

DIREITO À SAÚDE, POLÍTICAS PÚBLICAS E PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL: A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DO DEPENDENTE QUÍMICO NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

RIGHT TO HEALTH, PUBLIC POLICY AND PEOPLE WITH MENTAL DISORDER: A MANDATORY DETENTION OF CHEMICALLY DEPENDENT IN THE TOWN OF RIO DE JANEIRO

Emerson Affonso da Costa Moura¹

Laila Rainho de Oliveira²

Resumo:

A internação compulsória dos dependentes químicos com fundamento na Lei nº 10.216 de 2001 promovido pelo Município do Rio de Janeiro enquanto política pública de saúde ou medida higienista é o tema posto em debate, a partir da análise do direito fundamental à saúde e das políticas públicas sanitárias determinadas pela Constituição Federal sob a competência do Sistema Único de Saúde, do reconhecimento dos dependentes químicos como pessoas portadoras de transtornos mentais e das referidas políticas estatais de saúde trazidas pela Lei de Reforma Psiquiátrica, bem como, das operações de internação adotadas pelo Município do Rio de Janeiro para dependentes químicos em áreas de “cracolândia” no âmbito do Protocolo do Serviço Especializado em Abordagem Social.

Palavras-Chaves: Direito à Saúde; Políticas Públicas; Dependente Químico; Internação Compulsória.

Abstract:

The compulsory drug treatment based on Law No 10.216 of 2001 promoted by the town of Rio de Janeiro while public health policy or hygienist measure is the subject put in debate from the analysis of the fundamental right to health and public health policies determined by the Federal Constitution under the jurisdiction of the Brazilian Public Health System, of the recognition of addicts as people with mental disorders and referred state policies of health

¹ Mestrando em Direito Constitucional e Especialista em Direito Administrativo pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Professor de Direito Administrativo da Escola de Magistratura do Estado do Rio de Janeiro (EMERJ) e da Escola Superior da Advocacia da Ordem dos Advogados do Brasil (ESA/OAB). Membro da Comissão de Direito Administrativo do Instituto dos Advogados Brasileiros (IAB). Pesquisador no grupo de Pesquisa “Direitos Fundamentais” da Universidade Federal Fluminense (UFF). Advogado no Rio de Janeiro.

² Graduanda em Direito pela Universidade Federal Fluminense (UFF) com Bolsa PIBIC para investigação do tema. Pesquisadora no grupo de Pesquisa “Direitos Fundamentais” da Universidade Federal Fluminense (UFF).

brought by the Psychiatric Reform Law, as well as, the internment operations adopted by the municipality of Rio de Janeiro for addicts in areas of "cracolândia" under the Protocol of Specialized Social Approach.

Keywords: Right to Health, Public Policy; Dependent Chemical; Compulsory Hospitalization.

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

No Brasil, é apenas com a Constituição Federal de 1988 que consagra-se o direito fundamental à saúde de forma universal, igualitária e gratuita garantindo aos cidadãos as ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como, a redução dos riscos de doença e outros agravos.

Isto ocorre através da articulação de políticas públicas perante o Sistema Único de Saúde capazes de garantir mediante a alocação dos recursos humanos, materiais e financeiros, a adjudicação de bens e serviços necessários à fruição do direito à saúde pelos usuários dos serviços públicos prestados diretamente pelo Estado ou executados pela iniciativa privada.

No que tange a assistência terapêutica integral envolve a oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar necessários a redução dos riscos de doença e de outros agravos, adequados à condição do paciente e das peculiaridades do mal que o comete.

Neste sentido, a Lei de Reforma Psiquiátrica, trouxe importantes avanços no que tange as políticas públicas sanitárias de tratamento de portadores de doenças mentais, porém, sem vedar integralmente, a internação que ainda pode ser involuntária, voluntária ou compulsória, conforme haja ou não consentimento do paciente e decisão judicial.

Busca o presente trabalho investigar em que medida a internação compulsória dos dependentes químicos com fundamento na Lei nº 10.216 de 2001 promovido pelo Município do Rio de Janeiro nas operações em "cracolândias" trata-se de política pública de saúde voltada à recuperação do doente mental ou medida higienista.

De início, busca a pesquisa analisar o direito fundamental à saúde e as políticas públicas sanitárias determinadas pela Constituição Federal sob a competência do Sistema Único de Saúde, de forma a delimitar as ações governamentais cabíveis com fins de garantir a promoção, proteção e recuperação da saúde da pessoa.

Após, volta-se o trabalho ao reconhecimento dos dependentes químicos como pessoas portadoras de transtornos mentais, com a delimitação das referidas políticas estatais

de saúde trazidas pela Lei de Reforma Psiquiátrica, de maneira a fixar os requisitos e o caráter subsidiário da internação no tratamento, bem como, a necessidade de reinserção do doente.

Por fim, o artigo verifica em que medida as operações de internação adotadas pela Administração Pública do Município do Rio de Janeiro para dependentes químicos em áreas de “cracolândia” no âmbito do Protocolo do Serviço Especializado em Abordagem Social, violam os direitos do dependente e denotam caráter higienista e não de política pública.

2 O DIREITO À SAÚDE E AS POLÍTICAS PÚBLICAS

Uma das mudanças de paradigma que marcam o constitucionalismo contemporâneo é o reconhecimento da força normativa da Constituição.³ A concepção da lei fundamental como documento político que veicula um convite à atuação dos poderes públicos é substituída pela atribuição do status de norma jurídica que impõe limites e deveres de atuação para o Estado.⁴

Na nossa experiência constitucional antes restrita a Constituições garantistas que tutelavam as liberdades formais como repositórios de promessas vagas⁵ o fenômeno ocorre com a promulgação da Constituição de 1988 dirigente voltada à promoção social⁶ e a crescente preocupação doutrinária com a aplicabilidade direta e imediata de seus preceitos.⁷

³ Uma das obras percursoras sobre o tema é *A força normativa da Constituição* de Konrad Hesse extraída a partir de sua aula inaugural na cátedra da Universidade de Freiburg. Segundo o autor, a norma constitucional não tem existência autônoma em face da realidade, mas tão pouco se limita ao reflexo das condições fáticas. Sua essência reside na pretensão de eficácia, ou seja, de sua concretização na realidade imprimindo-lhe ordem e conformação. HESSE, Konrad. **A força normativa da Constituição**. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Ed., 1991. p. 14-15.

⁴ Sobre as transformações do direito constitucional contemporâneo, consulte-se por todos: BARROSO, Luís Roberto. **Neoconstitucionalismo e constitucionalização do direito: O triunfo tardio do direito constitucional no Brasil**. In: SOUZA NETO, Cláudio Pereira de; SARMENTO, Daniel (orgs.). **A constitucionalização do direito: fundamentos teóricos e aplicações específicas**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007. p. 203-250. Para uma análise crítica vide: SARMENTO, Daniel. **O neoconstitucionalismo no Brasil: Riscos e possibilidades**. In: _____ (org.). **Filosofia e teoria constitucional contemporânea**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009. p. 113-146.

⁵ Não é incomum a existência formal de Constituições que invocam o que não está presente, afirmam o que não é verdade e prometem o que não será cumprido. Como, e.g., tem-se a Constituição de 1969 que garantia os direitos à integridade física e a vida, com as prisões ilegais, a tortura e o desaparecimento de pessoas na ditadura. BARROSO, Luís Roberto. **O direito constitucional e a efetividade de suas normas. Limites e possibilidades da Constituição brasileira**. 7. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2003. p. 61.

⁶ Embora a Constituição de 1988 seja o resultado de forças políticas antagônicas que participaram da constituinte, materializando uma constante tensão entre a ideologia liberal e a perspectiva social, denota-se um grande avanço na disciplina dos direitos sociais em relação às Constituições anteriores. Para uma visão geral sobre a evolução histórica, vide: TORRES, Marcelo Nóbrega da Câmara. **Direitos sociais**. Brasília: Senado Federal, 1987.

⁷ Isto ocorreu, em especial, através da doutrina brasileira da efetividade, um movimento jurídico-acadêmico que procurou elaborar as categorias dogmáticas da normatividade constitucional e superar dentre outras questões a insinceridade normativa que vigia no país. Consulte-se por todos: BARROSO, Luís Roberto. **O direito constitucional...** Op. cit. p. 20.

Interrompe-se, portanto, o ciclo inicial de baixa normatividade das disposições que veiculavam os direitos fundamentais, em especial, das normas que declaravam os direitos sociais, antes remetidas à esfera programática de meras linhas diretoras aos poderes públicos e, tidas como dotadas de eficácia limitada.⁸

Os direitos sociais enquanto veiculado por normas constitucionais gozam de exequibilidade plena, permitindo seja exigível perante o Estado⁹, razão pelo qual, se a situação antes gravitava em torno da aptidão para a produção dos efeitos jurídicos passa a orbitar sobre quais efeitos podem ser produzidos, ou sejam, quais prestações são exigíveis¹⁰.

A Constituição de 1988 alinhou-se a concepção do direito à saúde da Organização Mundial de Saúde¹¹, buscando a proteção, promoção e recuperação da saúde, como uma imagem-horizonte¹² a ser perseguida pelo Estado mediante a garantia de acesso aos meios que possam trazer a cura da doença ou sensível qualidade de vida.

Consagrando como direito fundamental o direito a saúde, surge um complexo de posições jurídico-subjetivas para o seu titular, a saber, atua como direito de defesa, uma vez que impede ingerências indevidas do Estado a saúde da pessoa¹³, e por outro um direito a prestações uma vez que exige a realização de ações que permitam a sua fruição¹⁴.

⁸ A aplicabilidade restrita das normas de natureza programática decorreria da fluidez de suas disposições e da inexistência de instrumentos jurídico-processuais capazes de garantir sua concretização. BONAVIDES, Paulo. **Curso de direito constitucional**. 13. ed. São Paulo: Malheiros, 2003. p. 564-565. Compreendendo que as relações econômico-sociais são disciplinadas apenas por normas programáticas, vide: SILVA, José Afonso da. **Aplicabilidade das normas constitucionais**. 7. ed. São Paulo: Malheiros, 2008. P. 140-142.

⁹ As normas constitucionais tenham caráter imediato ou prospectivo como regras de conduta emanadas do Estado são dotadas de eficácia jurídica. Assim, incidem e regem as situações de vida produzindo os seus efeitos próprios, e, diante da sua inobservância espontânea deflagram mecanismos de aplicação coativa. BARROSO, Luís Roberto. **Interpretação e aplicação da Constituição**. 6. ed. Rio de Janeiro: Saraiva, 2006. p. 248 e 274.

¹⁰ Volta-se o debate, portanto, à identificação das posições jurídicas que seus titulares estão investidos, bem como, quais podem ser demandadas fazendo com que a doutrina busque a criação de parâmetros para o controle judicial que não importe por um lado na ineficácia dos direitos sociais e por outro na violação ao Princípio da Separação dos Poderes. Sobre o tema, vide: SARMENTO, Daniel. **A proteção judicial dos direitos sociais**. In: _____; SOUZA NETO, Cláudio Pereira de (orgs.). **Direitos sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008.

¹¹ Dispõe a Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946 no seu preâmbulo, que Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade e que cabe aos Estados buscar a promoção e proteção da saúde, além da cura. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html> Acesso em 06.10.2013.

¹² SCLIAR, M. **Do Mágico ao Social: A Trajetória da Saúde Pública**. Porto Alegre: L&PM, 1998. p. 32-33.

¹³ A Ordem Constitucional garante a inviolabilidade do direito à vida (Art. 5º caput) que tem por pressuposto o direito à saúde, a submissão à tortura nem a tratamento desumano ou degradante (Art. 5º inciso III), a vedação de penas cruéis e de trabalho forçado (Art. 5º inciso XLVII), a integridade física e moral do preso (Art. 5º inciso XLIX) dentre outros. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de Outubro de 1988.

¹⁴ Abrange, portanto, a organização dos serviços de saúde, as formas de acesso ao sistema, a distribuição dos recursos, o oferecimento de prestações materiais, como tratamentos, medicamentos, exames, internações e afins.

Com o reconhecimento expresso da saúde como direito fundamental pela Carta Magna, houve a produção de inúmeras normas acerca do Direito Sanitário¹⁵, regulamentando a saúde no Brasil, inclusive, definindo as políticas estatais de saúde pública que devem ser seguida pelos entes estatais.

A concretização dos direitos sociais, inclusive o direito à saúde, reclama em maior grau a adjudicações de prestações de natureza participativa, normativa e material, com a criação e colocação à disposição dos bens materiais e imateriais necessários a fruição dos bens e interesses sociais tutelados.¹⁶

O oferecimento ocorre através da articulação pelos poderes públicos de programas de ação governamental que coordenam os meios colocados à disposição, harmonizando as atividades estatais e privadas, para a realização destes objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados.¹⁷

As políticas públicas, portanto, compreendem além da prestação imediata de serviços públicos pelo Estado, a atuação normativa, reguladora e de fomento que combinadas de forma eficiente conduz os esforços da esfera pública e privada, na consecução dos fins almejados pela Constituição e a sociedade.¹⁸

A Constituição Federal de 1988 além de reconheceu expressamente o direito à saúde como um direito fundamental social¹⁹, previu como um dever estatal²⁰, de concretização pelos

¹⁵ Dentre eles destacam-se: a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080 e 8.142 de 1990), Lei da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Lei 9.782 de 1999), Lei sobre os Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde (Lei 9.656 de 1998), Lei da Agência Nacional de Saúde Suplementar (Lei 9.961 de 2000), a Lei que autoriza a criação da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Lei 10.972 de 2004), a Lei de Bio-Ética (Lei 11.105 de 2005) dentre outras.

¹⁶ Isto não importa desconhecer que a concretização dos direitos sociais também depende da sua realização na dimensão negativa ou que possuem uma eficácia em relação aos particulares, impondo restrições aos direitos e liberdades ou determinando o cumprimento de dadas prestações como ocorre com as contribuições sociais. MIRANDA, Jorge. **Manual de direito constitucional: Direitos fundamentais**. 2. ed. Coimbra: Almedina, 1998. t. IV. p. 341-342.

¹⁷ Neste ponto, há uma interpenetração da esfera política na ciência jurídica, resultante da crescente preocupação dos juristas com a realização dos direitos sociais, ampliando a comunicação entre estes dois subsistemas sociais: as ciências políticas e o direito. Sobre as consequências e as possíveis vantagens e riscos desta correlação, vide por todos: BUCCI, Maria Paula Dallari. **Direito administrativo e políticas públicas**. São Paulo: Saraiva, 2002. p. 241-244.

¹⁸ Barcellos, Ana Paula de. Constitucionalização das políticas públicas em matéria de direitos fundamentais: o controle político-social e o controle jurídico no espaço democrático. **Revista de Direito do Estado**, ano 1, n. 3, p. 18 e 22. Predomina em sua natureza, a intervenção cogente do Estado na realização dos bens e valores sociais, razão pelo qual, não englobam os programas realizados em associação com a sociedade civil, através de mecanismos e instrumentos institucionais ou não. Neste sentido: LEAL, Rogério Gesta. **Os princípios fundamentais do direito administrativo brasileiro**. São Leopoldo: Anuário do Programa de Pós-graduação em Direito da Universidade do Vale do Rio Sinos, 2000. p. 223.

¹⁹ Artigo 196. Porém, ainda que não previsse de forma expressa a abertura do catálogo material de direitos fundamentais trazido pelo artigo 5º §2º permitiria a consagração como direito implícito decorrente do próprio regime de direitos fundamentais. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de Outubro de 1988.

entes públicos, bem como, um dever dos particulares, de proteção e promoção do direito à saúde, extraído da própria unidade da Constituição e sua força normativa²¹.

O dever fundamental do Estado de proteção da saúde se revela na criação, organização e regulamentação do sistema de Saúde Pública, o planejamento e a execução de políticas públicas de saúde com oferecimento de bens e serviços à população e o acesso as ações de saúde pela população²².

Neste sentido, determina a Constituição de 1988 o dever dos entes públicos de formulação, execução e controle de políticas públicas de acesso universal, igualitário e gratuito aos cidadãos a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como, a redução do riscos de doença e outros agravos²³.

As políticas estatais de saúde pública, porém, orientam e vinculam não apenas as ações e serviços públicos, mas a atividade de saúde suplementar oferecido pelos entes privados de saúde, uma vez que sujeitos à atividade de regulação estatal mediante normatização e fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar²⁴.

As políticas públicas de saúde compreende as indiretas que atuam sobre fatos determinantes à saúde – como saneamento básico, meio ambiente, alimentação, moradia, o acesso aos bens e serviços sociais dentre outros – que garantem as condições de bem estar físico, mental e social²⁵.

Abrange as políticas públicas diretas destinada à proteção da saúde, que englobam o direito às medidas preventivas que minimizam os riscos à saúde propiciando uma vida saudável, como a fiscalização e exercício do poder de polícia, como a vigilância sanitária, epidemiológica e o controle de epidemias.

²⁰ A saúde foi tida como dever do Estado (artigo 196), cabendo a titularidade dos serviços públicos relativos ao poderes públicos ao qual compete a execução direta ou a fiscalização da execução indireta (artigo 197). BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de Outubro de 1988.

²¹ Embora haja obrigação precípua do poder público para a efetivação do direito, há de se reconhecer que a saúde gera um correspondente dever de respeito aos particulares, uma vez que igualmente estão vinculados na condição de destinatários da normas de direitos fundamentais. Razão pelo qual se tutela a integridade física, vida e dignidade pessoal. SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas Considerações em Torno do Conteúdo Eficácia e Efetividade do Direito à Saúde na Constituição de 1988. **Interesse Público**, n. 12, 2001. p. 95.

²² Abrange ainda a participação da sociedade na tomada de decisões e no controle das ações de saúde e o incentivo à adesão aos programas de saúde pública. SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Proteção e Promoção da Saúde aos 20 anos da CF/88 **Revista de Direito do Consumidor**, 67, 2008. p. 133.

²³ BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de Outubro de 1988. Artigo 196 e 197.

²⁴ O artigo 4º da lei que regulamenta a Agência nacional de Saúde dispõe que compete a mesma elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica, estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras, normatizar os conceitos de doença e lesão preexistentes, dentre outras. BRASIL. **Lei 9.961 de 28 de Janeiro de 2000**.

²⁵ BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Artigo 3º.

Compreende, também, as políticas que buscam a recuperação da saúde, que envolvem as ações destinadas à recuperação da saúde da pessoa acometido de doença ou agravo, como o atendimento hospitalar e ambulatorial, de diagnóstico e tratamento, inclusive, acesso aos medicamentos, cirurgias e transplantes de órgãos.

Envolve, ainda, as políticas que tendem a promoção da saúde, mediante as ações que buscam evitar a exposição pelas pessoas a fatores condicionantes e determinantes de doenças, como incentivo à pesquisa científica, programas de educação em saúde e campanhas de prevenção a doenças.

Para garantir tais políticas públicas, a Constituição Federal vincula a aplicação mínima de recursos a ações e serviços públicos de saúde²⁶, inclusive, prevendo a intervenção da União nos Estados e Distritos Federais e dos Estados nos Municípios para garantir o investimento do mínimo exigido das referidas receitas²⁷.

Neste tocante, atribui competência administrativa comum, para todos os entes federativos da atividade de tutela da saúde e assistência pública²⁸, em especial, do municípios de prestar com a cooperação técnica e financeira da União e do Estados, os serviços de atendimento à saúde da população²⁹.

Estipula a integração das políticas públicas desses entes, com a articulação dos conjunto de ações e serviços de saúde, bem como, de controle, pesquisa e produção de insumos, medicamentos e equipamentos de saúde, prestados pela Administração Pública Direta e Indireta em um Sistema Único de Saúde.

Cabe ao Sistema Único de Saúde políticas públicas voltadas ao cidadão com oferecimento de bens e serviços na proteção de sua saúde, ao profissional garantindo a saúde no meio ambiente do trabalho e a iniciativa privada resguardando a saúde da população no exercício da atividade econômica e científica.³⁰

²⁶ Com a Constituição de 1988 buscou-se ampliar os recursos destinados ao financiamento da Seguridade Social e com o artigo 198 §2º ampliou a vinculação obrigatória para o financiamento da saúde na tentativa de garantir a efetiva aplicação de recursos em ações e medidas de saúde. MARQUES, Rosa Maria. **O Financiamento do Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Santiago: Cepal, 1999. p. 28-29.

²⁷ BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de Outubro de 1988. Artigo 34 inciso VII “e” e Artigo 35 inciso III.

²⁸ BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de Outubro de 1988. Artigo 23 inciso II.

²⁹ Adotar-se-ia o princípio de predominância de interesses na denominação da competência do município para atender as demandas locais relativos a tutela do direito à saúde, inclusive, atividade administrativas como exercício do poder de polícia sanitária, com fiscalização de restaurantes e afins. Sobre o papel do município, vide: DALLARI, Sueli Gandolfi. **Competência Municipal em Matéria de Saúde**. Revista de Direito Público, v. 22, n. 92, p. 173, out./dez. 1989.

³⁰ Embora as políticas públicas de saúde estejam previstas na Constituição, cabe a legislação infraconstitucional – Lei 8.080 e 8.142 ambas de 1990 - sedimentar as orientações constitucionais ao Sistema de Saúde. PAULUS JUNIOR, Aylton; CORDONI JUNIOR, Luiz. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil**. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v. 8, n. 1, p. 17, dez/2006.

No que se refere a iniciativa privada, engloba a ordenação da formação de recursos humanos na saúde, a formulação da política de medicamentos, insumos de saúde, sangue e derivados, a fiscalização de alimentos e líquidos para consumo humano e controle de substâncias psicoativas, tóxicas e radioativas³¹.

Compreende o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, mediante o financiamento compartilhado com Universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executora³².

No que tange ao trabalhador, compreende ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária que busquem proteger a saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, garantindo assistência em razão de acidente ou doença profissional, informações sobre os riscos à saúde dentre outros³³.

Corresponde, também, a proteção ao meio ambiente do trabalho, ou seja, as ações que busquem eliminar, diminuir ou prevenir os riscos ocorridos ou passíveis de ocorrer no local onde o trabalhador exerce sua profissão ou desenvolve seu trabalho, que tenham repercussão à saúde humana³⁴.

No que tange ao cidadão, abrange as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, que buscam eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e intervir nos problemas sanitários, bem como, proporcionar o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança na saúde individual ou coletiva, para adoção de medidas cabíveis³⁵.

Inclui, também, a participação em ações de saneamento básico, que envolve o abastecimento de água potável, o adequado esgotamento sanitário, a necessária limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos e a drenagem e manejo das águas pluviais urbanas, como necessárias a conservação de saúde³⁶.

³¹ BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Artigo 6º inciso III, VI, VII, VIII, IX e XI.

³² BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Artigo 6º X e Artigo 32 §5º.

³³ BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Artigo 6º inciso I alínea “c” e “e” §3º.

³⁴ Neste sentido, chama-se atenção para ações de saúde do trabalhador em nível nacional como coibir o uso de materiais proibidos, negociações para vigilância e prevenção de acidentes de trabalho, diagnóstico e intervenção nos casos de contaminação ocupacional e ambiental dentre outras. COSTA, Danilo; LACAZ, Francisco Antonio de Castro; JACKSON FILHO, José Marçal; VILELA, Rodolfo Andrade Gouveia. **Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública**. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional vol.38 no.127 São Paulo, p. 14-15. Jan./June 2013.

³⁵ BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Artigo 6º inciso I alínea “a” e “b” e §1º e 2º.

³⁶ As medidas denotam a relação inevitável entre o direito fundamental à saúde e o direito ao meio ambiente equilibrado como forma de garantir sua efetivação. CUNHA, Marco Túlio Ribeiro. **Direito Fundamental à Saúde Ambiental: Interdisciplinariedade entre o Direito fundamental à saúde e ao meio ambiente**. Revistas da Faculdade Católica de Uberlândia, vol. 2, n. 3, p. 10-11, 2011.

Envolve ainda, a vigilância nutricional e orientação alimentar com medidas que melhore o padrão de consumo alimentar e o estado nutricional dos cidadãos, bem como, a assistência terapêutica integral, com oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar e de medicamentos e produtos para a saúde³⁷.

Abrange, portanto, a oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar³⁸ de acordo com as referidas diretrizes, que envolve, portanto, o oferecimento de serviços voltado à promoção, recuperação e prevenção da saúde em rede de hospitais e ambulatórios do Sistema Único de Saúde.

Neste sentido, reconhecido que o dependente químico de substâncias psicoativas é portador de doença, cabe o oferecimento de políticas públicas de saúde que permita mediante a utilização de procedimentos terapêuticos adequados, auxiliar na minimização de seus agravos e recuperação de sua saúde.

O tema será tratado a seguir.

3 O DEPENDENTE QUÍMICO E A POLÍTICA PÚBLICA DE INTERNAÇÃO

A dependência de substâncias entorpecentes é identificada como doença, denominada “Transtornos Mentais e Comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas – síndrome de dependência”, de sorte que o dependente químico é portador de transtorno mental e sujeito de tratamento de saúde³⁹.

Em passado recente, a orientação que se tinha como mais adequada para o tratamento do portador de transtorno mental e, por efeito, do dependente químico, era a internação com a utilização de tratamentos que afetavam diretamente o cérebro, como o coma insulínico, o eletrochoque, a administração de quimioterápicos e a lobotomia.⁴⁰

³⁷ BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Artigo 6º inciso I alínea “d” e inciso IV e Artigo 19-M.

³⁸ BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Artigo 6º inciso I alínea “d” e artigo 19-M inciso II.

³⁹ Classificada pela Organização Mundial de Saúde na lista de Classificação Internacional de Doenças (CID-10) como doença caracterizada pela alteração mental e corpórea do indivíduo em decorrência do uso de drogas, compete a cada Estado regulamentar a referida tutela penal e civil acerca dos delitos praticados e as medidas de segurança adotada, bem como, da capacidade de praticar atos pelo indivíduo e as formas de interdição. Sobre o tema, vide: TONIÊTO, Tiago. **O Tratamento de Desintoxicação do Dependente Químico de Drogas Ilícitas sob um Prisma Constitucional**. Revista de Direito Sanitário, São Paulo, v. 11, p.15-16. Mai/jun 2010.

⁴⁰ O tratamento do usuário de drogas desde o final do século XIX até a primeira metade do século XX é marcado pela internação em instituições psiquiátricas com a retirada do convívio social e promoção do abandono das drogas com a utilização de variadas técnicas. PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antonio.

Não obstante, a aniquilação do paciente psiquiátrico gerou o questionamento do modelo tradicional, em nível técnico e à luz da experiência científica contemporânea, dando origem ao movimento pela reforma da legislação psiquiátrica, com o objetivo de resguardar os direitos fundamentais do indivíduo portador de transtorno mental.⁴¹

O movimento a favor da reforma antimanicomial do sistema de atendimento psiquiátrico, no Brasil, teve início no final da década de 70, sob influência do movimento de reforma italiano impulsionado por Franco Basaglia, que propôs a promoção da desinstitucionalização, tendo em vista o fenômeno complexo do transtorno mental.⁴²

Neste tocante, foi aprovada a lei de reforma psiquiátrica⁴³, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, garantindo a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, superando o modelo hospitalocêntrico baseado na exclusão social dos indivíduos sujeitos a tratamento.

A referida lei trouxe importantes alternativas à internação hospitalar, tendo como marco a proibição da internação em “instituições com características asilares”, ou seja, aquelas desprovidas de serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros indicados ao doente.

Vedou a internação em instituições que não assegurem aos pacientes os direitos previstos na lei, como o de acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde consentâneo às suas necessidades, o direito à presença médica, para esclarecer sua hospitalização e o de ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis.⁴⁴

Porém, permitiu a internação psiquiátrica que, consoante a lei da Reforma Psiquiátrica, ocorrerá de forma voluntária – aquela oriunda do consenso do paciente –, involuntária – aquela em que não há consentimento do usuário, mas é realizada por pedido de um terceiro – ou compulsória - realizada por força de decisão judicial.

O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. Psicologia: Teoria e Pesquisa, abr-jun 2009, vol. 25, n. 2, p. 206-208.

⁴¹ Buscou-se seguir a orientação da Organização Mundial de Saúde do hospital psiquiátrico enquanto instituição deficiente e violadora dos direitos humanos, com o progressivo fechamento das instituições e a reinserção dos indivíduos no convívio social. LIMA, Vanessa Batista Oliveira; BRANCO NETO, Joffre do Rêgo Castello. **Reforma Psiquiátrica e Políticas Públicas de Saúde Mental no Brasil: Resgate da Cidadania das Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais**, VI Encontro de Iniciação Científica, Faculdade 7 de Setembro, 2010, p. 8-9.

⁴² Tiveram por principal fundamento os direitos civis, políticos e sociais dos portadores de transtornos mentais, permitindo a promoção da cidadania, através da reinserção social, o trabalho e o tratamento. CALDAS, Amanda de Alvarenga; NOBRE, Julio Cesar de Almeida. **Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica Brasileira: Reflexões Acerca da Cidadania aos Portadores de Transtornos Mentais**. Cadernos UNIFOA, n. 20, p. 77, dez/2012.

⁴³ BRASIL. **Lei nº 10.216** de 06 de Abril de 2001.

⁴⁴ BRASIL. **Lei nº 10.216** de 06 de Abril de 2001. Artigo 2º Parágrafo Único.

Para a internação do paciente, deve haver prévia autorização de médico registrado no Conselho Regional de Medicina, expressa por laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos, de sorte que a internação é ato médico, de competência e prerrogativas exclusivas de médico psiquiatra.⁴⁵

Sendo involuntária, prevê a lei o requisito da subsidiariedade, ordenando que a internação só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, ou seja, como ultima ratio, após a verificação de que nenhum outro tipo de recurso extra-hospitalar se mostrou eficaz.⁴⁶

Ademais, consoante a Política para Atenção Integral ao Uso de Álcool e outras Drogas⁴⁷, que impõe a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes destes, a oferta de cuidados deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, articulados à rede assistencial em saúde mental e da rede de saúde.

Para tanto, o sistema de saúde deve contar com uma rede de tratamento de saúde mental - Rede de Atenção Psicossocial⁴⁸ - que torne possível ao dependente químico experimentar diversos modelos de assistência, se utilizando da internação involuntária apenas como recurso subsidiário e baseado em três eixos: a capacitação, ampliação e a integração.

No que tange à capacitação, como já previsto na Política Nacional sobre Drogas⁴⁹, deve ser oferecida a capacitação continuada de todos os setores envolvidos no tratamento do dependente químico, o que envolve o ensino especializado de saúde mental com foco em álcool e drogas de todo profissional que atue na rede de assistência psicossocial.

Quanto à ampliação, esta deve ser realizada não somente em relação aos setores da rede de saúde mental já instituída, mas também no que tange a outros mecanismos de

⁴⁵ BRASIL. **Lei nº 10.216** de 06 de Abril de 2001. Artigo 6º, 8º e 9º.

⁴⁶ BRASIL. **Lei nº 10.216** de 06 de Abril de 2001. Artigo 4º.

⁴⁷ A política nacional para Atenção Integral ao Uso de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, tem por finalidade superar o atraso histórico de assunção desta responsabilidade pelo SUS, e buscando subsidiar a construção coletiva de seu enfrentamento. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 7-8.

⁴⁸ A Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), foi instituída pela Portaria nº 3.088 de 2011 do Ministério da Saúde. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3.088 de 23 de Dezembro de 2011**.

⁴⁹ Porém, verifica-se a necessidade de articulação da política de promoção, prevenção, tratamento, proteção, e inclusão social, na interface intersetoriais aos serviços da saúde, em relação a outros Ministérios, organizações governamentais e não governamentais, requerendo a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos. SOUZA, Maria Milaneide; CARVALHO, Rafael Nicolau; SILVA, Leandro Roque da; SANTOS, Jossana Rafaela dos; AZEVEDO, Elisângela Braga de; CAVALCANTI, Patrícia Barreto. **Política Nacional sobre Drogas e Saúde Mental**, Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Universidade Federal de Santa Catarina, v.5, n. 11, p. 84-85, 2013.

abordagem e tratamento do dependente químico, com experimentação de novas técnicas de saúde mental e inovação em políticas e iniciativas públicas.

Neste tocante, destaca-se uma ação de Consultórios de Rua, que busca trazer ações de saúde de cuidado integral aos usuários de drogas que estão nas ruas, utilizando-se como principal ferramenta a relação de confiança formada com o vínculo entre o profissional de saúde e o usuário de drogas.⁵⁰

No que se refere à integração da rede de assistência mental, também está prevista na Política Nacional de Drogas a garantia de que o paciente só seja internado após terem se esgotado todos os outros recursos extrahospitais, sendo, por via de consequência, imprescindível a interligação entre as diversas unidades de atendimento.⁵¹

Registra-se, portanto, que a internação compulsória do dependente químico, como última medida, pressupõe ações estatais no sentido de direcionar verbas públicas para a rede de saúde mental e aumentar as vagas em clínicas públicas criadas para esse fim, para que os modelos de tratamento alternativos à internação estejam disponíveis ao paciente.

Todavia, por outro lado, as internações involuntárias enfrentam um grave problema advindo da Reforma Psiquiátrica: o fechamento desordenado de leitos psiquiátricos e a implementação de equipamentos de saúde mental em número insuficiente contribuíram para a superlotação dos serviços extrahospitais e deixaram pacientes sem tratamento algum.⁵²

A redução dos leitos em hospitais psiquiátricos deveria ter ocorrido à medida que fossem criadas vagas correspondentes no serviço aberto, e também em hospitais gerais. Isto porque há casos de dependência química que podem ser solucionados na atenção primária e na secundária, mas outros quadros graves que necessitam de internação hospitalar.

Neste tocante, o Ministério da Saúde editou em 2012 portaria com normas de implantação do Serviço Hospitalar de Referência para tratamento de pessoas com transtorno mental e necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, em que dispõe sobre a equipe técnica multiprofissional e a distribuição de número de leitos.⁵³

⁵⁰ Por isso, deve haver absoluta separação entre o trabalho desses profissionais de saúde e o trabalho de agentes de segurança pública e de policiais na repressão ao tráfico de drogas. O Consultório de Rua está previsto no art. 6º, I, b, da Portaria que institui a Rede de Atenção Psicossocial. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3.088** de 23 de Dezembro de 2011.

⁵¹ BRASIL. **Resolução nº 3 GSIPR/CH/CONAD** de 27 de Outubro de 2005. Item 2.2.1 das diretrizes de Tratamento, Recuperação e Reinserção social da Política Nacional de Drogas.

⁵² Por efeito a ausência de equipamentos de saúde pública destinados a prestar atendimento em regime de internação hospitalar em diversas regiões do país impossibilita o cumprimento da referida portaria e ocasiona a violação ao direito à saúde de inúmeros dependentes químicos. VARALDA, Renato Barão. CORDEIRO, Flávia de Araújo. Dependência química: vulnerabilidade e desafios. **Revista Jurídica Consulex**. Brasília, v. 15, n. 352, p. 24-25, set, 2011.

⁵³ BRASIL. **Resolução nº 148 do Ministério da Saúde** de 31 de Janeiro de 2012. Artigo 9º.

Essa substituição do hospital psiquiátrico pelo leito de saúde mental em hospital geral atende à necessidade de atenção integral ao paciente, inclusive a suas comorbidades clínicas decorrentes da dependência química, porquanto a não separação entre o cuidado de saúde mental e o cuidado geral promove um intercâmbio com outras especialidades médicas.

Ademais, os leitos de saúde mental em hospitais gerais garantem uma maior transparência da prática psiquiátrica, evitando, dessa forma, as violações de direitos humanos praticadas em hospitais psiquiátricos durante a história do tratamento de transtornos mentais, além de facilitarem o acesso ao tratamento e diminuírem o estigma da doença mental.⁵⁴

Isto porque a finalidade permanente do tratamento é a reinserção social do paciente em seu meio, de forma que devem ser garantidas políticas públicas de reabilitação psicossocial assistindo pacientes há longo tempo hospitalizados ou que apresentem grave dependência institucional, assegurada a continuidade do tratamento quando necessário.⁵⁵

No caso do dependente químico, agrava-se a questão, pois não se trata de ressocialização – enquanto retorno da participação em determinado grupo social - mas socialização, uma vez que esses indivíduos já carregam um estigma social mesmo antes de serem internados, eis que se encontram fora dos padrões aceitos pela sociedade.⁵⁶

Disto resulta que os dependentes químicos saem quase sempre das unidades hospitalares estigmatizados pela dependência e pela internação, com dificuldades de criar laços sociais ou reatar os perdidos pela intervenção médica, o que demanda políticas de reinserção capazes de auxiliar na mudança da identidade de drogado para de cidadão.

Neste sentido, embora carregando o discurso de guerra às drogas e defesa dos vulneráveis, os poderes públicos tem adotados políticas públicas no que tange aos dependentes químicos que, ao revés de garantir a tutela do seu direito à saúde, atentam contra seus direitos fundamentais, em especial daqueles que se encontram em situação de rua.

O tema será tratado a seguir.

⁵⁴ Garante-se, portanto, tratamento digno ao portador de transtorno mental, bem como, impede a violação aos seus direitos básicos. CARVALHO, João Alberto. A saúde mental na visão da psiquiatria. **Revista Jurídica Consulex**. Brasília, n. 320, p. 35-37, mai. 2010.

⁵⁵ Art. 4º, § 1º e art. 5º.

⁵⁶ Neste sentido, a internação compulsória por ordem judicial pressupõe uma ação efetiva e decidida do Estado no sentido de aumentar as vagas em clínicas públicas criadas para esse fim, de forma que não constitua apenas restrição ao direito de liberdade, mas de garantia ao direito à vida. CAPEZ, Fernando. Tóxicos - Internação compulsória e educação. **Revista Magister de Direito Penal e Processual Penal**. Porto Alegre, v. 8, n. 45, p. 26-27, jan./mar. 2011.

4 ESTUDO DE CASO: A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA NO RIO DE JANEIRO

Em 2011, O Município do Rio de Janeiro, por meio da Secretaria Municipal de Assistência Social, publicou o “Protocolo do Serviço Especializado em Abordagem Social” que, por resolução, instituiu o recolhimento e internação compulsórios para crianças e adolescentes em situação de rua, ampliada em 2012 para adultos.⁵⁷

Voltava-se ao grupo populacional marcado pela pobreza extrema, vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, a inexistência de moradia convencional com utilização dos logradouros públicos e áreas degradadas como espaço de moradia, com por objetivo construir o processo de saída das ruas e permitir acesso à rede de serviços e benefícios assistenciais.⁵⁸

No início de 2013, o município deu início a operações de acolhimento compulsório de usuários de crack nas chamadas “cracolândias”, com o apoio do Ministério da Saúde, que foi objeto de inúmeras críticas, em razão da violação sistemática aos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais previsto na Lei de Reforma Psiquiátrica.

De início, verifica-se a violação ao princípio da subsidiariedade⁵⁹, que impõe o tratamento, preferencial, em serviços comunitários de saúde mental e impõe a internação apenas quando esgotadas as alternativas extra-hospitalares, tendo a mesma como finalidade a reinserção social do paciente.

Objetiva a lei restringir as internações apenas quando necessário, tendo em vista que a interação do doente na sociedade é parte do processo de tratamento e da cura, de forma que a sua segregação do meio social e familiar, somente ocorre quando recomendável do ponto de vista médico e legítima do ponto de vista jurídico.⁶⁰

Razão pelo qual, voltam-se os autores a fixar alguns parâmetros para garantir que a internação não voluntária não viole a autonomia de vontade, comunicando o médico ao juiz

⁵⁷ No art. 5º, parágrafo 3º estabelece que os menores, sob a influência nítida do uso de drogas, devem ser “mantido(s) abrigado(s) em serviço especializado de forma compulsória”. O parágrafo 4º do mesmo artigo complementa que crianças e adolescentes “independente de estarem ou não sobre a influência do uso de drogas, também deverão ser mantidos abrigados/acolhidos de forma compulsória com o objetivo de garantir sua integridade física”. BRASIL. **Secretaria Municipal de Assistência Social**. Resolução nº 20 de 27 de Maio de 2011.

⁵⁸ BRASIL. **Secretaria Municipal de Assistência Social**. Resolução nº 20 de 27 de Maio de 2011. Artigo 1º único e Artigo 3º I.

⁵⁹ BRASIL. **Lei 10.216 de 06 de Abril de 2011**. Artigo 2º inciso XI e Artigo 4º.

⁶⁰ LIMA, Taisa Maria Macena de; SÁ, Maria de Fátima Freide. **Autonomia Privada e Internação não Consentida**. Revista Brasileira de Estudos Políticos, v. 99, p. 88, 2009.

apenas: quando ausente o discernimento do dependente e sem responsável presente; ou presente o responsável ou dotado de discernimento o dependente há recusa e risco eminente.⁶¹

O Ministério da Saúde ao regulamentar o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, que as internações de curta duração, devem ser tidas até a estabilidade clínica do usuário, respeitando as especificidades de cada caso.⁶²

Ademais, a internação na modalidade compulsória depende de autorização judicial⁶³ em que compete ao juiz avaliar as condições de segurança do estabelecimento, à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários, sendo formulada a partir de um laudo médico circunstanciado⁶⁴ que caracterize os seus motivos.

Ademais, a política pública estatal voltada no âmbito do Ministério da Saúde para a internação do titular de transtorno mental decorrente do uso de drogas impõe como atividades necessárias: avaliação clínica e psicossocial do paciente por equipe multiprofissional e a abordagem familiar com orientações sobre o diagnóstico e tratamento.⁶⁵

Verifica-se, em concreto, que o recolhimento compulsório é realizado sem a utilização de terapêutica alternativa, sendo os indivíduos levados por agentes públicos direto da rua para “higienização” e análise clínica num centro de triagem⁶⁶, por determinação do Poder Executivo, não do Poder Judiciário como previsto na Lei da Reforma Psiquiátrica.

Destarte, não há respeito ao direito ao diagnóstico individualizado⁶⁷, que garanta ao indivíduo portador do transtorno mental o acesso ao melhor tratamento conforme suas necessidades próprias, em ambiente terapêutico adequado e pelos meios menos invasivos possíveis.

Note que o recolhimento compulsório foi feito com despersonalização no tratamento, pois em muitos Centros de Atendimento à Dependência Química a medicalização diária é generalizada, administrando-se a mesma dosagem para os pacientes e utilizando-se contenções químicas e físicas, administradas por técnicos e não médicos psiquiatras.⁶⁸

⁶¹ BARROS, Daniel Martins de. SERAFIM, Antonio de Padua. **Parâmetros Legais para a Internação Voluntária no Brasil**. Revista de Psiquiatria Clínica, vol. 36, n. 4, p. 177, 2009.

⁶² BRASIL. **Resolução nº 148 do Ministério da Saúde** de 31 de Janeiro de 2012. Art. 3º inciso I.

⁶³ BRASIL. **Lei 10.216 de 06 de Abril de 2011**. Artigo 6º caput e inciso III.

⁶⁴ BRASIL. **Lei 10.216 de 06 de Abril de 2011**. Artigo 9º.

⁶⁵ BRASIL. **Resolução nº 148 do Ministério da Saúde** de 31 de Janeiro de 2012. Artigo 4º.

⁶⁶ **Relatório de Visitas aos Abrigos Especializados para Crianças e Adolescentes**. Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro / Comissão de Direitos Humanos e Cidadania. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia, 2012. Disponível em: http://www.crprj.org.br/documentos/2012-relatorio_CADQs.pdf. Acesso em 10.12.2013. p. 21.

⁶⁷ BRASIL. **Lei 10.216 de 06 de Abril de 2011**. Artigo 2º inciso I.

⁶⁸ **Relatório de Visitas aos Abrigos Especializados para Crianças e Adolescentes**. Op. cit. p. 33.

Tais ações de recolhimento compulsório, além de não serem novas são marcadas por maciças violações de direitos do portador de transtorno mental – como adoção de medidas punitivas e a ausência de privacidade – que, ocorrem das mais variadas formas e em várias intensidades.⁶⁹

Inclui-se no rol dos direitos desrespeitados o prejuízo da convivência familiar e comunitária causado pela dificuldade de acesso aos abrigos aonde são levados os dependentes, localizados longe dos centros urbanos o que amplia a resistência ao tratamento e a probabilidade de reincidência, além de desfazer laços familiares necessários à reabilitação.⁷⁰

Ademais, muitas Casas de Atendimento mantidas pelo Poder Público com o fim de abrigar esses dependentes químicos são vinculadas a instituições religiosas e mantêm práticas de religiosidade na metodologia de tratamento utilizada em violação à laicidade do Estado e de suas políticas públicas.⁷¹

Sendo internação realizada em programa marcado por internações em massa e na presença de agentes de polícia para retirada dos dependentes⁷², viola-se o direito a ser tratado com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde⁷³, fragilizando o vínculo de confiança a se firmar entre os dependentes e os agentes de saúde.

Denota-se, portanto, na política pública adotada pelo Município do Rio de Janeiro antes uma finalidade de garantia de ordem pública – ligada a ordenação do espaço urbano e segurança, voltado com a preocupação de retirada dos dependentes das ruas – do que de garantia do direito a saúde dos dependentes.

As violações a Lei de Reforma da Psiquiatria – com a internação compulsória como a primeira medida, a sua realização em massa, sem autorização judicial ou prévio laudo médico, em locais inadequados, com tratamentos despersonalizados e com restrição ao acesso ao convívio social ou familiar, antes importam na violação do direito à saúde que a sua tutela.

⁶⁹ **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas.** Conselho Federal de Psicologia. Brasília, 2011. p. 200. Disponível em: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2a_Edixo_relatorio_inspecao_VERSxO_FINAL.pdf. Acesso em: 11.12.2013.

⁷⁰ Segundo o Relatório do Módulo de Saúde Mental do Ministério Público do Rio de Janeiro referente ao ano de 2012, apenas 7% dos 7.147 pacientes internados involuntariamente em razão de transtornos mentais recebem visitas. **Relatório do Módulo de Saúde Mental** / Ministério Público do Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: http://msm.mp.rj.gov.br/wp-content/uploads/2013/01/relatorio_MSM2012.pdf. Acesso em 20.12.2013.

⁷¹ O Relatório de Visitas aos Abrigos Especializados para Crianças e Adolescentes indica que, em todos os locais visitados, havia características que indicavam a religiosidade presente na metodologia, apoiada no método conhecido como “Doze Passos”, além de serem observadas mensagens e regras tais como ter de fazer uma prece antes de comer. Cartazes referindo-se a Deus e outros traços também foram observados. **Relatório de Visitas aos Abrigos Especializados para Crianças e Adolescentes.** Op. cit. p. 45.

⁷² **Relatório de Visitas aos Abrigos Especializados para Crianças e Adolescentes.** Op. cit. p. 18.

⁷³ BRASIL. **Lei 10.216 de 06 de Abril de 2011.** Artigo 2º inciso II.

Alguns autores, apontam, que nas grandes capitais, o fenômeno estaria ligado a revitalização do centro urbano, histórico e simbólico, com a sua ocupação imobiliária, que demandaria de medidas contra a ocupação desordenada por tais populações dotadas de extrema vulnerabilidade social como as “cacolândias”.⁷⁴

O Município do Rio de Janeiro tem longo histórico de políticas de urbanização higienistas – dentre as quais a de Pereira Passos no início do século XX que resultou na demolição de residências insalubres e a remoção da população do Centro para outras partes da cidade – que atuavam como medidas de saúde pública e de controle social dos pobres.⁷⁵

Coaduna com um discurso terapêutico repressor e segregador da ordem jurídico-penal, que distingue o cidadão “anormal” – o viciado e louco – com a privação de sua liberdade⁷⁶. Neste tocante, não sendo o delito de uso de drogas passível para tal pena restritiva de direito⁷⁷,

Por esta razão, tem se associado o empenho do Poder Executivo Municipal na revitalização da cidade com a proximidade dos eventos culturais de natureza mundial que sediará o município – a Copa do Mundo e as Olimpíadas – e o interesse de limpeza urbana da mancha que a “cracolândia” produz na paisagem urbanística nos locais de circulação.⁷⁸

Corroborar-se tal entendimento, de que tais políticas públicas adotadas sob fundamento do interesse da saúde pública, tratando o crack como epidemia com a necessidade de uma resposta emergencial, ignora pesquisas empíricas, que demonstra o consumo generalizado mínimo em relação de outras drogas.⁷⁹

⁷⁴ GIANNINI, Rogério. Cracolândia: Bairro da Luz, interesses obscuros e ataques à Lei de Saúde Mental. **Revista Grandes Temas do Conhecimento** – Psicologia. São Paulo, n. 01, p. 1, mar/2013.

⁷⁵ MACHADO, Gisele Cardoso de Almeida. **A difusão do pensamento higienista na cidade do Rio de Janeiro e suas conseqüências espaciais**. Anais do XXVI Simpósio Nacional de História, São Paulo, julho 2011. p. 12.

⁷⁶ CORREA JUNIOR, Rubens. **As internações involuntárias de drogodependentes frente à legislação brasileira: Uma análise em relação ao contexto histórico do tratamento de dependentes e as políticas higienistas e de profilaxia social**. Revista de Direitos Fundamentais e Democracia, Curitiba, v. 13, n. 13, p. 276, janeiro/junho de 2013.

⁷⁷ Dispõe a Lei de Drogas que a aquisição, guarda, depósito, transporte ou posse de drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar para consumo próprio é submetido à pena de advertência sobre os efeitos das drogas; prestação de serviços à comunidade; medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo. BRASIL. **Lei nº 11.343 de 23 de Agosto de 2006**. Artigo 28.

⁷⁸ COSTA, Ileno Izidio. **Problematizações sobre a eficácia da internação compulsória no tratamento da drogadição**. Debate “Internação Compulsória”, Ordem dos Advogados do Brasil, Distrito Federal, 2013. Disponível em: <http://www.unb.br/noticias/downloads/ATT00013.pdf> Acesso em 20.12.2013. p. 5.

⁷⁹ Dados do II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas de 2012 promovido pelo Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e outras drogas demonstram que 54% da população brasileira consomem álcool regularmente, enquanto somente 1,9% consumiram crack no ano de realização da pesquisa. **II LENAD Levantamento Nacional de Drogas** / Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e outras drogas. Disponível em: http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2013/04/LENAD_ALCOOL_Resultados-Preliminares.pdf Acesso em 09.09.2013.

6. CONCLUSÃO

Buscou o presente trabalho investigar em que medida a internação compulsória dos dependentes químicos promovido pelo Município do Rio de Janeiro através da Resolução nº 20 de 27 de Maio de 2011 da Secretaria Municipal de Assistência Social trata-se de política pública de saúde voltada à recuperação do doente mental ou medida higienista.

De início, verificou-se que a saúde teve ampla tutela pela Constituição de 1988 que a tutelou como direito social garantido a todos os indivíduos, um dever estatal que ordena a proteção e promoção pelos Poderes Público e um dever dos particulares de respeito em razão do reconhecimento do direito fundamental às relações privadas.

Neste sentido, foram constitucionalizadas uma série de políticas públicas de competência comum dos entes federativos organizados em um Sistema Único de Saúde que envolve a oferta de procedimentos terapêuticos em um regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, voltados à promoção, recuperação e prevenção da saúde.

Após, reconheceu-se que o dependente químico de substâncias psicoativas é portador de doença, cabe o oferecimento de políticas públicas de saúde que permita a utilização de procedimentos terapêuticos capazes de auxiliar no seu tratamento e que coube à Lei de Reforma Psiquiátrica a regulação das medidas adequadas na recuperação de sua saúde.

Sob tal égide, verificou-se que a referida lei veicula normas definidoras de Direito para o portador de transtorno mental, considerando a internação como *ultima ratio* com a utilização de tratamentos menos incisivos, em ambientes adequados, assegura o convívio social e familiar.

Por fim, analisou-se a operações de recolhimento adotadas pela Administração Pública do Município do Rio de Janeiro para dependentes químicos em áreas de “cracolândia” verificando a violação ao procedimento legal para internação compulsória e os direitos fundamentais do portador de transtorno mental.

Neste tocante, as ações estatais violaram os princípios expressos na lei de Reforma Psiquiátrica: da subsidiariedade ao adotar a internação como primeira medida; da autorização judicial ao ser ordenada pelo Executivo sem prévio processo judicial; do diagnóstico individualizado e melhor tratamento, ao serem tidas em massas e de forma despersonalizada.

A opção pela internação compulsória, sem observância dos requisitos legais, de subsidiariedade desta modalidade de tratamento, da necessária, prévia e individual avaliação médica, autorização judicial e personalização no atendimento, contribuem com o baixo grau de eficácia do mesmo, por não contar com a colaboração do paciente.

Ademais, denota que o destinatário da política pública é o próprio Estado, que garante a ordenação do espaço público e o controle da segurança e não os cidadãos – portadores de transtornos mentais – cujo recolhimento e manutenção não observam os seus direitos fundamentais e se afasta a concepção do ser humano como um fim em si mesmo.

O tratamento forçado atenta contra os direitos fundamentais da pessoa, pondo em risco sua vida e segurança, bem como o direito à liberdade, além de submeter o internado a um processo de desculturação em relação ao mundo externo e de afastamento do seio de convivência de sua família.

De onde se infere que, tal programa governamental de recolhimento compulsório de dependentes químicos – no que tange ao usuários de crack em situação de rua – revela uma política pública com a finalidade precípua de garantia da ordem pública – com o ordenamento do espaço público e garantia da segurança coletiva – do que de saúde pública.

REFERÊNCIAS

II LENAD Levantamento Nacional de Drogas / Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e outras drogas. Disponível em: http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2013/04/LENAD_ALCOOL_Resultados-Preliminares.pdf Acesso em 09.09.2013.

A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BARROS, Daniel Martins de. SERAFIM, Antonio de Padua. **Parâmetros Legais para a Internação Voluntária no Brasil**. Revista de Psiquiatria Clínica, vol. 36, n. 4, 2009.

BARROSO, Luís Roberto. **Interpretação e aplicação da Constituição**. 6. ed. Rio de Janeiro: Saraiva, 2006.

_____. **O direito constitucional e a efetividade de suas normas. Limites e possibilidades da Constituição brasileira**. 7. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

_____. **Neoconstitucionalismo e constitucionalização do direito: O triunfo tardio do direito constitucional no Brasil**. In: SOUZA NETO, Cláudio Pereira de;

SARMENTO, Daniel (orgs.). A constitucionalização do direito: fundamentos teóricos e aplicações específicas. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007. p. 203-250.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de Outubro de 1988.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de Setembro de 1990.

BRASIL. Lei 9.961 de 28 de Janeiro de 2000.

BRASIL. Lei nº 10.216 de 06 de Abril de 2001.

BRASIL. Lei nº 11.343 de 23 de Agosto de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 3.088 de 23 de Dezembro de 2011.

BRASIL. Resolução nº 3 GSIPR/CH/CONAD. de 27 de Outubro de 2005.

BRASIL. Resolução nº 148 do Ministério da Saúde de 31 de Janeiro de 2012.

BRASIL. Secretaria Municipal de Assistência Social. Resolução nº 20 de 27 de Maio de 2011.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de direito constitucional**. 13. ed. São Paulo: Malheiros, 2003.

BRANCO NETO, Joffre do Rêgo Castello. **Reforma Psiquiátrica e Políticas Públicas de Saúde Mental no Brasil: Resgate da Cidadania das Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais**, VI Encontro de Iniciação Científica, Faculdade 7 de Setembro, 2010, p. 8-9.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Direito administrativo e políticas públicas**. São Paulo: Saraiva, 2002.

CALDAS, Amanda de Alvarenga; NOBRE, Julio Cesar de Almeida. **Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica Brasileira: Reflexões Acerca da Cidadania aos Portadores de Transtornos Mentais**. Cadernos UNIFOA, n. 20, dez/2012.

CAPEZ, Fernando. Tóxicos - Internação compulsória e educação. **Revista Magister de Direito Penal e Processual Penal**. Porto Alegre, v. 8, n. 45, jan./mar. 2011.

CARVALHO, João Alberto. **A saúde mental na visão da psiquiatria**. Revista Jurídica Consulex. Brasília, n. 320, mai. 2010.

CINTRA JUNIOR, Dyrceu Aguiar Dias. **Direito e Saúde Mental**. Revista de Direitos Difusos. Brasília, v. 19, maio./jun. 2003.

CORREA JUNIOR, Rubens. **As internações involuntárias de drogodependentes frente à legislação brasileira: Uma análise em relação ao contexto histórico do tratamento de dependentes e as políticas higienistas e de profilaxia social**. Revista de Direitos Fundamentais e Democracia, Curitiba, v. 13, n. 13, p. 276, janeiro/junho de 2013.

COSTA, Danilo; LACAZ, Francisco Antonio de Castro; JACKSON FILHO, José Marçal; VILELA, Rodolfo Andrade Gouveia. **Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública**. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional vol.38 no.127 São Paulo, Jan./June 2013.

COSTA, Ileno Izidio. **Problematizações sobre a eficácia da internação compulsória no tratamento da drogadição**. Debate “Internação Compulsória”, Ordem dos Advogados do Brasil, Distrito Federal, 2013. Disponível em: <http://www.unb.br/noticias/downloads/ATT00013.pdf> Acesso em 20.12.2013.

CUNHA, Marco Túlio Ribeiro. **Direito Fundamental à Saúde Ambiental: Interdisciplinabilidade entre o Direito fundamental à saúde e ao meio ambiente**. Revistas da Faculdade Católica de Uberlândia, vol. 2, n. 3, p. 10-11, 2011.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **Competência Municipal em Matéria de Saúde**. Revista de Direito Público, v. 22, n. 92, p. 173, out./dez. 1989.

FRASCATI, Jacqueline Sophie P. G. A Força jurídica dos direitos sociais, econômicos e culturais. **RDCI 63/85**. São Paulo: Ed. RT, abr. 2008.

GIANNINI, Rogério. Cracolândia: Bairro da Luz, interesses obscuros e ataques à Lei de Saúde Mental. **Revista Grandes Temas do Conhecimento – Psicologia**. São Paulo, n. 01, mar/2013.

HESSE, Konrad. **A força normativa da Constituição**. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Ed., 1991.

LEAL, Rogério Gesta. **Os princípios fundamentais do direito administrativo brasileiro.** São Leopoldo: Anuário do Programa de Pós-graduação em Direito da Universidade do Vale do Rio Sinos, 2000.

LIMA, Taisa Maria Macena de; SÁ, Maria de Fátima Freide. **Autonomia Privada e Internação não Consentida.** Revista Brasileira de Estudos Políticos, v. 99, 2009.

LOCCOMAN, Luiz. A polêmica da internação compulsória. **Revista Mente e Cérebro.** São Paulo, n. 31.

MACHADO, Gisele Cardoso de Almeida. **A difusão do pensamento higienista na cidade do Rio de Janeiro e suas conseqüências espaciais.** Anais do XXVI Simpósio Nacional de História, São Paulo, julho 2011.

MARQUES, Rosa Maria. **O Financiamento do Sistema Público de Saúde Brasileiro.** Santiago: Cepal, 1999.

MELLO, Luiz Carlos. Nise da Silveira: uma psiquiatra rebelde. **Revista Canal Saúde.** Rio de Janeiro, n. 7, maio/jun. 2001.

MIRANDA, Jorge. **Manual de direito constitucional: Direitos fundamentais.** 2. ed. Coimbra: Almedina, 1998. t. IV.

MOURA, Emerson Affonso da Costa. **Do Controle Jurídico ao Controle Social: Parâmetros a Efetividade dos Direitos Sociais.** Revista de Direito Constitucional e Internacional, v. 77, 2011.

PAULUS JUNIOR, Aylton; CORDONI JUNIOR, Luiz. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil.** Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v. 8, n. 1, p. 17, dez/2006.

PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antonio. **O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução.** Psicologia: Teoria e Pesquisa, abr-jun 2009, vol. 25, n. 2.

Relatório de Visitas aos Abrigos Especializados para Crianças e Adolescentes. Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro / Comissão de Direitos Humanos e Cidadania. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia, 2012. Disponível em: http://www.crprj.org.br/documentos/2012-relatorio_CADQs.pdf. Acesso em 10.12.2013.

Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas. Conselho Federal de Psicologia. Brasília, 2011. p. 200. Disponível em: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2a_Edixo_relatorio_inspecao_VERSxO_FINAL.pdf. Acesso em 11.12.2013.

Relatório do Módulo de Saúde Mental / Ministério Público do Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: http://msm.mp.rj.gov.br/wp-content/uploads/2013/01/relatorio_MSM2012.pdf. Acesso em 20.12.2013.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Algumas Considerações em Torno do Conteúdo Eficácia e Efetividade do Direito à Saúde na Constituição de 1988.** Interesse Público, n. 12, 2001.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Proteção e Promoção da Saúde aos 20 anos da CF/88** Revista de Direito do Consumidor, nº 67, 2008.

SARMENTO, Daniel. **O neoconstitucionalismo no Brasil: Riscos e possibilidades.** In: _____ (org.). Filosofia e teoria constitucional contemporânea. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009. p. 113-146.

_____. **A proteção judicial dos direitos sociais.** In: _____; SOUZA NETO, Cláudio Pereira de (orgs.). Direitos sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008.

SCLIAR, M. **Do Mágico ao Social: A Trajetória da Saúde Pública.** Porto Alegre: L&PM, 1998.

SERAFIM, Antonio de Pádua; BARROS, Daniel Martins. **Apontamentos sobre assistência aos portadores de transtorno mental.** Revista Jurídica Consulex. Brasília, v. 14, n. 320, maio. 2010.

SILVA, José Afonso da. **Aplicabilidade das normas constitucionais.** 7. ed. São Paulo: Malheiros, 2008.

SOUZA, Maria Milaneide; CARVALHO, Rafael Nicolau; SILVA, Leandro Roque da; SANTOS, Jossana Rafaela dos; AZEVEDO, Elisangela Braga de; CAVALCANTI, Patrícia Barreto. **Política Nacional sobre Drogas e Saúde Mental**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Universidade Federal de Santa Catarina, v.5, n. 11, 2013.

VARALDA, Renato Barão. CORDEIRO, Flávia de Araújo. **Dependência química: vulnerabilidade e desafios**. Revista Jurídica Consulex. Brasília, v. 15, n. 352, set, 2011.

TORRES, Marcelo Nóbrega da Câmara. **Direitos sociais**. Brasília: Senado Federal, 1987.