscientização da população em relação à saúde, em seu sentido amplo. No artigo a “Importância da Interface Educação/Saúde no Ambiente Escolar como prática de Promoção da Saúde” Costa, Silva e Diniz (2008, p. 31) asseveram:

[...] o quanto as ações preventivas são mais vantajosas que as ações curativistas; tanto do ponto de vista econômico quanto do ponto de vista assistencial, uma vez que podem diminuir a incidência de doenças e contribuir para a diminuição do número de pacientes que buscam serviços de maior complexidade, mais dispendiosos e por vezes menos efetivos.

A Lei Orgânica da Saúde 8.080, de 1990, trás a educação como estado de saúde do sujeito:

Art. 3º- Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde, como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

A educação é de extrema importância para a humanidade, como forma de promoção e de prevenção da saúde dos sujeitos na sociedade contemporânea:

Uma das formas de se promover saúde e incentivar práticas de vida saudáveis é utilizar-se do processo de educação em saúde, onde se oportuniza o compartilhamento de saberes dos mais variados possíveis na busca de soluções das mais diversas problemáticas. Ações educativas podem visar à sensibilização e/ou à conscientização sobre algum problema de saúde, ou ações que possam evitar o surgimento de males à clientela. Neste sentido, não se pode deixar de lembrar o quanto as ações preventivas são mais vantajosas que as ações curativistas; tanto do ponto de vista econômico quanto do ponto de vista assistencial, uma vez que podem diminuir a incidência de doenças e contribuir para a diminuição do número de pacientes que buscam serviços de maior complexidade, mais dispendiosos e por vezes menos efetivos. (COSTA, SILVA e DINIZ; 2008 p.30-33)

A descrição acima, diz respeito à educação como ferramenta de promoção de saúde, com finalidade de prover a conscientização dos indivíduos sobre a importância da saúde, pois as ações preventivas são mais vantajosas que as curativas.

A inclusão das pessoas com transtorno mental no campo da educação é um direito irrevogável, assegurado pela Constituição Federal de 1988: Art. 208. O dever do Estado com a Educação será efetivado mediante a garantia de: III - atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino.

A função da escola, nesse contexto, é a apresentação de proposta didática, que atenda a essa demanda, com o intuito da conscientização dos direitos dos usuários, para que haja uma ruptura dos paradigmas que historicamente foram atribuídos à doença mental, que ocasionou o preconceito existente até os dias atuais.

A inclusão se baseia em princípios, como a aceitação das diferenças individuais, como atributo, e não como obstáculo à família, à comunidade e aos vizinhos; são de extrema valia na convivência diária com os doentes mentais. Esse convívio promoverá o fortalecimento dos vínculos das pessoas com transtorno mental ao meio social.

Porém ocorre a necessidade de se destacar, que, embora o governo tenha organizado uma estrutura sólida, para o atendimento à saúde mental, a implantação da rede de atenção psicossocial tem visado um atendimento focalizado e uma racionalização de seus serviços, constituindo-se em um subsistema de atenção à população em situação de vulnerabilidade social; ou seja, nesta perspectiva, ocorre a existência de uma rede não integrada, idealizando o atendimento nos CAPS ad, como sendo o principal substituto dos hospitais psiquiátricos (modelo manicomial).

Para que os CAPS venham a ser realmente novos serviços, rompendo com a estrutura teórica e prática do modelo hospitalar hegemônico, faz-se necessário que o atendimento ali ofertado esteja comprometido com necessárias rupturas de ordem ética, política e epistemológica em relação ao status quo representado pela atenção tradicionalmente prestada pela rede pública e conveniada da saúde mental, sobretudo nos ambulatórios e hospitais psiquiátricos. (CAMPOS et al, 2006, p.1055)

Ao fomentar propostas de enfrentamento às drogas e à ampliação da rede de atendimento à dependência química, devem-se buscar respostas para os atuais conflitos, vivenciados pelos órgãos já existentes, como a ausência de CAPS 24 horas, em toda a expansão territorial, para a realização de atendimento noturno às pessoas com transtorno mental, principalmente em surtos psicóticos e crises de abstinência. Para tanto, ocorre a necessidade de capacitação da equipe multidisciplinar e a ampliação de recursos financeiros, vislumbrando a expansão da rede de atendimento ao usuário em saúde mental.

## 4 PARÂMETROS LEGAIS PARA INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA, NO BRASIL

### 4.1 Decreto 1.132/ 1903

No Brasil, como já foi exposto no item 3.1 deste trabalho, durante um longo período, as pessoas com transtorno mental ficaram desprovidas de leis, que lhes assegurassem direitos. Neste contexto, essa camada populacional era submetida a ditames da sociedade, ou seja, ficavam expostas às regras sociais, que as excluía por meio, do isolamento em cadeias públicas, porões das santas casas de misericórdia ou nos hospitais de alienados. (BRITO, 2004, p. 32)

O advento da lei francesa de 1838, que atribuiu aos “loucos” o direito à assistência do judiciário, à medicina psiquiátrica e a outras variadas renovações, refletiu, no Brasil, os anseios pela constituição de uma lei que visasse amparo legal às pessoas com transtorno mental. Contudo deve ser ressaltado que, antes do advento da lei francesa de 1838, já estavam ocorrendo, no contexto brasileiro, algumas manifestações que constituíam pensamentos contrários às formas de tratamento dispensado às pessoas com transtorno mental. (CORRÊA, 1999, p. 93)

Conforme aponta Corrêa (1999, p. 93), [...] no Rio de Janeiro, em 1830, o Dr. Jobim proferiu-se contrário às situações vivenciadas pelos “loucos”; em 1831, em São Paulo, o protesto partiu do Presidente da Província, ao separar os “loucos” de outros presos.

Em 24 de abril de 1896, o médico alienista, Teixeira Brandão, empenhado na concepção dessa lei, encaminhou ofício ao Ministro da Justiça e Negócios do interior. Nesse documento, o médico expõe as irregularidades e as contradições existentes no dever do médico e do judiciário em relação aos ‘alienados’. (CORRÊA, 1999, p. 94)

Por meio da iniciativa tomada por Teixeira Brandão, em 1º de agosto do referido ano, o projeto de Lei foi apresentado pelo deputado Gonçalves Ramos na Câmara, onde conseguiu a sua aprovação, porém não obteve o mesmo feito no Senado. Diante deste fato, foi interrompido o sonho de Teixeira Brandão de instituir a lei de proteção aos “alienados” no Brasil. No ano de 1903, Teixeira Brandão foi eleito deputado e, ao assumir o cargo, ele deu continuidade a sua obra, encaminhou o projeto para debate, na Comissão de

Legislação e Justiça, sendo apresentado pelo seu relator à consideração do congresso e, afinal, aprovado e sancionado pelo Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903. (CORRÊA, 1999, p. 94-95)

Porém deve ser exposto que, assim como proferida por Teixeira Brandão, a lei brasileira foi estruturada no molde da lei Francesa de 1838. Nessa circunstância, alguns artigos da lei francesa foram anexados à lei brasileira, que era composta por 23 artigos (CORRÊA, 1999, p. 94). O Decreto 1.132, de 22 de dezembro de 1903, cingia as seguintes determinações:

Cabia ao diretor do estabelecimento comunicar, dentro de 24 horas, ao Juiz competente a admissão do paciente, que geralmente era feita por autoridade pública por meio de requerimento ou requisição, previa a possibilidade de tratamento em domicílio, desde que fossem dados os cuidados necessários, mas, se a enfermidade excedesse dois meses, a pessoa responsável deveria comunicar o fato à autoridade competente. Era permitido, em qualquer ocasião, ao sujeito internado ou em tratamento em domicílio reclamar, por si ou por pessoa interessada, a falta, ou solicitar novo exame de sanidade, desde que o paciente não representasse perigo à sociedade e para si mesmo. [...] poderia ocorrer o pedido de alta do paciente, mesmo que não ocorresse, a finalização do tratamento, se requerida pela pessoa que internou, se fosse recusada a saída, o diretor do hospital deveria comunicar, em relatório, à autoridade competente as razões da recusa, para julgamento da sua procedência. Nos casos de evasão de qualquer internando só poderia ser reintegrado, sem as formalidades legais de uma nova internação, no prazo inferior a 15 dias. [...] por denúncia do Ministério Público, haveria ação penal nos casos de violência e atentados ao pudor, praticados contra a pessoa dos alienados, era proibida a manutenção de alienados em cadeia pública ou entre criminosos; onde não houvesse hospício, a autoridade competente os alojaria em casas destinadas a tal fim. A inspeção dos estabelecimentos públicos ou particulares destinados aos alienados seria realizada por uma comissão, designada pelo governo e composta, em cada Estado e no Distrito Federal, por um procurador da República, ao curador de órfão e um profissional de reconhecida competência. O referido Decreto ainda determinava os requisitos que tinham de preencher os hospícios e casas de saúde, para habilitar-se ao recebimento de alienados, bem como a documentação que seria dirigida ao Ministério do Interior ou aos presidentes ou governadores de Estado. Os diretores de hospitais tinham de encaminhar, mensalmente, relatório circunstanciado à comissão inspetora. Ao governo da União cabia manter assistência aos alienados do Distrito Federal, havendo da prefeitura as diárias dos doentes; os internados provenientes de outros Estados e de outros países tinham de pagar diária. Determinava os profissionais de assistência que deveriam fazer parte do Hospício Nacional, a forma do concurso, e, finalmente, as penas de prisão e multa a quem infringisse qualquer dispositivo do Decreto. (CORRÊA, 1999, p. 95-96)

Ainda de conformidade com o autor mencionado acima, a primeira Lei brasileira específica de proteção às pessoas com transtorno mental, no Brasil, restringiu-se a abreviar a Lei francesa, ou seja, não respeitou a particularidade deste país e dessa forma, ela acabou-se tornando inoperante e ineficaz. Como exemplo, ele expõe a intencionalidade de Teixeira Brandão, ao tentar regular a assistência nos Estados onde o poder central não poderia intervir, para obrigar o seu cumprimento. Dessa maneira, a realidade vivenciada pelas pessoas

com transtorno mental continuou sendo estabelecida por meio das condicionalidades impostas pela sociedade.

#### **4.2 Decreto 24.559/ 1934**

O Decreto de Nº 24.559, de 03 de julho de 1934, foi criado no Governo de Getúlio Vargas, no período da República Nova. Durante esse momento histórico, várias leis e decretos foram estabelecidos, com a finalidade de remodelar a estrutura jurídica do Brasil e, dentro desse contexto, ocorreu a preocupação com as pessoas com transtorno mental.

Segundo Corrêa (1999, p.100):

Tal decreto [...] dispôs sobre a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, estabelecendo, inicialmente, os objetivos da assistência a psicopatas e a profilaxia mental, como tratamento e proteção legal; amparo médico e social e a realização da higiene psíquica e a profilaxia das psicopatias. Institui o Conselho de Proteção aos Psicopatas, com dezenas de pessoas, tendo, como Presidente, o Ministro da Educação e Saúde Pública, com as funções de estudar os problemas sociais relacionados com a proteção aos psicopatas e auxiliar os órgãos de propaganda de higiene mental nas lutas contra os grandes males sociais.

Uma das preocupações que foram designados neste decreto foi a revisão da nomenclatura destinada aos “loucos”. A partir da determinação deste decreto, a nomenclatura utilizada anteriormente, no decreto de 1903, que era a assistência a alienados, passou a ser mencionada como assistência a psicopatas. Porém tem que ser observado que este decreto traz várias determinações do decreto de 1903, dentre eles, o tratamento dos alienados em hospitais ou em domicílios e a internação em manicômios ainda se configurando por meio da determinação judicial.

A respeito das relações dos decretos de Nº 1.132, do ano de 1903, e o decreto de Nº 24.559, de 1934, o referido autor, mencionado anteriormente, expõe que:

[...] o Decreto nº 1.132, de 1903, primeira lei de proteção ao doente mental, e o Decreto nº 24.559, de 1934, segunda lei de proteção ao doente mental. Ambos são importantes para a assistência psiquiátrica no Brasil. [...] O Decreto 1.132 era formado por 23 artigos, todos eles por uma construção simples, de fácil entendimento e sem maior complexidade, enquanto o Decreto 24.559 se constituiu de 34 artigos em uma construção complexa, de difícil assimilação, a começar pelo Conselho de Proteção ao Psicopata, criado pelo artigo 2, que até hoje não foi efetivado, em face do número de pessoas e de instituições envolvidas. Registrem-se as preocupações que tem o decreto 24.559 com prevenção, higiene mental e

profilaxia mental, que são frutos de movimentos posteriores a 1920. Por outro lado, a preocupação do Decreto 1.132, com a internação por interesse da ordem pública, exigindo que devia ser comunicado ao juiz competente dentro de 24 horas, desapareceu em 1934. Em ambos os casos, verifica-se que o alienado ou interessado poderá solicitar novo exame de sanidade. No Decreto 1.132, encontra-se a figura do Ministério Público como responsável pela ação penal, nos casos de violência e atentados contra o doente mental, o que já não aparece no Decreto 24.559. Já, no 1.132, aparece a autoridade do juiz de direito como fiscalizador da assistência. No 24.559, ele é substituído pela comissão inspetora, que provavelmente jamais chegou a ser constituída na maioria dos Estados. Enquanto a solicitação, para fundar clínica, no Decreto 1.132, era dirigido aos Estados, no Decreto 24.559, era dirigida ao Ministério da Educação e Saúde, no Rio de Janeiro. No Decreto 24.559, há um capítulo que trata da proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, com a criação de curadores, administradores provisórios e outros, que não são previstos no Decreto 1.132.

Dentre as correlações dos dois decretos mencionados acima, o grande diferencial do decreto 24.559 foi a inclusão da instituição familiar, como sendo um dos elementos fundamentais na garantia da proteção dos direitos às pessoas com transtorno mental.

Esse decreto, embora apresentasse avanços na questão da proteção às pessoas com transtorno mental, ele ainda se mostrava convergente para as reais necessidades desses sujeitos, porque, embora estivesse determinado, em sua formulação, o tratamento extra-hospitalar como uma opção viável, as pessoas com transtorno mental, em sua maioria, eram encaminhadas, para realizar o tratamento no âmbito dos hospitais psiquiátricos.

Diante desse fato, Macedo (2006, s. p.) expõe que bastava a mera suspeita da doença mental, para que o indivíduo fosse cerceado em asilos, com a subsequente sucessão de seus direitos civis e submissão à tutela do Estado. No entanto as incoerências não se resumiam somente na internação extra-hospitalar, o seu contexto também abrangia a forte presença da autoridade policial como coadjuvante do tratamento.

#### **4.3 Decreto 891/ 1938**

Com a perspectiva de atuar, efetivamente, na redução do consumo de drogas, foram instituídos, no Brasil, vários decretos que tiveram como principal motivação, o compromisso assumido nas convenções internacionais de Haia, 1912, e Genebra, 1925, 1931 e 1936. (PEDRINHA, s. d., p. 5490)

Porém os decretos anteriores ao ano de 1938 se mostraram inoperantes, pois não estabeleceram, com clareza, as substâncias consideradas ilícitas e a forma que se constituía, para determinar o tratamento dos sujeitos em processo de dependência química. Dessa maneira, o tratamento dispensado a esses sujeitos ficava a critério do entendimento de quem a atribuía.

Sob o norte proposto para a redução dos danos ocasionados pela dependência química, foi promulgado o decreto 891, de 25 de novembro de 1938. Esse decreto versou sobre as substâncias consideradas proibidas. Foram expostas, no artigo 1 da referida lei, as substâncias consideradas ilícitas:

[...]

Primeiro grupo:

O ópio bruto, o ópio medicinal e suas preparações, exceto o elixir paregórico e o pó de Dover.

A morfina, seus sais e preparações.

III - A diacetilmorfina, diamorfina (Heroína), seus sais e preparações.

IV - A dihidromorfinona, seus sais, (Dilaudide) e preparações.

V - A dihidrocodeinona, seus sais (Dicodide) e preparações.

VI - A dihidro-oxicodeinona, seus sais (Eucodal) e preparações.

VII - A tebaína, seus sais e preparações.

VIII - A acetilo-dimetilo-dihidrotebaína, seus sais (Acedicon) e preparações.

IX - A benzilmorfina, seus sais (Peronina) e preparações.

X - A dihidromorfina, seus sais (Paramorfan) e preparações.

XI - A N-orimorfina (Genomorfina) e preparações.

XII - Os compostos N-osimorfínicos, assim como outros compostos morfínicos de azoto pentavalente e preparações.

XIII - As folhas de coca e preparações.

XIV - A Cocaína, seus sais e preparações.

XV - A cegonina, seus sais e preparações.

XVI - O cânhamo *cannabis sativa* e variedade índica (Maconha, meconha, diamba, liamba e outras denominações vulgares).

XVII - As preparações com um equivalente em morfina superior a 0g,20 por cento, ou em cocaína superior a 0g,10 por cento.

Segundo grupo:

I - A etilmorfina e seus sais (Dionina).

II - A metilmorfina (Codeína) e seus sais.

§ 1º-As substâncias a que se refere o 2º grupo deste artigo serão sujeitas às exigências estabelecidas para as do 1º grupo, no que diz respeito à fabricação, transformação, refinação, importação, reexportação, aos registros previstos nesta lei e à aquisição pelos estabelecimentos farmacêuticos e hospitalares de qualquer categoria.

§ 2º-Ao Diretor do Departamento Nacional de Saúde, de acordo com a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes, a que se refere o art. 44 desta lei, compete baixar instruções especiais, de caráter geral ou regional, sobre o uso e o comércio de entorpecentes, as quais serão elaboradas pela Seção de Fiscalização do Exercício Profissional.

§ 3º-Essas instruções serão susceptíveis de posteriores revisões, quando for considerado oportuno, podendo, em qualquer tempo, ser introduzida na relação das substâncias discriminadas neste artigo as modificações que se tornarem necessárias pela inclusão de outras substâncias que tiverem ação terapêutica semelhante ou de especialidades farmacêuticas, que se prestarem à toxicomania.

Por meio da padronização pelos países consignatários, das substâncias ilícitas, ocorreu a intensificação da fiscalização do comércio internacional; o artigo 27 desta lei trouxe uma grande inovação ao declarar que a toxicomania ou intoxicação habitual, por substâncias entorpecentes, é considerada doença de notificação compulsória, em caráter reservado, à autoridade sanitária local.

Ao classificar esses sujeitos como doentes, intencionou-se que a penalização e a discriminação, não sobre posse do tratamento da dependência química. O artigo 28 desse decreto proibiu que as pessoas em processo de dependência química fossem submetidas ao tratamento domiciliar. A intencionalidade dessa proibição estava no fato de que as internações, em âmbito hospitalar, estavam submetidas à fiscalização das autoridades sanitárias e do poder judiciário.

Ainda em relação à internação, o mencionado decreto trouxe, no artigo 29, a consignação da internação mandatória ou facultativa para toxicômanos ou intoxicados habituais, ficava exposta à condicionalidade do grau da dependência química. O § 1º do artigo 29, cingia a necessidade de constatação da enfermidade para a realização do tratamento apropriado e colocava que, se fosse conveniente, para manter a ordem pública ela poderia ser solicitada pela autoridade policial ou pelo ministério público e seria efetivada somente por meio de determinação judiciária.

Quanto à alta hospitalar, ficou estabelecido, no § 10, a necessidade de informar a autoridade policial competente para a finalidade da mesma; no § 13, o pedido de alta hospitalar poderia ser requerido pelo próprio paciente que se julgasse apto para tal feito ou por terceiros, desde que fosse encaminhado o requerimento à autoridade judiciária, para que ocorresse a realização do exame médico por meio de profissionais designados pelo juiz competente.

No artigo 30 do decreto e em seus respectivos incisos, ficaram estabelecidas as modalidades da internação, conforme exposto a seguir:

A simples internação, para tratamento, bem como interdição plena ou limitada, serão decretadas por decisão judicial, pelo tempo que os peritos julgarem conveniente, segundo o estado mental do internado.

§ 1º-Será decretada, em procedimento judicial e secreto, a simples internação para tratamento, se o exame pericial não demonstrar necessidade de limitação de capacidade civil do internado.

§ 2º-Em casos de internação prévia, a autoridade que a houver ordenado promoverá, pelos meios convenientes, a custódia imediata e provisória dos bens do internado.

§ 3º-Decretada a simples internação para tratamento, o juiz nomeará pessoa idônea, para acautelar os interesses do internado. A essa pessoa cuja indicação é facultada ao internado, ficam apenas conferidos os poderes de administração, salvo a outorga de

poderes expressos nos casos e na forma do artigo 1.295 do Código Civil, quando o juiz a autorize, de acordo com o laudo médico.

§ 5º- A internação limitada importa na equiparação do interdito aos relativamente incapazes, assim como a interdição plena o equipara aos absolutamente incapazes, respectivamente na forma dos artigos 6º e 5º do Código Civil.

Ao mencionar esse decreto, é necessário pontuar-se que ele continua vigente na contemporaneidade e serve de base para a determinação do tratamento do dependente químico. Nesta perspectiva, é observável que o mencionado decreto proporcionou um grande avanço, quando qualificou a dependência química como enfermidade. Dessa forma, objetivou-se que esses sujeitos saíssem do processo de dependência química.

Porém, quando especifica que a autoridade policial continua sendo partícipe neste processo, ele se contrapõe ao aspecto humanista proposto pelas convenções internacionais Haia e Genebra. Portanto, nessa conjuntura, ficou notória a distorção da compreensão da referida lei. Ou seja, ao estabelecer que a internação das pessoas em situação de drogadição poderia ser realizada pela autoridade policial, “caso fosse necessário, para manter a ordem publica”, o decreto toma caráter opressor e repressivo; e, sob este aspecto, o sujeito torna-se culpabilizado pela sua problemática.

#### **4.4 Lei 10.216/ 2001**

A lei 10.216, de 06 de abril de 2001, tem o seu procedimento inicial no lócus dos movimentos contrários ao tratamento dispensado às pessoas com transtorno mental por meio do “Processo Histórico da Saúde Mental”. Essa lei ao ser estabelecida, na sua essência propunha a promoção do atendimento à saúde mental de forma humanizada e situava como fator prioritário a extinção do modelo de tratamento “manicomial”, focalizando na constituição de uma rede de serviços alternativos. Essa lei adveio após 12 anos de atraso e com modificações em relação ao seu projeto inicial. (MACHADO, s.d., s. p.)

O projeto de lei nº 3.657, do deputado Paulo Delgado (PT-MG), intitulado “Reforma psiquiátrica”, [...] dispunha sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos públicos, no Brasil, e, paralelamente, visava a uma transformação do ato de saúde, a construção de um número maior de serviços ambulatoriais, hospitais-dia, centro de convivência e outros recursos. O grande mérito desse projeto de lei foi o de dar visibilidade à falência do modelo de tratamento centralizado no grande hospital. (MEDEIROS, 2007, p. 92)

Embora adviessem opiniões divergentes, a proposta do deputado Paulo Delgado de reformulação do atendimento hospitalocêntrico acabou sendo celebrada, com a participação das plenárias das Conferências sobre Saúde Mental.

Na I Conferência de Saúde Mental (1987), foi destacado que o modelo centrado no isolamento não surtia efeito; o que de fato acontecia era a apartação desses sujeitos do meio social de forma desumana e cruel e isso foi assinalado como sendo um infringimento aos direitos fundamentais dessa camada populacional. A II Conferência (1992), foi de grande importância para a saúde mental brasileira. Nessa ocasião, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi implementado e esse acontecimento oportunizou a participação da sociedade na formulação das diretrizes da saúde. Nesse evento, o Brasil foi compelido a reformular o tratamento dispensado às pessoas com transtorno mental e este foi um dos fatores que culminou na aprovação da Lei da “Reforma Psiquiátrica” brasileira, a qual foi oficializada a partir da lei 10.216, de 06 de abril de 2001. (MINISTÉRIO da SAÚDE, 2001, s. p.).

A referida lei trouxe em seu bojo, a especificação do tratamento que deverá ser dispensado na saúde mental, pontuando que esse tem que ser ofertado a todos os seus usuários, respeitando-os em toda a sua concretude. Explorando, mais detalhadamente, essa lei, expor-se-ão os artigos e seus respectivos incisos a seguir:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

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 a alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada, em ambiente terapêutico, pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada, quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, à reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado, de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente, há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

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.

Art. 7º A pessoa que solicita, voluntariamente, sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado, quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará, em conta, as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10º Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11º Pesquisas científicas, para fins diagnósticos ou terapêuticos, não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12º O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional, para acompanhar a implementação desta Lei. (BRASIL, 2001, s. p.) grifo nosso.

Sob o exposto acima, pode-se afirmar que a propositura da aludida lei está engendrada em propiciar que as pessoas com transtorno mental sejam atendidas pela saúde e sua respectiva rede de abrangência de forma humanizada, ou seja, os direitos dessas pessoas

devem ser respeitados em conformidade com a garantia de direitos humanos fundamentais. Isto se torna perceptível em seus artigos, quando assevera que a esses sujeitos não poderá ocorrer nenhuma forma ou manifestação de discriminação. Acresce, ainda, que a internação só poderá ocorrer quando exaurir todos os recursos extra-hospitalares, responsabilizando o Estado a desenvolver políticas públicas para o atendimento dessa demanda. Com a lei, advém a legalização da estruturação de uma rede protetiva do cidadão e da democratização de um tratamento de reinserção e reinclusão dos excluídos. (JUNIOR e VENTURA, 2013, p. 54).

No entanto, decorridos 13 anos da oficialização da lei da “Reforma Psiquiátrica”, ainda há muita coisa a ser despertada para que ela realmente atenda aos seus usuários de forma digna, principalmente ao que tange ao tratamento à base de internamento e a desospitalização das pessoas que residem nas instituições psiquiátricas. A lei propõe o fechamento dos hospitais psiquiátricos de modelo manicomial e, sob esse prisma, desde sua instituição, vem ocorrendo a diminuição dos leitos psiquiátricos no Brasil. Em contrapartida, a implantação da rede de atendimento não está acompanhando, no mesmo ritmo das reduções dos leitos nessas instituições.

Dessa forma, os serviços de atendimento da saúde mental se encontram abarrotados. Nesse contexto, o dispositivo torna-se precário e não consegue atender a toda a sua demanda. Quando se trata da desospitalização dos sujeitos que residem nesses estabelecimentos, a preocupação se redobra, porque a proposta para atender a esses sujeitos, se encontra na construção de instituições de residência, nomeada como “Residências Terapêuticas”.

O que deve ser observado, nestes casos, é que muitos são sujeitos que não têm família e se encontram acometidos por outras enfermidades, além do transtorno mental. Esses estabelecimentos serão capazes de atender, realmente, as necessidades de seus usuários? Ao retirar esses sujeitos do âmbito hospitalar e encaminhá-los às “Residências Terapêuticas”, não se torna uma forma de institucionalização? Quando se trata da internação compulsória, pergunta-se até que ponto ela se preocupa com os sujeitos. Ao analisa-la, observa-se que ela restringe a liberdade por meio de uma determinação judicial e sob esta perspectiva, ela pode ser vista como uma condenação dessas pessoas, por estarem doentes.

Outro ponto que deve ser levantado, é que quando fica exposto na lei, que a internação só poderá ocorrer, quando forem esgotados todos os meios alternativos, esses meios alternativos muitas vezes não existem, mas mesmo assim a internação, principalmente a compulsória, vem sendo utilizada em grande escala.

Sob este prisma e com os fechamentos dos hospitais manicomialis, para onde serão encaminhados esses sujeitos? O surgimento dessas apreensões se fundamenta com a situação vivenciada nos Estados Unidos, quando ocorreu o processo de desospitalização nessa localidade. Isto significou o fechamento dos hospitais psiquiátricos [...], sem ter a contrapartida adequada da criação de serviços comunitários, configurando-se no fenômeno “os loucos na rua”; e, esse fato ocasionou o desfavorecimento de todos os direitos humanos fundamentais das pessoas com transtorno mental. (PRADO, 2006, s. p.)

#### **4.5 Lei 11.343/ 2006**

A Lei 11.343/2006, vigente no Brasil e conhecida como Lei de drogas trouxe, em seu corpo textual uma nova maneira de tratar a questão do tráfico e do uso de drogas em nosso território, pois se diferenciou das demais leis que a antecedeu. A primeira mudança a ser percebida é na sua nomenclatura, na lei nº 10. 409, de 11 de janeiro de 2002. Era designada como a “lei de entorpecentes” se referindo a substância ilícitas, que, até o período, recebia esta nomeação. Na lei 11.343, de 23 de agosto de 2006, a menção à “lei de entorpecentes” foi abolida e recebeu a terminologia de “nova lei de drogas”. (LINS, s. d. , p. 243)

Em conformidade, ainda, com a referida autora (s. d. , p. 244), a mudança de nomenclatura: [...] se deu como forma de sanar duas problemáticas, que circundavam as discussões sobre substâncias psicoativas: o alinhamento com os textos internacionais e as dúvidas acerca da definição limitada de entorpecente.

Araújo (2013, s. p.) assinala que, por meio do advento da “nova lei de drogas”, ficou notória a preocupação com os aspectos de contexto social, ou seja, foi perceptível que, ao reportar-se a esse assunto, não se poderia distingui-lo apenas como uma transgressão ao direito penal. Era necessária a observância dos fatores sociais, tais como os de aspectos econômicos; e as políticas públicas, destinadas a atender essa demanda. Neste sentido, destacam-se as políticas de saúde e assistência social.

A nova lei de drogas, em seu artigo 1º, exhibe a instituição do sistema nacional de políticas públicas sobre drogas (Sisnad), preceitua as medidas preventivas ao uso indevido de substâncias ilícitas e determina a reinserção social de usuários e dependentes de drogas;

estabelece normativas para a coibição da produção de substâncias ilícitas e ao tráfico. (BRASIL, 2006, s. p.)

Júnior (2013, p. 13- 60) ilustra que:

[..] a lei em questão extinguiu a pena de privação de liberdade para os usuários, desde que ocorra a constatação de que a droga encontrada em seu poder se destina a sua consumação. Assinala que caberá ao judiciário julgar, em conformidade com a quantidade de droga apreendida. [..] a lei atribui o desenvolvimento de previa consideração sobre o princípio da dignidade humana aos direitos fundamentais e aos princípios constitucionais do direito penal.

Nesta esfera individual e de acordo com a observância da dignidade da pessoa humana, por ocasião dessa intervenção estatal, junto com a garantia dos direitos individuais, ocorre o envolvimento do indivíduo em um processo protetivo, garantindo, assim, que não sobrevenha nenhuma arbitrariedade ou abuso do poder estatal. Concomitantemente, essas medidas são vistas sob uma dimensão objetiva, exigindo do Estado ações e medidas tendentes a efetivarem a garantia e proteção desses sujeitos.

Conforme a referência acima, a “nova lei de drogas” trouxe, em seu bojo, a visibilidade dos sujeitos, segundo o que rege os direitos humanos fundamentais; retirou do ordenamento jurídico a criminalização de quem adquirir substâncias ilícitas para consumo próprio. Porém deve ser destacado que, ao se referir à não criminalização dos sujeitos, em processo de drogadição, ela se torna controversa, porque, se forem encontradas drogas ilícitas em poder de alguém, este sofrera as determinações legais vislumbradas no artigo 28 da acenada lei. No artigo 28 da nova lei de drogas, está estabelecida a seguinte publicação:

Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer, consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas:

I - advertência sobre os efeitos das drogas;

II - prestação de serviços à comunidade;

III - medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo.

(BRASIL, 2006, s. p.)

Sob esta ótica, não caberá a restrição de liberdade ao sujeito, mas a ele caberá a aplicabilidade de penalidades legais, que poderá ser uma advertência, com o intuito de informação sobre as consequências acarretadas pelo uso de substâncias psicoativas, prestação de serviços à comunidade e medidas de caráter educativo por meio de encaminhamento desses sujeitos a programas em estabelecimentos adequados, que ofereçam cursos educativos sobre esta temática, o que pode sinalizar para uma proposta mais terapêutica e menos penal.

## **5 O SERVIÇO SOCIAL E OS DIREITOS HUMANOS: EM DEFESA DA VIDA, DA DIGNIDADE E DA LIBERDADE**

Breve histórico do Serviço Social no Brasil. Com a intensificação da Revolução Industrial no final do século XIX e início do século XX, verificou-se, na Europa, o agravamento da questão social, em decorrência do aumento gradativo da miséria, da pauperização e da contínua exploração dos trabalhadores. De um lado, tinha-se a expansão do sistema capitalista em nível mundial; de outro, a intensificação das desigualdades sociais, engendradas por esse sistema, que levou um grande contingente populacional às péssimas condições de vida. Desde sua gênese, o Serviço Social, no país, se caracteriza como profissão histórica, passando por processos de adequações e reestruturações, em virtude das decorrências advindas das mudanças bruscas de caráter social, político, econômico e cultural.

Devido a esse fato, a profissão de Serviço Social é implantada no território brasileiro para atender as necessidades dos trabalhadores, que, por meio do desenvolvimento da industrialização, passaram a morar nos arredores das fábricas, de forma precária, em áreas que não tinham nenhuma infraestrutura, ou seja, não tinham nenhuma condição de ser habitadas.

Nessa circunstância, exigiu-se que se pensasse em uma reformulação da política de saúde, e o Serviço Social, que surgiu, para atender a uma determinada demanda, teve o seu campo de atuação ampliado, expandindo-se para o atendimento às pessoas com transtorno mental, no âmbito dos hospitais psiquiátricos. Portanto, o início da atuação do Serviço Social em hospitais psiquiátricos, se deu no ano de 1946, de forma pouco expressiva.

Nos anos que se seguiram, o Serviço Social foi ganhando destaque na área da saúde mental, como consequência da modernização promovida pelo Governo da ditadura em 1964, os hospitais da rede do IAPs (Instituto de Aposentadorias e Pensões) foram incorporados à rede do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social); foram criadas várias clínicas psiquiátricas. Após 1964, o número de hospitais de saúde mental teve um grande aumento, destacando que a inserção efetiva do Serviço Social nessa especialidade se deu por meio da exigência do INPS, em 1970.

Com o advento da Reforma Psiquiátrica, mediante a proposta de humanização e destituição do modelo manicomial, o assistente social se tornou essencial na área da Saúde Mental, embasado no código de ética profissional e no projeto ético político, para atuar junto

à equipe multiprofissional, na realização do atendimento das pessoas com transtorno mental e, também, do atendimento da sua família.

Porem deve-se destacar que um dos desafios para o Serviço Social é a promoção da inclusão social. O papel do assistente social tem-se manifestado como um grande desafio principalmente na desmistificação do preconceito, que envolve as pessoas com transtorno mental no Brasil, situação que foi historicamente construída e que se vem intensificando cotidianamente, na atualidade.

Diante da proposta da Reforma Psiquiátrica, a desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos objetiva a inserção desses sujeitos no convívio social, promovendo a intervenção social entre a família e o paciente. Para isto, é necessário fazer-se um trabalho de conscientização da população, fortalecerem-se os vínculos familiares e em conjunto com a rede de atendimento à saúde mental, para garantir o acesso ao atendimento médico, uma vez que é de extrema importância que as pessoas com transtorno mental de continuidade ao tratamento após o processo de hospitalização.

A atuação do Serviço Social na saúde mental requer um enfrentamento crítico para a sua transformação. Desta forma, o assistente social tem, como desafio, a desmistificação do preconceito existente, por meio do envolvimento social, para contribuir com o sucesso do tratamento, além de garantir o direito de convivência às pessoas com transtorno mental. Para tanto, é necessário que o assistente social, junto com os demais profissionais que compõem o atendimento na rede de atenção da saúde mental priorize o atendimento, visando às necessidades das pessoas com transtorno mental, levando, em consideração, a sua limitação e fragilidade.

No Brasil, as origens do Serviço Social foram percebidas na década de 30, com a emergência da sociedade capitalista urbano-industrial, marcada por conflitos de classes, pela ampliação da classe operária urbana e pelas lutas sociais desencadeadas em decorrência da forte exploração de trabalhadores em defesa dos direitos de cidadania.

Já nas décadas de 80 e 90, com o processo de reconceitualização, a profissão estabeleceu seu compromisso com a classe trabalhadora e com princípios que passaram a nortear o agir profissional. O Código de Ética Profissional dos assistentes sociais de 1993 expõe 11 princípios em consonância com o projeto ético-político da profissão, tendo a liberdade como eixo fundamental. Em concordância com tais princípios, o projeto profissional assume, na atualidade, um compromisso radical com a cidadania, com a efetivação dos direitos humanos e com a recusa dos preconceitos, contemplando o pluralismo das correntes teóricas.

Código de Ética do Serviço Social (2011; p. 19 - 20):

[...] Nestas décadas, o Serviço Social experimentou, no Brasil, um profundo processo de renovação. Na intercorrência de mudanças ocorridas na sociedade brasileira, com o próprio acúmulo profissional, o Serviço Social se desenvolveu teórica e praticamente, laicizou-se, diferenciou-se e, na entrada dos anos noventa, apresentou-se como profissão reconhecida academicamente e legitimada socialmente. A dinâmica deste processo, que conduziu à consolidação profissional do Serviço Social, materializou-se em conquistas teóricas e ganhos práticos, que se revelaram, diversamente, no universo profissional.

Tal dimensão política coloca-se a favor da equidade e da justiça social, com a perspectiva da universalização do acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais. Ressalte-se, também, a defesa da ampliação e consolidação da cidadania para a garantia dos direitos sociais, civis, políticos, econômicos e culturais das classes trabalhadoras, com um perfil radicalmente democrático.

Do mesmo modo, está presente o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população, incluindo-se a publicização dos recursos institucionais (instrumento necessário à democratização, universalização e participação dos usuários), convocando-os à participação nas decisões institucionais.

No Código de Ética do Serviço Social (2011; p. 22), está exposta a seguinte menção:

[...] a democracia é tomada como valor ético-político-central, na medida em que é o único padrão de organização político-social capaz de assegurar a explicitação dos valores essenciais da liberdade e da equidade. É ela, ademais, que favorece a ultrapassagem das limitações reais que a ordem burguesa impõe ao desenvolvimento pleno da cidadania, dos direitos e garantias individuais e sociais e das tendências à autonomia e à autogestão social. Em segundo lugar, cuidou-se de precisar a normatização do exercício profissional, de modo a permitir que aqueles valores sejam retraduzidos no relacionamento entre assistentes sociais, instituições/organizações e população, preservando-se os direitos e deveres profissionais, a qualidade dos serviços e a responsabilidade diante do usuário.

Diante do exposto acima, é perceptível a relevante ação da democracia na concepção do valor ético-político do Serviço Social, onde a potencialização das ações dos profissionais se incide em uma articulação com outras categorias e com os movimentos sociais que se solidarizam com a luta geral dos trabalhadores.

Ainda em conformidade com o Código de Ética do Serviço Social (2011; p. 23-24), é necessário que ocorram:

I. Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais;

II. Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo [...];

VI. Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças [...];

XI. Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos das Nações Unidas, de 1948, é um documento notável e se constitui num compromisso global, onde as nações do mundo concordaram com que “Todo indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal”, entre outros princípios libertários.

#### Declaração Universal dos Direitos Humanos:

Considerando que o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e de seus direitos iguais e inalienáveis é o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo.

[...] Artigo II - Toda pessoa tem capacidade, para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos nesta Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento ou qualquer outra condição.

Artigo III - Toda pessoa tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal.

Artigo IV - Ninguém será mantido em escravidão ou servidão, a escravidão e o tráfico de escravos serão proibidos em todas as suas formas.

Artigo V - Ninguém será submetido à tortura nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante.

Artigo VI - Toda pessoa tem o direito de ser, em todos os lugares, reconhecida como pessoa perante a lei.

Artigo VII - Todos são iguais perante a lei e têm direito, sem qualquer distinção, a igual proteção da lei. Todos têm direito a igual proteção contra qualquer discriminação que viole a presente Declaração e contra qualquer incitamento a tal discriminação. [...]

Artigo XVIII - Toda pessoa tem direito à liberdade de pensamento, consciência e religião; este direito inclui a liberdade de mudar de religião ou crença e a liberdade de manifestar essa religião ou crença, pelo ensino, pela prática, pelo culto e pela observância, isolada ou coletivamente, em público ou em particular.

Artigo XIX - Toda pessoa tem direito à liberdade de opinião e expressão; este direito inclui a liberdade de, sem interferência, ter opiniões e de procurar, receber e transmitir informações e ideias por quaisquer meios e independentemente de fronteiras. [...] (1998, p. 7- 9).

Diante do exposto acima, percebe-se que a Constituição vigente foi a primeira a difundir um título destinado aos princípios fundamentais, centrado na obediência, à significativa especificidade dessas funções.

O princípio da dignidade da pessoa humana está consagrado na Constituição Federal do Brasil, de 1988, onde todos são iguais perante a Lei, sendo o mesmo um dos alicerces da República Federativa brasileira, a qual se organiza em Estado democrático de

direito. A Dignidade é, ainda, imutável, o que significa que as condições às quais se submeta o homem devem ser levadas em consideração, pois suas condições não devem ser indignas.

Outro princípio resguardado pela Constituição federal é o da liberdade e, neste sentido, ninguém pode ser submetido à tortura ou tratamento desumano ou degradante (art. 5, III). Caberia, então, questionar-se, ao ser submetido à internação compulsória, o paciente não estaria sendo submetido a tratamento desumano ou degradante. A resposta a tal questionamento é dada pela própria Constituição, pois ressalva, no inciso II do artigo 5º, que ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei.

Assim sendo, considerando-se os termos da Lei 10.216/01, há que se discutir, então, sobre a qualidade dos serviços que realizam o tratamento, pois a obrigatoriedade está prevista na Lei e lei se cumpre.

A Organização Mundial de Saúde - OMS (2005, p. 6) faz uma importante ponderação a propósito de autonomia e liberdade:

Uma razão importante, para desenvolver a legislação de saúde mental, é proteger a autonomia e liberdade das pessoas. Existem diversos sentidos em que a legislação pode fazer isto:

Promover a autonomia, garantindo serviço de saúde mental acessível para pessoas que desejem utilizar tais serviços;

Estabelecer critérios claros e objetivos para admissões hospitalares involuntárias e, na medida do possível, promover as admissões voluntárias;

Fornecer proteções processuais específicas para pessoas involuntariamente envolvidas, tais como o direito de rever e apelar quanto a tratamento compulsório ou decisões de admissão em hospital;

Exigir que nenhuma pessoa seja submetida a hospitalização involuntária, quando houver uma alternativa viável;

Prevenir restrições indevidas à autonomia e liberdade dentro dos próprios hospitais.

Assim sendo, liberdade é a capacidade que todo cidadão possui de fazer ou não fazer o que a lei permite e envolve, sempre, o direito de escolher entre duas ou mais alternativas, de acordo com sua própria vontade.

## **5.1 O Direito à Vida**

O direito à vida, considerado um dos direitos humanos fundamentais por todas as declarações internacionais, surge como o mais importante de todos os direitos, por ser pressuposto indispensável para a aquisição e o exercício de todos os demais direitos (XAVIER, 2007, s. p.)

O direito à vida não diz respeito a um mero designio de direito a viver ou morrer; este direito abrange um sentido amplo, ao se referir à vida. Contudo, e nessa observância, pode-se afirmar que o direito à vida está diretamente direcionado à aquisição de todos os direitos fundamentais, necessários à sobrevivência do ser humano; ou seja, o direito a “uma existência digna, garantia do mínimo necessário, efeito do estado social democrático”. Nesta conjuntura, o direito à vida abrange todos os sujeitos sem restrição de raça e credo. É um direito individual, que contém duas ramificações em sua gênese; “sob o prisma biológico, traduz o direito à integridade física e psíquica; em sentido mais amplo, significa o direito a condições materiais”. (PAULO, 2003, p. 49-50)

Relacionando o direito à vida com o direito humano, promulga-se que à vida se apresenta e consiste como critérios morais por meio de um ponto de vista que se relaciona com o dever de atuação do sujeito, obedecendo aos princípios sociais, os quais se tornam regras para uma boa convivência em sociedade. Esses critérios afetam, diretamente, a vida das pessoas no meio social (ROBLES, 2005, p.11-12)

Ainda de conformidade com Robles (2005, p.12);

A vida humana é um continuum no qual as divisões conceituais que elaboramos são mero artifício. Apesar disso, é possível dizer que há dois elementos eminentemente íntimos para os quais o ser humano, isolado, se basta a si mesmo: o puro pensamento e a pura intenção. Não obstante tendo se o primeiro, se expressa o segundo se põe em prática, ambos deixam de pertencer à intimidade para alojar-se na vida com os outros, na vida em sociedade. Por sua vez, a vida social da pessoa é a manifestação mais natural dela mesma, a realidade em que plasma seu pensamento e sua vontade. Por conseguinte, a moral não só penetra a vida pessoal, ainda que essa constitua sua verdadeira sede, mas se estende, também, à vida em sociedade, já que esta é, constitutivamente, um prolongamento daquela. A moral é o que torna bons os homens, tanto em sua vida solitária quanto em sua vida em sociedade. [...].Os direitos humanos são critérios morais [...] que constituem pautas de deliberação de caráter moral que devem ser levadas em conta no momento da adoção de decisões políticas e jurídicas. Seu caráter moral está na referência de aspectos transcendentais da vida dos indivíduos a aspectos que afetam o ser moral do homem, sua dignidade e sua liberdade.

A respeito do transcrito acima, a vida pertencente ao sujeito e, sendo considerado um direito individual, está regrada pelos preceitos morais da sociedade que a determinam e a tornam uma aquisição social. Sob este prisma, ao sujeito são impostas regras que retiram, dele o direito de exercer plenos poderes sobre a sua própria vida.

Quando se diz que os sujeitos perdem a autonomia de sua vida, quando infringi regramento moral-social, está-se referindo ao processo de interdição civil, que impossibilita a alguém responder pelos próprios atos. Esse processo se torna visível, quando

relacionado ao processo de dependência química, que, na atualidade, se tornou um “problema social”.

Segundo Miranda (1954, p. 214), apud Medeiros (2007, p. 96);

A interdição é o procedimento judicial pelo qual se declara extinta a capacidade de atos jurídicos, inclusive atos ilícitos, ou se reduz tal capacidade, em função de determinada condição pessoal (enfermidades psíquicas, debilidade mental e defeitos psíquicos que atinjam o conhecimento, sentimento e vontade).

Sendo um problema da sociedade, a vida dos sujeitos em processo de dependência química não pertence a eles, porque, de certa forma, esses sujeitos infringiram a regra determinada pela sociedade e, como repreensão, é nomeado a outros sujeitos o poder de direcionar o seu bem mais precioso, a “sua vida”.

Essa imposição é legalizada pelo código civil de 2002, no processo de interdição civil, quando é conceituado, neste documento, quem são os incapazes de exercer a autonomia sobre sua própria vida. Neste documento, fica expresso que os incapazes são os sujeitos com idade abaixo de dezesseis anos, os acometidos por deficiência mental, os **ébrios habituais**, os **viciados em tóxicos** e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido. (MACEDO e PORTO, s. d; s. p). “grifos nossos”

Devido ao processo de constantes mudanças impostas ao meio social, o código civil brasileiro foi alterado em 2012, trazendo, assim, as seguintes considerações em relação ao processo de interdição civil:

- a) a possibilidade, antes não regulamentada pelo Código, da curatela do enfermo ou portador de deficiência física. Agora, a requerimento do enfermo ou portador de deficiência física, ou, na impossibilidade de fazê-lo, de qualquer das pessoas a que se refere o art. 1.768, dar-se-á curador para cuidar de todos ou alguns de seus negócios ou bens;
- b) a eliminação da expressão pejorativa: “loucos de todo o gênero” (novo artigo 3º, inciso II);
- c) o Código, de modo positivo, também possibilitou, conforme a gravidade da enfermidade ou deficiência mental, seja declarada a incapacidade absoluta ou relativa, (artigos 3º, II, e 4º, II, conjugados com o artigo 1.767, I e III);
- d) a lei civil passou a facultar a possibilidade de restrição parcial da autonomia aos deficientes mentais elencados no art. 4º, II. Com a interdição relativa, o curador, encarregado de conferir proteção pessoal e patrimonial à pessoa maior e considerada incapaz de gerir a sua vida, é nomeado para atos como ingressar em juízo, contratar, vender, hipotecar, dar quitação e emprestar, enquanto o interdito permanece habilitado para os atos de mera administração. O juiz, assim, pode e deve personalizar a sentença de interdição, atento para as peculiaridades de cada futuro usuário;
- e) a partir da vigência da nova lei, não basta, mais, a existência de enfermidade ou deficiência mental, para que se declare a interdição. Além do comportamento biológico, a lei passou a requerer a presença do elemento psicológico, exigindo, implicitamente, que perito e Juiz verifiquem até que ponto o distúrbio impede o

indivíduo de ter o necessário discernimento para a prática dos atos que se pretende tolher. (MACHADO, s. d, s.p).

Ainda de conformidade com o autor supramencionado, o código civil se torna contraditório à sua própria gênese, ao expressar em seu 1º artigo, que “Toda pessoa é capaz de direitos e deveres na ordem civil”, e, ao se regularizar a interdição civil dos sujeitos, é-lhes retirada a possibilidade de gerir a sua própria vida. (MACHADO, s.d; s.p)

Portanto, diante do que foi exposto, é perceptível que, ao se relacionar um ato judicial por meio de uma normativa estabelecida por ditames sociais que, em função de processos avaliativos, sobre as manifestações comportamentais dos sujeitos sociais, o distinguem como “normal” e “anormal”. Dessa forma, rotula-os como capazes e incapazes de exercerem atos da vida civil. (MEDEIROS, 2007, p. 87)

## 6 A RESPONSABILIDADE DA FAMÍLIA, DA SOCIEDADE E DO ESTADO NOS CUIDADOS DO DEPENDENTE QUÍMICO

O dependente químico, no momento mais crítico de sua enfermidade, necessita de amparo de sua família e de amigos, para que possa sensibilizar-se para o tratamento, já que, nesse momento, o indivíduo se sente totalmente desprotegido, sem noção do perigo que o cerca. É nesse momento que o amparo familiar é elemento crucial.

A família do dependente químico precisa compreender que esse indivíduo vive um quadro de enfermidade, cujos sintomas muitas vezes incluem a falta de vontade e de atitude para o tratamento, pois se apresenta desprovidas da capacidade de compreensão sobre a necessidade de se tratar.

O acompanhamento da família é essencial, para que o dependente químico possa lidar com os vários fatores que o impedem de aderir ao tratamento e é certo que há sofrimento para toda a família, que necessita de orientação sobre como lidar com seu familiar em casos de recaídas e recomeços.

Para Cahlo Lopes (1996, p.78),

A família tem um papel de destaque no processo de recuperação, buscando impedir que o problema avance, e auxiliando no tratamento mais adequado para a situação. Em alguns casos, isso se torna particularmente difícil pela fragilidade com que todos os seus membros chegam a este ponto.

Com efeito, a família acaba, por se tornar co-dependente, na medida em que vive o sofrimento de seu ente, passando a ficar desorientada e, muitas vezes, sem condições de ajudar. Nesse contexto, o amor dos familiares será crucial, pois, na condição de doente, o dependente está suscetível a recaídas. Sendo assim, o paciente sempre precisará dos familiares, os quais farão toda a diferença, para que tenha melhor qualidade de vida.

Porém, para que isso aconteça, essa família também necessita de amparo e acolhimento no tocante a suas próprias necessidades emocionais, dentre outras, visto que, muitas vezes, ela se encontra adoecida e exausta, o que torna seus recursos limitados. É nesse momento que necessita do apoio dos profissionais da saúde, como psicólogos, psiquiatras e outros, contando com o amparo do Estado na garantia dos direitos estabelecidos por lei, pelos quais ele é responsável.

Sendo assim, a disponibilidade do tratamento deve prever atendimento e orientação, não só para o doente dependente químico, mas também para a família, no sentido de lhe propiciar condições de lidar com o problema, pois ela poderá ter comportamentos dúbios e muitas vezes ter um comportamento facilitador na mediada em que não deixa o dependente assumir responsabilidades por seus atos ou ser exageradamente repressiva, entendendo o dependente apenas como aquele que não quer buscar ajuda.

Gerar posturas na família que não condenem o dependente ou que não facilitem o seu acesso à substância, ou, mesmo, outros comportamentos que influenciam o tratamento. É necessário, então, desmistificarem-se as questões que envolvem o tratamento do dependente, que pode, inclusive, abandoná-lo, pois não consegue vê-lo como um doente.

Cabe ressaltar-se que a sociedade tem um papel crucial neste sentido, pois as drogas e, em especial, o crack se, têm alastrado por todo o país, desencadeando vários problemas, gerando despesas para as políticas públicas, situações de violência urbana e doméstica, entre outros.

Segundo o relatório Saúde Brasil (2005, p.10),

Especificamente sobre a questão do tratamento da dependência de álcool e outras drogas em adolescentes e crianças, são poucos os trechos encontrados em documentos oficiais. No documento denominado 'Marco legal – saúde um direito de adolescentes, produzido pelo Ministério da Saúde, está colocado que o uso e o abuso de álcool e outras drogas têm sido uma das principais causas desencadeadoras de situações de vulnerabilidade na adolescência e juventude, a exemplo dos acidentes, suicídios, violência, gravidez não planejada e a transmissão de doenças via sexual e endovenosa, nos casos das drogas injetáveis. Não fosse o consumo de drogas um problema suficientemente grave, temos, ainda, a problemática do tráfico, o qual representa, no Brasil e em outros países, uma séria ameaça à estabilidade social.

Como se vê, o fenômeno do consumo de drogas desencadeia vários outros problemas, estando os jovens mais suscetíveis ao seu início precoce e, portanto, precisam ser orientados, seja no âmbito familiar, escolar, na igreja e em todo local em que estejam inseridos, desde a infância, até a juventude, estando incluso, em seus roteiros, o alerta no tocante às drogas. Além de programas de prevenção e luta contra as drogas, para que as próximas gerações sejam preservadas, é preciso que seja feita uma aliança social na luta contra as drogas, não apenas com a criação de leis, mas também na vigilância e orientação àqueles que demonstram fatores ou comportamentos de risco para a sua dependência.

É importante notar-se que toda a população, sem exceção, sofre com as consequências do uso indevido de drogas, uma situação que gera insegurança social e risco,

que provoca o avanço da violência, manifestado em termos de roubos, acidentes, mortes e outros, colocando, em risco, a família e a Sociedade em que se vive.

Portanto, não se deve somente prevenir o uso das drogas, mas também cobrar das autoridades políticas efetivas de atendimento e que vá de encontro às necessidades do usuário, com toda a sociedade envolvida nesse processo.

### **6.1 A Humanização do Tratamento e o Conflito Existente no Internamento Compulsório**

O consumo de substâncias psicoativas, aquelas que alteram o estado de consciência das pessoas, é um fenômeno que tem acompanhado a humanidade desde seus primórdios e sempre existiu em praticamente todas as culturas, já que essas substâncias foram utilizadas em rituais religiosos ou místicos e em movimentos socioculturais, dentre outros âmbitos. Nas últimas décadas, no entanto, as características desse consumo têm se alterado drasticamente, o que tem contribuído para o aumento de seu padrão de uso para níveis problemáticos a toda a sociedade, a começar para a vida dos próprios indivíduos que fazem uso abusivo dessas substâncias psicoativas, suas famílias e o meio em que estão inseridos.

São vários os motivos que levam o indivíduo ao consumo dessas substâncias. Busca de prazer ou novas experiências, para aliviar uma dor, ou, até mesmo, para se criar um espírito agradável. Mas, em geral, o início se dá com as bebidas alcoólicas, passando para substâncias mais “leves”, como a maconha, e escalando-se para substâncias mais “pesadas”, como a cocaína, a heroína, o crack, o oxi etc., conforme vai desenvolvendo tolerância.

A partir do momento em que o uso dessas substâncias passa a trazer prejuízos à vida do indivíduo que as consome, pode-se falar em dependência, pois, devido ao seu uso continuado, há grande interferência em seu comportamento, fazendo com que não mais atenda às regras de convivência em família ou em sociedade, apresentando padrões de conduta perigosos para si mesmo e para as pessoas com quem convive. Nos estágios mais básicos da drogadição e como primeiras tentativas de tratamento, busca-se tratar o dependente químico de forma ambulatorial, fazendo uso de órgãos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Neste sentido, Brasil (2014, p. 258) explica que:

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são as unidades de saúde desse componente da RAPS. Os CAPS são constituídos por equipes multiprofissionais e acompanham pessoas com sofrimento ou transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e de outras drogas. São serviços de portas abertas, que devem acolher, sem agendamento, novos usuários. A partir desse acolhimento, a equipe multiprofissional irá elaborar, em parceria com o usuário e sua família, um projeto terapêutico singular. Os CAPS atuam, também, fora do espaço da sua unidade, buscando parcerias na comunidade e com outros serviços públicos, para facilitar e mediar as relações dos usuários com pessoas e instituições. Esse trabalho é o que permite a reabilitação psicossocial de pessoas que, pelo sofrimento, pela sua condição social e pelo seu estigma, vivem excluídas das relações na sociedade. O trabalho dos profissionais do CAPS, portanto, é realizado tanto no serviço em si quanto no território; por isto, requer conhecimento e relação com esse território.

No tipo de tratamento oferecido pelo CAPS, o dependente químico permanece no convívio familiar e em sociedade, mas conta com o amparo de médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais, que poderão auxiliá-lo no processo de abandono do vício e sua reabilitação psicossocial. Ele apenas passa alguns momentos no CAPS, seja para atendimento médico, seja para participação em terapias ocupacionais.

No entanto ficou comprovada a necessidade de ambientes em que o dependente químico necessite permanecer por mais tempo. Neste sentido, Brasil (2014, p. 259) afirma:

De um lado, a experiência dos CAPS trouxe a necessidade de serviços residenciais, como uma extensão do cuidado no CAPS, para garantir moradia digna, acolhimento seguro para quem vivia ameaçado em seu território e apoio constante, para reduzir ou interromper o consumo da droga. Propostas, como “casas de passagem” e “casas do meio do caminho”, inspiraram a definição das Unidades de Acolhimento (UA) da RAPS.

De outro lado, uma grande variedade de instituições privadas, a maioria ligada a movimentos religiosos e contando com trabalho voluntário, estabeleceram-se no País, com o intuito de ofertar aos dependentes um afastamento de seu meio e a possibilidade de estabelecerem uma nova organização de sua vida sem a droga. Apesar da grande heterogeneidade dessas instituições, quase todas reivindicam para si a denominação de Comunidade Terapêutica. Nos últimos anos, o Estado brasileiro vem estabelecendo uma regulação para essas instituições, oferecendo a algumas delas a possibilidade de financiamento público, para que realizem atendimentos gratuitos.

Dessa forma, além do atendimento no CAPS, são necessárias internações em hospitais, clínicas ou comunidades terapêuticas. Neste sentido, a Lei nº. 10.216/2001<sup>8</sup> define, no artigo 6º, três modalidades de internações psiquiátricas, que devem ocorrer sempre, mediante apresentação de laudo médico, atestando sua necessidade:

---

<sup>8</sup>Lei Federal 10.216 – Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Seção 1, p. 2.

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.

Com relação à internação para tratamento de dependência química, uma questão primordial a se levar em consideração são os direitos básicos dos dependentes, direitos esses garantidos por lei. Neste sentido, Brasil (2001)<sup>9</sup> afirma;

A Lei Federal n.º 10.216, de 06 de dezembro de 2001, garante os direitos das pessoas com transtorno mental, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas. De forma geral, essa lei assegura às pessoas o direito a um tratamento que respeite a sua cidadania e que, por isto, deve ser realizado, de preferência, em serviços comunitários, de base territorial, sem excluí-los, portanto, do convívio na sociedade.

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com suas necessidades;

II - ser tratado com humanidade e respeito e com o interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando a alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegido 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 tratado, em ambiente terapêutico, pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

De igual forma, o artigo 22 da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, determina que as atividades de atenção e reinserção social devem observar:

Art. 22º- [...]

I - respeito ao usuário e ao dependente de drogas, independentemente de quaisquer condições, observados os direitos fundamentais da pessoa humana, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Assistência Social; [...]

III - definição de projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde;

IV - atenção ao usuário ou dependente de drogas e aos respectivos familiares, sempre que possível, de forma multidisciplinar e por equipes multiprofissionais; [...]

No entanto, apesar de esses direitos existirem na forma da lei, eles não têm sido respeitados por várias instituições terapêuticas em todo o Brasil, sendo os dependentes químicos privados de direitos humanos básicos.

---

<sup>9</sup> Idem.

Neste sentido, Valença (2013, p. 105) afirma;

O Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos, disponibilizado em 29 de novembro de 2011 pelo Conselho Federal de Psicologia, [...] teve, como objeto de análise, os locais de internação para usuários de substâncias psicoativas – SPAs. Foram inspecionadas 68 Comunidades Terapêuticas em várias unidades federais brasileiras e em todas foram registrados abusos contra os direitos constitucionais dos cidadãos. Em 25 estados avaliados, houve casos de trabalho não remunerado (18), imposição religiosa (17), punições proibitivas e físicas (16), adolescentes e crianças abrigadas junto com adultos (13), prática de isolamento (11), situações constrangedoras (9) e apropriação de documentos (9). Assim, não poderão deixar de se questionarem sobre as condições oferecidas, de fato, por esses locais de internamento, para propiciar a futura reinserção social dos que neles são internados.

Coelho e Oliveira (2013, p. 365) também comentam:

São inúmeros os testemunhos de pacientes que passaram por clínicas de tratamento para dependentes químicos, que relatam diversas práticas de tortura durante o ‘tratamento’, tais como socos e pontapés, por se recusarem a aderir à religião pregada pela clínica em questão; queimaduras, recusa em fornecer alimentação, braços e pernas amarrados na cama, para evitar a fuga; proibição de recebimento de visita dos familiares e, tampouco, de ligações telefônicas.

Outros desrespeitos flagrantes aos direitos humanos estão relacionados à orientação sexual, já que muitos dependentes são estigmatizados por conta dessa questão; proibição de prática sexual, além de serem obrigados a parar com o seu uso de uma vez, sem se utilizar de políticas de redução de danos, uma vez que os pressupostos de muitas comunidades terapêuticas estão baseados na religião e sem embasamentos científicos. Outros são limitados na quantidade de carne que comem por semana e também são proibidos de receber alimentos e roupas de seus familiares e amigos, numa restrição de liberdade tão grande, que mais os fazem lembrar prisões.

A esse respeito, Méndez apud Barreto (2013, p. 16), afirma que, diante desse quadro se, recomenda acabar com a detenção forçada de usuários de drogas e fechar centros de “reabilitação” imediatamente, implementando serviços sociais e de saúde voluntários, baseados em evidências científicas e que respeitem os direitos humanos. Segundo os autores supramencionados, indica, ainda, a realização de investigações, de forma a garantirem que abusos, incluindo torturas ou crueldades, tratamentos desumanos e degradantes, não aconteçam nas instituições de gestão privada, para tratamento de dependência de drogas.

Como se pode perceber, o tratamento de dependentes químicos precisa ser humanizado em todos os seus âmbitos, seja no tratamento ambulatorial, nas clínicas e hospitais psiquiátricos, nas comunidades terapêuticas, na família e em toda a sociedade, já que

o dependente, depois de instalada a dependência e uma vez que tenta recupera-se, está, sempre, por toda a vida, em tratamento. E isto em casa, no trabalho, no lazer e em todos os âmbitos em que estiver inserido.

O dependente químico precisa ser considerado como um ser humano, o qual, embora tenha seu discernimento e capacidade de raciocínio comprometidos, circunstância imanente por conta do efeito das substâncias psicoativas, ele sente dor, angústia, medo e uma multidão de sentimentos, os quais, a todo o momento em que estão afastados do uso, tendem a se multiplicar de forma exponencial.

Neste sentido, os primeiros passos a serem dados visam à proteção de seus direitos, possibilitando que possa professar sua religião, sua orientação sexual; de se comunicarem com pessoas de seu convívio, que lhes demonstrem amor, apreciação e compreensão; de serem atendidos por médicos, psicólogos e outros profissionais que possam ajudá-los, sem emissão de juízos de valor, que tenham capacidade, para lidar com sua enfermidade e com o momento especial em que vivem; de praticar esportes e desenvolver atividades que lhes permitam lidar com a fissura da falta das substâncias psicoativas; de estar em um local com condições dignas, em que políticas de redução de danos sejam vistas como caminhos terapêuticos que conduzam ao abandono do uso das substâncias psicoativas e em que haja liberdade de escolha pelo tipo de tratamento.

E é justamente no tocante ao direito à liberdade de escolha que se encontra um dos maiores pontos de tensão e debate dos últimos anos, no tratamento da dependência química, sobretudo na questão da internação compulsória, aquela determinada pela Justiça.

Neste sentido, convém explica-se que,

No espírito da Lei n.º 10.216, a internação compulsória deve ser aplicada à pessoa com transtorno mental, que comete um delito; ou seja, sua aplicação está restrita às pessoas que, tendo cometido um delito, foram julgadas por esse delito e consideradas inimputáveis pela sua condição de saúde mental e pelo Sistema Judiciário. Nesses casos, em vez de cumprirem pena, essas pessoas são submetidas a uma medida de segurança, a qual se traduz em tratamento compulsório, podendo ou não incluir internação. Cabe destacar-se que essa modalidade do tratamento compulsório deve partir de uma avaliação completa por profissionais de saúde mental e seguir as mesmas diretrizes expostas pela Lei n.º 10.216. (BRASIL, 2014)

Embora se fale apenas de transtorno mental, a lei também é aplicada a dependentes químicos, pois esse transtorno pode ser causado pelo uso de substâncias entorpecentes. Com base na Lei n.º 10.216, vários estados brasileiros implementaram medidas de internação compulsória, ao que muitos especialistas das áreas do direito, psicologia, serviço social e outros se levantaram a favor e contra a medida.

Dentre os que estão a favor da medida, Varella (2014) defende que a internação compulsória não restringe a dignidade, visto que, segundo ele, não se pode dizer que tenham vida digna na condição em que estão. Varella se baseia em sua experiência em presídios femininos. Neste sentido, o autor em menção relata:

Perdi a conta de quantas vezes as (presidiárias) vi dar graças a Deus, por terem vindo para a cadeia, porque, se continuassem na vida que levavam, estariam mortas. Jamais ouvi delas os argumentos usados pelos defensores do direito de fumar pedra, até morrer, em nome do livre arbítrio.

Outro especialista que defende a medida é Arthur Guerra de Andrade (2013), presidente-executivo do Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA) e professor da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), o qual afirma:

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

Do lado contrário, encontra-se Barreto (2013, p. 9), que afirma:

É preciso ter, em conta, que o tratamento não voluntário não é eficaz, porque não conta com o pleno engajamento pessoal do sujeito na interrupção do hábito e reestruturação de seu modo de vida. Além disso, qualquer que seja a abordagem terapêutica adotada, é comum a situação de recaída, o que, na lógica da internação, só pode gerar novos e sucessivos recolhimentos forçados. A exclusão social do dependente e até do mero usuário ocasional vem sendo escamoteada pelas autoridades por meio da adoção de um discurso supostamente humanitário de proteção e cuidado aos enfermos e vulneráveis. Esse discurso busca seu “fundamento de realidade” na força das imagens, veiculadas pela mídia nacional, onde as chamadas cracolândias são apresentadas como palcos para cenas de degradação humana, exibidas como “prova irrefutável” da necessidade de intervenções proibicionistas e segregadoras (Castilho, 2012). Assistimos, assim, ao retorno de antigas estratégias que, igualmente ao que ocorria no início do século XX, respondem ao suposto clamor da opinião pública leiga, estigmatizante, manicomialista e altamente manipulada pela mídia.

Dentre os argumentos usados por aqueles que são contra essa modalidade de internamento, está à baixa porcentagem de dependentes que se recuperam por meio dela. Neste sentido, Dartiu Xavier da Silveira, da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), mostra que apenas 2% dos pacientes internados contra a vontade têm sucesso no tratamento e

98% deles reincidem<sup>10</sup>, ao que a psicóloga Marília Capponi, conselheira e representante do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRP-SP), comenta: “A porcentagem de fracassos é alta demais, para que a medida seja adotada como política pública no enfrentamento do crack”<sup>11</sup>.

Em vista disto, Varella (2014) pontua:

Se esperarmos avaliar a eficácia das internações pelo número dos que ficaram livres da droga para sempre, ficaremos frustrados: é preciso entender que as recaídas fazem parte intrínseca da enfermidade. [...] Com o crack, a dependência persiste para sempre. Você pega uma pessoa que fuma crack, interna-a, passa por psicólogo, reata laços com a família, passa um ano sem fumar. Aí, um belo dia, recomeça tudo. Você não pode dizer que o tratamento falhou. Ele ficou um ano livre. Isso não invalida que ele seja tratado novamente.

Estes são apenas alguns dos argumentos levantados contra e a favor da internação compulsória, não se pretendendo esgotar o assunto, no entanto um dos mais profundos argumentos é a questão do direito do dependente de escolher ser tratado ou não, o que muitos consideram violação dos direitos humanos, interná-lo de forma compulsória, ou seja, contra sua vontade.

Percebe-se, claramente, que, na opinião dos especialistas citados e, também, de outros pesquisados, além da própria família, o dependente de substância psicoativa não tem condições emocionais de tomar uma decisão lógica quanto a seu próprio bem-estar, pois se encontra em quadro de enfermidade, crendo que esses indivíduos estão em situação muito pior, em termos de dignidade, e em perigo de morte, na situação em que se encontram.

Ao se ponderar quanto aos argumentos a favor e contra a internação compulsória, chega-se à conclusão de que ela é justificável, tendo todo potencial, para ser uma medida eficaz, havendo necessidade, no entanto, de se discutir a qualidade do atendimento e os serviços prestados.

Percebe-se, no entanto, que, para que ela seja eficaz, não pode ser levada a cabo de forma indiscriminada, mas somente nos casos em que o tratamento ambulatorial já tenha sido tentado, aliás como a lei já prevê, e implementando-se medidas que tornem o processo mais humano e que levem o dependente a se conscientizar da necessidade do tratamento, mesmo que após certo tempo.

---

<sup>10</sup> Loccoman, Luiz. **A polêmica da internação compulsória**. Abril de 2012. Disponível em: <[http://www2.uol.com.br/vivermente/artigos/a\\_polêmica\\_da\\_internação\\_compulsória.html](http://www2.uol.com.br/vivermente/artigos/a_polêmica_da_internação_compulsória.html)>. Acesso em: 17 de out. 2014.

<sup>11</sup> Idem.

Foram notícia nos meios de comunicação e geram grande debate, nas sociedades as abordagens feitas nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro nas Cracolândias lá existentes. Em Janeiro de 2013, começou, em São Paulo, a internação forçada dos frequentadores da Cracolândia, o que também levou especialistas a se posicionarem contra e a favor da ação, levantando os mesmos argumentos aqui discutidos e mais alguns outros.

Neste sentido, Kawaguti (2013) apud Silveira, expõe:<sup>12</sup>

O problema das cracolândias não se resolveria com a simples internação compulsória, já que não se estaria solucionando a verdadeira causa do vício, que são as condições socioeconômicas subumanas dos usuários e os problemas psicossociais que os mesmos enfrentam no seu dia a dia.

Nesta visão, ele leva a refletir-se que não se resolvem os problemas psicossociais e a melhorarem-se as condições socioeconômicas da população; tratar o indivíduo e enviá-lo para o mesmo ambiente e condições que o levaram a usar drogas ou foram fatores decisivos neste sentido não vai resolver o problema.

Concordando com esta visão, Arthur Chioro, secretário de Saúde de São Bernardo, afirma<sup>13</sup>:

É uma medida, para fingir que o problema não existe, porque internar, obrigatoriamente, não resolve nada. Não se resolve o problema, trancando as pessoas. Quando ela retornar ao convívio social, depois de seis meses, ela vai voltar para os mesmos amigos e mesmos traficantes. (ANDRADE, 2013)

Além disto, Silveira explica que<sup>14</sup>

O problema da Cracolândia é majoritariamente social, e não médico. A condição de miséria da população de rua é decorrência de uma omissão do Estado, da falta de acesso à moradia, à saúde, à educação. O estado de vulnerabilidade em que eles se encontram os torna suscetíveis a se tornarem dependentes químicos, mas a droga é consequência, e não causa. (Kawaguti, 2013)

Segundo ele, essas medidas ainda pioram a situação, pois, quando as autoridades fazem operações massivas, com caráter agressivo e repressivo, em detrimento do

---

<sup>12</sup>Kawaguti, Luis. **Internação começa na cracolândia; debate sobre eficácia contínua**. 2013. Disponível em: <[http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2013/01/130119\\_crack\\_internacao\\_lk.shtml](http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2013/01/130119_crack_internacao_lk.shtml)>. Acesso em: 17 out. 2014.

<sup>13</sup> ANDRADE, Arthur Guerra. Internação Involuntária para Dependentes Químicos divide opiniões. Artigo online. Disponível em: <http://www.reporterdiario.com.br/Noticia/381210/internacaoinvoluntaria-para-dependentes-quimicos-divide-opinioes/>. Acesso em: 17 out. 2014.

<sup>14</sup>Kawaguti, Luis. Internação começa na cracolândia; debate sobre eficácia contínua. Artigo online. Publicado em 21/01/2013. Disponível em: [http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2013/01/130119\\_crack\\_internacao\\_lk.shtml](http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2013/01/130119_crack_internacao_lk.shtml). Acesso em 17 out. 2014.

tratamento feito por meio do convencimento, anos de trabalho de estabelecimento de confiança, entre o agente de saúde e o morador de rua, são destruídos.

Outros, como Cunha (s. d., s. p.), psicóloga, militante da LSR, advogam a ideia de que o objetivo dessas internações não tem cunho humanitário, mas higienista, ou seja, de tirar das ruas, o que é considerado feio, tornando a região mais bela, uma verdadeira limpeza da região; e tudo isto em prol da especulação imobiliária<sup>15</sup>.

Por outro lado, encontra-se o psiquiatra Ronaldo Laranjeira, professor da Unifesp (Universidade Federal de São Paulo) e uma das maiores autoridades no assunto, no Brasil, que se diz favorável à facilitação das internações compulsórias em casos extremos, desde que acompanhada de uma linha especial de cuidados ao paciente após sua desintoxicação inicial e que, em sua opinião, a internação compulsória de moradores de rua é um “ato de solidariedade”<sup>16</sup>.

Segundo ele, que recebe uma ou duas internações compulsórias por semana, em sua clínica, 90% delas se tornam voluntárias depois de uma semana. No entanto, o psiquiatra deixa, claro, que essas internações não podem passar de dois meses e devem ser acompanhadas, de forma ambulatorial, por médicos, psicólogos e outros profissionais, além participar de um programa de reinserção social em termos de família, emprego e moradia.

Em face dos argumentos apresentados pelos vários especialistas, mais principalmente por pessoas que têm, verdadeiramente, experiência e conhecimento a respeito do tema, chega-se à conclusão de que não importa se o objetivo da ação, em princípio, tenha sido higienista e com vistas à especulação imobiliária, e não humanitária. A internação compulsória, para tratamento dos moradores de rua das cracolândias, se levada a cabo, de forma humana, ou seja, respeitando-se os direitos humanos dos indivíduos, com o devido acompanhamento e buscando-se sua reinserção social, é justificada e pode, sim, mudar, radicalmente, a vida de boa parte dos dependentes químicos alcançados.

No entanto é utópico crer-se que o índice de sucesso será alto e que não haverá recaídas, pois se sabe que, pela natureza dessa enfermidade ou dependência química, que envolve aspectos físicos e emocionais do indivíduo, muita dificuldade será vivida por aqueles que voluntariamente se submetem a ser tratados; e muito mais por aqueles que, depois de tantos anos de dependência, já desistiram ou não têm mais forças, para continuar tentando.

---

<sup>15</sup> Cunha, Mariana Cristina Moraes da. Internação compulsória – mecanismo de controle e higienização social. Artigo online. Disponível em: <http://www.lsr-cit.org/nacional/25-nacional/1041-internacao-compulsoria-mecanismo-de-controle-e-higienizacao-social->. Acesso em 17 out. 2014.

<sup>16</sup> ANDRADE, Arthur Guerra. Internação Involuntária para Dependentes Químicos divide opiniões. Artigo online. Disponível em: <http://www.reporterdiario.com.br/Noticia/381210/internacaoinvoluntaria-para-dependentes-quimicos-divide-opinioes/>. Acesso em: 17 out. 2014..

E, como diz o Dr. Dráusio Varella, a internação compulsória não é a solução perfeita, mas pode ser aperfeiçoada, para ser uma forma eficaz de lidar com o problema<sup>17</sup>.

É importante ressaltar-se que, no âmbito do Serviço Social, os conselhos de classe têm-se posicionado contra as internações compulsórias e suas características geram divergências relacionadas ao exercício profissional e também a questão ética. No entanto, tendo o dependente a possibilidade de escolher, essa deve ser uma avaliação coletiva entre ele, seus familiares e a equipe, pois, conforme afirma a o<sup>18</sup>NIDA-Instituto Nacional, sobre o Abuso de Drogas dos Estados Unidos,

[...] um único tratamento não é apropriado para todos os indivíduos. Combinar locais de tratamento, intervenção e serviços para os problemas e necessidades de cada indivíduo, em particular, é indispensável para o sucesso final, ao retornar para o funcionamento produtivo na família, local de trabalho e sociedade. (NIDA, 2014, p. 1)

Uma das maiores dificuldades no tratamento da dependência química de forma humanizada está no fato de que, muitas vezes, o dependente químico não é percebido em sua real condição, a de enfermo. A sociedade e sua própria família não compreendem essa realidade e não veem a dependência química como uma doença, mas como um desvio de caráter, como falta de “vergonha” e de domínio próprio, um vício, o que gera preconceito e faz com que o dependente seja tratado como um criminoso, que deve viver isolado, sendo alvo de olhares suspeitos e de todo tipo de julgamento.

Neste sentido, o Diretor Presidente da Clínica Viva, Inácio Marchette, em entrevista à Rádio Banda B Paraná, explica<sup>19</sup>:

No Brasil, a maioria da população vê o dependente químico como um delinquente, como um bandido, e isso não é verdade. É preciso ter a visão de que a dependência química é uma doença e, como tal, precisa ser tratada. Costumo encontrar pais e mães no auge do desespero, por não compreenderem que o filho está doente e que precisa de ajuda profissional. É aí que entra um projeto terapêutico específico, voltado para a doença. (CLÍNICA TERAPÊUTICA VIDA, 2011)

Também a psicóloga Rita de Cássia Haddad, ao ser questionada, em entrevista, sobre o papel da família na recuperação do dependente químico, responde<sup>20</sup>:

---

<sup>17</sup> Varella, Dráusio. Internação compulsória. Artigo online. Sem data. Disponível em: <http://drauziovarella.com.br/dependencia-quimica/internacao-compulsoria-2/>. Acesso: 17 de out 2014)

<sup>18</sup><http://dependenciaquimica.webnode.com.br/news/os-13-principios-de-tratamento-nida/>

<sup>19</sup> Assessoria de Imprensa, Clínica Terapêutica Vida. “A sociedade não vê a dependência química como uma doença”, diz Diretor do Grupo Viva. Artigo online. Publicado em 16/03/2001. Disponível em: <http://www.ctviva.com.br/blog/a-sociedade-nao-ve-a-dependencia-quimica-como-uma-doenca-diz-especialista>. Acesso em 17 de out. 2014.

Primeiramente, a família deve-se conscientizar de que o ente tem um problema, uma doença. Então ela tem que pesquisar o que é a dependência química. Normalmente, as famílias ficam em negação por muito tempo. Dizem “é só uma fase, meu filho vai sair dessa. Se eu o proibir de andar com fulano, ele vai parar com isso”. Gostam de colocar a culpa em más companhias, mas isso não é a realidade. Só anda mal acompanhado quem quer. Se uma pessoa não tem afinidade com outra, não há motivo, para que fiquem juntas. Geralmente, as famílias procuram alguém, para julgar, mas o ponto principal é enfrentar o problema. Quem foi o culpado ou não, um dia isso pode até aparecer, mas não é o essencial. O importante é resolver o problema. (MACHADO, 2009)

O CID-10<sup>21</sup>, o Código Internacional de Doenças da OMS, classifica a dependência química como uma doença progressiva, crônica, primária – que gera outras doenças – e fatal, tanto que a Previdência Social paga auxílio doença a dependentes químicos em recuperação.

Em face dessas concepções, faz-se necessário conscientizar a família do dependente químico quanto à importância de seu papel na recuperação de seu ente, compreendendo-o não como um delinquente, uma pessoa com falha de caráter, mas como uma pessoa acometida de uma enfermidade, que necessita de tratamento; e, mais do que isso, que necessita de compreensão, carinho, amor e aceitação. A partir do momento em que ocorre essa aceitação do dependente químico junto a sua família, o processo de recuperação passa a acontecer de forma bem mais suscetível de ter sucesso.

Cabe ao Estado e instituições voltadas para a recuperação dos dependentes químicos e a todos os profissionais envolvidos nesse processo fazer essa conscientização e sensibilização das famílias, bem como podem ajudar bastantes grupos de apoio voluntários e outros.

Porém não basta apenas que a família e os amigos passem a enxergar essa realidade, mas toda a sociedade, inclusive pessoas que trabalham em hospitais e comunidades terapêuticas e que ainda possuem, enrustidos em si, preconceitos e uma visão deturpada acerca dos dependentes químicos e sua condição, preconceitos esses que levam esses profissionais a desrespeitarem os direitos humanos desses indivíduos no momento em que estão mais necessitados de compreensão.

A compreensão dessa realidade é crucial em todas as formas e fases de tratamento do dependente químico, mas o grau mais alto de sua necessidade se encontra na

---

<sup>20</sup> Machado, Marcela. Entrevista a Rita de Cássia Haddad: “Calor humano salva”. Entrevista online. Publicada em 21/10/2009. Disponível em: <http://www.rdmonline.com.br/TNX/imprime.php?cid=2980&sid=48>. Acesso em 17 de out. 2014.

<sup>21</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10. Disponível em: [http://www.medicinanet.com.br/cid10/1520/f19\\_transtornos\\_mentais\\_e\\_comportamentais\\_devidos\\_ao\\_uso\\_de\\_multiplas\\_drogas\\_e\\_ao\\_uso\\_de\\_outras\\_substancias\\_psicoativas.htm](http://www.medicinanet.com.br/cid10/1520/f19_transtornos_mentais_e_comportamentais_devidos_ao_uso_de_multiplas_drogas_e_ao_uso_de_outras_substancias_psicoativas.htm) Acesso em: 17 de out. 2014.

internação compulsória, visto que o indivíduo se está, nesse caso, tratando contra sua vontade, num contexto em que qualquer demonstração de preconceito pode contribuir, para que todo o processo se perca.

## 7 METODOLOGIA DA PESQUISA E ANÁLISE DOS DADOS

A pesquisa tem sua base fundamentada na sistematização, nas indagações e nas observações da realidade, razão por que busca-se conhecer o contexto social dos sujeitos nela envolvidos para propor mudanças transformadoras de uma determinada expressão da questão social. [...] instrumentaliza o profissional a desenvolver práticas comprometidas com mudanças significativas no contexto em que se insere (Gatti 2002 apud Burguignon 2007, p. 49)

Sob esta ótica, o Assistente Social utiliza-se da pesquisa como instrumental de grande relevância para obter o conhecimento acerca do planejamento de suas ações para alteração da realidade de seus sujeitos. Nesse contexto, [...] as pesquisas em Serviço Social têm construído avanços significativos em diferentes campos da ação profissional, no âmbito das políticas públicas nos enfrentamentos das expressões da questão social em diferentes momentos históricos. (Burguignon, 2007, p. 47)

Ainda de conformidade com a autora supramencionada, a pesquisa,

[...] no âmbito da profissão, vem estimulando a atitude investigativa na postura e no exercício profissional. Em sua trajetória histórica, a profissão, ao construir e reconstruir um legado teórico, estabelece diálogo crítico com outras áreas do conhecimento, sendo importante interlocutora no campo das reflexões sobre a questão social e seu enfrentamento por meio da política pública. Neste sentido, destacamos as ações, eventos acadêmicos, discussões e produções dos profissionais do campo sociojurídico, que, nos últimos anos, vêm ganhando expressão, ao promover o debate sobre as particularidades da prática profissional neste campo. (BOURGUIGNON, 2007, p. 48)

Sobre a amplitude que a pesquisa proporciona ao pesquisador, ela foi utilizada no desenvolvimento deste trabalho, mais especificamente na área da saúde mental. Esse instrumental foi utilizado, com a propositura de desvelar as inquietudes das quatro integrantes que produziram este trabalho, em relação à viabilidade da internação compulsória no tratamento dos sujeitos em processo de dependência química.

Com o intuito de obter respostas claras e precisas sobre o universo que abrange esta problemática, optou-se pela pesquisa bibliográfica, utilizando livros, artigos científicos, leis e decretos, relacionados a esta temática. Sabendo-se da importância da pesquisa para o trabalho acadêmico, as integrantes deste trabalho optaram pela pesquisa de campo com a aplicação de questionário de caráter qualitativo e quantitativo, estruturado com perguntas

abertas e fechadas, possibilitando ao profissional a justificativa de respostas, caso não concordasse com as alternativas sugeridas.

Ao referenciar-se sobre a pesquisa quantitativa e qualitativa, Lima (2009, p. 3-4), expõe que:

Pesquisa Quantitativa considera que tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir em números, opiniões e informações para classificá-las e analisá-las, [...] é mais adequada, para apurar opiniões e atitudes explícitas e conscientes dos entrevistados, pois utiliza instrumentos estruturados (questionários).  
[...] Pesquisa Qualitativa considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito, que não pode ser traduzida em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição dos significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. Ela não requer o uso de métodos de técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para a coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave.

A pesquisa quantitativa, ao expor, de forma numérica, os dados extraídos de uma entrevista, proporciona ao leitor obter informações por meio de leitura gráfica dos objetos explorados. Enquanto a pesquisa qualitativa se submete à análise de referencial bibliográfico e de perguntas abertas, remete ao pesquisador e ao leitor informações que podem ser comparadas no decorrer do processo histórico.

### **7.1 Apresentação e análise dos dados Coletados no Processo de Pesquisa de Campo**

No princípio, o universo da pesquisa abrangia uma estimativa de 51 profissionais que atuassem com demandas da área da saúde mental. Desses 51 profissionais, 26 recusaram-se a participar da pesquisa e dessa forma, a pesquisa contou com a participação de 25 profissionais, sendo eles: 10 profissionais do Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes; 04 profissionais do Centro de Atenção Psicossocial- CAPS II; 01 profissional da instituição Fraternidade São Damião, do município de Presidente Prudente-SP; 02 profissionais do Centro de Referência de Assistência Social; 02 profissionais da Diretoria da Assistência Social; 04 profissionais da Unidade Básica de Saúde do município de Emilianópolis- SP; e 02 profissionais do Centro de Referência de Assistência Social, do município de Presidente Bernardes-SP.

A seguir, na tabela 01, será exposta a formação dos profissionais entrevistados:

TABELA I- Número de profissionais classificados segundo sua formação.

	Assistente Social	7
	Auxiliar de Enfermagem	3
	Enfermeiro	3
	Médico Clínico Geral	1
	Médico Residente em Psiquiatria	2
	Psicólogo	7
	Terapeuta Ocupacional	2

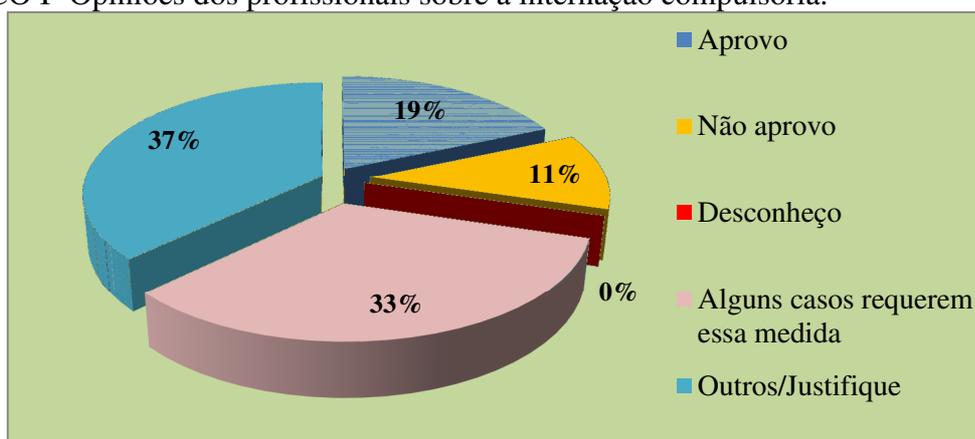
Fonte: tabela construída pelas autoras: Luz, Silva, Silva e Palombino. 2014

Na tabela acima, estão expostos todos os profissionais participantes da pesquisa, que, de forma direta ou indireta, são partícipes do tratamento da dependência química em seus espaços de trabalho. Porém, nesta tabela, existe a lacuna devido à ausência de médico psiquiatra, pois foram convidados três médicos dessa especialidade, mas todos se recusaram a contribuir com a pesquisa.

O questionário foi elaborado com doze perguntas relacionadas ao tratamento do dependente químico, onde os participantes poderiam responder as alternativas ou justificar suas respectivas respostas, caso não estivessem de acordo com os itens propostos. No entanto, deve ser destacado que, neste trabalho, os profissionais serão mencionados por meio de expressão numérica de 01 ao 25, resguardando-se assim sua identidade.

**Pergunta 01:** Qual é sua opinião sobre a Internação Compulsória?

GRÁFICO I- Opiniões dos profissionais sobre a internação compulsória.



Fonte: gráfico construído pelas autoras: Luz, Silva, Carneiro, e Palombino, 2014.

Por meio da leitura gráfica, percebe-se que, ao serem indagados pelo tratamento via ordem judicial, ou seja, a “internação compulsória” do dependente químico, 11% dos profissionais não aprova esta medida, sendo que todos os participantes têm conhecimento sobre a internação compulsória; 33% responderam que, em alguns casos, requerem esta medida; e 37% justificaram suas respostas.

Das 37% das respostas justificadas, serão expostas 05 no corpo do texto; e as demais se seguirão como nota de rodapé<sup>22</sup>. Demonstram-se, na transcrição abaixo, as seguintes entrevistas:

**Entrevistado 01:** Na verdade, considero a internação compulsória necessária, à medida que a pessoa/paciente se torna um risco para si e para terceiros. Mas, ao mesmo tempo, ela torna-se uma violação de direitos, não enfrentando o aumento do consumo de drogas.

**Entrevistado 03:** A não ser em casos em que o dependente químico oferece graves perigos a terceiros.

<sup>22</sup> **Pergunta 01:** Qual é a sua opinião sobre a Internação Compulsória?

**Entrevistado 02:** Pois, em muitos casos, se faz necessária.

**Entrevistado 04:** Necessária, dependendo do caso.

**Entrevistado 07:** Em situação a onde o usuário corre risco para si ou para outrem.

**Entrevistado 19:** Depende do caso da internação.

**Entrevistado 21:** Em relação à resposta, em casos mais dependentes, é necessária a internação compulsória.

**Entrevistado 09:** Casos em que se esgotaram as estratégias (sensibilização, T. ambulatorial, Int. Involuntária).

**Entrevistado 18:** É importante compreendermos qual o nível em que o paciente se encontra, pois, em casos críticos, como, por exemplo, os dependentes químicos, não compreendem a situação/estado; e além de tudo isto, os sujeitos envolvidos nessa situação, os familiares então a internação compulsória ocorre, pois não há outra forma de tratamento, ou seja, ela não é nem ótima, nem boa nem ruim, e, sim, necessária em casos como este, pois não há outra alternativa e o paciente necessita de tratamento.

**Entrevistado 20:** A internação compulsória, quando bem avaliada e individualizada, traz benefício para o paciente.

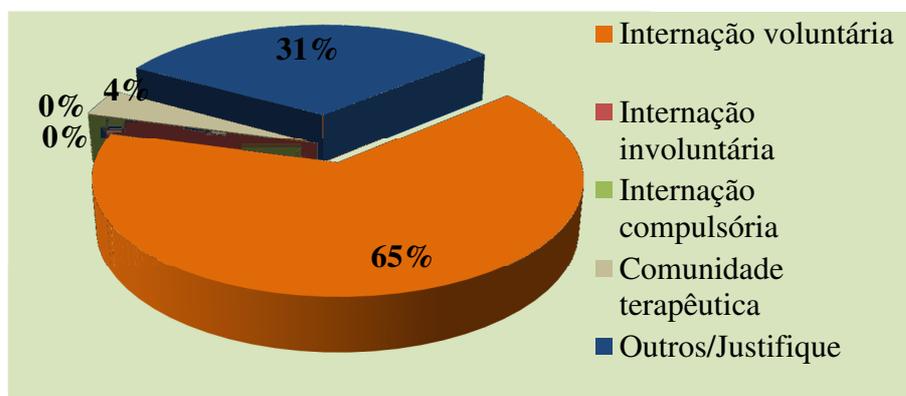
Por meio das falas dos profissionais, constata-se que, ao se reportar em relação à internação compulsória, eles assinalam que a mesma é importante para o tratamento dos dependentes químicos, porque as pessoas que se encontram no processo de dependência química não têm discernimento da gravidade da sua problemática, mas pontuam que a mesma é uma violação de direitos.

A internação compulsória, como já foi citada anteriormente, no capítulo 4 deste trabalho, é utilizada no território brasileiro, desde a colonização do país, porém era uma medida que não visava à humanização dos pacientes. Após a ocorrência da reforma psiquiátrica, com a lei 10.206, de 2001, ficou estabelecida no artigo 4º desta lei, que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada, quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”.

Mediante o advento da reforma psiquiátrica, com a referida lei, a internação desses sujeitos adquiriu um caráter humanizado, a partir do momento em que reconheceu o dependente químico como sujeito de direitos, e não somente a patologia em si.

**Pergunta 02:** Em sua opinião, quais são os tratamentos que apresentam resultados satisfatórios?

GRÁFICO II- Modalidade de internação psiquiátrica no Brasil.



Fonte: gráfico construído pelas autoras: Luz, Silva, Carneiro, e Palombino. 2014

No que se refere ao gráfico acima, ao responderem à pergunta alusiva sobre as modalidades de internação, constatou-se que 65% dos entrevistados responderam que a internação voluntária é à medida que apresenta melhor resultado; 04% dos entrevistados optaram pela comunidade terapêutica; 31% deles justificaram suas respostas; em relação à internação involuntária e a compulsória, nenhum dos entrevistados optou por esta alternativa.

Dessa forma, é observado que, na opinião desses profissionais, a internação involuntária e compulsória não tem viabilidade como modalidade de tratamento dos sujeitos que se encontram no processo de dependência química, porém deve ser observado que, ao comparar o gráfico I com o gráfico II, a maioria dos entrevistados, com o percentual de 37%, concordaram com essa modalidade de tratamento, o que nos parece contraditório. Nas justificativas que foram expostas, esses profissionais destacaram que, apesar de não concordar com a internação compulsória, enfatizam que ela é necessária, porque os sujeitos em processo de dependência química podem representar risco para si mesmos e para a sociedade; e que eles não possuem capacidade de discernir sobre sua vida.

As respostas justificadas obtiveram uma somatória de 08 entrevistas. Dessa quantia, serão transcritas 04 no texto, com as demais na nota de rodapé<sup>23</sup>:

**Entrevistado 06:** O tratamento ambulatorial é necessário nos casos de desintoxicação, a internação voluntária, entendo, que apresenta resultados mais satisfatórios. Não acredito na eficácia de tratamentos baseados na abstinência total e privação de liberdade.

**Entrevistado 07:** Os resultados são melhores, quando o usuário se encontra motivado para o tratamento.

**Entrevistado 08:** O paciente necessita, em alguns casos, de ficar fora do meio, mas acredito que o tratamento ambulatorial (CAPS, AME e outros) é importante, para oferecer condições de permanência no meio em que ele vive.

**Entrevistado 20:** Quando o paciente tem conhecimento e consciência de sua situação de dependência, o tratamento se torna mais eficaz.

Na compreensão dos entrevistados, os tratamentos ambulatoriais são mais viáveis, pois não restringem a liberdade dos sujeitos. Na concepção desses profissionais, os usuários, quando dispostos a se tratar, são mais perceptíveis às etapas necessárias do tratamento.

---

<sup>23</sup>**Pergunta 02:** Em sua opinião, quais são os tratamentos que apresentam resultados satisfatórios?

**Entrevistado 02:** Melhor, quando há iniciativa da pessoa.

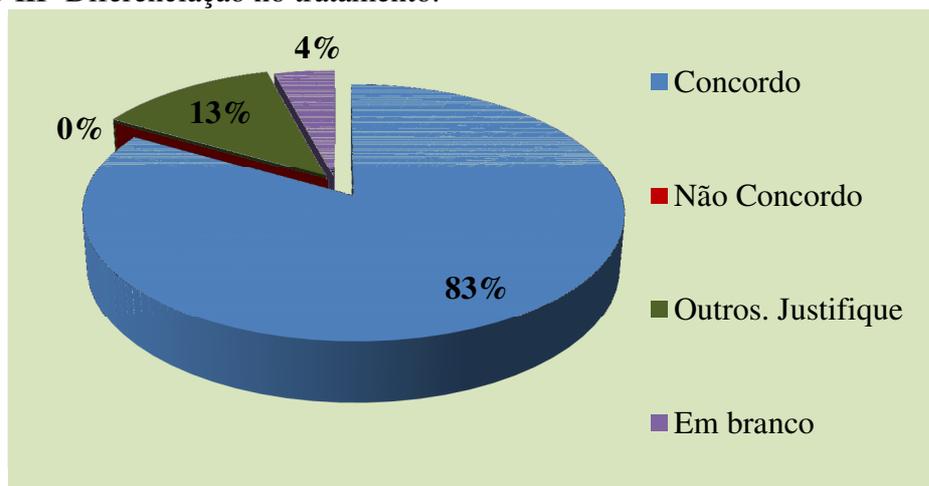
**Entrevistado 04:** Quando as pessoas quer ir já é um passo a frente.

**Entrevistado 09:** Tratamento ambulatorial, como o CAPS. O paciente necessita estar em estágio de contemplação para dar resultados e se em pré-contemplação, apesar de ser mais difícil e após sensibilização da equipe, tem dado resultado.

**Entrevistado 19:** Se a pessoa aceita o tratamento com certeza seu tratamento será melhor.

**Pergunta 03:** Atualmente, considera-se que os indivíduos que apresentam problemas com drogas compõem grupos heterogêneos e necessitam de tratamentos diferenciados. Isto acontece, porque a dependência química resulta da interação de vários aspectos da vida das pessoas: biológicos, psicológicos e sociais. Desse modo, as intervenções devem ser diferenciadas para cada indivíduo e devem considerar todas as áreas envolvidas.

GRÁFICO III- Diferenciação no tratamento.



Fonte: gráfico construído pelas autoras: Luz, Silva, Carneiro e Palombino. 2014

Na pergunta três, 83% dos entrevistados acreditam que o tratamento tem que ser diferenciado para cada sujeito, porque cada um tem a sua particularidade e necessidades diferentes; 13% preferiram justificar suas respostas; 04% não responderam a esta pergunta; e nenhum desses entrevistados se manifestou contrário a este questionamento.

Para Brites (2013, s. p.), o tratamento dispensado aos dependentes químicos é de caráter universalista, pois a política de saúde implantada no Brasil, oferta o cuidado a todos os enfermos de forma padronizada e isto não é viável, porque “Ela retira do usuário ou dependente de drogas sua autonomia, já que impõe um modelo único de tratamento”.

Do percentual de 13%, quem justificou suas respostas foram 03 entrevistados. Segue a transcrição de uma das respostas; as demais serão transcritas na nota de rodapé<sup>24</sup>:

**Entrevistado 09:** Avaliar cada necessidade Humana Básica do paciente, que muda de um Dependente químico para o outro.

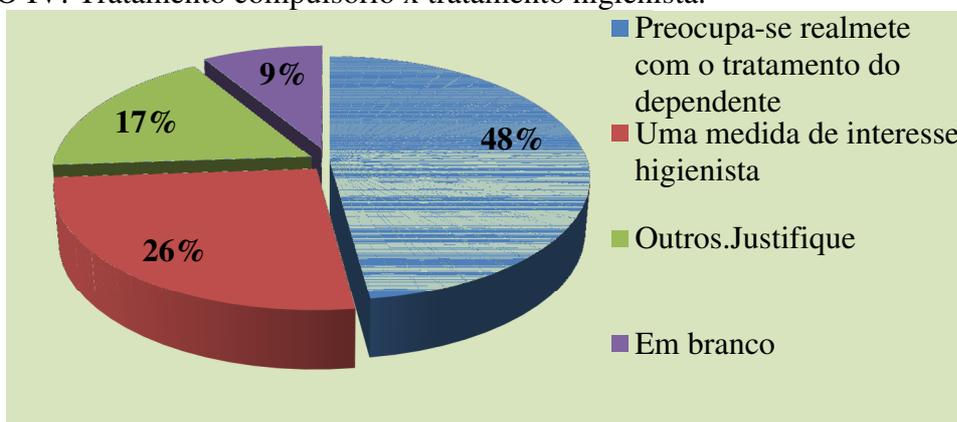
<sup>24</sup>**Pergunta 03:** Atualmente, considera-se que os indivíduos que apresentam problemas com drogas compõem grupos heterogêneos e necessitam de tratamentos diferenciados. Isso acontece, porque a dependência química resulta da interação de vários aspectos da vida das pessoas: biológico, psicológico e social. Desse modo, as intervenções devem ser diferenciadas para cada indivíduo e devem considerar todas as áreas envolvidas.

**Entrevistado 07:** Cada pessoa é única com necessidades diferentes. Projeto terapêutico singular individualizado.

**Entrevistado 08:** Cada paciente, uma substância, e ela reage de modos diferentes nos indivíduos; e cada paciente tem histórias de vida diferentes.

**Pergunta 04:** Você acredita que o uso desmedido da Internação Compulsória se preocupa, realmente, com o tratamento do dependente ou é mais uma medida de interesse higienista?

GRÁFICO IV: Tratamento compulsório x tratamento higienista.



Fonte: gráfico construído pelas autoras: Luz, Silva, Carneiro e Palombino. 2014

Em relação ao tratamento compulsório, 48% responderam que é uma medida que se preocupa com o tratamento desses sujeitos; 26% acreditam que é uma medida de interesse higienista, ou seja, visa tirá-los da sociedade, e não tratar o sujeito adoecido; 17% optaram por justificar a sua resposta; e 09% não souberam responder.

Das respostas justificadas, 03 serão transcritas no texto; e as demais seguiram na nota de rodapé<sup>25</sup>:

**Entrevistado 06:** Medida higienista, discriminatória, e não efetiva. Retrocesso. Não alcança a raiz do problema, em alguns casos, apenas “ameniza” sintomas.

**Entrevistado 08:** Alguns casos, a família e a sociedade desejam apenas “se livrar do problema”, sem visar o bem-estar do mesmo.

**Entrevistado 22:** Porém em casos em que o indivíduo está realmente comprometido e não possui uma crítica da sua situação, se torna um instrumento necessário. No entanto a maneira que o poder judiciário vem utilizando desse instrumento o torna higienista.

Enfatizando as falas dos entrevistados, Brites (2013, s. p.) entende que a internação compulsória não ira acabar com os problemas relacionados ao uso de drogas. Da forma como vem sendo utilizada, ela atende, mais os interesses econômicos e políticos, assumindo, assim, um caráter higienista.

<sup>25</sup>**Pergunta 04:** Você acredita que o uso desmedido da Internação Compulsória se preocupa, realmente, com o tratamento do dependente ou é mais uma medida de interesse higienista?

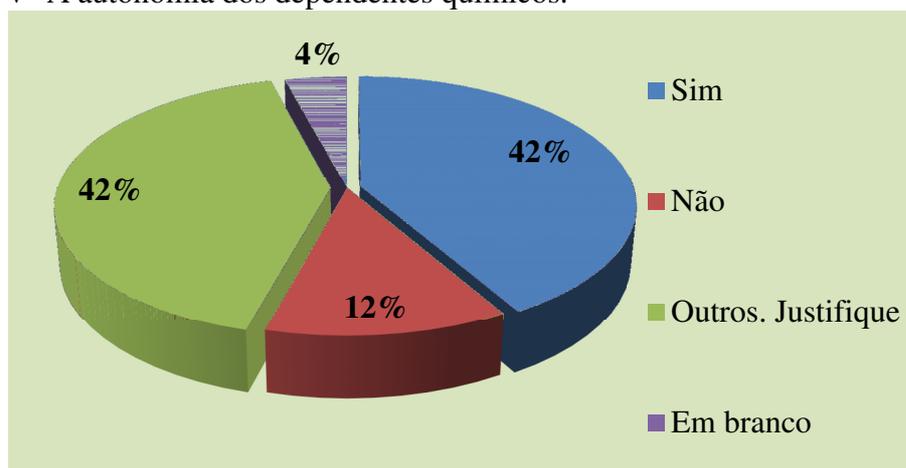
**Entrevistado 07:** Segundo resposta da questão 01.

**Entrevistado 17:** Acredito que não se pode generalizar: A maioria dos casos necessitam de tratamento.

**Entrevistado 23:** Uma falta de respeito do paciente e o médico.

**Pergunta 05:** Alguns estudiosos alegam que a pessoa em processo de dependência química, não é capaz de decidir sobre sua vida e, diante desse fato, é necessária a intervenção compulsória. Em sua opinião, esses sujeitos se encontram totalmente incapazes de decidir sobre sua própria vida?

GRÁFICO V- A autonomia dos dependentes químicos.



Fonte: gráfico construído pelas autoras: Luz, Silva, Carneiro e Palombino. 2014

Ao observar o gráfico acima, visualiza-se que 42% dos entrevistados acreditam que os dependentes químicos não são capazes de discernir sobre sua própria vida; 12% não acreditam na incapacidade de discernimento desses sujeitos; e 04% não responderam a esta pergunta, 42% justificaram suas respostas. Destes, transcrever-se-ão 06 respostas; e as demais serão transcritas na nota de rodapé<sup>26</sup>.

**Entrevistado 01:** Não considero que esses sujeitos se encontram incapazes de tomar decisões. Mas, sim, incapazes de aceitar a condição de dependência e principalmente que necessitam de tratamento.

**Entrevistado 06:** O dependente químico não perde a capacidade de conduzir suas próprias vidas, pois não perde a capacidade crítica devido à dependência química. O indivíduo (dependente de drogas) continua sendo “sujeito” e a droga, por sua vez, o objeto, e não o contrário.

<sup>26</sup>**Pergunta 05:** Alguns estudiosos alegam que a pessoa em processo de dependência química não é capaz de decidir sobre sua vida e, diante deste fato, é necessária a Intervenção Compulsória. Em sua opinião, esses sujeitos se encontram totalmente incapazes de decidir sobre sua própria vida?

**Entrevistado 03:** Em minha opinião, nem todo dependente químico é incapaz.

**Entrevistado 07:** Em alguns momentos, sua crítica fica prejudicada, em outros, não.

**Entrevistado 15:** Depende do caso, todo paciente deve ser observado individualmente (quantidade da droga consumida e comprometimento social e psíquico).

**Entrevistado 17:** Em alguns casos, acredito que é necessária a internação compulsória.

**Entrevistado 19:** Depende da situação em que o paciente se encontra.

**Entrevistado 23:** Mas não todos, acredito que, das avaliações e que deveriam ser reais, seria com profissionais responsáveis e bem preparados.

**Entrevistado 09:** Não diz respeito a decidir ou não sobre sua vida. O que se evidencia é que, na cronicidade do uso ou sob o efeito da SPA (subst. psicoativa), ele apresenta comportamentos alterados em relação ao estado de desintoxicação/abstinência, que são influenciados pelo efeito da SPA ou na falta dela.

**Entrevistado 13:** Depende de cada caso, gravidade da doença, o grau de dependência, o tempo de uso.

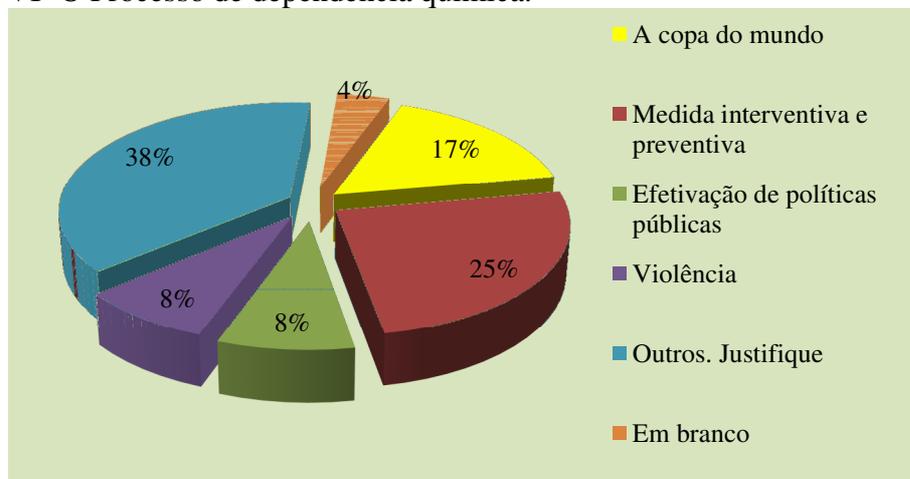
**Entrevistado 18:** Isso vai depender do nível de dependência em que o sujeito se encontra e o quanto ele está disponível a aceitar o tratamento.

**Entrevistado 22:** Nem todos perdem a capacidade de decidir sobre a sua vida, cada caso é um caso, e precisa ser analisado individualmente.

Entende-se que as opiniões dos entrevistados se dividem, pois, enquanto uma parcela defende a ideia de que os dependentes químicos têm capacidade de decisão sobre sua vida, a outra parcela relata que a capacidade desse sujeito, em relação a sua vida, é relativa.

**Pergunta 06:** O processo da Dependência Química, no Brasil, não é atual, predomina no contexto sócio-histórico, desde a colonização, porém, na atualidade, esse fato ganhou grande visibilidade. Em sua opinião, o enfoque desse fator tem sido devido:

GRÁFICO VI- O Processo de dependência química.



Fonte: gráfico construído pelas autoras: Luz, Silva, Carneiro e Palombino. 2014

O gráfico acima apresenta os seguintes dados: 17% dos entrevistados considera que a copa do mundo foi um dos propulsores que culminou com o aumento das determinações de tratamento compulsório na atualidade; 25% desses profissionais acreditam que é uma medida interventiva, ou seja, ela é uma intervenção, ao determinar que o sujeito em processo de dependência química seja submetido ao internamento por determinação judicial e, com isto, ela também se torna uma medida protetiva, porque protege esses sujeitos dos possíveis agravamentos da doença; 8% desses profissionais afirmam que é uma efetivação de políticas públicas; 8% desses profissionais acreditam que seja devido ao aumento da violência urbana

nos grandes centros comerciais; 38% preferiram justificar as suas respostas; 4% preferiram não opinar. As respostas justificadas totalizaram 10 entrevistas. E percentual de 38% dessas justificativas, 05 serão transcritas no texto; as demais seguirão na nota de rodapé<sup>27</sup>:

**Entrevistado 01:** Considero que este assunto ganhou visibilidade devido ao grande aumento do consumo de drogas, bem como à criação de novas drogas. Também hoje, as drogas atingem qualquer classe social, diferentemente dos anos, 60, 70, 80, que atingiam as classes mais altas. Hoje, esse fato não é meramente um problema de saúde, e passou a ser uma questão de política pública.

**Entrevistado 08:** As pessoas estão sendo esclarecidas dos problemas que afetam a população em geral. Educação e prevenção.

**Entrevistado 09:** Não acredito em fatores isolados que tenham elevado a preocupação, mas, sim, um conjunto de evidências:- aumento de problemas sociais como desemprego, violência, internações, solicitações, crimes, gastos com a saúde.

**Entrevistado 15:** Devido à epidemia de crack e outras drogas que estão acontecendo na atualidade, dados comprovados pelo estudo LENAD e do instituto INPAD.

**Entrevistado 21:** O governo brasileiro só toma providência, quando o quadro abordado está complexo, dificultando a intervenção.

Nota-se que os entrevistados acima apontam que a visibilidade dispensada ao problema da drogadição na atualidade está associado à aquisição dessa substância por toda classe social. Sob a percepção deste profissional, no passado, o uso de substâncias psicoativas ficava restrito somente à classe social com maior poder aquisitivo. Desta forma, era consumida apenas por um pequeno número de pessoas. O desemprego e a violência também foram citados como um dos fatores dessa problemática, porém um dos entrevistados assinalou que a ausência de medidas interventivas dos governantes brasileiros tem dificultado a obtenção de respostas efetivas, uma vez que só ocorre a visibilidade por meio dos setores governamentais, quando o problema já se encontra enredado no contexto social.

**Pergunta 07:** Em sua opinião, a internação compulsória pode ser considerada uma medida de violação de Direitos Humanos?

---

<sup>27</sup>**Pergunta 06:** O processo da Dependência Química, no Brasil, não é atual, predomina no contexto sócio-histórico, desde a colonização, porém, na atualidade, esse fato ganhou grande visibilidade. E o enfoque deste fator tem sido devido:

**Entrevistado 04:** Atualmente ganhou repercussão.

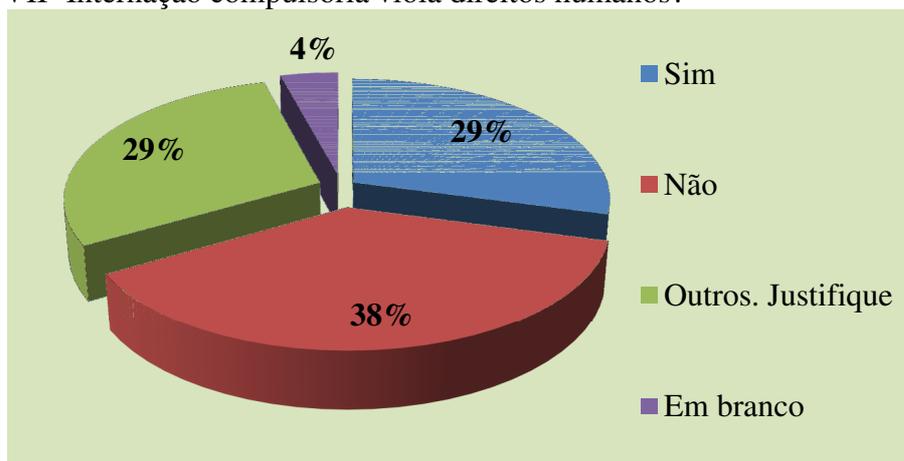
**Entrevista 06:** Política Pública de caráter higienista “Vigiar e Punir”

**Entrevistado 13:** Devido à epidemia de droga, crack e álcool no Brasil.

**Entrevistado 18:** Hoje percebemos que as famílias estão buscando mais ajuda e aceitando, mais, os tratamentos dos familiares dependentes. Então esta visibilidade aumentou, devido ao fato de os profissionais, familiares buscarem ajuda e recursos disponíveis.

**Entrevistado 24:** Não é preventiva.

GRÁFICO VII- Internação compulsória viola direitos humanos?



Fonte: gráfico construído pelas autoras: Luz, Silva, Carneiro e Palombino. 2014

Conforme a leitura gráfica, 29% dos entrevistados acreditam que a internação compulsória é uma violação de direitos do sujeito, pois ela retira dele o direito de tomar decisão sobre sua própria vida; 38% dos entrevistados não acreditam que essa modalidade de internação seja uma violação aos direitos humanos, porque, sob a ótica desses profissionais, ela resguarda o direito à vida do dependente químico; 04% dos entrevistados não responderam a este questionamento; e 29% desses profissionais optaram pela justificativa com 08 expostas no corpo do texto e as demais seguirão na nota de rodapé<sup>28</sup>.

**Entrevistado 01:** Do ponto de vista dos direitos humanos a internação compulsória fere a liberdade do indivíduo de decidir sobre o próprio corpo.

**Entrevistado 03:** Acho essa pergunta complexa, pois depende, muito, da situação; em alguns casos, o dependente químico oferece perigo não apenas a si mesmo mas também a terceiro, permanecendo ele em sociedade, à violação de direitos, à segurança, à integridade física e psicológica.

**Entrevistado 06:** Faz com que o sujeito perca autonomia, contato com o espaço social. Constitui-se como uma forma velada de preconceito, violência e racismo social.

**Entrevistado 18:** Tudo depende da forma como os profissionais envolvidos nesse processo irão atuar com o sujeito que necessita da internação, pois, em muitas situações, o sujeito necessita de internação, mas não aceita, porém ele tem uma vida e a mesma deve ser preservada.

**Entrevistado 20:** Em parte, sim, pois o indivíduo é submetido a algo contra sua vontade. Mas é algo necessário, pois, no ponto de vista do médico, esse indivíduo, em muitas situações só se dá com a internação.

**Entrevistado 21:** E não é considerado em todos os casos, pois as pessoas sem o apoio da família, nesses casos, é necessário agir.

<sup>28</sup>**Pergunta 07:** Em sua opinião a internação compulsória pode ser considerada uma medida de violação de Direitos Humanos?

**Entrevistado 02:** Pois em muitos casos se faz necessário.

**Entrevistado 04:** Necessária, dependendo do caso.

**Entrevistado 07:** Em situação onde o usuário corre risco para si e para outrem.

**Entrevistado 19:** Depende do caso da internação.

**Entrevistado 21:** Em relação à resposta, em casos mais dependentes, é necessária a internação compulsória.

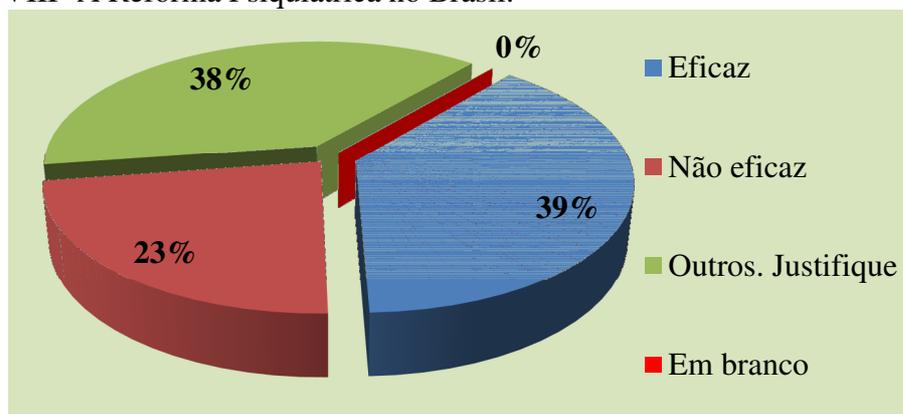
**Entrevistado 22:** Porém, em algumas situações, violar esses direitos é necessário, para garantir a integridade do sujeito em situação de risco.

**Entrevistado 23:** Se for para proteção e cuidado, (quando houver risco de vida do paciente, família e comunidade).

Conforme a fala dos profissionais, percebe-se que, ao relacionar a internação compulsória com a violação de direitos, eles reconhecem e admitem que possa ser uma violação de direitos, porém se torna necessária, dependendo do agravamento da doença.

**Pergunta 08:** A Reforma Psiquiátrica, no Brasil, estabelece que a internação compulsória só poderá ser determinada após esgotar todas as alternativas propostas para o tratamento da dependência química. Neste contexto, qual é sua opinião sobre a internação do dependente químico para tratamento em hospitais psiquiátricos, esse método é?

GRÁFICO VIII- A Reforma Psiquiátrica no Brasil.



Fonte: gráfico construído pelas autoras: Luz, Silva, Carneiro e Palombino. 2014

Segundo os dados extraídos do gráfico, 39% dos entrevistados responderam que esse método é eficaz; 23% acreditam que o tratamento hospitalar não é eficaz; 38% dos profissionais justificaram suas respostas. A seguir, serão transcritas 04 destas justificativas e as demais serão expostas na nota de rodapé<sup>29</sup>.

<sup>29</sup>**Pergunta 08:** A Reforma Psiquiátrica, no Brasil, estabelece que a internação compulsória só poderá ser determinada, após esgotar todas as alternativas propostas para o tratamento da dependência química. Neste contexto, qual é sua opinião sobre a internação do dependente químico para tratamento em hospitais psiquiátricos, esse método é?

**Entrevistado 03:** Pois, para o processo de desintoxicação é necessário um tratamento mais intensivo.

**Entrevistado 06:** Acredito na necessidade em alguns casos de internação curta em hospitais psiquiátricos, para desintoxicação apenas.

**Entrevistado 08:** Será eficaz, se o mesmo der continuidade ao tratamento após a alta, procurando o CAPS.

**Entrevistado 11:** Depende do aprovação do paciente, reflexão em relação a sua doença.

**Entrevistado 15:** O tratamento é eficaz quando a internação é bem indicada, seguindo os critérios médicos.

**Entrevistado 17:** É eficaz quando o dependente consegue aceitar o tratamento e estar disponível para mudança na sua vida.

**Entrevistado 18:** Todo processo de internação, independente do motivo, para ser eficaz, vai depender do sujeito que necessita da internação, o quanto ele está desejando e o nível de busca e aceitação do tratamento.

**Entrevistado 09:** Não acredito e não percebo eficácia, justamente por não ser especializado a D.Q. Há institucionalização de transtornos mentais com D.Q., fato que dificulta o plano terapêutico específico.

**Entrevistado 13:** A internação psiquiátrica é indicada em casos graves; para preservar a vida do paciente é eficaz.

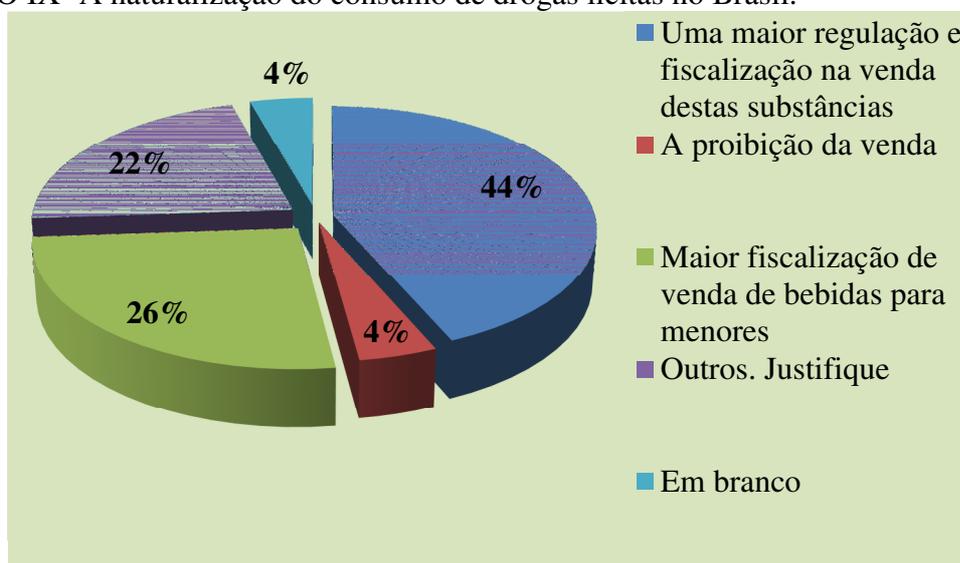
**Entrevistado 19:** Podemos trabalhar com eles por meio de trabalho educativo na própria comunidade.

**Entrevistado 22:** Sim, o método é eficaz, porém o que garante o sucesso da internação e como a rede de saúde de cada município vai estar estruturada, para garantir a continuidade do tratamento.

Ao realizar a análise da transcrição acima, constata-se que os profissionais acreditam que o internamento em hospital psiquiátrico é eficaz, porque é necessário para o processo de desintoxicação, porém quase a maioria enfatiza que o tratamento extra-hospitalar ofertado pela rede de atendimento à saúde mental tem que ser mais bem estruturada, para dar o suporte aos usuários desses serviços.

**Pergunta 09:** A naturalização do consumo de drogas lícitas, no Brasil é um dos fatores que tem motivado a precocidade do consumo destas drogas, sobretudo de adolescentes. Em sua opinião, para reverter este quadro é necessário:

GRÁFICO IX- A naturalização do consumo de drogas lícitas no Brasil.



Fonte: gráfico construído pelas autoras: Luz, Silva, Carneiro e Palombino. 2014

No que se refere ao gráfico acima, 44% dos profissionais consideram que é necessária uma fiscalização mais intensificada sobre a comercialização de substâncias psicoativas; 04% pontuam que é necessária a proibição desse tipo de comércio; 26% expõem que tem que haver uma rígida fiscalização da venda de bebidas para menores; 22%

---

**Entrevistado 24:** Depende de cada situação e de cada paciente.

justificaram suas respostas, que serão transcritas a seguir e as demais serão expostas na nota de rodapé<sup>30</sup>:

**Entrevistado 08:** Necessita de uma prevenção, mais a educação, juntamente com as ações previstas em lei e uma fiscalização maior.

**Entrevistado 09:** Além de regulação, fiscalização devendo de SPA lícitas, há que fazer-se cumprir e aprimorar as políticas públicas para as substâncias lícitas, dar enfoque à prevenção e promoção (prevenção de agravos e promoção de saúde, informações, esclarecimentos) desde os primeiros anos escolares; orientações a pais e familiares.

**Entrevistado 18:** A questão do consumo de drogas lícitas no Brasil é um fator individual para cada sujeito, ou seja, cada um possui motivo específico, o porquê utiliza, consome. Independente da questão da regulação e fiscalização, o que leva o indivíduo a utilizar/consumir drogas são motivos internos, que fazem parte da vida do sujeito.

**Entrevistado 22:** É necessário investir em educação e outras fontes de estímulos saudáveis, que permitem que o indivíduo desenvolva, bem, todos os aspectos subjetivos, e não precise, assim, de aditivos que o ajudem a enfrentar sua realidade.

Nota-se, com a fala dos entrevistados, que é de suma importância, no combate às drogas, um investimento nas políticas públicas relacionadas às ações integradas entre prevenção e educação, com o objetivo de um trabalho interventivo, visando à prevenção do consumo de substâncias psicoativas desde a infância do cidadão.

Segundo Setti (2012, s.p):

Levantamentos feitos no Brasil e no exterior comprovam que beber em qualquer idade potencializa comportamentos temerários. No adolescente, com sua onipotência e impulsividade características, o risco de o álcool provocar ou facilitar situações, como gravidez precoce, contaminação por doenças sexualmente transmissíveis, envolvimento com a criminalidade e uso de drogas ilícitas, é perigosamente maior. Junte-se a isso o fato de que, num organismo jovem, o impacto e as consequências da ingestão de bebida são muito diferentes do que os que incidem sobre um adulto, e a conclusão unânime dos especialistas é: menores de 18 anos não devem beber, sequer, uma gota de álcool.

A experiência de muitos adultos, no entanto, ajuda a enfraquecer o que, para os cientistas, é uma certeza. Muitos pais pensam: “Tomei minhas doses, quando era jovem e hoje tenho um emprego estável, uma família feliz e uma relação saudável com a bebida”. [...] Entrevistas feitas por VEJA com jovens, pais e funcionários de bares de Norte a Sul do Brasil refletem, com precisão, a teoria do “mal menor” captada pelas pesquisas. Uma mãe de Porto Alegre, por exemplo, disse que incentiva os filhos a beberem em casa, com os amigos, para que não façam isto na rua, onde estarão desamparados. Ela acredita que assim está protegendo, devidamente, os meninos.

Por causa disto, novas pesquisas têm tentado matizar as categorias de bebedores jovens e precisar os riscos associados a cada perfil. [...]

Ao longo de um ano, um em cada três jovens brasileiros de 14 a 17 anos se embebedou ao menos uma vez. Em 40% dos casos mais recentes, isto ocorreu na sua casa ou na de amigos e parentes.

---

<sup>30</sup>**Pergunta 09:** A naturalização do consumo de drogas lícitas, no Brasil, é um dos fatores que tem motivado a precocidade do consumo dessas drogas, sobretudo de adolescentes. Em sua opinião, para se reverter este quadro, é necessário:

**Entrevistado 19:** Devemos trabalhar com nossa população, pois a venda já é proibida e isso não resolve o nosso problema.

Os números confirmam, também, a leniência com que adultos encaram a transgressão. Em 11% dos episódios, os menores estavam acompanhados dos próprios pais ou de tios.

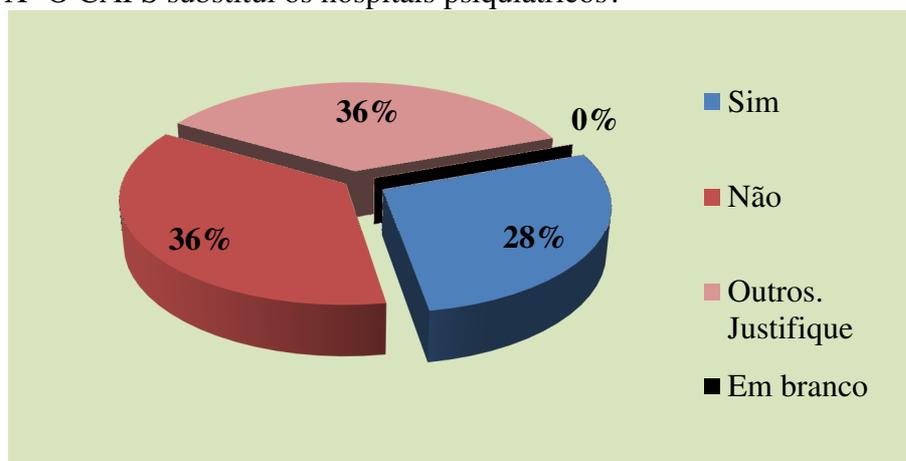
Um dos dados que mais chamam a atenção, na pesquisa, é o que mostra que, ao contrário de países, como os Estados Unidos, por exemplo, no Brasil, os jovens mais ricos são os que mais têm o hábito de se embriagar. O estudo mostrou que quase metade dos jovens da classe A, em que a renda familiar média supera os 10 000 reais, se embriagaram ao menos uma vez no último ano.

É quase o dobro do índice registrado entre as classes D e E (renda familiar média de 600 reais). Essa realidade já influencia, também, a oferta de serviços de saúde. Há cerca de dois anos, os médicos do Hospital Israelita Albert Einstein, reduto da classe A, começaram a notar o fenômeno. “Não era comum atendermos adolescentes de 13 e 14 anos com intoxicações alcoólicas. Agora, dois ou três costumam dar entrada aqui, por noite, às sextas-feiras e aos sábados”, explica a pediatra Paula Cristina Ranzini, da Unidade de Pronto Atendimento Infantil da unidade Morumbi, do Einstein.

Conforme o exposto acima, os jovens brasileiros estão mais suscetíveis à dependência alcoólica, devido aos facilitadores encontrados na comercialização dessa substância. Que, mesmo com a lei nº 14.592, de 19 de outubro de 2011, que “Proíbe vender, ofertar, fornecer, entregar e permitir o consumo de bebida alcoólica, ainda que gratuitamente, aos menores de 18 (dezoito) anos de idade”, vigente em brasileiro, os menores não têm dificuldades, para adquirir a bebida alcoólica, ou seja, eles a compram, usando documento com idade adulterada, usam amigos com idade permitida, para efetuar a compra, os próprios familiares lhes proporcionam o acesso como medida protetiva, fato que pode ser observado na citação acima, por meio da fala de uma mãe, e o comércio, visando ao lucro a qualquer custo, acaba cometendo essa transgressão.

**Pergunta 10:** O CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) é a grande aposta do Governo, para substituir os hospitais psiquiátricos, porém é sabido por todos que inexistente este serviço em várias regiões brasileiras, principalmente do CAPS 24 horas, que é essencial, para atender às pessoas em crise de abstinência. Diante desta realidade, você acredita que o CAPS será capaz de substituir os hospitais psiquiátricos.

GRÁFICO X- O CAPS substitui os hospitais psiquiátricos?



Fonte: gráfico construído pelas autoras: Luz, Silva, Carneiro e Palombino. 2014

Observando o gráfico acima, visualiza-se que 28% dos entrevistados acreditam que os centros de atenção psicossocial (CAPS) têm capacidade de substituir os hospitais psiquiátricos; 36% não acreditam; 36% dos profissionais justificaram suas respostas. Sendo assim, será transcritas 06 respostas no texto e as demais serão expostas na nota de rodapé<sup>31</sup>:

**Entrevistado 03:** O tratamento no CAPS é diferenciado, mais voltado para a reabilitação e reinserção social; portanto a tendência é de que substitua os hospitais psiquiátricos em casos de dependentes químicos e transtornos mentais transitórios.

**Entrevistado 08:** No momento, isto não é possível, são necessários os hospitais e há a necessidade de criação de vagas em hospitais gerais, para receberem esse paciente para sua desintoxicação.

**Entrevista 09:** Impossível afirmar se irá substituir, pois o modelo de assistência é outro. Além disso, o CAPS 24 horas não será assistência de emergência, pois, para isto, haverá a emergência hospitalar psiquiátrica. Porém acredito que o tratamento ambulatorial é o caminho para a abstinência e a reabilitação.

**Entrevistado 18:** É necessária estrutura adequada e profissionais suficientes, para atenderem a demanda, para que os CAPS possam suprir as necessidades da população e dos usuários dos hospitais psiquiátricos.

**Entrevistado 19:** Ele oferece um com trabalho e, junto com a ESF, eles podem desenvolver um trabalho junto com a população.

**Entrevistado 20:** Ambos são essenciais para o tratamento do dependente. O primeiro para o tratamento ambulatorial e o segundo para continuar o tratamento clínico.

<sup>31</sup>**Pergunta10:** Os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) são a grande aposta do governo, para substituir os hospitais psiquiátricos, porém é sabido por todos que inexistente este serviço em varias regiões brasileiras, principalmente do CAPS 24 horas, que é essencial, para atender às pessoas em crise de abstinência. Diante desta realidade, você acredita que o CAPS será capaz de substituir os hospitais psiquiátricos.

**Entrevistado 04:** Desde que essa Política de Saúde foi implantada em Polos. (consórcio com outros municípios) e que fosse responsabilidade do Estado.

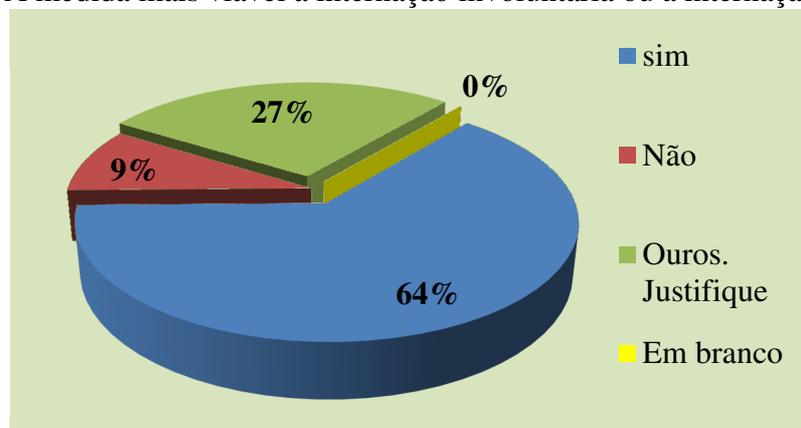
**Entrevistado 06:** Acredito que, se isso ocorrer, levará um longo tempo.

**Entrevistado 21:** Todos têm sua importância perante o tratamento psicótico.

Enfatizando as falas dos profissionais entrevistados e de conformidade com o subcapítulo 3.4 deste trabalho, para que o CAPS abranja as propostas de ruptura com o modelo “hospitalar hegemônico”, é de suma importância o atendimento comprometido com as reais necessidades expostas pela população usuária destes serviços.

**Pergunta 11:** A internação involuntária é uma medida que pode ser tomada pelo próprio médico, conhecedor do paciente. Em sua opinião, a internação involuntária, comparada à internação compulsória, será a medida mais viável, uma vez que acontece o contato médico/paciente.

GRÁFICO XI- A medida mais viável à internação involuntária ou à internação compulsória.



Fonte: gráfico construído pelas autoras: Luz, Silva, Carneiro e Palombino. 2014

Com base no gráfico, pode-se verificar que 64% dos entrevistados entendem que a internação involuntária, comparada com a internação compulsória, será a medida mais viável, pois acontece o contato médico e paciente; 09% dos profissionais reconhecem que não seria uma medida viável; 27% preferiram justificar suas opiniões. Seguem, no corpo do texto, a transcrição de 02 dessas justificativas e as demais serão exibidas na nota de rodapé<sup>32</sup>:

**Entrevistado 05:** A internação involuntária pode ser acionada pela família, desde que a pessoa que pedir a internação (e que assinará a autorização) tenha ligação consanguínea, por exemplo, mãe, pai ou filhos.

**Entrevista 18:** Isso vai depender de cada caso e o nível em que o paciente se encontra, pois o profissional deve recorrer ao recurso mais saudável para o paciente, pois o importante é a busca da resolução do problema do paciente.

<sup>32</sup>**Pergunta 11:** A internação involuntária é uma medida que pode ser tomada pelo próprio médico, conhecedor do paciente; em sua opinião, a internação involuntária, comparada à internação compulsória, será a medida mais viável, uma vez que acontece o contato médico/paciente.

**Entrevistado 06:** Quando esgotadas todas as outras possibilidades, mas acredito que a voluntária, se necessária à internação, será mais viável.

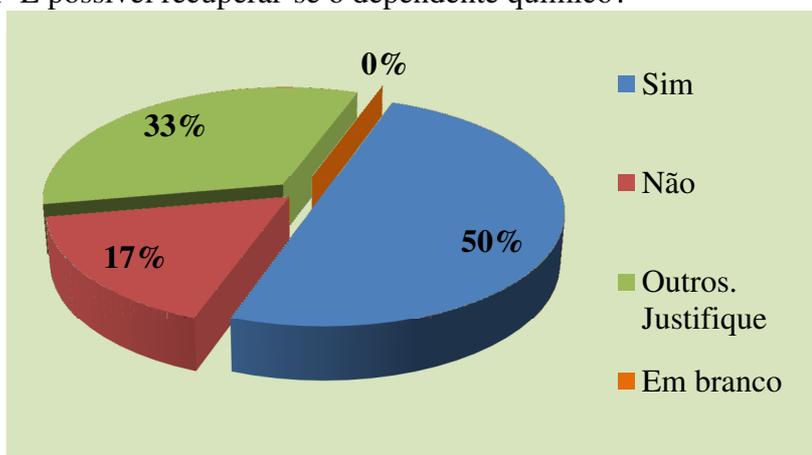
**Entrevistado 13:** Internação involuntária precisa de critérios.

**Entrevistado 17:** Será o correto, porém muitas vezes não é possível, sendo necessário recorrer aos meios legais.

Compreende-se, com o exposto acima, que, na visão dos entrevistados, a internação involuntária é uma medida mais viável, ao se comparar com a internação compulsória.

**Pergunta 12:** Em sua opinião é possível recuperar o dependente químico?

GRÁFICO XII- É possível recuperar-se o dependente químico?



Fonte: gráfico construído pelas autoras: Luz, Silva, Carneiro e Palombino. 2014.

Com referência ao gráfico, 50% dos profissionais responderam que os dependentes químicos podem recuperar-se, 17% destacam que não é possível ocorrer à recuperação, 33% dos entrevistados justificaram suas respostas serão transcritas 04 no corpo do texto e as demais seguiram na nota de rodapé<sup>33</sup>:

**Entrevistado 06:** Acredito e a ciência nos aponta que o ser humano tem potencial para o autocuidado, crescimento, busca da melhora, depende de fatores diversos, externos e internos, mas é impossível.

**Entrevistado 09:** Recuperar- sinônimo de Restaurar e Restabelecer- voltar à sociedade, restabelecer vínculos, (trabalho, família, amigos, finanças, respeito, dignidade), que é diferente da cura, que não existe na D. Q. Será sempre D. Q. em manutenção.

**Entrevistado 18:** Na maior parte dos casos não, pois, o indivíduo, está no momento inicial, resistente à mudança, mas é importante o decorrer de todo tratamento, como o tratamento irá ser desenvolvido, pois os profissionais irão trabalhar com a resistência dos pacientes, e, além da resistência, os profissionais lidam com as dificuldades que os pacientes possuem, de entender que necessitam de ajuda, intervenção de profissional.

<sup>33</sup>**Pergunta 12:** Em sua opinião, é possível recuperar-se o dependente químico?

**Entrevistado 01:** Não dá para avaliar de uma maneira tal, pois cada caso é um caso.

**Entrevistador 02:** Vai depender da personalidade de cada usuário.

**Entrevistado 04:** Depende da personalidade do usuário (se o vínculo- com o usuário- dos profissionais que irão fazer a internação).

**Entrevistado 11:** Depende de em que estado encontra a pessoa (paciente) e se a pessoa (pcte) está disposta a deixar a dependência.

**Entrevistado 19:** Se ele não aceitar fazer o tratamento, não resolve.

**Entrevistado 24:** Depende do paciente, da situação que está vivendo no momento, o apoio da família etc.

Ao transcrever as falas destes profissionais, verifica-se que, em quase 50% destas respostas, os entrevistados apontam que, clinicamente, a recuperação do dependente químico é algo difícil de ser alcançado, porque a pessoa que entra no processo de dependência química precisa de acompanhamento psiquiátrico, psicológico e tratamento medicamentoso de forma periódica, para que não ocorram as reincidências.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa bibliográfica neste trabalho nos proporcionou uma análise da evolução histórica das políticas de assistência em saúde mental, através de breves explicações sobre “a loucura”, devidamente observada conforme as particularidades de cada época e neste sentido, percebe-se que os serviços ofertados para tratamento da saúde mental no seu processo histórico veio se apresentando de forma precária e ineficiente.

Em princípio, ainda no período da colonização, o atendimento dispensado aos sujeitos com transtorno mental era praticamente inexistente devido ao fato do território brasileiro se encontrar no processo de colonização e ser possuidor de uma vasta área territorial desabitada, as pessoas com transtorno mental que não representava perigo ou incomodo a sociedade eram deixados perambulando pela cidade e os que representavam perigo eram submetidos aos cuidados da polícia ou trancados nos porões das santas casas.

Percebe-se que no desenvolvimento da saúde mental no Brasil, não se entendia os sujeitos como pessoas adoecidas que necessitavam de atendimento e sim, como aqueles que fugiam das regras e às ordens sociais. A evolução ao tratamento da saúde mental, adveio através da reforma psiquiátrica francesa que, por meio do médico psiquiatra Philippe Pinel, passou-se a ver os doentes mentais como pessoas adoecidas que necessitavam de cuidados médicos, no entanto os avanços proporcionados pela psiquiatria pineliana, embora seja um marco de grande avanço na área da saúde mental, não conseguiu retirar do âmbito hospitalar essas pessoas, que continuaram limitados ao espaço do hospital.

Ao que se vê no decorrer de sua trajetória, o tratamento da doença mental passou por grandes transformações e neste processo advieram avanços e retrocessos. No que tange a reforma psiquiátrica exposta na atualidade, nota-se que ao se reportar ao tratamento das pessoas com transtorno mental na atualidade, uma das maiores preocupações desta área esta representada pelo processo da dependência química e suas consequências, o que tem despertado grande interesse na área de saúde, bem como na sociedade em geral, devido ao número elevado de usuários de drogas lícita e ilícitas, atualmente, sendo enfrentando inclusive “como sendo o mal do século”, e exigindo a efetivação de políticas públicas que abarquem o cuidado dessas pessoas e efetive medidas preventivas.

Diante, desta situação observa-se que, a utilização de substâncias psicoativas embora tenha ganhado grande visibilidade na atualidade, é um costume que sempre esteve

presente no cotidiano social, havendo transformação apenas nos motivos que determinam o seu uso, pois a princípio fazia-se o uso em cerimônias religiosas e na contemporaneidade a utilização dessas substâncias é decorrente de diversos fatores do nosso cotidiano, ou seja, a dependência química em nosso contexto pode ser apontada como sendo consequência inclusive de expressões da questão social. Assim sendo, questões como, por exemplo, a falta de moradia, saúde pública adequada, educação de boa qualidade e outras políticas públicas, acabam por fragilizar alguns segmentos e os tornarem mais vulneráveis ao uso.

Contudo, percebemos que os setores governamentais vêm tentando conter o processo de uso de drogas na sociedade e no decorrer dos períodos históricos, estabeleceu-se através de leis e decretos, políticas específicas que intensificam as medidas de prevenção e tratamento.

Apresentando como principal aposta, para substituir os hospitais psiquiátricos os Centros de Atenção psicossocial (CAPs), em conjunto com a rede de atenção da saúde mental busca o atendimento humanitário, em substituição ao modelo hospitalocêntrico.

O que se observou no entanto, é que estes instrumentos não estão sendo ofertados aos pacientes na quantidade necessária e desejada o que leva os sujeitos a ficarem sem assistência médica adequada. O CAPs precisa ser entendido como componente de uma rede e deve ser disponibilizado em suas várias modalidades e não apenas isoladamente.

Nesta conjuntura é necessário inclusive, que se revejam algumas medidas, como por exemplo, o fechamento dos hospitais psiquiátricos, pois existem alguns casos que ainda precisam do atendimento hospitalar, devido à cronificação de seu estado de saúde ou até mesmo pela falta de suporte familiar.

Assim sendo, pontuamos que, antes de fecharmos os hospitais os nossos governantes tem que ampliar a rede de atendimento da saúde mental, com a instituição dos CAPs III, para a realização do atendimento noturno e emergencial, além de rever os critérios para a construção dos CAPs nos territórios, diminuindo assim a condicionalidade imposta para sua implantação, ou seja, diminuir a exigência determinada pela quantidade de população para a construção desse órgão nos territórios.

Portanto, decorridos treze anos da oficialização da lei da “Reforma Psiquiátrica”, Lei 10216, ainda há muito que se despertar para que ela realmente atenda aos seus usuários de forma digna, principalmente ao que tange ao tratamento à base de internamento e a desospitalização das pessoas que residem nas instituições psiquiátricas. A lei propõe o fechamento dos hospitais psiquiátricos e, sob esse prisma, neste contexto vem-se diminuindo os números de leitos psiquiátricos no Brasil. Em contrapartida, a implantação da

rede de atendimento não está acompanhando, no mesmo ritmo das reduções dos leitos nessas instituições.

Os serviços de atendimento da saúde mental se encontram abarrotados, e assim os dispositivos tornam-se precários, sem recursos financeiros e profissionais sem a capacitação adequada, ocorrendo desta forma a escassez de serviços disponibilizados para as pessoas com transtorno mental.

Outro fator, que deve ser destacado e, que também despertou o interesse em realizar esta pesquisa é a modalidade de internamento compulsório.

Como se sabe, em muitos casos os dependentes químicos nem sempre conseguem discernir sob o seu estado de saúde e desta forma não procuram atendimento médico, pois não acredita que esteja adoecido. Por decorrência deste fator, as autoridades vêm determinando que essas pessoas sejam submetidas ao tratamento por meio judicial.

Neste processo os familiares que já não sabem mais o que fazer com seu ente adoecido procura o poder judiciário para que este intervenha nesta situação, e determine o tratamento de forma obrigatória.

O fator questionável desta situação se relaciona as modalidades de internamento determinado pela lei 10.216/21, que estabelece a medida compulsória como a ultima medida a ser tomada, no tratamento da saúde mental. Sob esse prisma, entendemos que antes de ser aplicada esta medida, é necessário, que se ofertem aos sujeitos, possibilidades para que estes possam se tratar, quando desejarem.

A pesquisa de campo aqui realizada junto com os profissionais que atuam diretamente com essa demanda, buscou avaliar a opinião destes profissionais sobre a modalidade de tratamento compulsório.

Inicialmente pretendeu-se ouvir, porém 51 profissionais desta área, mas, somente 25 destes profissionais se propuseram a participar da pesquisa, e acreditamos que a recusa destes profissionais em participar aconteceu devido a este tema ser de grande complexidade e causar, divergências nas opiniões.

A pesquisa foi aplicada através de questionário, que se constituiu em doze perguntas relacionadas ao tratamento do dependente químico, aos quais os participantes responderam as alternativas propostas ou as justificaram.

Por meio da pesquisa de campo foi possível observar que ao se referirem sobre a internação compulsória muitos destes profissionais pontuaram que ela é uma medida necessária para garantir que os dependentes químicos entrem no processo de tratamento, porque as pessoas que se encontram nesta situação nem sempre conseguem discernir sobre a

sua problemática e sobre este ponto de vista eles afirmam que os dependentes químicos não são capazes de saberem o que é bom ou ruim para eles.

Estes mesmos profissionais pontuam que a internação voluntária é a medida de tratamento mais viável, porque os pacientes respondem melhor ao tratamento quando eles próprios decidem se tratar.

Entendem que a internação compulsória não tem viabilidade como modalidade de tratamento dos sujeitos que se encontram no processo de dependência química e apesar de não concordarem com a internação compulsória, enfatizam que ela é necessária, porque alguns sujeitos em processo de dependência química podem representar risco para si mesmo e para a sociedade.

A ao relacionar a internação compulsória com a violação de direitos, os profissionais reconhecem e admitem que possa ser uma violação de direitos, porém ela se torna necessária, dependendo do agravamento da doença. Apesar de creditarem que o internamento hospitalar é eficaz, enfatizam que o mais adequado é o tratamento extra-hospitalar que deve ser ofertado pela rede de atendimento à saúde mental de forma mais estruturada, para dar suporte aos usuários destes serviços.

Em relação ao CAPs os profissionais apontam que é um instrumento importante para que se rompa com o modelo “hospitalar hegemônico”, sendo de suma importância que o atendimento deve ser comprometido com as reais necessidades expostas pela população usuária destes serviços.

Diante do resultado da pesquisa realizada, conclui-se que o tratamento ofertado pela saúde mental é de extrema importância, mas que ainda necessita de ajustes, para que se possam dispensar as pessoas que se encontram neste processo um tratamento eficaz.

Quanto à viabilidade da internação compulsória, percebemos que os próprios profissionais não a entendem como um tratamento adequado, porque, a maiorias dos entrevistados acenaram que o modelo de tratamento adequado e, que pode se esperar um retorno positivo é a internação voluntária, porém eles pontuam que a internação compulsória é necessária.

Como tema controverso a internação compulsória, nos coloca diante de questões relacionadas à liberdade de escolha do sujeito, muitas vezes ferindo princípios fundamentais, no entanto ao realiza-la está também se está resguardando outros direitos fundamentais (a vida, a saúde, etc.).

Ao se ponderar quanto aos argumentos a favor e contra a internação compulsória, chega-se à conclusão que ela é justificável, tendo todo potencial para ser uma

medida eficaz, havendo necessidade, no entanto de se discutir a qualidade do atendimento e os serviços prestados. Percebe-se que para que ela seja eficaz, ela não pode ser levada a cabo de forma indiscriminada, mas somente nos casos em que o tratamento ambulatorial já tenha sido esgotado, implementando-se medidas que tornem o processo mais humano e que levem o dependente a se conscientizar da necessidade do tratamento.

Neste processo, com o advento da reforma psiquiátrica, mediante a proposta de humanização e destituição do modelo manicomial, o assistente social se tornou essencial na área da Saúde Mental, atuando junto às equipes multiprofissional, na realização do atendimento das pessoas com transtorno mental e, também de suas famílias.

Neste sentido, o papel do assistente social tem-se manifestado como um grande desafio principalmente na desmistificação do preconceito, que envolve as pessoas com transtorno mental, decorrente do uso de drogas lícitas e ilícitas, situação que foi historicamente construída e ainda muito presente na atualidade.

Assim, um dos desafios para o Serviço Social é a promoção da inclusão social do dependente químico, visando sua reinserção no convívio social, fortalecendo os vínculos familiares e em conjunto com outros profissionais, garantir o acesso ao atendimento consentâneo às necessidades do paciente.

Cabe destacar, que, dentro da controvérsia existente na questão da internação compulsória, a atuação do Serviço Social na saúde mental requer um posicionamento crítico e comprometido com os valores da profissão, questionando comportamentos arbitrários e que possam ferir os direitos dos cidadãos, tendo como embasamento o código de ética profissional e o projeto ético político.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, jul/set, 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v11n3/v11n3a11.pdf>>. Acesso em 09 de março. 2014.

ALVARENGA, Amanda de Caldas, NOBRE, Júlio Cesar de Almeida: **Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica Brasileira: Reflexões Acerca da Cidadania dos Portadores de Transtornos Mentais**. Disponível em: <<http://www.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/20/71-83.pdf>>. Acesso em: 01 de março. 2014.

ALVES, Carlos Frederico de Oliveira et al. **Uma Breve História da Reforma Psiquiátrica**. Disponível em: <<http://diariomental.org/portal/wp-content/uploads/2013/06/UMA-BREVE-HIST%C3%93RIA-DA-REFORMA-PSIQUI%C3%81TRICA-ARTIGO.pdf>>. Acesso em: 02 de março. 2014.

AMORIM, Álvaro André S. **Políticas de Saúde e Assistência Social no Brasil: afinidades e desafios**. Brasília, 2009.

ANDRADE, Arthur Guerra. **Internação Involuntária para Dependentes Químicos divide opiniões**. Disponível em: <<http://www.reporterdiario.com.br/Noticia/381210/internacaoinvoluntaria-para-dependentes-quimicos-divide-opinioes/>>. Acesso em: 17 out. 2014.

ASSESSORIA DE IMPRENSA, Vida Clínica Terapêutica. **A Sociedade não Vê a Dependência Química Como uma Doença**. Disponível em: <<http://www.ctviva.com.br/blog/a-sociedade-nao-ve-a-dependencia-quimica-como-uma-doenca-diz-especialista>>. Acesso em 17 de out. 2014.

AVELINO, Victor Pereira. **A evolução da legislação brasileira sobre drogas**. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/14470/a-evolucao-da-legislacao-brasileira-sobre-drogas>>. Acesso em: 17 de ago. 2014.

BARRETO, Ivan Farias. **Análise da estratégia de internação compulsória para usuários de crack em situação de rua no Brasil**. Disponível em:

<[http://www.neip.info/html/objects/\\_downloadblob.php?cod\\_blob=1409](http://www.neip.info/html/objects/_downloadblob.php?cod_blob=1409)>. Acesso: 17 de out. 2014.

BRASIL. Secretaria de Desenvolvimento Social. **Cartão Recomeço**. Site: Secretaria de Desenvolvimento Social. Governo do Estado de São Paulo. Disponível em: <<http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/lenoticia.php?id=1984>> Acesso em: 23 de março. 2014.

BRASIL. Secretaria de Desenvolvimento Social. **Cartão Recomeço**. Disponível em: <<http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/a2sitebox/arquivos/documentos/452.pdf>> Acesso em: 23 de março. 2014.

BRASIL. **Lei Nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 12 de abril 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Brasília, 2005. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)> Acesso em: 06 de março. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental**. Brasília-DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. SENAD. **Prevenção do Uso de Drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias**. 5 ed. Brasília, 2013.

**BRASIL**. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Curso de Prevenção dos Problemas Relacionados ao uso de drogas : **Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias** – 6. ed. – Brasília, DF : SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014. ISBN: 978-85-85820-78-7

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências Terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>>. Acesso em: 08 de abril. 2014.

BRASIL. Ministério Público e Tutela à Saúde Mental. **A Proteção de Pessoas Portadoras de Transtornos Psiquiátricos e de Usuários de Álcool e Drogas**. 2º ed. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <[http://msm.mp.rj.gov.br/wp-content/uploads/2013/01/cartilha\\_saude\\_mental\\_versao\\_final.pdf](http://msm.mp.rj.gov.br/wp-content/uploads/2013/01/cartilha_saude_mental_versao_final.pdf)>. Acesso em: 08 de mai 2014.

BRASIL. Livro de Recursos da Organização Mundial de Saúde sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação. 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Programa “De Volta Para Casa”**. Brasília, dezembro de 2003. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/departamento/nucleo/CComs/doc/de%20volta%20para%20casa.pdf>>. Acesso em: 06 de abr 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3,088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html?q=1>>. Acesso em: 27 de abr. 2014

BRASIL. **Decreto Nº 6.117, de 22 de Maio de 2007**. Política Nacional de Álcool. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm)> Acesso em: 14 de out 2014

BRASIL. **Decreto Nº 891, de 25 de Novembro de 1938**. Lei de Fiscalização de Entorpecentes. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/1937-1946/Del0891.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/Del0891.htm)>. Acesso em: 19 de ago. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ASSISTENTES SOCIAIS. **Código de ética profissional do assistente social**: lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 9. ed., rev. e atual. Brasília: Conselho Federal de Assistentes Sociais, 2011.

CARAKUSHANSHY, Mina Seinfeld de. **Quem mata mais: a droga lícita e ilícita?** Disponível em: <<http://braha.com.br/br/quem-mata-mais-a-droga-licita-ou-a-ilicita/>> Acesso em: 12 de out 2014.

CARVALHO, Jailton de. **Brasil tem 870 mil usuários de cocaína; relatório da ONU indica aumento no número de usuários de drogas**. Disponível em: <<http://extra.globo.com/noticias/brasil/brasil-tem-870-mil-usuarios-de-cocaina-relatorio-da-onu-indica-aumento-no-numero-de-usuarios-de-drogas-533290.html>>. Acesso em: Acesso em: 14 de out. 2014

CARLINI, E. A et al. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país**. SENAD. São Paulo. 2002. Disponível em: <[http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/levantamento\\_brasil/parte\\_1.pdf](http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/levantamento_brasil/parte_1.pdf)>. Acesso em: out. 2014.

CARNEIRO, Henrique Soares. **As drogas e a história da humanidade**. Revista Diálogos. Psicologia: Ciência e Profissão, 6(6), 14 - 15. 2009.

**Cartilha do Programa Crack, é Possível Vencer**. Disponível em: <<http://www2.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/programa/cartilha>>. Acesso em: 05 de abr 2014.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko. FURTADO, Juarez Pereira. **Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro, maio de 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n5/18.pdf>>. Acesso em: 01 de maio. 2014.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Comissão dos Direitos Humanos. **Declaração universal dos direitos humanos: 1948-1998**. Brasília: Centro de Documentação e Informação da Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações da Câmara dos Deputados, 1998. 17p. (Ação parlamentar) ISBN 85-7365-057-5

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **O serviço social tem Alternativas à Internação Compulsória**. Entrevista com Assistente Social Cristina Brites. 2013. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/982>>. Acesso em: 06 de out. 2014.

COELHO, Isabel; Oliveira, Maria Helena Barros de. **Internação Compulsória e Crack: um Desserviço à Saúde Pública**. In: Saúde em Debate: Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0359.pdf>>. Acesso em 17 out. 2014

COLEN, Dalvan Charbaje. **Direito à vida e eutanásia**. Conteúdo Jurídico, Brasília-DF: 06 mar. 2013. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.42323&seo=1>>. Acesso em: 11 ago. 2014.

COSTA, Felipe dos Santos; SILVA, Jorge Luis Lima da; DINIZ, Márcia Isabel Gentil. **A Importância da Interface Educação Saúde no Ambiente Escolar Como Prática de Promoção da Saúde**. 2008. Disponível em: <[http://www.uff.br/promocaodasaude/PS no ambiente escolar.pdf](http://www.uff.br/promocaodasaude/PS%20no%20ambiente%20escolar.pdf)>. Acesso em: 25 out. 2014.

CORRÊA, Renata Britto. **A Internação Psiquiátrica Involuntária e a Lei 10.216/01. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental**. Rio de Janeiro, Setembro de 2004. Disponível em: <[http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/saude20-internacao\\_involuntaria.pdf](http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/saude20-internacao_involuntaria.pdf)> Acesso em: 28 de março. 2014.

CORRÊA, Joel Machado. **O Doente Mental e o Direito**. São Paulo: Iglu, 1999.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLÓGIA DA 6ª Região (org). **Álcool e Outras Drogas**. 1º ed. São Paulo. 2012

CHAVEZ, Ketty Aracely Piedra. O'BRIEN, Beverley. PILLON, Sandra Cristina. **Uso de Drogas e Comportamentos de Risco no Contexto de Uma Comunidade Universitária**. Rev Latino-am Enfermagem 2005 nov.-dez; Disponível em: <[http://scholar.google.com.br/scholar?q=contexto+hist%C3%B3rio+de+++drogas+licitas+e+ilicidas&btnG=&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5](http://scholar.google.com.br/scholar?q=contexto+hist%C3%B3rio+de+++drogas+licitas+e+ilicidas&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5)>. Acesso em: 03 mai. 2014.

CRETELLA JÚNIOR, José. **Constituição brasileira 1988**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **O que são direitos da pessoa**. 10 ed. São Paulo: Brasiliense, 1994

CUNHA, Mariana Cristina Moraes da. **Internação Compulsória Mecanismo de Controle e Higienização social**. Disponível em: <<http://www.lsr-cit.org/nacional/25-nacional/1041-internacao-compulsoria-mecanismo-de-controle-e-higienizacao-social->>. Acesso em 17 out. 2014.

DINIZ, Maria Helena. **O Estado Atual do Biodireito**. 9º ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2014.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Míni Aurélio**: o dicionário da língua Portuguesa, 8ª ed. Curitiba: editora Positivo. 2010.

FILHO, Mário Coelho Lima. **O Legislativo e Política de Enfrentamento do uso do Crack**. Brasília-DF. 2010.

FILHO, Hilson Cunha. **Necessidade de Intervenção no Consumo de Álcool, Tabaco e outras Drogas em Portugal**. Vol. 23, Nº 2 — Julho/Dezembro 2005. Disponível em: <<http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/2-06-2005.pdf>>. Acesso em: 04 de mai. 2014.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. 7. ed. São Paulo: 2004.

FRANÇA, Genival Luiz de. **Internação Compulsória do Dependente Químico: Violação do Direito de Liberdade ou Proteção do direito à Vida?** 2012. Disponível em:

<<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/Juridica/article/view/3066/2828>>. Acesso em: 08 de set. 2013.

FRAGA, Maria de Nazaré de Oliveira. SOUZA, Ângela Maria Alves e. BRAGA, Violante Augusta Batista. **Reforma Psiquiátrica Brasileira: muito a refletir**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a13v19n2.pdf>>. Acesso em: 15 de out. 2014.

HARO, Guilherme Prado Bohac de. **A Dignidade da Pessoa Humana: O Valor Supremo**. 2006. Disponível em: <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/Juridica/article/viewFile/520/516>>. Acesso em: 23 de ago. 2014.

JUNIOR, Rubens Correia; VENTURA, Carla Arena. **O Tratamento dos Portadores de Transtorno Mental no Brasil- Da Legalização da Exclusão à Dignidade Humana**. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/82805/85760>> Acesso em 15 de out 2014.

JUNQUEIRA, Anamélia Maria Guimarães. CARNIEL, Isabel Cristina. **Olhares sobre a Loucura: os grupos na Experiência de Gorizia**. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v13n2/v13n2a03.pdf>>. Acesso em: 15 de out. 2014.

LARANJEIRA, Ronaldo; RIBEIRO, Marcelo. **Drogas ilícitas e efeitos na saúde**. Disponível em: <<http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/publicacoes/outros/Drogas%20ilicidas%20e%20seus%20danos%20a%20saude.pdf>>. Acesso em: out 2014.

LOCCOMAN, Luiz. A polêmica da internação compulsória. Disponível em: <[http://www2.uol.com.br/vivermente/artigos/a\\_polemica\\_da\\_internacao\\_compulsoria.html](http://www2.uol.com.br/vivermente/artigos/a_polemica_da_internacao_compulsoria.html)>. Acesso em 17 de out. 2014.

LOPES, Caho. **Cara a cara com as drogas: guia prático para entender e enfrentar a complexidade da dependência**. Porto Alegre: Ed. Sulina, 1996.

LOPES, Magdália Maria Ferreira Lopes. **Trabalho e Saúde Mental: A inserção das pessoas com transtorno mental do Centro de Atenção Psicossocial de Rio das Ostras no mercado de trabalho. Um diálogo Possível?** Rio das Ostras 2013. Disponível em: <<http://www.puro.uff.br/tcc/20122/Magdalia%20Maria%20Ferreira%20Lopes.pdf>>. Acesso em: 24 de março. 2014.

MACEDO, Camila Freire. **A evolução das políticas de saúde mental e da legislação psiquiátrica no Brasil**. Jus Navigandi, Teresina, ano 11, nº 101714 abr. 2006. Disponível em:

<<http://jus.com.br/artigos/8246/a-evolucao-das-politicas-de-saude-mental-e-da-legislacao-psiquiatrica-no-brasil>> . Acesso em: 10 de agosto 2014.

MACIEL, Amanda Luiz. **Aspectos Gerais sobre Internação Compulsória em Saúde Mental nos Últimos 10 Anos Revisão Bibliográfica**. Criciúma. 2013. Disponível em: <<http://repositorio.unesc.net/bitstream/handle/1/1444/Amanda%20Luiz%20Maciel.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 06 de março. 2014.

MACRAE, Edward. Das Drogas: o controle social do uso de substâncias psicoativas. Disponível em: <[http://www.neip.info/downloads/!!!temp\\_09\\_07/14.PDF](http://www.neip.info/downloads/!!!temp_09_07/14.PDF)> Acesso em: 17 de out 2014.

MARQUES, André. **Intervenção Compulsória é Prevenção de um mal Maior**. Consultor Jurídico, 19 de março de 2013. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2013-mar-19/andre-marques-intervencao-compulsoria-prevencao-mal-maior>>. Acesso em: 14 de agosto 2014.

MACHADO, Regina; MIRANDA, Sergio Carneiro. **Fragmentação da História da Atenção à Saúde para Usuários de Álcool e Outras Drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública**. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702007000300007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702007000300007)> Acesso em: 07 de mar. 2014.

MEDEIROS, Katruccy Tenório et al. **Representações Sociais do Uso e Abuso de Drogas entre Familiares de Usuários**. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722013000200008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722013000200008)> Acesso em: 116 de out. 2014.

MEIRELLES, Jussara Maria Leal de. **Os embriões humanos mantidos e laboratório e a proteção da pessoa: o novo código civil brasileiro e o texto constitucional**. In: MEIRELLES, Jussara Maria Leal de; BARBOSA, Heloisa; BARRETO, Vicente de Paulo (Orgs) **Novos Temas de Biodireito e Bioética**. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

MEDEIROS, Maria Bernadette de Moraes. **Internação civil: proteção ou exclusão?** São Paulo: Cortez. 2007.

MILLANI, Helena de Fátima Bernardes; Valente, Maria Luisa L. de Castro. **O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental**. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 4, n. 2. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180669762008000200009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180669762008000200009&lng=pt&nrm=iso)> Acesso em: 26 fev. 2014.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 25ª ed. São Paulo: Editora Atlas S. A., 2010.

MOREIRA, Rui Verlaine Oliveira. e PEIXOTO, Francisco Davi Fernandes. **Notas Fundamentais do Conceito de Vida Humana**. Trabalho publicado nos Anais do XVII Congresso Nacional do CONPEDI, realizado em Brasília – DF, nov. de 2008. Disponível em: <[http://www.conpedi.org.br/manaus/arquivos/anais/brasil/10\\_456.pdf](http://www.conpedi.org.br/manaus/arquivos/anais/brasil/10_456.pdf)>. Acesso em: 15 de ago. 2014

NEVES, Elcione Alves Sorna; SEGATTO, Maria Luiza. **Drogas Lícitas e Ilícitas: Uma Temática Contemporânea**. Disponível em: <<http://catolicaonline.com.br/revistadacatolica2/artigosn4v2/34-pos-grad.pdf>> Acesso em 27 de set.2014.

PRATTA, Elisângela Maria Machado et al. **O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. Psicologia: Teoria: Teoria e Pesquisa** Abr-Jun 2009, Vol. 25 n. 2. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a08v25n2>>. Acesso em: 03 de mai. 2014.

PENTEADO FILHO, Nestor Sampaio. **Direitos humanos**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2011. 188 p. (Coleção OAB nacional: primeira fase; 13) ISBN 9788502106857

PEDRINHA, Roberta Duboc. **Notas Sobre a Política Criminal de Drogas no Brasil: Elementos para uma reflexão crítica**. Disponível em <[http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/salvador/roberta\\_duboc\\_pedrinha.pdf](http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/salvador/roberta_duboc_pedrinha.pdf)>. Acesso em: 18 de ago. 2014.

PAIVA, F. S.; RODRIGUES, M. C. **Habilidades de vida: uma estratégia preventiva ao consumo de substâncias psicoativas no contexto educativo**. Universidade Federal de Juiz de Fora/UFJF. Juiz de Fora, 2008.

PORTO, Grazielle Mendes et al. **Uso Ocasional, Abusivo ou Dependência de Substância Psicoativas entre Calouros do Curso de Graduação em Fisioterapia**. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd170/uso-de-substancias-psicoativas-entre-calouros.htm>>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10**. Disponível em: <[http://www.medicinanet.com.br/cid10/1520/f19\\_transtornos\\_mentais\\_e\\_comportamentais\\_d\\_evidos\\_ao\\_uso\\_de\\_multiplas\\_drogas\\_e\\_ao\\_uso\\_de\\_outras\\_substancias\\_psicoativas.htm](http://www.medicinanet.com.br/cid10/1520/f19_transtornos_mentais_e_comportamentais_d_evidos_ao_uso_de_multiplas_drogas_e_ao_uso_de_outras_substancias_psicoativas.htm)> Acesso em: 17 de out. 2014.

RESENDE, Heitor: **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 5°. ed. Petrópolis: Vozes, 1997. 288 p. ISBN 85-326-0320-3.

RIBAS, Ângela Mara Piekarski. **O Direito à Vida sob uma ótica contemporânea**. In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XI, n. 54, jun 2008. Disponível em: <[http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=2986](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=2986)>. Acesso em: 16 de julho. 2014.

ROCHA, Renata da. **O Direito Fundamental à Vida e as Pesquisas Científicas em Células-Tronco Embrionárias Humanas**. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/teste/arqs/cp026321.pdf>>. Acesso em: 15 de ago. 2014.

ROBERTO, Luciana Mendes Pereira. **O Direito À Vida**. ScientiaJuris-UEL. 2004 Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/iuris/article/view/11138>>. Acesso em: 13 ago. 2014.

SANCHEZ, Zila Van Der Meer. **Razoes para o não uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco**. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102005000400013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000400013)>. Acesso em: 15 de out. 2014.

SILVEIRA, Rogerio Henrique Alves. **Células-Tronco: O Direito a vida e a Dignidade da Pessoa Humana**. Juris Way, 31 de ago. 2012. Disponível em: <[http://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id\\_dh=8843](http://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id_dh=8843)>. Acesso em: 11 de ago. 2014.

SILVA, Ana Tereza de M. C. da, BARROS, Sônia, OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira de. **Política de Saúde Mental no Brasil: A Exclusão/ Inclusão Social Como Intenção e Gesto**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n1/v36n1a01.pdf>> Acesso em: 03 de mar. 2014.

SILVA, Antônio Fernando de Lima Moreira da. **Histórico das drogas na legislação brasileira e nas convenções internacionais**. Disponível em: <[http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/salvador/roberta\\_duboc\\_p edrinha.pdf](http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/salvador/roberta_duboc_p edrinha.pdf)>. Acesso em: 16 de ago. 2014.

SILVA, Vilma Aparecida da; MATTOS, Hécio Fernandes. **Os jovens são mais vulneráveis às drogas?** In: PINSK, I. BESSA, Marcos Antônio (Orgs.). *Adolescência e Drogas*. São Paulo: Contexto, 2004.

SCANDELAI, Aline de Oliveira. **Evolução da Internação da Saúde Mental no Brasil.ETIC - ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA - ISSN 21-76-8498**, América do Norte, 5 3 08 2010. Disponível em: <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/view/2165/2344>>. Acesso em: 22 de fev. 2014.

TAVARES, Beatriz Francket al. Fatores Associados ao Uso de Drogas entre Adolescentes Escolares. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102004000600006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102004000600006&script=sci_arttext)>. Acesso em: 14 out. 2014.

TERRA, Marlene Gomes et al. **Saúde Mental do Velho ao Novo Paradigma – Uma Reflexão**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n4/v10n4a13.pdf>>. Acesso em: 29 de jul. 2014

UNODC, Relatório Mundial Sobre Drogas do. **Prevalência do uso de drogas no mundo permanece estável**.2014. Disponível em: <<http://www.unodc.org/lpobrazil/pt/frontpage/2014/06/26-world-drug-report-2014.html>>. Acesso em: 20 out. 2014.

KANTORSKI, Luciane Prado. **A Reforma Psiquiátrica Um- Parcial Acerca da Produção Científica da Temática**. Revista Eletrônica de Enfermagem. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/721/781>>. Acesso em: 18 out 2014.

KAWAGUTI, Luis. **Internação Começa na Cracolândia; Debate Sobre Eficácia Continua**. Disponível em: <[http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2013/01/130119\\_crack\\_internacao\\_1k.shtml](http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2013/01/130119_crack_internacao_1k.shtml)>. Acesso em: 17 de out. 2014.

**ANEXOS**

**Anexo 1:**

CENTRO UNIVERSITÁRIO “ANTÔNIO EUFRÁSIO DE TOLEDO”  
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL DE PRESIDENTE PRUDENTE/SP

Nº \_\_\_\_\_

Essa pesquisa faz parte da realização de um trabalho de Conclusão de Curso da Faculdade de Serviço Social de Presidente Prudente, mantidas pelas Faculdades Toledo.

Sua opinião é fundamental para enriquecer nossa pesquisa e caso aceite participar, ficaremos muito agradecidas. A participação nesta pesquisa não traz nenhum risco ou perigo a você e não haverá nenhum tipo de recompensa financeira para sua participação.

Se você precisar conversar com alguém para ter mais informações sobre a pesquisa, você poderá telefonar para a coordenação do curso, ou com a orientadora (Sras. Juliene/ Elizabeth) no telefone 3901-4000.

Apenas os pesquisadores responsáveis poderão ler as respostas desse material, pois os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética.

Ficaremos muito gratos em poder contar com a sua colaboração e caso você aceite, solicitamos que responda as questões abaixo:

Local da Entrevista:

Data:

Município:

Nome do Entrevistado ou Iniciais:

Sexo:

Idade:

Formação:

Local de Trabalho:

Cargo:

1. Qual é a sua opinião sobre a Internação Compulsória?

- Aprovo
- Não aprovo
- Desconheço
- Alguns casos requerem essa medida

Outros. Justifique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Em sua opinião quais são tratamentos que apresentam resultados satisfatórios?

- Internação voluntária
- Internação Involuntária
- Internação Compulsória
- Comunidade Terapêutica
- Outros. Justifique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Atualmente, considera-se que os indivíduos que apresentam problemas com drogas compõem grupos heterogêneos e necessitam de tratamentos diferenciados. Isso acontece porque a dependência química resulta da interação de vários aspectos da vida das pessoas: biológico, psicológico e social. Desse modo, as intervenções devem ser diferenciadas para cada indivíduo e devem considerar todas as áreas envolvidas.

- Concordo
- Não concordo
- Outros. Justifique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Você acredita que o uso desmedido da Internação Compulsória preocupa-se realmente com o tratamento do dependente ou é mais uma medida de interesse higienista?

- Preocupa-se realmente com o tratamento do dependente
- Uma medida de interesse higienista

Outros. Justifique: \_\_\_\_\_

---

---

---

5. Alguns estudiosos alegam que a pessoa em processo de dependência química, não é capaz de decidir sobre sua vida e diante deste fato é necessário a Intervenção Compulsória. Em sua opinião esses sujeitos se encontram totalmente incapazes de decidir sobre sua própria vida?

Sim

Não

Outros. Justifique: \_\_\_\_\_

---

---

---

6. O processo da Dependência Química no Brasil não é atual, predomina no contexto sócio histórico desde a colonização, porém na atualidade esse fato ganhou grande visibilidade, em sua opinião o enfoque deste fator tem sido devido:

A Copa do Mundo

Medida Interventiva e Preventiva

Efetivação de políticas públicas

Violência

Outros. Justifique: \_\_\_\_\_

---

---

---

7. Em sua opinião a internação compulsória pode ser considerada uma medida de violação de Direitos Humanos?

Sim

Não

Outros. Justifique: \_\_\_\_\_

---

---

---

8. A Reforma Psiquiátrica no Brasil estabelece que a internação compulsória só poderá ser determinada após esgotar todas as alternativas propostas para o tratamento da dependência química. Neste contexto, qual é sua opinião sobre a internação do dependente químico para tratamento em hospitais psiquiátricos, esse método é?

Eficaz

Não Eficaz

Outros. Justifique: \_\_\_\_\_

---

---

---

9. A naturalização do consumo de drogas lícitas no Brasil é um dos fatores que tem motivado a precocidade do consumo destas drogas, sobretudo de adolescentes. Em sua opinião, para reverter este quadro é necessário:

Uma maior regulação e fiscalização na venda destas substâncias

A proibição da venda

Maior fiscalização de venda de bebidas para menores

Outros. Justifique: \_\_\_\_\_

---

---

---

10. Os CAPS (Centro de atenção psicossocial) são a grande aposta do governo para substituir os hospitais psiquiátricos, porém é sabido por todos que inexisteste este serviço em várias regiões brasileiras, principalmente dos CAPS 24 horas que é essencial para atender as pessoas

em crise de abstinência. Diante desta realidade você acredita que o CAPS será capaz de substituir os hospitais psiquiátricos.

Sim

Não

Outros. Justifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. A internação involuntária é uma medida que pode ser tomada pelo próprio médico, conhecedor do paciente, em sua opinião a internação involuntária comparada à internação compulsória, seria a medida mais viável uma vez que acontece o contato médico/paciente.

Sim

Não

Outros. Justifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. Em sua opinião é possível recuperar o dependente químico?

Sim

Não

Outros. Justifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Declaro para devido fins que as informações prestadas acima são de livre e espontânea vontade, não fui compelido a participar da pesquisa e nem recebi nenhum valor em dinheiro para a realização da mesma.

Presidente Prudente, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2014

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Entrevistado