

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

**ANDRÉ ROCHA LEMOS**

**INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E O RESPEITO À AUTONOMIA DA POPULAÇÃO  
EM SITUAÇÃO DE RUA USUÁRIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS SOB O  
OLHAR DA EQUIPE DO CONSULTÓRIO NA RUA DO PLANO PILOTO DF**

Brasília-DF  
2016

ANDRÉ ROCHA LEMOS

**INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E O RESPEITO À AUTONOMIA DA POPULAÇÃO  
EM SITUAÇÃO DE RUA USUÁRIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS SOB O  
OLHAR DA EQUIPE DO CONSULTÓRIO NA RUA DO PLANO PILOTO DF**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Bioética pelo Programa de Pós-graduação em Bioética da Universidade de Brasília.

**Orientador:** Prof. Dr. Wanderson Flor Do Nascimento

BRASÍLIA-DF  
2016

LEMOS, André Rocha. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E O RESPEITO À AUTONOMIA DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA USUÁRIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS SOB O OLHAR DA EQUIPE DO CONSULTÓRIO NA RUA DO PLANO PILOTO DF. 2016. 125 f. Dissertação de mestrado (Programa de Pós-graduação em Bioética) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília-DF.

Dissertação aprovada em: 16 de Fevereiro de 2016

#### **BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Wanderson Flor do Nascimento  
(Orientador)

---

Prof. Dr<sup>a</sup>. Fabiano Maluf  
(Avaliador externo)

---

Prof. Dr. Volnei Garrafa  
(Avaliador interno)

---

Prof. Dr. Natan Monsores  
(Membro suplente)

Dedico este mestrado a toda população que vive em situação de Rua e em especial a todos os meninos de Rua que um dia fizeram parte de minha “família”. E também a todos aqueles que de certa forma colaboraram para que eu alcançasse mais um degrau em minha vida acadêmica, com incentivo e apoio em minhas escolhas e decisões.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Senhor Jesus Cristo em primeiro lugar por ter me fortalecido para que um dia saísse da invisibilidade das Ruas, das drogas e das grades me trazendo até aqui para que eu pudesse alcançar essa vitória.

A esta Universidade, seu corpo docente, direção e administração que abriram as portas para um horizonte que hoje vislumbro.

Agradeço ainda em especial meus mestres como: meu orientador Dr. Wanderson Flor do Nascimento que me direcionou para a construção desta pesquisa – ao mestre Dr. Volnei Garrafa, o qual depositou sua confiança em mim, não somente com palavras, mas também com atitudes para que esta etapa fosse concretizada; e por fim, a todos aqueles que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação fica a minha gratidão.

***MAL NENHUM***

*Não escondam suas crianças  
Nem chamem o síndico  
Nem chamem a polícia  
Nem chamem o hospício, não*

*Eu não posso causar mal nenhum  
A não ser a mim mesmo  
A não ser a mim mesmo  
A não ser a mim*

*(Cazuza)*

## RESUMO

A presente dissertação tem como tema a percepção que os profissionais que trabalham no Consultório na Rua do Plano Piloto de Brasília têm acerca da internação compulsória de usuários crack e outras drogas, vivendo em Situação de Rua. Por meio dessas percepções, buscou-se investigar em que medida o respeito à autonomia destes usuários é desconsiderada nos processos de internação compulsória e que imagem de autonomia aparece refletida por esses profissionais. A pesquisa, de cunho qualitativo, entrevistou sete profissionais do referido Consultório e suas falas, registradas, foram analisadas através do método hermenêutico-dialético. Tais profissionais, em sua quase totalidade, discordam do uso da internação compulsória como método mais adequado para o tratamento destes usuários e entendem que apenas um tratamento sistêmico que não considere apenas o usuário isoladamente e nem apenas tratar o uso das drogas - que na percepção desses usuários é um sintoma e não o problema mesmo. A autonomia é entendida como não um processo individual, mas como parte de um sistema social, que só ganha sentido na medida em que os indivíduos se inserem nas tramas sociais, interagindo com a família e o restante da sociedade, entre tensões e possibilidades de ação. Deste modo, o estudo contribuiu para futuros debates relacionados aos meios de tratamentos da PSR usuária de álcool e outras drogas, além de sugerir a bioética de intervenção como um resgate da autonomia por meio da libertação do empoderamento e da emancipação desses indivíduos que vivem sob o fantasma social de invisibilidade. O resultado da pesquisa foi lido desde a perspectiva da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos, sobretudo no artigo sobre autonomia, justiça e equidade, e no sobre estigmatização e vulnerabilidade social. A bioética se mostrou como uma interessante e importante abordagem para que se possa pensar nos conflitos morais que envolvam a internação compulsória de usuários de crack e outras drogas, que devem ser tratados não apenas em função de uma imagem prévia de autonomia, mas também, tendo em consideração o impacto da vulnerabilidade social e dos estigmas que findam por compor o problema que tais usuários experimentam.

**Palavras chave:** moradores de rua, uso de drogas, bioética, autonomia, estigmas

## Abstract

"This work deals with the perception that professionals working with the "Consultório na Rua do Plano Piloto" (a program in which a doctor's office is located in the streets of the Pilot Plan of Brasilia, Federal District of Brazil) have on the compulsory hospitalization of homeless users of alcohol and other drugs. Through the analysis of these perceptions, both the extent at which the respect for autonomy of these users is considered in the compulsory hospitalization processes and the notion of autonomy that these professionals have, were studied. This qualitative research included seven interviews with professionals. The answers were then analyzed through the hermeneutical-dialectical method. All of the professionals disagree with the use of compulsory hospitalization as a method to treat the users and consider that just a systemic treatment going beyond the user and his problems with drugs – which the professionals consider as a symptom and not as the problem itself- must be implemented. Autonomy is not understood as an individual process, but as a part of a social system, that only makes sense when individuals get inserted in social networks, and interact with the family and the rest of the society, between tensions and possibilities of action. By doing this, the study contributed for establishing future debates related to the possible treatments for homeless users of alcohol and other drugs and for suggesting Intervention Bioethics as a means to revive autonomy through empowerment and emancipation of the individuals living with the ghost of social invisibility. The research outcome was read from the perspective of the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, especially from its articles on autonomy, justice and equity and on stigmatization and social vulnerability. Bioethics appeared as an interesting and important perspective for thinking moral conflicts involving the compulsory hospitalization of users of alcohol and other drugs, who must be treated not only in terms of a pre-constructed notion of autonomy but also in terms of the impact that social vulnerability and stigmas have in the problems that they face.

**Keywords:** homeless population; drugs use; bioethics; autonomy; stigmas.

## **SIGLAS**

**AIDS** - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

**ATSM** – Área Técnica de Saúde Mental

**BI** – Bioética de Intervenção

**CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial

**CETAD**- Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas

**CGDHSP** – Coordenação Geral de Direitos Humanos e Segurança Pública

**CNJ** – Conselho Nacional de Justiça

**CENTRO POP** – Centro de Referência a População em Situação de Rua

**CR** – Consultório na Rua

**CRPP** – Consultório na Rua do Plano Piloto

**CRPs** – Conselho Regional de Psicologia

**DF** – Distrito Federal

**DST** – Doença Sexualmente Transmissível

**DUBDH** – Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos

**ECR** – Equipe do Consultório na Rua

**GDF** – Governo do Distrito Federal

**HIV** - Vírus da Imunodeficiência Humana

**IC** – Internação Compulsória

**NIMH** - Instituto Nacional de Saúde Mental

**PSR** – População em Situação De Rua

**RD** – Redução De Danos

**RM** – Residência Em Medicina

**SENAD** – Secretaria Nacional De Políticas Sobre Drogas

**SENAD/MJ** – Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas do Ministério da Justiça

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**UBS** – Unidade Básica de Saúde

**UNB** – Universidade de Brasília

**VE** – Vigilância Epidemiológica

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>CAPÍTULO 1 – OBJETIVOS E METODOLOGIA DA PESQUISA</b> .....	16
1.1 – Objetivos.....	16
1.2 - Métodos.....	16
<b>CAPÍTULO 2 – BREVE HISTÓRICO DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA</b> .....	19
2.1 – Críticas a essa Postura.....	20
2.2 – Contexto da internação compulsória de dependentes químicos no Brasil.....	25
<b>CAPÍTULO 3 – POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E SUAS RELAÇÕES COM O USO NOCIVO DAS DROGAS</b> .....	30
3.1 – População em Situação de Rua do Distrito Federal.....	34
<b>CAPÍTULO 4 – CONSULTÓRIO DE RUA</b> .....	38
4.1 – Consultório na Rua.....	39
4.1.2 – Consultório na Rua do Plano Piloto Brasília Distrito Federal.....	41
<b>CAPÍTULO 5 – A BIOÉTICA E A QUESTÃO DO USO NOCIVO DE DROGAS</b> .....	44
5.1 – Vulnerabilidades individuais e o uso nocivo de drogas.....	44
5.2 – Drogas, igualdade, justiça e equidade sob o olhar da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.....	49
5.3 – Autonomia da População em Situação de Rua e sua estigmatização.....	51
5.4 – Bioética e contexto da internação compulsória de dependentes químicos.....	57
<b>CAPÍTULO 6 – RESULTADOS</b> .....	67
6.1 – Descrição dos Resultados.....	65
<b>CAPÍTULO 7 – DISCUSSÃO</b> .....	75
<b>8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	79
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	82
<b>ANEXO A CEP/FS UnB</b> .....	97
<b>ANEXO B CEP/FEPECs</b> .....	99
<b>ANEXO C TCLE</b> .....	101
<b>ANEXO D QUESTIONÁRIO/ENTREVISTAS</b> .....	104

## INTRODUÇÃO

A biografia da Loucura na Idade Clássica, composta por Michel Foucault na segunda metade do século XX, comprova que a loucura, todavia, não está unicamente atrelada às assombrações e aos mistérios do mundo, mas ao próprio homem, aos seus temores, às suas fantasias e as suas imaginações, representando um astuto relacionamento que o homem conserva nele mesmo. Assim sendo, a loucura não diz respeito à veracidade do mundo, mas ao homem e à confiança que ele aponta de si mesmo<sup>1</sup>.

Além dessa inquietação presente na história, existe também o caso da internação compulsória (IC) aos considerados “loucos” que se deu início no século XVII, e que jamais foi ligado a um estabelecimento médico, mas a uma estrutura semijurídica que, além dos tribunais, decidia, julgava e executava<sup>1</sup>.

Séculos depois, as internações em saúde mental são cada vez mais discutidas nos aspectos comuns de saúde pública e tem se conformado em um grande problema para os profissionais de saúde, solicitando políticas públicas que orientem o enfrentamento desta demanda tão complicada principalmente no aspecto da drogadição no país<sup>2</sup>.

Para que se faça uma configuração de tratamento “correto e legal” para pacientes e “uma melhor paisagem da cidade” para a sociedade, as internações têm se tornado em muitos casos compulsórias, trazendo um retrocesso à luta antimanicomial e ao modo de tratamento de usuários de drogas. Quando o Ministério Público por meio do juizado define a internação, em muitos casos sem passar pelo setor de saúde, ou ainda sem existir alas exclusivas dentro de hospitais, como também a verificar a dificuldade pela superlotação das poucas que são capacitadas para tal atendimento, essa IC tinha por intuito intervir na “anormalidade” dessa pessoa e controlá-la a fim de estabilizar os pacientes considerados “graves doentes” se torna garantia de segurança das outras pessoas<sup>2</sup>.

Uma vez resolvida a necessidade de internação, é compromisso do médico cientificar ao paciente sobre a conduta proposta, garantindo a pessoa internada o direito de “livre arbítrio”, entretanto não existe livre arbítrio, nem ao menos o respeito pela autonomia para quem está internando desta maneira, em se tratando da deliberação da internação. Contudo, quando se respeita a vontade do paciente não é o Estado quem decide seu futuro e sim a pessoa que decide se quer se tratar ou

não, se quer entrar para o processo de reabilitação ou continuar no uso nocivo de substâncias psicoativas<sup>2</sup>.

Nesse caso, quando os profissionais de saúde se colocam ao lado dos pacientes, o que fazem é defender a extinção desse tipo de instituição manicomial e reivindicar uma intensa melhoria da legislação que a suporta, pois, para o paciente considerado como “delinquente” não existe nem clemência para a sua culpa, nem tratamento, já que esse tipo de internação não é mais que um método acomodado para ‘se livrar’ de pessoas que apresentam certos “comportamentos anti-sociais”<sup>3</sup>.

A lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 arranja um amparo para pessoas consideradas para a sociedade como “doentes mentais”, e desse modo, assegura os direitos desses indivíduos fazendo nascer um novo padrão assistencial em saúde mental. O cuidado aos pacientes nestas integrações de saúde deve abranger as seguintes atividades desenvolvidas por equipes multiprofissionais: acolhimento singular (parecer médico, psicoterapia); observação de grupos (grupo operativo, terapêutico, atividades socioterápicas, grupos de orientação, atividades de sala de espera, atividades educacionais em saúde); inspeções no local onde essas pessoas vivem. Vistorias essas, realizadas por profissional de nível médio ou superior; atividades comunitárias, sobretudo na área de referência do serviço de saúde<sup>4</sup>.

A aprovação da Lei 10.216 foi o resultado de um extenso procedimento de exigências e mobilização social ajustados pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, e com isso, acarretou em mudanças nas formas de abordar e lidar com a pessoa com o transtorno mental, passando a discutir o formato compulsório como um modo excepcional de tratamento, e dessa maneira, conseguiu-se incitar o emprego de redes de serviços de atenção psicossocial. A discussão atual, ao avaliar a IC para usuários de drogas que vivem em situação de Rua como medida de tratamento, colocou em ação um novo intérprete no contexto da psiquiatria<sup>5</sup>.

O Ministério Público Estadual, que passou a ter um papel de presumir e regulamentar a internação, decidindo quem deve, e quem não deve ser internado, tendo assim, a sua participação total no domínio e acompanhamento das internações. Em um distinto lado, os aparelhos psiquiátricos que desempenham esse processo contrariam novas responsabilidades ao autorizarem e/ou executarem internações obrigatórias<sup>5</sup>.

Entretanto, como internar compulsoriamente a População em Situação de Rua (PSR) como crianças e adolescentes que atualmente na maioria dos casos

“nascem” em uma situação de vulnerabilidade social resultante, especialmente, da exposição a fatores de risco ligados diretamente a pobreza, ausência de ingresso aos recursos disponíveis nas áreas de saúde e ensino, desemprego, uso de drogas, dentre outros. Observando também que tal desenho de desestrutura expõe constantemente tais indivíduos a situações de violência<sup>6</sup>.

Apoiado nessa realidade, o programa Ações Integradas na Prevenção ao Uso de Drogas e Violência, coligado ao Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, alarga planos de ações preventivas, de terapia e reintegração social, almejando o abatimento da criminalidade adjunta ao uso inconveniente de álcool e outras drogas, ao fortalecimento da rede social e de saúde e a melhor promoção aos serviços disponíveis. Um dos desígnios do programa Ações Integradas é a multiplicação de boas práticas, deste modo, é nesse argumento que se introduz a fundação do Consultório na Rua (CR), um procedimento “célebre” ao olhar da Secretaria Nacional de Políticas Antidrogas (SENAD) que encara a abordagem do CR como uma experiência correta no sentido de atenção, prevenção e redução de danos (RD) adjuntos ao uso de drogas por crianças, adolescentes e jovens usuários que vivem em situação de Rua. Um destaque desta abordagem ao usuário seria a ida do CR no local onde ele se encontra, levando em conta como fator importante suas qualidades de vida, promovendo o seu acesso à rede de serviços do município, proporcionando assistência multi e interdisciplinar, cidadania e dignidade<sup>6</sup>.

Quando se considera o fato das pessoas e principalmente crianças que convivem em situação de Rua, verifica-se total transgressão de direitos e pode-se erroneamente acreditar que existe uma divisão dos mesmos. No entanto, para que se obtenha a assistência incondicional, e irrestrita é necessário que os direitos de guarnição, abrigo e participação caminhem juntos.

A visita de uma equipe multiprofissional para a Rua parece ser a possibilidade mais transitável e eficaz de obter sucesso com essas pessoas, serviço fundamental principalmente para crianças e adolescentes. Tal visita necessita com antecedência uma elaboração de local e preparo da equipe de saúde, pois, os profissionais precisam conhecer novos usuários e reconhecer a população que já foi atendida, saber as características do território e o sistema de garantia de direitos a esses sujeitos.

Portanto, o método de RD pra a PSR dentro do projeto do CR sugere um compromisso assumido no respeito à singularidade de cada indivíduo, respeitando

suas escolhas e, principalmente, a busca por inovação frente aos grandes desafios que o trabalho com pessoas dependentes do álcool e outras drogas impõe diariamente.

Com isso, o presente trabalho vem trazer a baila argumentos fundamentados no direito à autonomia dessas pessoas, observando que atitudes relacionadas com o uso de drogas entre elas devem ser analisadas caso a caso para que não haja uma quebra dos direitos fundamentais das mesmas.

Notadamente, quando os direitos dessa população não são respeitados elas não podem ter autonomia, pois, os Direitos Humanos são acompanhantes da integridade física ou moral dessas pessoas. (São as disparidades sociais, que tem como sequelas a exclusão e a falta de autonomia, e esse “efeito dominó” é o resultado da falta de políticas públicas corretas). A eliminação da convivência com a sociedade gera os “marginalizados” e esses tradicionalmente são vistos como bandidos, como restos, de um sistema que lhes tirou todas as chances. A conscientização dessa violação é fundamental para uma cobrança dos setores governamentais.

Deste modo, a segurança de proteção à saúde integral de pessoas como usuários de drogas, moradores de Rua e outros vulnerados não pode jamais ser compreendida como uma regalia ou um direito abusivo, mas um imperativo ético. É claro que as qualidades dessa assistência devem ser adaptadas às condições particulares às quais essas pessoas estão sujeitas.

A pesquisa em questão atinge tópicos particulares em Bioética: conflitos morais entre IC e o trabalho do CR, já que ambos trabalham em lados opostos. Conflitos desse tipo são hábeis no surgimento de contradições nas normas de certos sistemas morais, como por exemplo, o respeito pela dignidade humana, no caso observado no trabalho do CR. Partindo desse argumento, vários autores que se dispõem a trabalhar no tema da IC demonstram opiniões divididas: alguns optam por defender a genuinidade do tratamento forçado, outros consideram como um último recurso.

A presente pesquisa é uma contribuição para análise e discussão de mecanismos éticos de intervenção frente ao “esquecimento” dos direitos fundamentais dessa população tornando a autonomia um “bode expiatório” quando se trata de tratamento à dependência química. Destaca-se que tal autonomia vem

sendo lesada de maneira secundária por meio da vulnerabilidade e da estigmatização que essas pessoas sofrem em vista de sua invisibilidade.

Assim, a pesquisa teve a intenção debater o tratamento compulsório para dependentes químicos que convivem em situação de Rua, pois o isolamento desses sujeitos pode causar feridas psicológicas em relação a qualquer tipo de tratamento, pessoal e social além de uma anulação de todas as conexões já realizadas entre o CR e essa população vulnerável que convive em situação de Rua.

## **CAPÍTULO 1 – OBJETIVOS E MÉTODOS DA PESQUISA**

### **1.1 – Objetivos**

#### **Geral**

- Analisar por meio da perspectiva bioética expressa na DUBDH a percepção dos profissionais de saúde do consultório na Rua do Plano Piloto de Brasília DF sobre a autonomia da População em Situação de Rua usuária de crack e outras drogas e sua internação compulsória que atualmente está em destaque no Brasil.

#### **Específicos**

- Compreender o histórico, o contexto e os sentidos da internação compulsória;
- Apresentar reflexões socio-históricas sobre a população vivendo em situação de Rua usuária de crack e outras drogas;
- Oferecer subsídios para a prevenção de agravamentos de circunstâncias que envolvam risco psicológico, pessoal e social além de violência, fragilização e rompimento de vínculos dos indivíduos atendidos pelo Consultório na Rua;
- Colaborar para a consolidação das reflexões bioéticas sobre o uso de crack e outras drogas.

### **1.2- Métodos**

A presente pesquisa foi submetida à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília – UnB (Anexo A) – e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (Fepecs) (Anexo B). Conforme a obrigatoriedade do cumprimento das exigências e normas aos princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos estabelecidos pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa de campo só iniciou após a devida aprovação por estes comitês. Os participantes convidados para a pesquisa receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C), o qual foi assinado após manifestarem o desejo de contribuir com o trabalho em questão.

A pesquisa foi realizada no segundo semestre de 2015 durante os meses de junho a outubro. Na entrevista, se buscou observar as opiniões de cada profissional da equipe do consultório na Rua em relação a internação compulsória de

dependentes químicos, sendo que todas as entrevistas foram transcritas na íntegra (Anexo D).

Foram utilizadas, para a coleta de dados entrevistas semiestruturadas dos profissionais do Consultório na Rua do Distrito Federal, no exercício de suas atividades. A entrevista foi realizada por meio de gravação, sendo que alguns dos profissionais optaram por escreverem.

Contribuíram com a pesquisa 7 participantes da equipe do Consultório na Rua, e os critérios para a sua inclusão foram: estar na frente de trabalho de uma população vulnerável como o caso da população em Situação de Rua, conhecer os programas de saúde que atende essa população, e, por fim, aceitar participar da pesquisa. O grupo de participantes da pesquisa foi composto por um médico, uma enfermeira, uma assistente social e quatro técnicos em enfermagem.

Optou-se pela prática de um estudo qualitativo utilizando os métodos descritos por Minayo (2006), que descreve tal estudo como um método que abrange os trabalhos com grupos sociais e o sujeito biopsicossocial. Esta escolha embasada na perspectiva crítico-analítica almeja avaliar um fenômeno social e suas relações com o campo da saúde mental pela práxis social<sup>7</sup>.

O modelo de pesquisa foi escolhido também por absorver, nas Ciências Sociais, com um grau de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de sentidos, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que satisfaz a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos elementos que não podem ser diminuídos à operacionalização de variáveis<sup>7</sup>.

O método qualitativo privilegiado para a organização dos dados para a produção dos resultados foi o da hermenêutica dialética, que busca interpretar aquilo que é dito pelos sujeitos da pesquisa, procurando, ao mesmo tempo, compreender suas posições, sentidos e contextualizações, ao mesmo tempo em que busca as contradições imanentes nas práticas sociais quando as observações são orientadas pelas condições materiais, envolvidas nos processos investigados<sup>8</sup>.

A pesquisa segue a princípio com um breve histórico da IC destacando algumas críticas relacionadas a esse tipo de tratamento, mostram-se também opiniões voltadas ao favoritismo de tal medida de internação para que haja um equilíbrio na discussão do tema em questão.

No capítulo seguinte, a questão do uso nocivo das drogas junto a PSR é exposta, considerando a vulnerabilidade dessa população como foco principal de

sua estigmatização. Em sequência observa-se a descrição desses indivíduos em particular no DF e o atendimento prestado a eles pela equipe do CRPP.

Na continuação, a Bioética relacionada à questão do uso nocivo das drogas se debruça sobre as vulnerabilidades individuais de cada sujeito questionando as disparidades sociais e a equidade com um desafio para o debate dessas demandas. Com isso, a autonomia da PSR começa a ser analisada por um olhar Bioético, colocando a “inexistência” dessa autonomia como sequela da existência de estigma e a discriminação.

Os resultados e suas discussões destacam as falas dos entrevistados onde se analisa de um modo geral a insuficiência e a ineficácia da IC, a vulnerabilidade dos usuários e a compreensão relacionada à autonomia ligada a necessidade de um tratamento integrado para esses sujeitos.

## CAPÍTULO 2 – BREVE HISTÓRICO SOBRE A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA

É possível narrar a história da humanidade através dos conflitos reais entre grupos sociais, nos quais grupos menores que não seguiam um protótipo ditado pelos grupos considerados como grupos “superiores” eram extintos e coagidos a assentirem à atitude predominante<sup>1</sup>.

Para que esta autoridade fosse praticada, um modo implantado na época foi à internação compulsória (IC), uma maneira de separação atribuída à parte da população observada como um obstáculo para as vontades e desígnios de outra parte que se apreciava o direito de discriminar e estigmatizar a minoria considerada diferente<sup>1</sup>.

Na Idade Média, pessoas leprosas – hoje conhecidas como pessoas portadoras de hanseníase, eram excluídas do convívio do restante da sociedade em leprosários, pois se achava que assim as outras pessoas, as normais, não contrairiam a doença. No final do medievo, houve um esvaziamento dos leprosários, mesmo não existindo o desaparecimento da representação dos leprosos na sociedade<sup>1</sup>.

Se compararmos com o breve histórico da psiquiatria brasileira e suas internações, chega-se a um denominador comum, onde não existe uma grande diferença no modo de tratamento da idade medieval com tratamentos contemporâneos<sup>1</sup>. Assim, torna-se importante conhecer o contexto social brasileiro que foi demandado no processo da Reforma Psiquiátrica<sup>2</sup>.

No Brasil, quanto aos titulados “criminosos loucos”, o Código Penal de 1890 somente dizia que eram penalmente insensatos e irresponsáveis e deviam ser entregues as suas famílias ou internados nos hospícios públicos se assim “exigisse” a segurança da população “normal”, sendo esse arbítrio em cada caso uma atribuição do juiz<sup>3</sup>.

Já no início do século XX, a lei 1.132 de 22/12/1903, constituiu que cada Estado necessitaria contribuir com recursos para a construção de manicômios judiciários para o recolhimento dessas pessoas. A partir desse momento, criou-se uma seção especial para abrigar os “loucos criminosos” no Hospício Nacional de Alienados, localizado no Rio de Janeiro<sup>3</sup>.

Expressivamente, a divisão foi batizada de “Seção Lombroso”, em tributo ao psiquiatra e antropólogo criminal italiano César Lombroso que, em finais do século

XIX, se destacou no desenvolvimento de uma teoria segundo a qual alguns indivíduos, a quem assinala de “criminosos natos”, nasceriam com uma marcada tendência para o mal. Entretanto, a construção de um estabelecimento brasileiro especializado em atender essas figuras anormais teria ainda que aguardar quase duas décadas para ser concretizar<sup>3</sup>.

Em 1921 pelo decreto 14831 surgia então o Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, primeira instituição do gênero no Brasil. Sua direção foi entregue ao médico psiquiatra Heitor Pereira Carrilho, que anteriormente chefiava a Seção Lombroso do Hospício Nacional<sup>3</sup>.

Os hospitais judiciários não foram em seu início pensados para abrigar, de um modo geral, qualquer doente mental ou alienado que incumbissem crimes. Designava-se de maneira especial aos criminosos analisados como “degenerados”, “natos”, “de índole”, “anômalos morais”. Todas essas divisões são versões delicadas do que viria a ser chamado mais tarde de “personalidades psicóticas” ou “sociopatas”. Asilos e prisões se apontavam incompetentes de recebê-los porque tais criminosos eram percebidos ora como habitantes de uma região intermediária entre a sanidade e a loucura ou entre a insensatez e a responsabilidade moral, ou como moradores de uma região em que tais termos não faziam mais qualquer sentido<sup>3</sup>.

## **2.1 - Críticas a essa postura**

Nos dias atuais os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata a Lei nº 10.216, assinada pelo então Presidente da República Fernando Henrique Cardoso no ano de 2001, 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. Essa lei acarretou transformações nas maneiras de tratamento e cuidados com o indivíduo com problemas mentais, discutindo a internação como forma exclusiva de terapia e instigando o emprego de redes de benefícios de atenção psicossocial<sup>5</sup>.

Quando se pensa no tema das drogas principalmente em População em Situação de Rua (PSR) a internação dessas pessoas tem grande relevância nas sociedades contemporâneas, pelas suas consequências em questões legais, econômicas, políticas, éticas, dentre outros campos sociais.

Quando se trata do crack, as discussões aliam-se ao problema da violência, relacionado ao consumo e ao tráfico de entorpecentes. Algum dos caminhos apontados para o problema seria estudar os aspectos farmacológicos destas substâncias, bem como alguns dos riscos e danos associados ao seu uso, tais como: a dependência, as síndromes de abstinência, a desorganização da estrutura familiar, o tráfico e crimes eventualmente relacionados<sup>6</sup>.

A IC de submissos aos entorpecentes químicos tem por desígnio interferir no conflito do descontrole emocional dos usuários com a intenção de consolidar os pacientes “gravemente doentes” e garantir a sua proteção e dos outros sujeitos considerados “comuns”. Já, em um diálogo direto com o paciente, propondo um tratamento voluntário, o indivíduo decide se quer se tratar ou não, se ele quer entrar para o processo de reabilitação ou não<sup>9</sup>.

Em março de 2012, o deputado Federal Eduardo da Fonte apresentou a proposta de políticas públicas que preveem a IC de dependentes químicos, segundo indicação médica e após passar por criteriosa avaliação com profissionais da saúde<sup>9</sup>.

Porém, o proibicionismo agravou a situação por causa da violação de direitos humanos, onde o indivíduo internado não tem o direito de se pronunciar<sup>10</sup>. É evidente que a ingestão nociva das drogas vem crescendo a cada dia, sendo certo que a droga está cada vez mais acessível e, além disso, o seu poder de conexão e destruição se amplia, com a descoberta de novas drogas, cada vez mais destrutivas<sup>11</sup>.

No espaço entre a apresentação do projeto e a admissão da lei 10.216, alguns Estados consentiram leis favoráveis fundamentadas no projeto original do deputado Paulo Delgado e ficaram em vigor até o ano de 2001, com a aceitação da lei, assim, entrou em discussão a IC do dependente químico que estava obedecendo ao decreto-lei nº 891 de 25 de novembro de 1938 que ainda está em vigor e autoriza essa internação e assim preceitua em seus art. 27, 28 e 29<sup>12</sup>:

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

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

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

**§1º.** A IC se dará, nos casos de toxicomania por entorpecentes ou nos outros casos, quando provada à necessidade de tratamento adequado ao enfermo, ou for conveniente à ordem pública. Essa internação se verificará mediante representação da autoridade policial ou a requerimento do Ministério Público, só se tornando efetiva após decisão judicial<sup>13</sup>.

Alguns pontos merecem ênfase nessa Lei: em primeiro lugar, a obrigação de comunicar o Ministério Público dessa internação e também da alta desses pacientes. O próprio hospital deve se encarregar de transmiti-los ao Ministério Público, comumente via email, sendo o Diretor Clínico o responsável técnico referido na lei<sup>14</sup>.

Porém, entende-se que não há nenhuma apreciação mais intensa do estado do paciente, baseando-se o juiz somente em um laudo médico precedente, que, na maior parte das vezes, foi elaborado no período de crise do usuário e onde, seguramente, não se levam em conta os demais aspectos de sua vida, principalmente sua qualidade de vida social e relações familiares. Por isso, a internação compulsória só poderia ser determinada nos casos previstos em lei<sup>15</sup>.

Tratar o dependente de drogas dessa maneira não seria o modelo integral de terapêutica, já que existe o lado psicológico do usuário que não é levado em conta onde muitas vezes vive empurrado pelo irrefreável anseio de consumo<sup>16</sup>. Entorpecentes como o crack opera de modo tão invasivo no corpo do dependente que não deixam que ele perceba a seriedade de sua condição e o quanto seu procedimento pode ser maléfico para ele mesmo e para a sociedade<sup>17</sup>.

Com esse pensamento começou o uso da internação contra o desejo do dependente químico, porém, esse tipo de “tratamento” é um artifício que não é seguido caso a caso, mas como uma política de saúde pública – o que vem acarretando grandes debates. Aqueles que concordam com o projeto defendem que um em cada dois usuários de drogas possui algum tipo de transtorno mental, sendo o mais corriqueiro a depressão<sup>17</sup>.

Essa idéia está embasada em estudos americanos como o do Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH, na sigla em inglês), de 2005. No entanto, diversos médicos, psicólogos e instituições como os Conselhos Regionais de Psicologia (CRPs) no Brasil, adversos à solução, contradizem esses dados. Os defensores da

IC garantem que a ingestão de drogas se alargou no país inteiro e são escassos os efeitos das ações de prevenção ao uso dos entorpecentes. Porém os contrários a tal internação dizem que esse modelo de tratamento não é um medicamento cujas propriedades podem curar todos os males, e que pode eximir todos os demais encargos; e nem é resposta única para a complicação do tema<sup>18</sup>, e ainda que a política pública em relação ao uso de drogas deve visar a ações para manter ou transformar a realidade de um ou vários setores da vida social<sup>19</sup>.

Constata-se que a dependência química é mundialmente considerada como uma doença clínica crônica. Além disso, conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS) deve ser tratada ao mesmo tempo como um problema social, por isso, o projeto para a IC de dependentes de drogas só seria aconselhado quando os recursos extra-hospitalares apontarem que são precários e ocorrerá em unidades de saúde ou hospitais gerais, com equipes multidisciplinares, e deverá ser obrigatoriamente autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado onde se encontra o local no qual se dará a internação<sup>20</sup>.

Os defensores da medida, com base no artigo 196 da Constituição Federal, asseveram que o Estado tem o dever de promover a saúde e o bem estar de todos<sup>21</sup>. Uma das formas para a execução deste direito, nos casos de dependentes químicos, é a internação forçada para tratamento do vício químico, tendo em vista resgatar a dignidade desses cidadãos<sup>20</sup>.

Para o Conselho Federal de Psicologia, o caráter da IC como conceito de urgência para tratamento de dependentes químicos confirma a falta de cuidado e de prudência à saúde dos usuários de drogas, além disso, mostra o despreparo do Estado na concepção e aplicação de políticas públicas. Essa técnica emprega exemplares de intervenção criticados por profissionais, pesquisadores na área de ciências humanas e sociais e pelos movimentos sociais, como o da luta antimanicomial<sup>22</sup>.

Compreende-se, então, porque, as relações terapêuticas pautadas pelo olhar psicossocial são ligadas ao cuidado do processo de relação sujeito-sociedade-consciência, transformando as ações institucionalizadas<sup>23</sup>. Isso expressa o rompimento de hierarquias, principalmente a hierarquia médico-paciente sobre a qual está calcada a doença mental<sup>24</sup>.

O serviço fornecido pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) seria eficiente por não coadunar com a exclusão nem com a IC, o serviço não interna no sentido clássico, mas deve possuir leitos 24 horas, leitos de auxílio, onde os indivíduos terão um sentimento que serão acolhidos sem desaparecer os seus direitos<sup>25</sup>.

A discricção legal para definir a capacidade do paciente em relação a sua possível doença é observada em um paralelo clínico <sup>26,27</sup>. Os fatores complacentes para avaliar a capacidade em pacientes psiquiátricos, englobam uma cadeia de diversas definições legais que não estão adicionadas nessa capacidade, como a explanação dos conhecimentos pela pessoa e o controle da doença mental sobre essa habilidade de interpretação<sup>28</sup>. Então, o problema direcionado ao consumo de drogas não é só político, mas de direitos, de saúde, de cidadania e psicossocial<sup>29</sup>.

Alguns especialistas ressaltam que para combater uso abusivo de drogas é preciso conhecer o grau de enfermidade que aflige tais indivíduos. O crack, por exemplo, é uma droga geradora de uma doença crônica distinguida pelo risco de reincididas e é de uso compulsivo, porque vai dos pulmões ao cérebro em menos de 10 segundos. Toda droga psicoativa com intermitência tão curta entre o primeiro trago e a sensação de prazer gerada por ela, age conexão de instalação rápida e vagarosa como a que sentem na carne os dependentes de nicotina<sup>30</sup>.

As ocorrências para a recuperação dessas pessoas são delicadas, pois a lei de Reforma Psiquiátrica consente a IC se possuir recomendação médica após avaliação<sup>31</sup>. Alguns estudiosos relatam que a condição de possível doença mental decorrente do uso abusivo do crack é passível de tratamento e provável cura, e com isso, surgem os hospitais psiquiátricos, os quais tornam símbolos da exclusão e seqüestro da cidadania<sup>32</sup>.

Está contido na reforma psiquiátrica um novo protocolo na relação da sociedade com os cidadãos pertencentes a aqueles grupos de segregados<sup>33</sup>. Se não é mais aceitável estigmatizar, excluir os loucos, igualmente não se pode diminuir a reforma psiquiátrica à restituição destes às famílias, como se estas fossem, indistintamente, competentes de resolver a problemática da vida habitual acrescida das dificuldades geradas pela convivência, pela manutenção e pelo cuidado com o doente mental<sup>34</sup>.

## **2.2- Contexto da Internação Compulsória de Dependentes Químicos no Brasil**

Apesar de existir múltiplos programas incluídos à terapêutica dessas pessoas sem violar seus direitos, às vésperas de concluir dois anos, a IC de crianças e adolescentes no Estado do Rio de Janeiro surtiu pouco resultado na recuperação dos pequenos usuários de crack e outras drogas. Isso foi um levantamento adquirido pelo Jornal do Brasil acoplado à Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, que publicou que apenas 24,88% das crianças levadas compulsoriamente para abrigos tiveram êxito no tratamento<sup>35</sup>.

Políticas públicas de batalha contra o crack implicam conexão de esforços, e necessitam ser baseadas em evidências e devem ter suas consequências consideradas. O dependente de crack, na maioria das vezes, é portador de doença mental e carece de acolhimento médico. Todavia, compete considerar se a IC como política de Estado é a mais apropriada para o momento<sup>36</sup>.

Para que essa internação alcance algum tipo de sucesso a psicologia diz que, deveria antes de tudo compreender o sofrimento dessas pessoas; e valorizar as questões que são realmente da existência humana enxergando a diferença entre sujeitos<sup>37</sup>. Deste modo, à verificação da diferença de reações e procedimentos gerados em diferentes sujeitos pelo uso de uma mesma substância pode ser compreendida<sup>38</sup>. Por isso, seria necessária uma busca por um tratamento melhor que o compulsório para dependência química, com uma relação colocada entre os diferentes fatores que os ocasionariam, incluindo o argumento sociocultural em que os sujeitos estão inserido<sup>39</sup>.

Ainda que os esboços sobre o tema sejam controversos, a percentagem de recuperação dos dependentes é maior em uma situação ambulatorial do que no de uma internação obrigatória<sup>40</sup>. Mas o que mais causa inquietação é que a IC pode ser empregada para fazer uma espécie de "higiene social. Contudo, muitos dos "defensores da lei" se encostam ao Código Penal brasileiro que define que quando a pessoa coloca a própria vida em risco, a vida de outros ou causa grande violência social, ela pode ser internada compulsoriamente<sup>41</sup>.

Princípios e direitos previstos na Constituição Federal entram muitas vezes em linha de choque, por acolherem valores contrapostos e ao mesmo tempo complacentes, como por exemplo: segurança pública e liberdades individuais, direitos da personalidade e liberdade de expressão<sup>42</sup>.

Especialmente, em analogia aos problemas pautados ao consumo de crack em nosso país, a mídia tem sido incisiva ao disseminar a certeza de que o crack tornou-se um problema endêmico que escapou do controle do Estado, dominou as Ruas de pequenas e grandes cidades, e é o culpado pelo aumento da violência urbana. Essas afirmações sensacionalistas incitam ações extremistas de repressão policial ou de defesa da internação do usuário de drogas como a solução para o problema do crack, o que retroalimenta o fantasioso pensamento da sociedade que muitas vezes pede a IC como solução para o problema<sup>43</sup>.

Mesmo com o apoio da sociedade para a IC de usuário de drogas em situação de Rua, a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas pede uma rede de serviços de saúde e sociais, que tenha destaque extra-hospitalar com reabilitação e reinserção social dos usuários devidamente integrados à Rede de Atenção Psicossocial e às demais redes de saúde<sup>24</sup>.

Assim, os princípios que baseiam as estratégias de Redução de Danos (RD), em Saúde Pública confrontam as classificações dicotômicas do tipo bom ou mau, certo ou errado, normal ou patológico. A sugestão de intervenção dessas pessoas implica em lidar com a hetero e a autoviolência muitas vezes decorrentes do uso abusivo do álcool e outras drogas, empregando soluções que não sejam repressivas, mas empenhadas com a defesa da vida<sup>44</sup>.

Os fatores de multideterminação destes procedimentos reunidos à gravidade dos problemas incluídos ao uso de drogas como aparências centrais da discussão que mantém a dificuldade de se constituir consensos sobre as estratégias dos tratamentos. Em cargo disso se encontram recomendações de fundamentos opostos, concepção de grupos de ideias combatentes e a criação de estratégias de ação conflitantes<sup>45</sup>.

Atuações isoladas, além de serem pouco eficazes, podem colaborar para a culpa de tudo fique somente no dependente de drogas que se sente impossibilitado de se inserir nessa estrutura complicada<sup>46</sup>. A ação desarticulada e deficiente em termos de materiais, recursos humanos, preparo dos serviços e outros, somada às barreiras e preconceitos existentes entre os profissionais, conjeturam os limites das políticas setoriais<sup>47</sup>.

Nesse contexto às internações compulsórias de usuários de drogas no Brasil, mostram que essa intersecção entre Direito e Saúde fica subentendida, uma vez que

probabilidades terapêuticas por vezes se aproximam ou mesmo ultrapassam direitos como a dignidade humana ou liberdade<sup>48</sup>.

A lei da IC passou a ser um pólo orientador do próprio debate, com isso, alguns grupos que entendem que o Brasil tem uma Política de Saúde Mental equivocada, como os segmentos conectados a hospitais psiquiátricos ou a algumas associações profissionais, defendem a lei, e dizem é que ela poderia estar sendo mal aplicada, mas não há uma contestação explícita da própria lei<sup>49</sup>.

Conforme o National Institute on Drug Abuse, nos EUA, considerada como uma das instituições referenciais do mundo nessa questão, a IC funciona tanto quanto a internação voluntária do paciente. O trabalho relata que “o tratamento não precisa ser voluntário para ser obter grandes resultados e medidas repressivas ou estímulos impostos pela família, pela atmosfera de trabalho ou até mesmo pelo sistema judicial podem somar significativamente a taxa de internação e de continuação e por fim o sucesso das intervenções de tratamento”<sup>50</sup>.

Porém, estudiosos relatam que, qualquer meio de carceragem ou atitude que termine em interrupção da liberdade física do ser humano, leva a dor, por esse motivo não existe consagração na ação de aprisionar o homem<sup>51</sup>. O ser humano por si mesmo é aberto à liberdade, e essa sensação brota agregadamente com ele, todavia, são adicionadas exceções à liberdade do indivíduo pelo motivo de sua alternativa de coexistir em coletividade, ou seja, relacionar-se com outras pessoas<sup>52</sup>.

Imagina-se que faz parte dos desejos do ser humano ser livre<sup>53</sup>. Por isso, o Estado reconheceu e resguardou a excelência do homem, e a dignidade do indivíduo foi eleita como alicerce do Estado Social e Democrático de Direito, o que concluiu em estabelecer a liberdade como direito constitucional do homem, com a intenção de priorizar seu amparo e perímetros, ou seja, a proteção e os limites do indivíduo devem ser primordiais para o Estado<sup>54</sup>. Então seria realmente necessária a IC de pessoas usuárias de álcool e outras drogas<sup>55</sup>.

A IC por pretexto de perturbação psíquica é uma provisão de atitude de tratamento que deveria garantir tanto o direito do doente, de ser tratado dignamente, quanto à garantia dos demais sujeitos que o direito deve resguardar<sup>56</sup>.

Entretanto o que não é admissível é que esse rompimento aconteça de maneira arbitrária. Transgredir os direitos de liberdade empregando de qualquer suposição pode ser um ato arbitrário. Então como se deve desvendar o interesse do Estado para saber o que seria realmente necessário?<sup>55</sup>.

O programa “Enfrentando o Crack” do Ministério da Saúde revela que o uso abusivo de drogas está relacionado com o isolamento, perda ou afastamento do trabalho, estreitamento social e principalmente com problemas familiares como separações conjugais e degradação da convivência<sup>57</sup>.

Quando a solução é encontrar uma resposta para resolver o problema seria necessário estudar os aspectos farmacológicos destas substâncias, bem como, por exemplo, a dependência, a desorganização da estrutura familiar, o tráfico e crimes que têm sido frequentemente agregados a estas práticas<sup>58</sup>. Desse modo, os indivíduos que vivem nessa situação são tratados como “restos humanos”, inválidos pela circunstância, como consequência das modernas cobranças da rivalidade, da concorrência e da diminuição de chances e de profissão, episódios que compõem a condição presente, na qual não há mais espaço para todos na sociedade<sup>59</sup>.

Conforme o Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos, embora a lei nº 10.216 presumir a IC como a ser decidido por um juiz, o que se enxerga na prática com os dependentes químicos contradiz a lei, pois introduz a aplicação de medida fora do processo judicial<sup>60</sup>.

Maus tratos, agressão física e afrontas são constantes nessas circunstâncias. Existem apontamentos de tortura física e psicológica e registros de casos de internos enterrados até o pescoço, sujeitados a beber água de vaso sanitário por haver transgredido a uma regra, tal “tratamento” chamado de castigo<sup>60</sup>.

Os conselhos de psicologia descrevem essa medida como uma afronta aos direitos humanos e tentam extinguir o movimento na reforma psiquiátrica. Os especialistas crêem que a opção pela internação em instituição terapêutica deve ser analisada e respeitada, mas desde que seja analisada caso a caso e jamais adotada como uma medida de política pública para solucionar qualquer tipo de problema envolvendo da dependência química. Profissionais, gestores e usuários do SUS mobilizaram-se a favor do amparo dos direitos humanos e do tratamento em serviços abertos e articulados com a Rede Antimanicomial<sup>60</sup>.

O equívoco da IC seria abordar o indivíduo incapaz da mesma forma que se trataria qualquer sujeito, o que se percebe como um ato de punição por sua incapacidade. Igualmente mesmo em sua incapacidade precisa existir uma maneira de incluir e respeitar-lhe a autonomia. De forma semelhante, o respeito para com o incapaz pode demandar sua proteção à medida que estiverem incapazes<sup>61</sup>.

A promoção da saúde e do desenvolvimento social para a sua população é finalidade dos governos, compartilhado por todos os âmbitos da sociedade. Observando que desfrutar o mais alto padrão de saúde alcançável é um dos direitos constitucionais de todo ser humano, sem acepção de crença, raça, persuasão política, classe econômica ou social<sup>62</sup>.

A consideração de obrigações diferentes, de sujeitos também diferentes, para alcançar direitos iguais, é a porta da ética prática em face do cumprimento dos direitos humanos universais, entre eles o do direito à vida, representado, neste debate, pela probabilidade de ingresso à saúde. A equidade é o princípio que aceita decidir parte razoável das aberrações na repartição da saúde, ao somar as probabilidades de vida de significantes parcelas da população<sup>63</sup>.

Não obstante, por tudo o que se garantiu sobre probabilidades extravagantes de restrições a direitos fundamentais, simples é notar que a restrição à liberdade aprovada pela Lei Federal nº 10.216 de 06 de abril de 2001 está em discordância com os parâmetros constitucionais, pois, além de não haver resolução direta da Carta Magna para a citada restrição de direitos, a referida lei ordinária permite a cominação da restrição ao portador de transtorno mental sem que a Constituição lhe tenha dado autorização expressa<sup>64</sup>.

E o mais grave não existe estudos científicos determinando que o tratamento para dependentes devam ser realizados preferencialmente em regime de internação. Paradoxalmente, internações mal administradas ou erroneamente indicadas tendem a gerar consequências negativas<sup>65</sup>.

Quando se discute a IC não podem ser abandonados esses princípios norteadores da Bioética. Considera-se por primitivo as palavras de Immanuel Kant em relação à importância da autonomia da vontade:

“O princípio da autonomia é, pois, não escolher de outro modo, mas sim deste: as máximas da escolha, no próprio querer, sejam ao mesmo tempo incluídas como lei universal”<sup>66</sup>.

### **CAPÍTULO 3 - POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E SUAS RELAÇÕES COM O USO NOCIVO DAS DROGAS**

No Brasil, “considera-se a PSR o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória”<sup>67</sup>.

De acordo com a Pesquisa Nacional sobre PSR realizada em abril do ano de 2008 pelo Ministério do Desenvolvimento Social e combate à fome, em 71 municípios brasileiros cerca de 31.922 adultos vivem hoje em situação de Rua no país. Ainda segundo a referida pesquisa, entre esses adultos, 82% são homens, 53% têm entre 25 e 44 anos, 39,1% são pardos, 29,5% são brancos e 29,7% são negros, e 74% sabem ler e escrever. Dentre os entrevistados, 35,5% declararam que foram viver nas Ruas devido a problemas de alcoolismo e/ou drogas<sup>68</sup>.

Buscar compreender significações e manter uma postura distante de um posicionamento moral e preconceituoso sobre o indivíduo em situação de Rua torna-se requisito para uma abordagem ética e técnica sobre os casos de uso abusivo de drogas. A responsabilidade como princípio ético enxerga a vulnerabilidade dessas pessoas afastando a perspectiva assistencialista que visam resgate do outro sem que esse se responsabilize por sua mudança<sup>69</sup>.

A vulnerabilidade dá uma imagem de facilidade do ser humano ser ferido por um evento externo qualquer<sup>70</sup>. Há específicos processos de vulnerabilidades que são ocasionadas por causas sociais, que atingem as pessoas mais despossuídas economicamente, as mulheres, crianças, idosos, pessoas com deficiência e outros grupos como a PSR<sup>71</sup>.

A consideração e a valorização da vulnerabilidade, sobretudo quando aumentada por qualidades adicionais requer que seja abordada com rigor ético quando incidir sobre pessoas em função dessa condição especial<sup>72</sup>.

Ao tratar a PSR como uma população vulnerável, Castel a denomina como “sobrantes”, sendo elas pessoas normais, mas inválidas pela circunstância, como consequência das novas exigências da competitividade, da concorrência e da diminuição de oportunidades e de emprego, fatores que compõem a situação atual,

na qual não há mais lugar para todos na sociedade. Para o Castel, esses “sobrantes” são sujeitos que estão com o prazo de validade vencido pelo momento econômico e social dos últimos vinte anos e que se encontram totalmente atomizados, abandonados de circuitos que uma utilidade social que eles poderiam realizar. E para poder se sobre sair, como todos na coletividade de consumo, necessitam de trabalho, porém, o que ocorre é que este mesmo mercado não precisa de sua força de trabalho, único valor de que dispõem para o processo de troca. Como não participam do processo de circulação de mercadorias, simplesmente sobram<sup>73</sup>.

Determinados indivíduos que possuem atributos diferentes de uma determinada categoria, deixa-se de considerá-lo como um sujeito comum e passa-se vê-lo como um ser estranho, diferente e diminuído<sup>74</sup>. Um exemplo citado anteriormente seria a ocupação formal e o registro em carteira de trabalho que esses “Moradores de Rua” não possuem. Ainda que quase a 50% dessas pessoas atue no mercado informal, são consideradas como improdutivas, inúteis, preguiçosas e vagabundas<sup>75</sup>.

A PSR torna-se assim estigmatizada, pois bate de frente com aquilo que o mundo capitalista oferece: a mentira de que todos possuem iguais oportunidades e a evidência de que, não obstante a produção seja social, a apropriação dos ganhos é sempre individual, sendo a PSR sobreviventes de uma exploração e a desigualdade que estão no núcleo deste modo de produção<sup>76</sup>.

Sempre que se pensa em PSR, é corriqueira a agregação com a difundida figura de uma pessoa suja, maltrapilha e aparência sórdida. Assim, utiliza-se o discurso de higiene que rotula e propaga o estigma do “Morador de Rua”<sup>77</sup>.

Essa população possui altos índices de discriminações sofridas ao serem impedidos de entrar em locais como transporte coletivo, rede de saúde, outros órgãos públicos etc. A grande maioria (95,5%) não participa de qualquer movimento social ou associativismo, 24,8% não possuem quaisquer documentos de identificação, a maioria (61,6%) não exerce o direito de cidadania elementar que é o voto<sup>78</sup>.

A maioria dessa população não é abrangida pela cobertura dos programas governamentais: 88,5% garantiram não receber qualquer benefício dos órgãos governamentais. Entre os benefícios recebidos se destacaram a aposentadoria

(3,2%), o Programa Bolsa Família (2,3%) e o Benefício de Prestação Continuada (1,3%)<sup>78</sup>.

Entende-se que o indivíduo em situação de Rua, no seu processo de exclusão, sofre a quebra de vínculos familiares, sociais e afetivos tendo que descobrir novas maneiras de relações em contextos sociais marcados por estigmas, violências e separações<sup>79</sup>.

Com essa realidade a pessoa sente a obrigação de procurar construções psíquicas de conformação que permitam coexistir com a nova vida que a ela se impõe, estabelecendo com isso uma maneira de tentar voltar ao seu estado original, isto é, a capacidade universal humana para enfrentar as adversidades da vida, superá-las ou até ser transformado por elas, praticando em si novas portas de mediação<sup>80</sup>.

A quantidade de pessoas que vivem nessas condições vem se exacerbando nos tempos de recessão econômica. Tal demonstração tem dado maior visibilidade às suas questões para distintas esferas da área social, tais como: o da proteção social, da saúde, da moradia e da segurança pública<sup>81</sup>.

Autores de diferentes esferas têm procurado edificar uma significação mais adequada à realidade brasileira<sup>82</sup>. Sendo assim, descobre-se que nesse grupo heterogêneo, misturam-se trabalhadores, onde as fontes mantenedoras se formam de acordo com sua situação, como é o caso dos catadores de papel, lavadores e vigias de carro; outros cujas fontes de vida não lhes admitem a cobertura de moradia, como operários da construção civil, bem como os que sobrevivem de esmolas, do crime, com total desapego pela vida socialmente considerada produtiva<sup>83</sup>.

O mundo social das PSR brasileiras é formado em meio a uma subcultura, ainda que restringida ou inacabada. Trata-se de um mundo social que não é instituído ou escolhido por esses habitantes, pelo menos inicialmente, mas para o qual foram obrigados por situações alheias ao seu domínio<sup>84</sup>.

A PSR sobrevive no que se refere à alimentação, necessariamente por meio das ações filantrópicas e de organizações sociais. O uso abusivo de bebidas alcoólicas estabelece um grave problema de saúde pública. A OMS considera que o uso desenfreado de álcool atribui às sociedades uma carga abundante de agravos indesejáveis e caros<sup>85</sup>.

Em um estudo brasileiro multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas, o abuso e o vício em bebidas alcoólicas obtiveram prevalência global de até 9%, acometendo, sobretudo homens. O álcool e os entorpecentes fazem parte da realidade das ruas como opção para tornar mínimos a fome e o frio, ou como componente de socialização. A dependência de drogas, bem como a presença de outras doenças foi auto-referida<sup>85</sup>.

Já o problema da criança e do adolescente em situação de Rua é um elemento social resultante da história e da política econômica do Brasil<sup>86</sup>. As crianças de Rua concebem uma parte da população mundial a quem se abdica o direito de ser “um ser humano”, no qual o direito a alimentação, saúde, habitação, educação, acesso a água, ao amor, carinho e outras necessidades lhes são negados com toda a simplicidade e naturalidade vistos<sup>87</sup>.

O papel do Estado deveria ser uma verificação das dificuldades que as famílias têm para o sustento da criança ou adolescente e a partir daí, procurar atuar sobre cada núcleo familiar por meio de várias políticas públicas<sup>88</sup>.

Ora, a Rua é um ambiente que incita, mas, além disso, reduz o desenvolvimento da criança e do adolescente. Proporciona muita liberdade, porém muitos abandonos. Permite estender as afinidades de amizade, contudo desvenda a crueldade de seus pares. Ela dá a impressão de que tudo é aberto, mas muito pouco pode ser apreendido. Ela abriga qualquer um, mas torna todos muito vulneráveis<sup>89</sup>.

Dentre crianças e adolescentes que vivem nas Ruas brasileiras, existem também outros “grupos” como os “trecheiros” que são os migrantes que caminham entre cidades e normalmente se utilizam de albergues noturnos. Eles dizem que não são Moradores de Rua, exatamente por estar sempre em circulação, o que diferenciaria dos “pardais” que são pessoas em situação de Rua de uma cidade exclusiva que não circulam. Os “trecheiros” se usam de serviços assistenciais de cada cidade por poucos dias e, também, de passagens de ônibus disponibilizadas por municípios, sendo, em muitos casos, o principal serviço direcionado para tais pessoas<sup>90</sup>.

Logo, essa PSR, que têm se multiplicado a cada dia, dominadas por situações de vida atribuladas, têm se estabelecido um problema, alvo de inquietações e ações, na esfera da Saúde Pública<sup>91</sup>. Houve não só a constante ampliação dessa população como também a intensificação gradativa do uso e do tráfico de entorpecentes, que afeta diretamente nos problemas sociais<sup>92</sup>.

Muitos desses usuários de drogas que vivem em Situação de Rua protegem suas preocupações internas psíquicas com modelos de comportamento que lhes permitem sobreviver nessa atmosfera destrutiva. Ao serem abordados para falarem de si mesmos, por pessoas que querem ajudá-los ou simplesmente fazerem pesquisas, para se resguardarem desses assédios à intimidade produzem muitas vezes relatos protetores, desinvestidos de si mesmos, atrás dos quais se escondem e aí se perdiam em suas histórias<sup>93</sup>.

Os principais fatores relacionados a doenças nesse grupo são, sobretudo a não adoção de práticas mais seguras nas relações sexuais e uso de drogas, com isso ocorrem a discriminação, disparidades sociais e problemas de acesso aos serviços. Esses aspectos distinguem fortemente a PSR no Brasil<sup>94</sup>.

### **3.1 - População em Situação de Rua do Distrito Federal**

Podemos deduzir que o alto desenvolvimento populacional do DF, a baixa industrialização, a centralização de renda e o valor figurado que Brasília concebe para os brasileiros – da terra de oportunidades, são fatores que cooperam para que o DF seja uma das integrações da federação que mais agrupa a PSR, uma vez que ela, dentro de um aspecto crítico, é parte complementar de um exército industrial de reserva que não guarda expectativas em ser aspirado no mercado de trabalho. Na mesma aparência, o Projeto Renovando a Cidadania (2011) relata que a maioria da PSR do DF é migrante e veio buscar melhores condições de vida. De acordo com a pesquisa<sup>95</sup>:

- Naturalidade: 18,9% nasceram em Brasília, 17,7% da Bahia, 9,8% de Minas Gerais e 8,9% de Goiás;
- A maior parte dos adultos entrevistados veio de outras Unidades da Federação (80,5%) e 0,6% de outros países;
- Os motivos de migração para o DF foram: 49,1% procurar emprego, 15,4% acompanhar parentes e 6,4% procurar de serviços de saúde.
- Apenas 0,6% vieram para o DF com a finalidade de receber algum tipo de doação. Antes de virem para o DF, 44,1% dos entrevistados tinham o hábito de dormir em suas próprias residências, 22,2% na casa de familiares e/ou colegas e 6,1% em

albergues ou abrigos. Apenas 21% dormiam nas Ruas, prédios abandonados, buracos ou “mocós”<sup>96</sup>.

A condição de desemprego que aflige toda a nação depara com o panorama no DF, capital do Brasil, onde desenvolvem os subempregos que não são reconhecidos oficialmente, como é o caso das pessoas que vivem e trabalham nas Ruas, muitos deles coletando papelão, papel branco, plásticos e latas como uma tática de subsistência<sup>97</sup>.

Em meio a um mundo oposto ao seu cotidiano, os “Moradores de Rua” da capital da República podem ser analisados como uma das mais dramáticas manifestações da demanda social. Não somente por viver uma situação de extrema vulnerabilidade psicológica, mas também porque essa população sempre está na mira da violência que propagam o barbarismo que está presente na sociedade brasileira nos dias contemporâneos<sup>98</sup>.

A população “normal” assiste nos telejornais notícias de brutalidade gratuita ou premeditada contra os moradores “incomodativos” do espaço coletivo, um exemplo seria o caso do índio Galdino Pataxó no DF, que se tornou internacionalmente conhecido, e ainda mais impactou quando os assassinos, ao tentaram justificar o crime, declarando que “pensaram ser um Morador de Rua, um indigente”<sup>98</sup>.

Na mesma semana em que o Governo do Distrito Federal (GDF) lançou o programa Cidade Acolhedora, voltado à atenção e recuperação de Moradores de Rua, em uma Praça do Guará I cidade de classe média de Brasília, um carroceiro, que dormia foi incendiado durante a madrugada. A vítima da brutalidade teve 63% do corpo queimado, sendo que 27% são queimaduras de 3ª grau, que o levaram a óbito<sup>99</sup>.

Conforme as informações do Projeto Renovando a Cidadania foram localizados no DF 1.972 adultos, sendo 78,1% do sexo masculino e 21,9%, do sexo feminino; 80,1,% foram identificados como negros (somados pretos e pardos), e 18,8% como brancos. As idades dessas pessoas estão confirmadas pelo estudo na seguinte relação: 9,5% têm de 18 a 21 anos; 29,4% têm entre 22 e 30 anos; 30,2% têm de 31 a 40 anos; 20%, de 41 a 50 anos; e 6,8% de 51 a 59 anos. Os sujeitos acima de 60 anos somam apenas 4,2% do total<sup>96</sup>.

Percebe-se então que a representação da PSR do DF é formada na maior parte por homens negros, com idades entre 22 e 50 anos. Com esse curto cenário

dessa população adulta é possível compreender a complicação e a velocidade com que o processo de urbanização provocou<sup>95</sup>.

Outra análise agora realizada pela Fundação de Amparo à Pesquisa, em parceria com a Universidade de Brasília (UnB), do total, 90% da população que mora nas Ruas da capital exerce algum tipo de trabalho, ainda que informalmente sendo 20% deles flanelinhas ou vigias de carro, 19% são catadores e somente 10% pedem esmolas<sup>100</sup>.

Em 2010 foram firmados dois convênios para a implantação do Centro Nacional de Defesa dos Direitos Humanos para a PSR e catadores de material reciclável, A Coordenação Geral de Direitos Humanos e Segurança Pública (CGDHSP), ainda consolidou um acordo com a UnB para concepção do Observatório Sobre Violência contra População em Situação de Rua<sup>101</sup>.

Mesmo com todos esses programas o Movimento Nacional da População de Rua divulgou no final do ano de 2012 uma nota de repúdio à prisão de 11 moradores de Rua no DF. A nota considera como higienista esse tipo de atitude por parte do governo<sup>102</sup>.

O integrante do Observatório das Violências contra a População em Situação de Rua do DF, Jacinto Mateus de Oliveira, relatou que o que se pode perceber em toda essa trajetória foi uma ação de “limpeza” e intimidadora por parte da segurança pública, que em nenhum momento teve o olhar da dignidade da pessoa humana para as pessoas e famílias em situação de Rua<sup>102</sup>.

Esse exemplo de violência contra esses sujeitos foi contestado já que a explicação seria que os moradores estavam cometendo crime ambiental, porém o que se vê é exatamente o contrário, esses moradores de Rua são agentes ambientais. Eles vivem da catação de material reciclado, separando os resíduos, coisa que a própria sociedade não faz. A segurança pública tem que trabalhar em defesa da vida e não apenas da propriedade<sup>102</sup>.

O fato ocorreu mesmo depois de no ano de 2011, o GDF ter instituído o Comitê Intersetorial para elaboração da Política para Inclusão Social da PSR, interligado por representantes da sociedade civil e de diversas secretarias, entre as quais a Secretaria de Estado de Segurança Pública e a Secretaria de Estado de Desenvolvimento Humano e Social (Sedest). Entre as pertinências do comitê está agenciar o acesso às políticas públicas de saúde, educação, previdência social,

assistência social, trabalho, renda, moradia, cultura, esporte e lazer, de forma intersetorial e integral para essa parte da população<sup>102</sup>.

Dentre muitos planos de atenção a PSR em Brasília destaca-se o Consultório na Rua (CR), no Plano Piloto, Taguatinga e Ceilândia, grupos de profissionais habilitados atuam com o objetivo de garantir o ingresso da população de Rua aos serviços de saúde. As três equipes de CR foram implantadas em 2012 pela Secretaria de Saúde, em companhia da Secretaria de Desenvolvimento Social<sup>103</sup>.

## CAPÍTULO 4 – CONSULTÓRIO DE RUA

O Consultório de Rua foi idealizado pelo Professor Antônio Nery Filho no início da década de 1990 como um instrumento para responder ao problema das crianças em situação de Rua e uso de drogas. Essa iniciativa, que era realizada pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD, instituição vinculada a Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA), foi concretizada em parceria com a Prefeitura Municipal de Salvador somente em 1999<sup>103</sup>.

O trabalho do Consultório de Rua desde seu início utiliza-se de um carro tipo “Van” ou “Kombi” para o transporte da equipe e os materiais necessários para realização do seu trabalho para os pontos onde a PSR costuma se concentrar. A equipe ofertava cuidados básicos de saúde na perspectiva da RD causados pelo uso de álcool e outras drogas sem obrigar o usuário a optar pela abstinência. O trabalho da equipe depende da criação de vínculo entre os profissionais e os usuários do serviço, por isso, o usuário deve acessar o serviço voluntariamente e a equipe precisa encontrar maneiras de criar laços com os usuários desde o primeiro momento <sup>103</sup>. Em 2004 o Consultório de Rua foi implantado no primeiro Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) de Salvador. Desde então, aquele instrumento sofreu diversas modificações, porém sem perder a sua essência, até, em 2009, ser incorporado ao Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde (PEAD) e, em 2010, no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack <sup>103</sup>.

Até 2011 o financiamento e gestão dos Consultórios de Rua eram de responsabilidade da Área Técnica de Saúde Mental, de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde (ATSM) e o foco de sua atuação eram os transtornos mentais da PSR, principalmente os transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas<sup>103</sup>.

Nesse período, o financiamento se deu por meio de três chamadas públicas, uma publicada em 2009 e duas publicadas em 2010. Na primeira chamada foram selecionados doze Consultórios de Rua e estes foram contemplados com R\$100.000,00 para a implementação do serviço repassados em duas parcelas, sendo o pagamento da segunda parcela condicionado a avaliação da implementação das ações feita com os recursos da primeira parcela<sup>104</sup>.

Na segunda chamada, vinte Consultórios de Rua foram contemplados com o financiamento sob as mesmas condições estabelecidas na chamada I<sup>105</sup>. Na terceira chamada, trinta e cinco Consultórios de Rua foram contemplados com financiamento de R\$150.000,00 reais repassados em parcela única e foi aberta a possibilidade de refinanciamento no mesmo montante de Consultórios de Rua selecionados nas chamadas I e II <sup>106</sup>. Nos Consultórios de Rua, as equipes cuidam da atenção primária à saúde dessas pessoas. Houve uma mudança do nome de Consultório de Rua para Consultório na Rua, a prática mudou, além do nome, a composição da equipe e o escopo de suas ações anteriormente focadas na saúde mental e nos transtornos relacionados ao uso de substâncias<sup>107</sup>.

#### **4.1 – Consultório na Rua**

De acordo com os últimos dados publicados, no fim de 2011, havia no Brasil 92 Consultórios de Rua distribuídos em 25 estados<sup>149</sup>. A partir de 2011 o Consultório de Rua passou a ser chamado de Consultório na Rua (CR) e, além dos serviços relacionados à saúde mental já oferecido pelo Consultório de Rua, passou a oferecer cuidados em saúde em outras áreas como diabetes e hipertensão. Além disso, sua gestão passou a ser de responsabilidade do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde<sup>107</sup>.

A sugestão dos CR, além da saúde mental, junta o acolhimento à gestante de Rua, terapêutica de patologias pulmonares (a tuberculose é frequente), tratamento de enfermidades sexualmente transmissíveis (HIV/AIDS), terapêutica de doenças de pele (úlceras de membros inferiores), problemas ortopédicos (decorrentes de situação de violência, atropelamento), diabetes, hipertensão, e várias outras circunstâncias que ficam sob a responsabilidade da estratégia saúde da família na atual política de atenção básica<sup>107</sup>.

As diretrizes e a organização do CR são definidas pela Portaria nº 122 do Ministério da Saúde. Segundo essa Portaria, as equipes do Consultório na Rua (eCR) são multiprofissionais, integram o componente atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial e exercem suas atividades in loco, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, quando necessário, também com as equipes dos CAPS, dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a

necessidade do usuário. Em outras palavras, os CR são uma modalidade de atendimento direcionada aos usuários de drogas que estão em situação de maior vulnerabilidade social e com difícil acesso a serviços de saúde. Ou seja, oferecem cuidados em saúde em seus próprios contextos de vida e promovem o acesso ao SUS<sup>108</sup>.

A Portaria nº 123 do Ministério da Saúde define os critérios de cálculo do número máximo de eCR por município. De acordo com essa portaria, nos Municípios com população entre 100.000 e 300.000 habitantes o número máximo de eCR será definido com base nos censos populacionais referentes a população de Rua conduzidos por órgãos oficiais e reconhecidos por eles. Já nos municípios com mais de 300.000 habitantes serão considerados os dados da pesquisa do Ministério do Desenvolvimento Social, de 2008, e da pesquisa sobre Criança e Adolescente em situação de Rua compilada pela Secretaria de Direitos Humanos em 2011<sup>109</sup>.

Em relação aos municípios com população inferior a 100.000 habitantes a Portaria diz que estes poderão ter eCR desde que comprovem que em seus territórios há população em situação de rua nos parâmetros previstos na Portaria. Quando o CR ainda era Consultório de Rua, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça (SENAD/MJ) publicou o Guia do Projeto Consultório de Rua. Como o componente de cuidado em saúde mental do CR foi herdado do Consultório de Rua e considerando que a Portaria nº 122 citada acima diz que os CR são dispositivos dirigidos a usuários de drogas em condições de maior vulnerabilidade, pode-se assumir que as diretrizes estabelecidas no guia continuam a ser aplicáveis às equipes do CR, ao menos no que se refere à saúde mental<sup>109</sup>.

De acordo com o referido guia, o trabalho das equipes que compõem esse serviço está respaldado nos códigos de ética das profissões que as compõem e nos seguintes princípios éticos: toda conduta humana é portadora de significação pessoal, respeito ao sofrimento e ao ethos humano e responsabilidade dos atos<sup>69</sup>.

Ainda de acordo com esse guia, o princípio de que toda a conduta humana é portadora de significação pessoal é importante, pois afasta a possibilidade de interpretações dogmáticas e unilaterais sobre os fenômenos humanos como o uso abusivo de drogas, a marginalidade e a própria situação de Rua. Frequentemente algumas pessoas adotam esse tipo de interpretação sem considerar os significados pessoais relacionados ao fato de usar drogas, “morar na rua e cometer crimes” e a

consequência é a estigmatização dessas condutas que esconde determinações sociais e pessoais envolvidas nessas práticas<sup>69</sup>.

O princípio de respeito ao sofrimento e ao ethos humano é resultante do primeiro princípio descrito. “Ou seja, trata-se de levar em consideração as significações pessoais de alguém perante o que faz, antes de propor qualquer intervenção com essa pessoa. Refere-se, portanto, a uma atitude reflexiva diante da conduta do outro e, em seguida, uma postura reflexiva perante a própria conduta” <sup>67</sup>.

Em outras palavras, no caso da PSR, não se deve supor que essa situação é por natureza ruim e que todos que estão nesta condição deveriam querer voltar para as suas casas. Assim como também não se deve supor que essas pessoas fazem uso abusivo de drogas apenas por buscar os seus efeitos entorpecentes. Em muitos casos o desejo de ter essas sensações significa que essas substâncias têm algum significado nas suas vidas. Deste modo, buscar compreender essas definições e manter uma atitude distante de um posicionamento moral e preconceituoso sobre essas pessoas são requisitos para uma abordagem ética e técnica sobre os casos de uso abusivo de drogas<sup>69</sup>.

Já o princípio da responsabilidade dos atos é colocado como aplicável tanto para a eCR em relação ao seu trabalho quanto para o usuário de drogas em relação ao seu ato. Assim, compreender a conduta humana pela perspectiva da responsabilidade permite uma abordagem com o usuário que possibilite a ele responder pelos seus atos e, com isso, refletir sobre suas razões, a fim de poder decidir com mais propriedade como lidar com os danos associados ao uso abusivo de álcool ou drogas. A responsabilidade como princípio ético afasta-se de uma perspectiva assistencialista que visa o resgate do outro sem que esse se responsabilize por sua mudança<sup>69</sup>.

#### **4.1.2 - Consultório na Rua do Plano Piloto - Brasília - Distrito Federal**

Entre as três eCR que foram implantadas em 2012 pela Secretaria de Saúde, em companhia da Secretaria de Desenvolvimento Social<sup>109</sup>, apenas no Plano Piloto, em 2012, a equipe acolheu mais de 500 indivíduos, número próximo à avaliação de população de Rua total realizada pela UnB no ano de 2011, que é de 600 habitantes. Nessa região, além dos serviços de saúde, esses sujeitos podem tomar banho, lanchar, lavar seus trajes e compartilhar de oficinas<sup>110</sup>.

As atividades das eCR do Plano Piloto utilizam o meio de procura ativa, que consiste na busca por pacientes fora do consultório e o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas. Os profissionais exercem as ações de forma itinerante, realizando atividades de maneira integrada com as Unidades Básicas de Saúde (UBS), com as equipes dos CAPS, com os serviços de Urgência e Emergência e com outros pontos de atenção, conforme com a necessidade do usuário<sup>110</sup>.

No Plano Piloto, das 514 PSR recebidas no ano de 2012, 408 eram do sexo masculino e 106 do sexo feminino. Outro dado obtido mostra que entre as principais drogas consumidas estão, simultaneamente, o álcool, o tabaco, o crack e a maconha<sup>110</sup>.

A Rede Pública de Saúde do DF proporciona para pessoas em situação de vulnerabilidade e que vivem nas Ruas do Plano Piloto atenção básica por meio do CR, a finalidade do consultório é apresentar cuidados em saúde independente da vontade de sair das ruas ou não, entretanto o fato de estar sendo cuidado e considerado como cidadão, às vezes coopera no acordar para esse desejo. Prevenir e tratar enfermidades, diminuir os danos a que estão expostos, além de colaborar para a elevação da autoestima, incitando o autocuidado e a construção de novos vínculos, procurando a inserção social, também é o objetivo do consultório<sup>111</sup>.

Segundo o Ministério da Saúde, os “CR e RD deverão<sup>112</sup>:

- a.** Estabelecer-se como aparelhos públicos componentes da rede de cuidado integral em saúde mental, proporcionando às pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas ações de promoção, prevenção e cuidados primários no espaço da Rua.
- b.** Agenciar ações que afrontem as diferentes formas de vulnerabilidade e risco, sobretudo em crianças, adolescentes e jovens.
- c.** Apresentar como linhas de atenção à saúde o respeito às diferenças, a promoção de direitos humanos e da inserção social, o enfrentamento do estigma, as estratégias de redução de danos e a intersetorialidade.
- d.** Permanecer alinhados às diretrizes da Política para Atenção Integral a Pessoas que Usam Álcool e Outras Drogas, do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas, da Política Nacional de Saúde Mental, da Política Nacional de DST/AIDS, da Política de Humanização e da Política de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Com essas regras, o Consultório na Rua do Plano Piloto (CRPP) que está localizado na Quadra 903 em conjunto com o Centro de Referência à População em Situação de Rua (Centro Pop) as equipes do consultório fazem parte da Atenção Primária à Saúde e ampliam ações particulares e coletivas em saúde, voltadas para a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento, reabilitação e manutenção da saúde da população atendida<sup>110</sup>.

A composição da equipe do consultório do Plano Piloto possui uma formação multidisciplinar organizada por profissionais da saúde mental, da atenção básica, de pelo menos um profissional da enfermagem (chefe do consultório), um da assistência social, um médico, um psicólogo, outros profissionais de nível superior, redutores de danos, técnicos de enfermagem e educadores sociais. Além desses, eventualmente, pode contar com oficinairos que possam, taticamente, desenvolver atividades de arte-expressão<sup>113</sup>.

O mapeamento da cidade é o primeiro passo que precede à operacionalização do CR, quando se busca identificar lugares onde existe um maior agrupamento de jovens em situação de risco psicossocial e em uso de drogas. A partir da assimilação dos locais mais desprovidos de intervenção, a equipe indica as áreas prioritárias para a presença do CR. Outra forma integrante que auxilia a alternativa das áreas é a interlocução com a rede de saúde e intersetorial, que pode sinalizar áreas mais vulneráveis onde se julga a intervenção importante para a população alvo<sup>113</sup>.

A regularidade da presença do CR continuamente no mesmo lugar e horário permitirá às pessoas que são atendidas manter uma conexão com os profissionais, buscando-os sempre que notarem a precisão de um atendimento. É a partir dessa dinâmica de funcionamento que a afinidade de confiança vai se estabelecendo, constituindo-se de forma gradativa a aproximação da clientela, e permitindo que tais pessoas mostrem seus problemas e procurem ajuda, dando início ao funcionamento dia a dia do CR<sup>113</sup>.

## **CAPÍTULO 5 – A BIOÉTICA E A QUESTÃO DO USO NOCIVO DE DROGAS**

### **5.1 - Vulnerabilidades individuais e o uso nocivo de drogas**

No plano social, a vulnerabilidade está relacionada a aparências sócio-políticas e culturais conjugadas<sup>114</sup>. As disparidades sociais e econômicas entre sujeitos é o pretexto de embates antigos, e são elementos de maior vigilância quando se trata de organizações não governamentais, por exemplo, as quais são responsáveis por ampliar concepções solidárias de auxílio a grupos vulneráveis<sup>115</sup>.

Politizar expressa um olhar além do nosso cômodo espelho narcísico, reconstruir o que nos une como excluídos sugere descobrir que existem muitos outros excluídos, atenuar a frustração singular com as fronteiras impostas pelo contexto sócio cultural, ir além da culpa de não seguir os guias para ser, culpa inconsciente das qualidades históricas que causaram maior vulnerabilidade e a exclusão<sup>116</sup>.

A Carta de Ottawa define promoção da saúde como o procedimento de capacitação da sociedade para operar no progresso da sua condição de vida e saúde, abrangendo uma maior participação no domínio deste processo. A Carta adota ainda que a equidade em saúde seja um dos pontos da promoção da saúde, cujas atuações objetivam amortizar as diferenças no estado de saúde da população e no ingresso a recursos diversos para uma vida mais benéfica<sup>117</sup>.

Assim, a equidade requererá ações aos grupos diferenciados em suas questões e precisões de diversas formas, constituindo programas que privilegiem alguns grupos populacionais identificados como mais despossuídos caminhos que tem comprovado uma série de desafios<sup>118</sup>. Na coletividade contemporânea observa-se uma convergência de terapia para todos os dependentes químicos de maneira homogênea, esquecendo que os usos dessas substâncias e seus significados se alteram de dependente para dependente, de grupo para grupo, ainda que dentro de uma própria cultura, sendo ainda mais caracterizados em distintas épocas e culturas<sup>119</sup>.

Em um estudo realizado com jovens em São Paulo, entre os fatores mais conexos ao uso de entorpecentes por adolescentes, o uso de drogas por entre amigos saiu na frente<sup>120</sup>. A droga proporciona uma função lúdica e ritualística em muitas sociedades, promove a inclusão grupal e ativa anseios de pertencimento e

comunhão com demais indivíduos. Suas consequências favorecem o duelo às percepções de agonia, abandono, solidão: harmonizam, enfim, um período de “blecaute” ou interrupção das aflições e dúvidas de um mundo indiferente ou ameaçador<sup>121</sup>.

Além da inclusão social desqualificada, declinada (vulnerabilidade social) e da invisibilidade de suas obrigações reais nas ações e programas de assistência, promoção de saúde e prevenção de doenças (vulnerabilidade programática), mulheres e homens negros convivem em um imutável estado defensivo. Essa indignidade infundável de integrar-se e, ao mesmo tempo, proteger-se das consequências tormentosas da integração, pode gerar condutas impróprias, doenças psíquicas, psicossociais e físicas (vulnerabilidade individual)<sup>122</sup>.

A ação de ingerir bebidas alcoólicas pode estar associada a desafios, riscos. A capacidade de beber ainda se pauta com os estereótipos masculinos, a socialização, a concorrência, a conquista e a atração<sup>123</sup>.

Deste modo, existe a obrigação de se reconhecer a dificuldade do contexto social, da dinâmica das comunidades e das normas culturais que de acordo com a história foram construídas conforme os fatores de personalidade e individualidade<sup>124</sup>.

No ponto de vista da vulnerabilidade, não seriam somente as consequências da pobreza e da disparidade econômica, explanados na falta de acesso a bens e serviços, os culpados pela heterogeneidade nos perfis de morbimortalidade entre os diversos grupos humanos. Mecanismos diferentes de exclusão social, discriminação e opressão incluídos ao gênero, à etnia, à faixa etária e ao modo de desempenhar a sexualidade também interferem no grau de saúde das populações, ao promover a ocorrência de alguns danos, ou ao bloquear o acesso aos meios para a sua prevenção e cuidado<sup>125</sup>.

Logo, a título de se conseguir uma crítica sem preconceitos e distorções, faz-se indispensável levar em importância as características de cada subgrupo e sua cultura e, especialmente, do sujeito e suas motivações, atentando, até mesmo, para o fato de que nem sempre sobre o uso de psicoativos incidem danos e prejuízos à saúde do consumidor ou à sociedade<sup>126</sup>.

O uso de álcool e outras drogas é uma rotina nas Ruas das cidades brasileiras. Uma pesquisa feita Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE), sob encomenda da Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social da prefeitura de São Paulo, mostrou que 74% dos habitantes entrevistados utilizam álcool, drogas

ou ambos. Entre os jovens de 18 a 30 anos a dimensão atinge 80%. O álcool é a droga mais utilizada (65%) e é mais comum entre os mais velhos. A ingestão de drogas atinge 37% da população de Rua, mas alcança 66% dos jovens até 30 anos. A droga consumida mais comumente pelos jovens é o crack, consumida por mais da metade deles<sup>127</sup>.

Para que se difundam planos adequados e preventivos sobre o uso de drogas psicotrópicas numa determinada população, é indispensável, antes de tudo, conhecer-se a realidade desse consumo. Nenhum dado isolado é suficiente para se traçar um perfil da sociedade frente às drogas<sup>128</sup>. Primeiramente, três tipos de elementos são imprescindíveis para se compreender o uso de drogas psicotrópicas numa área geográfica pré-determinada: classificações populacionais universais e específicas; Indicadores estatísticos e pesquisas etnográficas. Em relação aos primeiros, pode-se garantir que os levantamentos na população geral são os mais ricos em conhecimentos sobre o consumo global de drogas<sup>129</sup>.

Outras fontes de informações, sobre as drogas advêm dos apontadores estatísticos que abastecem dados diretos a respeito das implicações do uso das mesmas, podendo-se citar as internações hospitalares por dependência<sup>129</sup>.

As substâncias empregadas para induzir o funcionamento cerebral, causando alterações no estado mental são chamadas drogas psicotrópicas. O termo psicotrópico é constituído por duas palavras: psico e trópico. Psico é pertinente ao psiquismo, que abrange as funções do sistema nervoso central; e trópico expressa em direção a. Drogas psicotrópicas, portanto, são aquelas que agem sobre o cérebro, alterando de alguma forma o psiquismo. Por esse motivo, são também manifestas como substâncias psicoativas. As drogas psicotrópicas dividem-se em três grupos: depressoras, excitantes e agitadoras<sup>130</sup>.

**As drogas depressoras do sistema nervoso central** – álcool, barbitúricos, benzodiazepínicos, inalantes e opiáceos - fazem com que o cérebro trabalhe vagarosamente, e diminui a agilidade motora, a ansiedade, o cuidado, a concentração, a capacidade de memorização e a capacidade intelectual<sup>130</sup>.

**As excitantes do sistema nervoso central** - anfetaminas, cocaína e tabaco, por outro lado, apressa a atividade de alguns sistemas neuronais, trazendo como consequências um estado de alerta excessivo, insônia e rapidez dos processos psíquicos<sup>130</sup>.

**As drogas agitadoras do sistema nervoso central** – maconha, alucinógenos, LSD, êxtase e anticolinérgicos – causam uma série de distorções qualitativas no funcionamento do cérebro, como alucinação, loucuras e alteração no senso-percepção. Por esse pretexto, são também chamadas de alucinógenos. Uma terceira qualificação para esse tipo de droga é psicotomiméticos, por causa do fato de serem conhecidas como psicoses as doenças mentais nas quais esses fenômenos ocorrem de modo automático<sup>130</sup>.

Quando os jovens passam a viver em situação de rua, a violência acentua-se com a ausência dos sistemas de proteção adultos responsáveis e local de moradia, acontecendo em diferentes intensidades, inclusive com casos de exploração ou abuso de traficantes, “cafetões” ou até mesmo policiais, comerciantes, entre outros<sup>131</sup>.

O Ministério da Saúde relata que as sociedades têm submetido crianças e adolescentes a inúmeros tipos de violência, sendo a de cunho doméstico uma das mais comuns. Corresponde ao uso de força física no relacionamento com a criança ou o adolescente por parte de seus pais ou por quem exerce de autoridade no âmbito familiar. Esta relação de força baseia-se no poder disciplinador do adulto e na desigualdade<sup>132</sup>.

O uso das substâncias psicoativas durante um período prolongado acarreta em mudanças na estrutura e funcionamento do cérebro tornando o dependente químico um doente crônico<sup>133</sup>, sendo obrigado a cometer crimes para o consumo de drogas, assim, a população de jovens nas cadeias cresce de maneira assustadora, mas a criminalidade e a ingestão de drogas não diminuem<sup>134</sup>. Para muitos, a violência começa na família de origem, para outros, na Rua<sup>135</sup>.

Em um relatório divulgado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), dos adolescentes internados em cumprimento de medidas socioeducativas no Brasil, 75% são usuários de entorpecentes<sup>136</sup>.

O artifício de dispersão da droga é a combinação de três fatores: o produto, a personalidade e o momento sociocultural. A questão da escolha do uso de drogas seria, não apenas consequência de sua oferta no mercado, mas também de uma procura ativa e decidida nem sempre consciente de parcelas crescentes da população, cuja motivação principal se encontra na fuga de diversos problemas sociais<sup>137</sup>.

A história da droga na sociedade mostra que ela se inseriu em nosso cotidiano devido falhas políticas e econômicas de governo, sendo assim, a fuga dos problemas e da falta de perspectivas; a busca de vertigem e de prazer intenso; o apelo de aventura e de novas e fortes sensações são experiências facilmente encontradas no uso das drogas<sup>138</sup>.

Para jovens de baixa renda, habitantes da periferia e de favelas onde se multiplicam as organizações do narcotráfico, o primeiro contato com as drogas pode trazer um anseio de assistência ou amparo aos seus problemas dando um poder de auto estima recuperada. Esses adolescentes se alegram em saber que terão aceitação social em meio sua comunidade, com o uso e venda de drogas imaginam ter acesso a determinados direitos e bens de consumo<sup>139</sup>.

Pesquisas mostram a existência de uma estreita relação entre o uso abusivo de crack e as populações mais vulneráveis, em sua maior parte, desempregados, pessoas com baixa escolaridade e poder aquisitivo e em situação de rua, entre eles crianças e adolescentes. O estudo aponta as vulnerabilidades presentes na história de vida desses jovens como a principal causa, muitas delas anteriores ao uso do crack, são grandes potencializadoras do consumo abusivo da droga entre o grupo<sup>140</sup>.

O estudo apontou que todos os jovens que compuseram a amostra são provenientes majoritariamente de um segmento social mais empobrecido, apresentam histórico de fuga escolar, são provenientes de famílias nas quais a mãe é a única responsável, possuem histórico de atendimento no Conselho Tutelar, já viveram em situação de Rua ou em acolhimento institucional, ou já transitaram por diferentes serviços da Rede de Assistência Social<sup>140</sup>. Em conclusão o estudo identificou que o uso de droga está relacionado a fatores sociais e econômicos, bem como à família e à religião, que podem ser fatores de proteção<sup>141</sup>.

É fundamental que se perceba que a vulnerabilidade assim entendida demonstra a situação em que o conjunto de características, recursos e habilidades inseparáveis a um dado grupo social se mostram inadequados ou difíceis para lidar com o sistema de oportunidades oferecido pela sociedade, de forma a ascender a maiores níveis de bem-estar ou diminuir probabilidades de deteriorização das condições de vida de determinados atores sociais<sup>142</sup>.

Nesse contexto o artigo 10 da DUBDH onde se aplica a igualdade, justiça e equidade tende a estudar tal situação para poder ao menos amenizar tal

problemática, porém, para que se tenham tais princípios respeitados é necessário que esses indivíduos não sejam discriminados por suas atitudes<sup>62</sup>.

## **5.2 - Drogas, Igualdade, Justiça e Equidade sob o olhar da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**

**Artigo 10** - A igualdade fundamental entre todos os seres humanos em termos de dignidade e de direitos deve ser respeitada de modo que todos sejam tratados de forma justa e equitativa<sup>62</sup>.

**Artigo 11** – Não-Discriminação e Não-Estigmatização - Nenhum indivíduo ou grupo deve ser discriminado ou estigmatizado por qualquer razão, o que constitui violação à dignidade humana, aos direitos humanos e liberdades fundamentais<sup>62</sup>.

Tratando-se de discriminação e não estigmatização é direcionar o pensamento para aceitação, igualdade, pluralismo, democracia, tolerância, reconhecimento e respeito às diferenças. Esses são conceitos muito caros e essenciais ao exercício de uma ética prática comprometida com os direitos humanos, como as teorias bioéticas produzidas no contexto internacional e, especificamente no Brasil, têm buscado enfatizar<sup>143</sup>.

Assim quando se trata do assunto usuário de drogas é preciso que haja tolerância para que se chegue à igualdade e justiça. O reconhecimento da pluralidade ou diversidade da existência humana confere o exercício da virtude da tolerância. Deste modo, a tolerância torna a diferença possível; a diferença torna a tolerância necessária. A tolerância, ou o respeito pelas diferenças, assenta-se no reconhecimento da essencial igualdade entre os homens e na intrínseca dignidade humana, isto é, no valor próprio de cada ser humano que o torna merecedor de absoluto respeito. A tolerância é um benefício essencial da democracia e está indissoluvelmente atrelada aos Direitos Humanos<sup>143</sup>.

Quando o artigo 10 da DUBDH relata que a igualdade fundamental entre todos os seres humanos em termos de dignidade e de direitos deve ser respeitada de modo que todos sejam tratados de forma justa e equitativa<sup>62</sup>. Deve-se levar em consideração também que o princípio da igualdade ainda que eternizado é desde os tempos mais antigos até hoje um dos pontos de maior complexidade da humanidade, tanto sob os ares político, filosófico, econômico, social e jurídico<sup>144</sup>.

Portanto, com um olhar jurídico afirmar que tal princípio deve ser no Estado Democrático de Direito um instrumento de concretude da justiça social, não simplesmente como ponto de partida, mas, sobretudo como ponto de chegada, isto

é, visando o alcance da consolidação efetiva da igualdade real assentada na abolição das desigualdades econômicas, sociais e culturais e, mais, em especial, a criação de instrumentos que proporcionem a efetivação da igualdade de oportunidades<sup>144</sup>.

A igualdade, deste modo, passa a desempenhar aos olhos do Estado uma função acentuada de princípio norteador das políticas públicas de inclusão social visando a erradicação da miséria, da pobreza, da fome, do analfabetismo, isto é, objetivando proporcionar a todos uma vida humana digna<sup>144</sup>.

A essencial prevenção é fruto do comprometimento, da cooperação e da parceria entre os diferentes segmentos da sociedade brasileira e dos órgãos governamentais, federal, estadual e municipal, fundamentada na filosofia da “Responsabilidade Compartilhada”, com a construção de redes sociais que visem à melhoria das condições de vida e promoção geral da saúde<sup>145</sup>.

No caso das drogas a execução de uma política, no campo da prevenção deve ser descentralizada nos municípios, com o apoio dos Conselhos Estaduais de políticas públicas sobre drogas e da sociedade civil organizada, adequada às peculiaridades locais e priorizando as comunidades mais vulneráveis, identificadas por um diagnóstico. Para tanto, os municípios devem ser incentivados a instituir, fortalecer e divulgar o seu Conselho Municipal sobre Drogas<sup>145</sup>.

As ações preventivas devem ser pautadas em princípios éticos e pluralidade cultural, orientando-se para a promoção de valores voltados à saúde física e mental, individual e coletiva, ao bem-estar, à integração socioeconômica e a valorização das relações familiares, considerando seus diferentes modelos<sup>145</sup>.

O princípio de justiça ou de equidade diz respeito à obrigação de igualdade de tratamento, com referência à equipe de saúde, e de justas políticas de saúde, com relação ao Estado. A origem da Bioética deve-se às questões de ordem moral, originadas do progredir da medicina e do surgimento de situações clínicas inauditas<sup>146</sup>.

Em relação ao cuidar, no caso de um usuário de drogas, por exemplo, a complicação do fenômeno estabelece uma crítica mais ampla do que a estrita visão organicista. A vulnerabilidade provocada pela “doença” exige uma resposta chamada cuidado, seria de certa forma debruçar sobre a angústia do paciente, enxergar mais do que olhar, escutar mais do que ouvir, não somente suas palavras,

mas também seus problemas, seus silêncios, procurando compreender, não apenas o mecanismo nocivo, mas o significado daquela dor para aquele paciente<sup>146</sup>.

É no encontro terapêutico, no espaço relacional, que se reconhece a expressão do outro, e que se vivencia a alteridade, se percebe o próximo e nascem à transcendência e a responsabilidade, constituintes do cuidar<sup>147</sup>. Não é somente uma categoria que determina o ser humano, mas que também nos permite compreender o universo, pois é tão ancestral quanto o cosmo em evolução, ao constituir a condição prévia que permite o surgir da inteligência<sup>146</sup>.

Sujeitos de direitos são pessoas com cidadania plena, amparados pela lei nas suas demandas. Os membros das categorias sociais historicamente oprimidas necessitam tornarem-se visíveis e reconhecidos juridicamente como tais para usufruir da condição de sujeitos de direitos e cidadãos plenos<sup>148</sup>.

Embasado nessa ideia pode-se dizer que ser humano não nasce autônomo, e sim, torna-se independente com o tempo, e para isto colaboram as diversas estruturas biológicas, psíquicas e socioculturais. A sua ação de ampliação biológica, psicológica e social, é influenciada por distintas variáveis, que irão determinar o “grau” de autonomia que o ser humano possui. Mas, permanecem fatores sócio-econômicos e culturais, ao mesmo tempo externos, que influenciam o processo de alternativa e tomada de determinação por ele. Estes fatores sim diminuem a autonomia da pessoa<sup>149</sup>.

Esse direito à autonomia é relativo, pois é condicionado por inúmeros fatores internos e externos ao sujeito, contudo ainda assim existe. Então em uma coletividade justa e democrática, deve-se incitar a ampliação das autonomias individuais, permitindo-se optar entre as distintas morais existentes<sup>149</sup>.

### **5.3 - A autonomia da População em Situação de Rua e sua estigmatização**

Etimologicamente autonomia expressa o poder de dar a si a própria lei, *autós* (por si mesmo) e *nomos* (lei). Não se atinge esta capacidade como alguma coisa incondicional e interminável, também não se percebe como sinônimo de auto-suficiência. Sugere um campo reservado cuja vivência é abonada dentro dos adequados limites que a apontam do poder dos outros e do poder em geral, contudo apesar de ser caracterizada, não é inconciliável com as outras leis<sup>150</sup>.

A autonomia é contrária a heteronomia, que em marcos gerais é toda lei que deriva de outro, *hetero* (outro) e *nomos* (lei). Autonomia é uma verdade que é conduzida por uma norma própria. Além disso, indica dois significados para o termo: o significado ontológico se menciona a certos domínios da realidade que são independentes em analogia às outras, por exemplo, a realidade orgânica é distinta da inorgânica, a definição ética se alude a uma lei moral que tem em si seu embasamento e a razão da própria lei. O último significado de autonomia foi adiantado por Kant onde é bastante usada a expressão "princípio autônomo" no significado de que o princípio tenha em si, ou deposite por si mesmo, a sua validade ou a regra de sua ação<sup>150</sup>.

Num aspecto de seu desenvolvimento, a autonomia é conceituada de diferentes formas, contudo relacionando-se sucessivamente ao domínio psicossocial, visto que adquirir autonomia para decidir e agir por conta própria é uma das fundamentais tarefas evolutivas dos seres humanos<sup>151</sup>.

Segundo a literatura e pesquisas sem caráter científico sobre o desenvolvimento da autonomia, o fato social, política, econômica e cultural influencia a maneira como as famílias propiciam e/ou evitam o desenvolvimento da autonomia. Observa-se, deste modo, que em costumes que valorizam a autonomia e a independência, é provável que um alto identificador de autonomia seja desejável, desigualmente de uma cultura coletivista (como a cultura latino-americana), que estima a harmonia familiar, na qual as metas são compartilhadas e os pais são mais decisivos nas opiniões dos filhos, controlando mediante costumes de orientação e socialização<sup>151</sup>.

Neste significado, pode-se identificar que, existe certa confusão quando mencionamos o Brasil a esta temática. Por vezes a autonomia é incluída na crença do controle da sua própria vida; outros episódios agregam-se com a possibilidade de ser livres, avaliando assim a liberdade como possibilidade de fazer o que se quer, isolado dos desejos e responsabilidade<sup>151</sup>.

Deslembra nesse tema, que os brasileiros convivem com acentuadas desigualdades sociais, que envolve problemas peculiares dos países subdesenvolvidos, como pobreza, fome, miséria, violência<sup>152</sup>. No conjunto presente de políticas públicas da coletividade brasileira identifica-se a vivência de diversos programas assistenciais que procuram minimizar as diferenças sociais e buscam contribuir para o desenvolvimento de uma sociedade autônoma e mais igualitária<sup>151</sup>.

Como parte dos objetivos recomendados por alguns programas de resgate a autonomia, também está a independização da família. Neste argumento, questiona-se se os avanços possibilitados estão colaborando para uma maior autonomia<sup>153</sup>.

Entretanto pode-se perceber que o ponto de partida para uma possível mudança social, no caso da população em situação de rua, por exemplo, que perdeu esse direito a autonomia, existem programas que fazem com que essas pessoas sintam-se credoras de direitos, e tenham tino de que seus direitos estão sendo violados, programas esses que as incentivam a ir á luta, para que haja conquistas. Pois é a partir da conscientização e da concepção dos movimentos sociais, que esta população poderá afrontar e argumentar sobre seus direitos e suas reais precisões<sup>154</sup>.

O Centro POP, que é de unidade pública e estatal, diz que essas pessoas precisam de serviços especializados para que entrem em acordo com os serviços socioassistenciais para o resgate de sua autonomia<sup>155</sup>; conforme o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate á Fome relata:

A unidade deve representar espaço de referência para o convívio grupal, social e o desenvolvimento de relações de solidariedade, afetividade e respeito. Na atenção ofertada no Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, devem-se proporcionar vivências para o alcance da autonomia e estimular, além disso, a organização, a mobilização e a participação social<sup>155</sup>.(pag. 6).

Respeitar a autonomia dessa população é respeitar o princípio da dignidade da pessoa humana está previsto no art. 1º, III da Constituição de 1988, sendo um princípio constitucional da República brasileira e norma constitucional que permeia todo o ordenamento jurídico<sup>156</sup>.

Ainda assim, nos últimos anos, consolidaram-se poucas ações públicas designadas a essa população. Mérito somente aos municípios, com experiências inventivas e inovadoras, entretanto limitadas perante a crescente demanda. As áreas de Saúde e Segurança operaram de modo indireto, restando somente à Assistência Social equipamentos urbanos e projetos sociais. Situação essa que tem sido abafada por ações violentas, as quais têm origens dispersas no contexto da sociedade em geral. Acontecimentos viram notícia e, infelizmente, não são isolados: queima de homens, mulheres e crianças que estão dormindo nas ruas, extermínio, execução sumária. Sem falar da violência verbal e simbólica, que é produzida e reproduzida diariamente<sup>59</sup>.

O olhar cauteloso sobre a realidade da PSR admite concluir que essas pessoas sofrem todas as formas de violação de seus direitos humanos e de sua autonomia, sendo assim, para sobreviverem, utilizam-se de diferentes estratégias<sup>59</sup>.

Estudiosos que são a favor da IC da PSR usuária de álcool e outras drogas argumentam que um em cada dois dependentes químicos apresenta algum transtorno mental, sendo o mais comum a depressão. A base são estudos americanos como o do Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH, na sigla em inglês), de 2005. Porém, vários médicos, psicólogos e instituições como os Conselhos Regionais de Psicologia (CRPs), contrários à solução, contestam esses dados<sup>17</sup>.

Enquanto se debate a questão, dois usuários de crack são internados contra sua própria vontade todos os dias em São Paulo. Entre indivíduos dependentes de crack e de outras drogas e pacientes psiquiátricos, o número de conduzidos para instituições terapêuticas contra a própria vontade nos últimos oito anos passa dos 32 mil, conforme informações do Ministério Público<sup>17</sup>.

A maioria dos usuários de drogas ilícitas institui padrões de consumo que os distinguem como usuários ocasionais ou recreacionais, a exemplo do que se analisa com o álcool e com outras drogas legalizadas. Somente uma minoria se torna dependente. Porém, a empatia que especialistas que são contra a IC tem com o sofrimento do dependente e de seus familiares e a inquietação com o fato de existirem pessoas envolvidas com drogas não autoriza a considerar todo usuário um dependente, respeitando assim sua autonomia<sup>65</sup>.

Documentos do governo revelam que 90% da PSR no caso do DF, praticam alguma atividade de renda informal, como cuidar de carros ou recolher material reciclável, e somente 10% deles pedem esmolas. O último levantamento sobre o apontador de pessoas nessa condição foi obtido em 2011 pela UnB, e mostrou que havia 2.512 moradores de Rua no DF<sup>157</sup>.

Pesquisas realizadas com esse grupo populacional mostram que os fatores que os levaram a viver em tal situação são variados como a baixa autoestima, pouca percepção de futuro dependência química, alienação em relação à liberdade, estrutura econômica prejudicada, destruição do vínculo com a família e a falta de oportunidades para uma mudança geral<sup>158</sup>.

O desenvolvimento biopsicossocial do ser humano depende de um contexto histórico, sendo assim, a sua história é vivida em três momentos distintos: o passado

social e particular, o presente e suas escolhas e o futuro aparentemente um pouco incerto, porém, depende desse dia atual que é o seu presente<sup>159</sup>.

A questão da autonomia é um assunto importante na discussão entre psicologia e Bioética. Ela se traz à baila à capacidade que a pessoa possui para decidir sobre aquilo que julga ser o melhor para si mesma. Para atender uma pessoa autônoma, são necessárias algumas condições principais. Primeiramente, ela deve possuir a capacidade para compreender, analisar logicamente uma situação (*racionalização*) e habilidade para escolher entre várias hipóteses (*deliberação*) com o objetivo de decidir-se intencionalmente por uma das alternativas que lhe são apresentadas<sup>160</sup>.

Em segundo lugar, esta escolha só poderá ser considerada autônoma, própria, se a pessoa estiver livre de qualquer influência para tomar esta decisão (*voluntariedade*). A possibilidade de escolha autônoma de uma pessoa a respeito de sua vida, e as implicações que essas decisões terão na vida dos demais e, por assim dizer, na construção da sociedade como um todo, são discussões que pertencem ao âmbito da bioética e da psicologia<sup>160</sup>.

Já que o princípio de respeito à autonomia baseia-se na dignidade da pessoa humana e, em consequência, há um dever moral de tratar a pessoa como “um fim em si mesma” e nunca utilizá-la como um meio para atingir determinado objetivo. É o reconhecimento do direito da pessoa de ter opiniões e de agir segundo seus valores e convicções, de possuir um projeto de vida e felicidade baseado em escolhas próprias<sup>161</sup>.

Com intensidade os Moradores de Rua, os caídos pertencentes a esse segmento social de excluídos, perderam-se de si mesmos. Unido às perdas de residência, certidões de nascimento, documentos de identidades – símbolos de cidadania – entrecruzam-se as perdas de esperança, do sentido da vida, do desejo de viver<sup>162</sup>.

Olhando por outra face da moeda pode-se fazer uma análise de que a Rua não concebe um espaço de solidão, sendo um ambiente de organização de uma rede de camaradagem e coexistência. Os indivíduos e grupos profundamente empobrecidos, lesados em sua dignidade e autonomia, sem os recursos fundamentais indispensáveis à subsistência, utilizam a rua como espaço simbólico<sup>163</sup>.

Consequências como prejuízo na autoestima, restrição das influências sociais e esperanças restringidas de recuperação influenciam negativamente no tratamento dessas pessoas, dando uma visão de indivíduos sem autonomia. Além disso, as mentiras comunicadas pela mídia falada e escrita reunida à falta de informação sobre o transtorno da droga faz com que os usuários de substâncias psicoativas sejam temidos e vistos como incapazes de se recuperar. Com isso, padecem com a suspeita de serem “doentes mentais”, ficando as marcas de estereótipos negativos, preconceitos e discriminação. É respeitável compreender que o estigma tem um elemento vicioso que encoraja o preconceito e a discriminação e estes, por sua vez, avigoram a ocorrência do estigma, fabricando então, um círculo vicioso<sup>164</sup>.

A percepção do estigma acontece na medida em que o usuário de drogas se torna consciencioso das visões contrárias que as outras pessoas da sociedade têm sobre o consumo de drogas. Essa astúcia de seu olhar pode desencorajá-lo a procurar serviços de tratamento na tentativa de impedir que ele seja visto como elemento de um grupo excluído e estigmatizado. Além disso, como uma consequência da percepção do estigma, os dependentes dessas substâncias podem suportar a visão negativa da sociedade, mesmo sem concordar com ela, e assim, consagrar os estereótipos contrários a si próprios, o que distingue o estigma internalizado<sup>164</sup>.

O estigma internalizado é um artifício subjetivo que faz com que o dependente químico tente ocultar a sua condição dos outros para que obtenha o impedimento das experiências de discriminação<sup>164</sup>.

Ao sofrerem as sequelas da estigmatização, os dependentes de drogas evitam procurar apoio para o tratamento de suas condições, piorando os problemas de saúde e, mesmo quando esses indivíduos procuram o tratamento, a adesão é extremamente baixa, caracterizando idas e vindas aos serviços de saúde em função, muitas vezes, de uma influência desumanizada e discriminatória que não respeita a autonomia dessas pessoas<sup>164</sup>.

Outra consequência direta do estigma internalizado para a terapia dessa população seria o choque negativo da baixa autoestima e baixa autoeficácia que intervêm na efetivação da finalidade de vida. Os usuários de drogas não acreditam que tem capacidade de se beneficiar do tratamento porque se sentem incompetentes já que para os condutores do tratamento eles não possuem autonomia. Assim, os sentimentos de desvalor e de incapacidade fazem com que

eles reflitam e cheguem à conclusão de que não existem motivos para se recuperarem<sup>164</sup>.

#### **5.4 - Bioética e o contexto da internação compulsória de dependentes químicos**

Sob a ótica da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO e da Bioética de Intervenção (BI), é possível abordar a realidade da IC e a falta da autonomia vivida pela população em situação de Rua destacando os possíveis estigmas vividos e sofridos por eles ante a sociedade.

Nos benefícios que abranjam agilidade de notificação compulsória no assunto da Vigilância Epidemiológica (VE) é imprescindível a informação sobre Bioética, pois, o olhar da pluralidade e diversidade é essencial, é o principal no relacionamento do senso de beneficência, erguendo o profissional na adoção de um caráter íntegro do direito ao outro, à coletividade e à natureza<sup>165</sup>.

O estudo da disciplina Bioética em ciências da saúde incentivou à retomada de experiências habituais dos serviços de VE que abarcam questões bioéticas com reflexão crítica. Observa-se que quando um profissional de saúde atende um usuário de entorpecentes, é indispensável que pondere os princípios bioéticos, a fim de interceder o relacionamento entre a ciência e a ética na afinidade do profissional e do paciente<sup>165</sup>.

A Residência em Medicina (RM) estabelece modalidade de instrução de pós-graduação gerida aos médicos. Trata-se de uma direção de especialização, caracterizado por exercício em serviço, trabalhando em instituições de saúde, universitárias ou não, sob a direção de profissionais médicos<sup>166</sup>.

O alargamento do escopo da Bioética - de uma Bioética estritamente biomédica para uma Bioética social - reuniu um conjunto de questões que envolvem a vida em sua dimensão social, econômica, política e cultural. O ambiente da fala desta vertente Bioética é uma esperança de inserção de equidade para populações mais delicadas, frágeis e vulneráveis com a finalidade que elas alcancem a igualdade <sup>167</sup>.

Dessa forma, por um olhar da Bioética compreende-se que a inserção das equipes de saúde, no caso do CR, voltadas à população de Rua no escopo das ações da atenção básica, representam uma ampliação no sentido de efetivar os

direitos à saúde desta população, pois anteriormente esse tipo de trabalho era entregue à saúde mental onde não se obtinha sucesso<sup>168</sup>.

Logo, torna-se importante a compreensão de nossa crítica sobre “o que é usar drogas” e o que está por trás do que é lícito ou ilícito. Encabeçando à complexidade do tema, observa-se o grande desafio de organizar os serviços e sistemas de cuidados aos usuários de drogas para evitar que estes ajuízem visões equivocadas sobre como “resolver o problema das drogas”<sup>164</sup>.

O estigma, o preconceito e a discriminação direcionados aos usuários de álcool e outras drogas é uma barreira que deve ser derrubada para que se inicie o tratamento. Para além das abordagens técnicas de cuidado, a dinâmica da relação entre profissional e paciente surge como um fator essencial para o cuidado adequado<sup>164</sup>.

O principal motivo que intervém absolutamente no tratamento de usuários de álcool e outras drogas é o estigma. A estigmatização faz com que os usuários sejam observados como sujeitos perigosos, violentos e únicos responsáveis pela sua condição. Diferentes pretextos podem explicar a estigmatização do uso de drogas por parte dos profissionais de saúde, abrangendo o fato de que, muitas vezes, a ingestão de drogas não é vista como um problema de saúde, mas como falta de caráter, fazendo com que seja imputado ao usuário o encargo pelo aparecimento e pela solução do seu problema. Tal atitude reduz as probabilidades de resguardo e acesso para pessoas que apresentam problemas com o uso de drogas<sup>164</sup>.

Nota-se o “fantasma” do estigma, à medida que o usuário de drogas se torna consciente das visões negativas que as outras pessoas da coletividade têm sobre o consumo de drogas. Essa “astúcia social” pode desencorajá-lo a procurar serviços de tratamento médico na tentativa de poupar que ele seja observado como parte de um grupo estigmatizado. Além disso, como uma sequela direta da percepção do estigma, os usuários de substâncias psicoativas podem passar a concordar com essa visão negativa da sociedade e concentrar os estereótipos negativos a si próprios, o que caracteriza o estigma internalizado<sup>164</sup>.

O caráter complementar e a interdependência dos princípios da DUBDH – que constituem uma totalidade articulada – ficam bastante evidenciados no artigo 11, quando ele, em seu enunciado, caracteriza as práticas de discriminação ou estigmatização como práticas violadoras da dignidade humana e dos próprios direitos humanos, que constituem os dois preceitos essenciais – constantes do

artigo 3 – e balizadores de todos os demais dispositivos da Declaração. Não há como desagregar estigma e dignidade humana; um só existe na negação do outro, eles são mutuamente excludentes. O estigma é, em si mesmo, violador da dignidade humana, ele só se produz ou se concretiza na medida em que é retirada do outro a sua dignidade, quando o outro é diminuído naquilo que o constitui como ser humano, quando é inferiorizado e considerado abaixo dos demais seres humanos<sup>143</sup>.

O estigma inferioriza a pessoa que o possui, tornando-a menos que os demais, atentando contra a própria dignidade humana e impactando negativamente a vida pessoal e social do indivíduo<sup>143</sup>.

A terapêutica do consumo de drogas quando está prejudicando o indivíduo, família ou a sociedade deve ser realizada com uma parceria entre profissional, usuário, família e comunidade, sem que o encargo pela recuperação caia diretamente sobre uma das partes. Antes de se pensar no enfrentamento do estigma, é de extrema importância que os profissionais de saúde estejam conscientes da forma como refletem sobre os usuários de drogas. Percepções estigmatizantes e estereotipadas possuem a capacidade de comprometer a motivação do profissional para lidar com o problema de saúde dessas pessoas<sup>164</sup>.

Dentre os distintos problemas de saúde, as doenças mentais e o abuso de álcool e outras drogas são as mais estigmatizadas pela população geral, até mesmo por estudantes e profissionais de saúde, tendo como ofensivo a tendência da população em avaliar os portadores de transtornos mentais e usuários de drogas como responsáveis por tais condições<sup>169</sup>.

O entendimento do rejeito social aproxima esses Moradores de Rua do lixo urbano e tal fenômeno pode estar catalogado com o aumento do número de pessoas que passaram a sobreviver com os materiais descartados pela cidade. A vida na Rua e a sua proximidade com a imundície urbana tornam o indivíduo um alvo de ações de limpeza das vias públicas e das medidas encampadas pelos órgãos públicos de ação social. A “remoção” desse tipo de pessoas para espaços “coletivos” de serviços assistenciais, que comportam centenas de indivíduos, são ações muito próximas, ainda que executadas por profissionais de diferentes secretarias<sup>170</sup>.

O estigma público está conectado a uma discriminação de um grupo ou sociedade sobre outro indivíduo ou grupo, considerado por esta coletividade

inaceitável por causa de seus atributos físicos ou costumes pessoais e em muitos casos estão ligados à desvalorização do indivíduo<sup>171</sup>.

A PSR não se esquivava da marca da invisibilidade social, sobretudo pelos preconceitos anexos a essas pessoas. Sabe-se que elas vivem, mas é como não tivessem uma fisionomia, uma identificação própria, uma história de vida. São distinguidas por meio das nomeações: “Moradores de Rua”; “Meninos de Rua”, como se somente o fato de morar na Rua lhe conferissem, antecipadamente, uma identidade já formada. Os “Moradores de Rua” sequer estabelecem um grupo social propriamente dito. A nomenclatura acaba por forçar a ideia de tratar-se de um grupo coerente, bem delimitado. Em verdade, são indivíduos das mais variadas idades e procedências, que fazem da Rua o seu lugar de habitação e subsistência<sup>69</sup>.

O que se constata nesse argumento social, sobretudo no uso abusivo de substâncias psicoativas e nos atos de violência, como assaltos e furtos, é um ensaio para lidar com essa invisibilidade social. Seja por meio do uso de drogas que os afastam provisoriamente do estado de consciência, seja por meio dos atos violentos que solicitam a sociedade a tomar providências, o que tais pessoas procuram é um modo de cortar a dor de ser ignorado, de ser invisível<sup>69</sup>.

A Bioética pode observar o trabalho do CR, através de um olhar individualizado que pretende ir além dos estigmas, e conhecer cada pessoa a ser acolhida, em sua particularidade. Um olhar que se aparta da visão assistencialista escorada na clemência ou salvacionista como o trabalho da IC que enxerga, na saída das Ruas, a exclusiva probabilidade de cuidado da vida<sup>69</sup>.

A visão do CR incide sobre a saúde de cada indivíduo, por exercer um direito afiançado pela Constituição Federal – o ingresso a serviços de saúde. Parte-se do cálculo que a consideração do outro, a alteridade colocada em prática, a observação o outro em sua singularidade. Um ligamento que respeita a peculiaridade da vida de cada um e abre possibilidade para que o próprio sujeito em situação de Rua adote o seu valor como cidadão e sua dignidade humana<sup>69</sup>.

Observa-se então que a ausência dessa autonomia na vida da PSR está diretamente ligada à quebra de sua dignidade humana, onde não se existe mais o respeito pela vida.

Ao tratar das questões éticas suscitadas pela medicina, ciências da vida e tecnologias associadas na sua aplicação aos seres humanos, a Declaração, tal como o seu título indica, incorpora os princípios que enuncia nas regras que

norteiam o respeito pela dignidade humana, pelos direitos humanos e pelas liberdades fundamentais. Ao consagrar a bioética entre os direitos humanos internacionais e ao garantir o respeito pela vida dos seres humanos, a Declaração reconhece a interligação que existe entre ética e direitos humanos no domínio específico da bioética<sup>62</sup>.

O respeito ao sofrimento e ao ethos humano é consequência da abertura da definição das condutas humanas. Adotar o respeito ao sofrimento e ao ethos humano como cabeçalho ético é, inicialmente, estar atento às razões pessoais implicadas nos atos e nas ocorrências de vida de qualquer indivíduo. Ou seja, trata-se de levar em atendimento os sentidos pessoais de alguém perante o que faz, antes de sugerir qualquer intervenção com essa pessoa, no caso então, deve-se colocar em prática o respeito ao sofrimento e ao ethos humano na vida do usuário de drogas antes de se pensar em IC. Refere-se, por conseguinte, a uma atitude reflexiva diante do comportamento do outro e, em seguida, uma postura reflexiva ante a própria conduta<sup>69</sup>.

Desempenhar qualquer interferência médica, psicológica, social e/ou lúdica com alguma pessoa sem antes avaliar as significações pessoais abrangidas nas práticas desse outro é colocar-se de maneira previamente suposta do que é melhor para o outro. Essa aparência ganha maior proeminência quando é a equipe multidisciplinar quem vai até os “pacientes”. Se, previamente, pressupõe-se que a vida na Rua é algo necessariamente ruim, e que os indivíduos que aí vivem deveriam querer voltar para os seus domicílios, a postura do profissional só levará em consideração o que pretensamente pensa conhecer sobre a vida do outro<sup>69</sup>.

Cuidado, pois, por sua conveniente natureza, abrange duas significações fundamentais, intensamente ligadas entre si. A primeira assinala a atitude de desvelo, de solicitude e prudência para com o outro. A segunda brota desta primeira: a ansiedade e a inquietação pelo outro, porque nos sentimos envolvidos e afetivamente ligados ao outro<sup>172</sup>.

A igualdade é o resultado cobiçado da equidade, sendo esta o alvo de partida para aquela. Ou seja, é exclusivamente por meio da consideração das diferenças e das precisões diferentes dos sujeitos sociais que se pode conseguir a igualdade. A igualdade não é mais um ponto de partida ideológico que tendia a abolir as diferenças. A igualdade é o ponto de chegada da justiça social, referencial dos direitos humanos e onde a próxima marcha é o reconhecimento da cidadania<sup>63</sup>.

Os países que nas últimas décadas desenvolveram políticas inovadoras para encarar a demanda da ingestão de drogas ilícitas fundamentaram-se tanto na despenalização e descriminalização do dependente químico, quanto na política de redução de danos, que é uma tática que singulariza o dependente, de tal modo que o enxerga como uma pessoa que precisa ser auxiliada, ao oposto do internamento compulsório que o trata como criminoso que deve ser castigado e somente depois ser avaliado <sup>173</sup>.

Tanto os vulneráveis como os vulnerados não necessitam de interferências estaduais ou sociais, eles carecem de uma intervenção do Estado ou instituições sociais, de tal maneira que se possa oferecer amparo, contudo, tal proteção necessita ter sua atuação em graus específicos, meditando sobre a condição existencial de vulnerabilidade de cada grupo<sup>174</sup>.

Em um panorama relacionado à diversidade de abordagens, a Bioética brasileira reconhece a experiência de conformidades que podem ser abreviados em três eixos fundamentais<sup>174</sup>:

- O amparo e proteção para os considerados mais frágeis e a obrigação do Estado nessa tarefa;
- A pluralidade moral coligada a uma Bioética laica, sem conjectura religiosa;
- O respeito à Dignidade Humana da pessoa, baseado nos Direitos Humanos, como demarcações inegociáveis para práticas sociais.

Deste modo, destaca-se a seriedade particular para as questões relacionadas com o consumo de substâncias psicoativas e seus usuários considerando ainda uma orientação fundamental para discussão<sup>174</sup>:

Os inúmeros pontos de discussão direcionados ao uso ou abuso de drogas lícitas ou ilícitas é infelizmente um assunto negligenciado pela Bioética brasileira. Constantemente se imputa o uso desenfreado de psicoativos à falta de estrutura familiar e constantemente atribui-se aos produtos ilícitos como o crack, a maconha ou a cocaína a culpa por diversas situações danosas à coletividade, que por sua vez termina com opressão e violência policial<sup>174</sup>.

Analisando a situação com um olhar da Bioética, o consumo e o abuso de drogas não deveriam ser considerados o real motivo dos problemas e sim, muito mais, uma seqüela da intolerável desigualdade social e das repercussões sobre a geografia das chances que exclui a maior parte dos indivíduos, notadamente nas localidades menos desenvolvidas ou em desenvolvimento<sup>174</sup>.

Nesse sentido, a prudência e prevenção do consumo de drogas, em particular do abuso nocivo ou prejudicial, não se fará por meio de intervenções dirigidas pelo preconceito, pela discriminação e pela exclusão dos sujeitos como faz a internação compulsória, mas sim, por meio da formação de políticas públicas que possam atender as reais necessidades das populações em sua diversidade cultural e geográfica<sup>174</sup>.

Imaginar Bioeticamente os debates relacionados com as substâncias psicoativas no mundo atual, não é imaginar somente na dimensão precária das relações familiares, e nem concebê-la como o motivo direto do problema social, porém, antes de tudo, deve-se analisar a situação como uma consequência de contextos socioeconômicos e políticos. Da mesma maneira, a ausência ou políticas inadequadas a prevenção e redução de danos, como também tratamentos de uma moralidade estigmatizante e imobilizador que se introduz nas estruturas sociais devem ser abolidos<sup>174</sup>.

A Bioética de Intervenção enxerga que a vulnerabilidade dos usuários de entorpecentes que vivem em situação de Rua deve ser tomada em consideração, de modo inclusivo, devido ao reconhecimento das situações como traço da condição humana, mediante da fragilidade de todos os seres, onde a existência é distinguida pela exposição permanente a ser ferido como pode ser descrito pelo menos em dois tipos de vulnerabilidades relacionadas ao uso de drogas:

- **Vulnerabilidade humana substantiva:** Pode ser gerada, também, por fenômenos de distintas naturezas, causando uma obrigação de compreensão de que o uso ou abuso de drogas pode não ter uma atitude moralizante e nem fundamentalmente ocasionar a morte ou danos ao usuário<sup>174</sup>.
- **Vulnerabilidade adjetiva, circunstancial:** Onde em diversas ocasiões o consumo de uma droga lícita ou ilícita, atende a necessidade de suportar o insuportável e de coexistir, ou viver pura e simplesmente, a vida<sup>174</sup>.

Hoje os profissionais de saúde têm dado mais atenção aos efeitos farmacológicos das drogas, isto é, a capacidade que elas possuem em ocasionar intoxicações, doenças e mortes do que os motivos que levam as pessoas consumirem tais substâncias. Não se pode negar que a intoxicação aguda pode

ocasionar a morte de uma pessoa, torna-se fundamental ter sempre em mente que a decisão do consumo pertence aos humanos, e não aos produtos<sup>174</sup>.

A autonomia como princípio bioético nos direciona quanto às disposições para avançar ou recuar, usar ou não usar de artifícios para o tratamento dessa população. Debater o uso e abuso de drogas à luz da autonomia e da liberdade expõe uma proposta mais justa, ao oposto da proposta autoritária e paternalista que supostamente considera o “bem-estar do outro”<sup>174</sup>.

Apesar de se compreender sobre o direito à autonomia e indagar em questões relacionadas à estigmatização e discriminação dessas pessoas a natureza e a responsabilidade sobre o destino desses usuários de drogas continua sendo exclusivamente médico e jurídico. Assim, torna-se fundamental uma abordagem dos numerosos e difíceis aspectos relacionados com os usuários e dependentes de substâncias psicoativas enquanto pessoas estabelecidas a partir da ordem biológica, introduzidas em dado contexto social, e cuja consequência primordial é a competência de representar e falar (dimensão psíquica), reconhecendo as três veemências do tempo – passado, presente e futuro – e, conseqüentemente, o reconhecimento de sua finitude.

Nesse significado, determinados tipos de tratamentos que são levados as pessoas usuárias de álcool e outras drogas violam o principio da igualdade, de liberdade e de autonomia gerando a real desigualdade. Porque é na falta de igualdade, de respeito ao sofrimento do outro, e a indiferença por essas pessoas que nasce a discriminação e a estigmatização derivando então, a falta de autonomia e livre-arbítrio para decidir ou até mesmo resistir.

E no que se menciona o estigma nas relações como ser humano, esses “Moradores de Rua” vem tolerando um intenso e incurável mal “camuflado” na escassez de identidade e livre-arbítrio, com a procedente avaria de sua autonomia.

A “cura” para essa “patologia” pode ser apresentada mediante a Bioética de Intervenção onde as situações persistentes descrevem a respeito das antigas e crônicas demandas éticas das populações, como exclusão social, fome entre outros<sup>175</sup>. As pessoas têm precisões distintas para alcançar objetivos iguais. A equidade nada mais é do que a consideração dessas caracterizadas necessidades para que todas essas pessoas desfrutem de uma vida com o maior grau de dignidade imaginável<sup>176</sup>. Por sua vez, o ponto de partida para a justiça social dessas

pessoas seria a exclusão do estigma para que se encontre a autonomia de cada uma delas.

A questão da justiça social deve ser desenvolvida um pouco mais por causa de seu grande valor para o debate bioético. Deste modo, serão meditados três conceitos de certa forma inter-relacionados e proveitosos para a Bioética de Intervenção em relação a uma possível solução para essa população conforme Garrafa relata<sup>176</sup>:

**O primeiro - Libertação** - O significado de libertação ultrapassa a comprovação da afinidade com o poder, e sugere que existem forças opressoras atuando sobre pessoas/grupos sociais, que os fazem frágeis, com o exercício da autonomia “amarrado” pela repressão, assim, deve-se operar no sentido da eliminação das forças opressoras que impedem que essas pessoas alcancem a liberdade, e assim, abonar os subsídios essenciais para a cidadania de cada uma delas, como educação, saúde, trabalho entre outros<sup>176</sup>.

**O segundo - Empoderamento** - Que destaca que as opções autônomas não podem ser influenciadas por falta de alternativas e menciona a outorga dos meios apropriados às pessoas vulnerabilizadas de buscar o verdadeiro poder de decisão<sup>176</sup>.

**O terceiro – Emancipação** - Que está relacionado ao primeiro – justiça social; onde, somente se considera libertada a pessoa com a dependência devidamente extinguida e com a sobrevivência garantida. Pois, levando este argumento para a PSR não basta assegurar a sobrevivência, mas também necessitam estar garantidas as alternativas para que a sobrevivência seja obtida<sup>174</sup>.

Absolutamente, a inclusão social é fator fundamental para essa massa de vulneráveis sob o olhar da Bioética de Intervenção, com comprometimento de prosseguimento garantido, ultrapassando para a extensão política.

A Bioética de Intervenção ultrapassa o voluntariado antigo e introduz em sua abordagem o utilitarismo solidário. Esta explanação “provoca um empenho transformador com a alteridade, com “Outro”, além de solicitar também, uma réplica prática por parte deste outro, o que a torna diferente do assistencialismo, costumeiro”<sup>165</sup>.

Esse modo de solidariedade é crítico e nesse contexto possui um valor orientador com o objetivo de alcançar a transformação social na vida dessas pessoas. Assim, a atuação do voluntariado crítico não se ajusta unicamente numa

solidariedade de pessoa para pessoa, mas pela modificação da realidade que cerca o dependente que é auxiliado. Ao colocá-lo num caráter crítico diante da realidade social, o seu próprio trabalho, enquanto espontâneo, passa, assim, do domínio individual para a esfera do grupal e do social<sup>165</sup>.

A solidariedade no âmbito dessa população passaria de um assistencialismo singular para um voluntariado envolvido com o abatimento das desigualdades sociais, com a capacidade de ser um acessório ligado às políticas públicas ampliadas pelo poder do Estado. É importante advertir que o Estado, neste aspecto, prossegue tendo o papel basilar de agente das políticas públicas. Os atos voluntários têm a competência de contestar em curto prazo, determinados procedimentos das categorias excluídas, contudo, sem trocar o papel do Estado<sup>165</sup>.

## **CAPÍTULO 6 – RESULTADOS**

Nas entrevistas com a equipe do Consultório na Rua observou-se a atuação de cada profissional sem identificar o entrevistado preservando assim sua identidade. Desse modo, apresentaram-se as questões abertas sobre o tema: Internação Compulsória e o Respeito à Autonomia da População em Situação de Rua Usuária de Álcool e Outras Drogas sob o Olhar da Equipe do Consultório na Rua do Plano Piloto DF.

A análise dos dados teve como etapas funcionais os resultados em função das categorias que são as ideias centrais em torno das quais as respostas as entrevistas estruturaram, demonstrando de que maneira os profissionais do consultório na Rua entendem cada uma delas, seguindo da seguinte maneira:

- Insuficiência da internação compulsória;
- Ineficácia da Internação Compulsória;
- Vulnerabilidade dos Usuários;
- Compreensão Relacionada à Questão da Autonomia;
- Necessidade de um tratamento Integrado.

### **6.1 – Descrição dos resultados**

#### **a) Insuficiência da internação compulsória**

Todos os sete entrevistados fizeram referência ao fato de que a prática da internação compulsória é, isoladamente, insuficiente. Os profissionais que lidam com o dia a dia no consultório na Rua entendem que a medida de internação forçada não pode ser realizada de um modo geral, sem mais; antes, torna-se fundamental uma primeira avaliação médica para que se tomem medidas mais rígidas se necessário for.

Defendem que não basta somente o reconhecimento da insuficiência da rede de saúde na administração das precisões dos que dependem de drogas, mas constituir o compromisso de ampliá-la com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Esses profissionais esperam que a alternativa pelo internamento em instituição clínica deve ser sopesada e respeitada, contudo desde que seja analisada caso a caso – e nunca tomada como uma política pública.

Nas entrevistas da presente pesquisa cada profissional será identificado por numerais para que sejam preservadas as identidades de cada um deles.

O(a) profissional **nº 1** da equipe ao ser questionado sobre a necessidade da Internação Compulsória responde:

Absolutamente, não! **O vício não é razão**, mas consequência desses determinantes; uma doença, não uma escolha. Da mesma forma, estar na rua não é doença, é uma condição social, que pode ser abordada por qualquer pessoa.” (negrito nosso)

#### **b) - Ineficácia da Internação Compulsória**

Percebe-se que, a ineficácia da internação compulsória está diretamente relacionada com a sua insuficiência, por ser executada de um modo isolado, sem nenhuma abordagem integrada com meios de avaliações para descobertas dos reais motivos que levaram essas pessoas para as ruas.

Em relação à ineficácia do modelo de internação compulsória, destacou-se a fala de alguns profissionais como o(a) **nº 2** da equipe onde relata:

“A internação compulsória não consegue trabalhar tudo, vai trabalhar somente “ali, naquele momento”, momento da droga, onde a pessoa está desesperada. Seria esse o ponto de optar pela internação compulsória.”

Sobre ineficácia da internação compulsória o(a) **nº 3** declara que esse tipo de tratamento afronta os Direitos Humanos dessas pessoas:

Quando você coloca uma política pública de internação compulsória as pessoas que entram em contato com essa, já terão como primeira opção a internação compulsória, eu acho isso extremamente problemático, **pois, desrespeita realmente os Direitos Humanos** e principalmente eu acho que fecha a porta para a possibilidade da pessoa “ressignificar” aquilo que ela está vivendo com o uso de droga. (negrito nosso)

Quando o(a) **nº 2** foi interrogado se a internação compulsória funcionaria sem o acompanhamento familiar, a resposta foi à seguinte:

Não! Não adianta, teria que, ter tudo né? Não adianta só a internação compulsória, ele precisa de mais. Olham o indivíduo só como a droga, não é só a droga. O que levou ele para a droga? Ele está desgostoso com a vida? Ele está desacreditado porque perdeu o emprego, ou por uma separação, alguma coisa né? Ou talvez ele esteja simplesmente ali no: **“Eu quero usar!”** Então, tem que entender o que é que está causando, o que o deixa ainda mais desmotivado, então, somente a internação compulsória não adiantaria, tem que olhar para ele por inteiro. (negrito nosso)

O(a) nº 1 ainda relata que:

O Consultório na Rua singulariza cada caso, sendo que não há nenhum igual ao outro, requerendo diferentes intervenções e solucionar diferentes necessidades dos moradores de rua, vindo a pessoal de forma integral, gente inteira e não como partes do corpo a ser tratada.

A resposta do(a) profissional nº 3 não se difere das outras opiniões:

Eu não entendo que a internação compulsória resolva esse problema, e muito menos a complexidade que está envolvida nele assim, eu acho que ela tem um lugar, eu costumo dizer assim: que existem várias estratégias que apesar de a gente não concordar com a forma que elas funcionam, para algumas pessoas funcionam, porque as pessoas pensam de forma diferente, tem vivência diferente, então, o que eu imagino que “pra” mim de repente, ou pelo que eu estudei não seria uma coisa que me faria bem, outra pessoa vai conseguir elaborar de uma forma melhor e vai viver bem com isso.

Foi observado nessa categoria, que, os 7 entrevistados foram enfáticos na resposta, não concordando com a internação compulsória para pessoas que vivem em situação de Rua como primeira alternativa, porém não descartam como o último artifício de tentativa de tratamento.

As entrevistas se conectam com as ideias da OMS que confirma que a dependência química deve ser considerada como uma doença clínica crônica. Além disso, deve ser tratada ao mesmo tempo como um problema social, por isso, o projeto para a IC de dependentes de drogas só seria aconselhado quando os recursos extra-hospitalares apontarem que são precários e ocorrerá em unidades de saúde ou hospitais gerais, com equipes multidisciplinares, e deverá ser obrigatoriamente autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado onde se encontra o local no qual se dará a internação<sup>20</sup>.

### **c) Vulnerabilidade dos Usuários**

Em relação à vulnerabilidade dos usuários, destacou-se a fala do(a) nº 3:

“Eu vejo o problema de drogas muito mais como um sintoma do que como um problema de saúde em si, do que como uma doença geradora de outros problemas, enfim, eu vejo mais outros problemas sociais, biopsicossociais que influenciam no uso de drogas.”

Em todos os entrevistados notou-se uma resposta em comum, a observação da vulnerabilidade das pessoas que vivem em Situação de Rua. Aqui sobressai mais uma vez a resposta do(a) profissional nº 3 do serviço do Consultório:

Eu acho que algumas pessoas, têm uma intenção de autodestruição por causa do sofrimento, mas eu acho que a maioria usa drogas para conseguir viver, isso fica claro em um trabalho, não sei se você conhece a trajetória dos meninos e meninas de Rua na Rodoviária, que um dos resultados da pesquisa é que os meninos, adolescentes e crianças, no momento em que eles saíam da Rua, e eles vivenciavam outras experiências eles nem queriam mais saber de drogas, não era mais um interesse deles, pois, eles estavam interessados em outras coisas, então eles usavam mais para aguentar o frio, para aguentar a violência e para aguentar a dureza que é viver na Rua.

Outro ponto que merece destaque dentro da vulnerabilidade dessa população verifica-se novamente na fala do(a) profissional nº 2 da equipe do Consultório:

A gente avalia cada a caso, e, realmente se a gente começar instituir internação compulsória e involuntária para todo mundo que vive em situação de rua ou usa algum tipo de droga, a gente está voltando a época do manicômio! Vai todo mundo voltar por quê? Por que isso incomoda os olhos da sociedade? Olhar para pessoas nessas condições incomoda, pois, estão em baixo da minha marquise, da minha casa, ou eu estou passando “ali” com meu carro, e vejo aquela cena, então a gente está voltando e não tendo evolução nesse processo?

#### **d) Compreensão Relacionada à Questão da Autonomia**

A exclusão social e a vulnerabilidade que avaliamos, tem raízes econômicas resultantes da ausência de pertencimento social, falta de esperanças, dificuldade de acesso à informação e perda de auto-estima. Com isso, traz resultados na saúde geral das Pessoas em Situação de Rua, como o estigma e a falta de autonomia.

É notório em algumas falas esse estigma de “sobrante” encarnado nessas pessoas ocasionando a heteronomia. Deste modo, os indivíduos barganham seus valores conforme suas necessidades e assim, acabam sendo alvo de “faxinas sociais”.

Fala do nº 1 da equipe:

Com bons olhos, tendo em vista que **ao vício não se há alternativas**, o usuário acaba muitas vezes se encontrando numa condição de dependência de ações e recursos externos que viabilizem o enfrentamento do sofrimento psíquico que estejam comprometidos com a reinserção social e a busca da autonomia do sujeito de forma sustentável, contínua e responsável. (negrito nosso)

Assim, observa-se dentro de uma visão da bioética que talvez a “doença” que causa a escassez de autonomia da População que vive em Situação de Rua sob o uso de álcool e outras drogas chama-se “vulnerabilidade e estigmatização”. Tal “imagem” pode ser conferida no relato do profissional de nº 3:

Pra mim, eu vejo o problema de drogas muito mais como um sintoma do que como um problema de saúde em si, como uma doença geradora de outros problemas, enfim, **eu vejo mais outros problemas sociais, biopsicossociais que influenciam no uso de drogas**. Quando o assunto toma essa complexidade de ter esse tamanho de ser uma questão social, de estar envolvido com tudo que a pessoa já viveu, e com todas as possibilidades e potencialidades que a pessoa tem de viver, isso abre um espaço “pra” outra forma de você tratar também. Quando você muda a forma de olhar, você muda a forma de tratar. (negrito nosso)

Quando se trata de respeito à autonomia dessa população, o Consultório na Rua demonstra que esse “resgate de autonomia” é fundamental com uma criação de vínculo como é descrito na fala do profissional de nº 2 da equipe:

Aí a gente pode até discutir esse caso da internação, mas não é a primeira opção nossa simplesmente temos que respeitar a sensibilidade, ver as possibilidades da vontade própria, voluntário, perguntamos assim: Você quer ir para um abrigo? Você quer ser internado? A gente trabalha isso de uma forma voluntária mesmo.

Nesse contexto, o consultório na Rua encaixa-se dentro de uma Bioética de Intervenção que enxerga que a vulnerabilidade dos usuários de entorpecentes que vivem em Situação de Rua deve ser tomada em consideração, de modo inclusivo, devido ao reconhecimento das situações como traço da condição humana, mediante da fragilidade de todos.

#### **e) Necessidade de um tratamento Integrado**

A necessidade de um tratamento integrado para essa população mostrou-se de maneira clara em boa parte das entrevistas realizadas com a equipe do consultório na Rua. É nítido que uma equipe que está na “linha de frente” de um trabalho complexo como o do cuidado dos excluídos tenha uma opinião que possa ser debatida para futuras melhorias do sistema de saúde dessa população vulnerável. Pode-se observar essa necessidade nos seguintes relatos:

“Exatamente, esse é o nosso principal foco, criar vínculo, identificar qual a necessidade dessa pessoa, e construir junto com ela caminhos do que ela quer naquele momento”  
(nº 2 da equipe)

O Consultório na Rua singulariza cada caso, sendo que não há nenhum igual ao outro, requerendo diferentes intervenções e

solucionar diferentes necessidades dos moradores de rua, vindo a pessoal de forma integral, gente inteira e não como partes do corpo a ser tratada.

(nº 1 da equipe)

Respostas como a seguinte, demonstram que mesmo com o fortalecimento da saúde mental em meio a luta antimanicomial ainda precisa de melhorias o sistema para que se possa “abraçar” um tratamento completo e social.

Eu entendo que a política de saúde mental está associada a todos os outros níveis de saúde, por isso eu estou falando sobre esses outros níveis, eu acho que o acesso hoje a política de saúde mental é bom é uma das políticas que tem o melhor acesso, mas ainda tem muito a melhorar, e o consultório na Rua é uma estratégia que melhora esse acesso, porque tem a proposta de ir até as pessoas, de entender como funciona aquele território, de fortalecer aquele território, fortalecer a pessoa no território, para depois passar para outras estratégias, que enfim, tem a ver com o desenvolvimento das potencialidades mesmo de cada pessoa, e do cuidado a saúde enquanto construção, para a gente entender que é possível construir um cuidado a saúde que seja melhor, que traga menos sofrimento e outra forma de viver, se assim a pessoa desejar.

(nº 3 da equipe)

A resposta seguinte revela que para que se possa internar uma pessoa deve ser realizada uma investigação de cada sujeito e para isso, é necessário que a integralidade do tratamento exista:

Acho que se deve analisar toda história do usuário, qual o grau de nocividade que o mesmo está causando a si próprio e a comunidade em geral. Qual, por exemplo, o nível de sanidade mental desse usuário? Grave ou agudo? Temos condições de dialogar? Acho que somente casos extremos devemos permitir a internação compulsória. Se tivermos condições de demonstrar interesse, diálogo, espontaneidade e amor ao próximo, (humanização), ainda será melhor para que esse usuário venha ser tratado.

(nº 2 da equipe)

Uma entrevista se difere de todas, demonstrando talvez uma “inclinação” para o tipo de tratamento compulsório, segundo o profissional identificado como nº 4, o tratamento compulsório pode ser realizado desde que sejam observadas algumas situações dos usuários de drogas.

Quando o profissional nº 4 foi interrogado sobre qual a visão que você avalia a internação compulsória, a resposta foi à seguinte:

“Positiva, desde que, após sua alta seja subsidiada condições favoráveis à sua sobrevivência”.

Quando foi perguntado sobre a possibilidade de avaliação da capacidade de decisão de uma pessoa que vive em situação de Rua sem ao menos conhecer sua história de vida, respondeu:

“Existe todo um processo de avaliação feito por especialistas: Equipe de saúde, psicólogos, antes de chegar as mãos de quem decide, no caso o juiz”.

E finalizando, discorda da concepção de quase todos os estudos que relatam que a internação compulsória afrontaria a luta antimanicomial pela reforma psiquiátrica:

Tentar destruir o movimento da reforma psiquiátrica é um equívoco, pois, essa lei é específica para pessoas com transtornos mentais, e não para toxicômanos, a internação é feita em unidades de clínica geral e centros de recuperação e não em psiquiatria, uma vez que faltam vagas nestas unidades para pessoas com doenças mentais.

É possível concordar em partes com o profissional nº 4, realmente não deveria confundir a garantia dos direitos dos portadores de transtorno mental, que a Lei 10.216/2001 regulamenta, com o controle social da drogadição, porém é o que ocorre hoje no país. A realidade é que em meio aos usuários de drogas existem também, micros traficantes, pessoas vulneráveis, crianças e adolescentes além de indivíduos com debilidades mentais e isso demanda avaliações, abordagens e terapêuticas caracterizadas. Logo, uma exclusiva avaliação ou esboço judicial não pode equiparar ou estabelecer as diferenças.

Deste modo, é possível dizer que nenhuma edificação camuflada, como a internação compulsória, pode imperar sobre os seus inalienáveis direitos e liberdades dessa população que vive as margens de uma sociedade, posto que o Estado é um meio de realização do ser humano, e não deve de modo nenhum oprimi-lo independente de sua condição social.

Quando a Bioética fala em Direitos Humanos compreende conceitos, sobretudo que estão arrolados à dignidade da pessoa humana, como direito à vida, liberdade, justiça, enfim direitos fundamentais hábeis para garantir a todo ser humano uma melhor condição de vida.

E por fim, as entrevistas comprovam que a equipe do consultório na Rua parte do princípio da responsabilidade dos atos que é colocado como aplicável em relação ao seu trabalho quanto para o usuário de drogas como em relação às suas atitudes. O atendimento prestado por eles expressa que compreender a conduta humana pela expectativa da responsabilidade consente uma abordagem com o usuário que possibilite a ele responder pelos seus atos e, com isso, refletir sobre

suas razões, a fim de poder decidir com mais propriedade, aprendendo como lidar com os danos associados ao uso abusivo de álcool ou drogas. A responsabilidade como princípio ético afasta-se de uma perspectiva assistencialista que visa o resgate do outro sem que esse se responsabilize por sua mudança.

## CAPÍTULO 7 – DISCUSSÃO

O direito à autonomia dos usuários de álcool e outras drogas que vivem em situação de Rua pode ser avaliado por uma análise da Bioética. Observou-se nas entrevistas com o público de interesse (profissionais do consultório na Rua do Plano Piloto) e também em artigos, livros e periódicos entre outros utilizados no trabalho em questão, que quando se trata da autonomia desses indivíduos é necessário que exista o mínimo de dignidade humana na vida dessas pessoas.

Ressalta-se que quando Castel denomina a População em Situação de Rua como “sobrantes” de uma sociedade, afirmando que essas pessoas são “normais”, porém inválidas pela circunstância, como consequência das novas exigências da competitividade, da concorrência e da diminuição de oportunidades e de emprego, entende-se por um olhar da Bioética que a dignidade dessa população já não existe mais<sup>73</sup>.

Para esse consenso deve-se levar em consideração a valorização da vulnerabilidade desses sujeitos, que, sobretudo quando aumentada por sua invisibilidade em meio à coletividade, exige uma maior e específica proteção e requer que seja abordada com uma leitura da Bioética em função dessa condição especial.

Observou-se também no estudo em questão desse grupo populacional indícios de que os fatores que os levaram a viver em tal situação são variáveis como, por exemplo: a baixa autoestima, pouca expectativa de futuro dentro da dependência química, psicose em relação à liberdade, estrutura econômica danificada e sobretudo destruição do vínculo com a família o que causa a falta de oportunidades para uma mudança geral.

Como Engel relata: o desenvolvimento biopsicossocial do ser humano depende de um contexto histórico, sendo assim, a sua história é vivida em três momentos distintos: o passado social e particular, o presente e suas escolhas e o futuro aparentemente um pouco incerto, porém, depende desse dia atual que é o seu presente<sup>159</sup>.

Deste modo retoma-se a questão de que a autonomia dessa população traz à baila a discussão pautada na capacidade que a pessoa possui para decidir sobre aquilo que julga ser “o melhor para si mesma”. Então, para entender se uma pessoa que vive em situação de Rua sob o vício de álcool e outras drogas possui

autonomia, são necessárias algumas condições principais. Fundamentalmente, ela deve possuir a capacidade para compreender, analisar logicamente sua situação e ter habilidade para escolher entre várias hipóteses com o objetivo de decidir-se intencionalmente por uma das alternativas que lhe são apresentadas como tratar-se ou não de seus vícios.

Como é possível encontrar o reconhecimento do direito da pessoa que vive as margens de uma sociedade, analisar suas opiniões e tratá-la de seus “vícios” respeitando seus valores e convicções se ela mesma não possui um projeto de vida e felicidade baseado em escolhas próprias, pois sua dignidade humana já foi completamente deteriorada pelas circunstâncias de um “sobrante” da sociedade?

Oficializa-se a polêmica da internação compulsória, já que nitidamente esta espécie de intervenção, considerada como tratamento insulta o direito à vida, dignidade humana e liberdades fundamentais de uma população de vulneráveis impossibilitadas se defenderem, por não ter “voz” para exprimir seus direitos.

A internação compulsória trás recordações dos manicômios judiciários que infelizmente ainda afrontam toda a luta da reforma psiquiátrica para extinção dos mesmos e que jamais trouxeram resultados de sucesso.

A resposta da chefia da equipe do consultório na Rua do Plano Piloto do Distrito Federal relata que a internação compulsória por si só não vai transformar a vida de ninguém, pois não seria somente pensar no momento da internação, seria também na saída dali; será como que esse usuário vai estar? Ele vai conviver em sociedade? Se sentir bem? Autônomo? Seguro para procurar um emprego ou para conviver com a família novamente? Conviver com os amigos e ter um local de lazer dele? Então é possível só a internação compulsória resolver esse problema?

O estudo demonstrou que quando se trata de internação compulsória, as percentagens de recaídas são gigantescas, e em um caráter geral, os melhores resultados são obtidos por meio de terapêuticas ambulatoriais.

Portanto, como relata o Psiquiatra Dartiu Xavier, qual seria a coerência para motivar a remoção dos usuários de drogas das Ruas, obrigando-os a uma internação? Seria talvez o incômodo que essas pessoas causam? Seria um comportamento diferente de nossas expectativas? Ou porque, revelam nossas insuficiências, incompetências, preconceitos e estigmas<sup>65</sup>?

O fato de internar uma pessoa que vive em situação de Rua compulsoriamente pode ser interpretado como uma “medida higienista” da cidade, para talvez uma “paisagem melhor”<sup>65</sup>.

Os estudos realizados nesta pesquisa, baseados nas entrevistas realizadas escorrem para uma amarga e triste verdade chamada de estigmatização. O estigma está estampado na falta de autonomia em decorrência da escassez de dignidade humana. Para a defesa da dignidade humana da pessoa que vive em situação de Rua, torna-se fundamental a restauração da dignidade dessas pessoas para que se extermine aos poucos esse estigma de “sobrante” de uma sociedade.

Observou-se que a invisibilidade social é um termo utilizado para a captação das formas de reconhecimento que a sociedade atinge perante determinados grupos sociais e refere-se às crenças vastamente marcadas por um estigma acerca de um grupo social característico. Desse modo, essas crenças nessa população geram como consequência uma atitude de indiferença e, com isso, reforçam um processo de exclusão.

Discriminar uma pessoa que sobrevive em situação de rua é fazer distinção, separação do ser humano e sua dignidade e dentre as inúmeras espécies de discriminações a discriminação social leva o indivíduo a extrema exclusão colocando uma carga de estigmas em seus ombros afastando-o de vez de seus objetivos e impedindo que ele tenha força para mudar sua atual situação. O estigma encarnado na pessoa em situação de rua o leva a ser discriminado, marginalizado e em muitos casos violento.

O estigma observado nesses vulneráveis está intimamente ligado a informação insuficiente e imprópria levando a sociedade a preconceitos e seus comportamentos de rejeição, construindo em geral um distanciamento social da pessoa estigmatizada, no caso da pessoa em situação de rua esse distanciamento é literal.

Analisando o estigma e a discriminação de grupos vulneráveis como a população em situação de rua e respaldando-se nos fundamentos da bioética como forma de compreender e transformar a própria condição de vulnerabilidade, é admissível fazer uma reflexão sobre o processo de estigmatização durante os contatos sociais presentes no cotidiano dessas pessoas vulneráveis.

A coerência da Bioética mostra que a possibilidade de melhorias para essa população que sofre com a exclusão social seria a adoção integral do artigo 11 da DUBDH que diz:

“Nenhum indivíduo ou grupo deve ser discriminado ou estigmatizado por qualquer razão, o que constitui violação à dignidade humana, aos direitos humanos e liberdades fundamentais”<sup>62</sup>.

Dessa maneira, brotaria uma nova tentativa de direcionar e incentivar a sociedade e o Estado para um modo mais humano de tratamento a essas pessoas e assim, abrandar os índices “assombradores” de dependentes nas Ruas. O conceito da Bioética seria procurar uma desconstrução das ideias compulsórias de tratamento, para uma imagem de dignidade humana integral para que todos alcancem seus objetivos.

A inserção da questão do estigma na terapêutica e no cuidado ao usuário de drogas que vive em situação de Rua torna-se fundamental para que se obtenha sucesso nas ações de saúde. Assim, indica-se que gestores e profissionais busquem esboçar atuações de diminuição de estigma, envolvendo todo o conjunto de saúde e a família do dependente se possível for.

Destaca-se por fim, que a maior parte dos entrevistados do consultório na Rua visualizaram a questão do estigma como secundário. Mais que a questão da autonomia dos usuários, foi observada que havia outros problemas em sua grande maioria, problemas sociais que eram mais importantes no momento a serem resolvidos. Assim, somente após a solução desses problemas, é que a autonomia aparece, já que ela já estava de alguma forma comprometida pela própria vulnerabilidade socioeconômica da População de Rua usuária de drogas.

Esta visão da equipe do consultório entrega para essas pessoas um caminho a ser seguido, por fim todo ser humano procura o respeito e a consideração por partes dos seus semelhantes.

## 8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que o objetivo geral desta pesquisa seria uma contribuição para análise e discussão de mecanismos éticos de intervenção frente a um possível “esquecimento” do direito à autonomia da população em Situação de Rua em relação a sua internação compulsória, relata-se que tais objetivos foram alcançados.

Foi verificado que o Consultório na Rua funciona realmente como uma porta de entrada da População em Situação de Rua nos serviços do SUS. Ao buscar opiniões desses profissionais de saúde foi levantado um debate sobre a autonomia dessa população em relação à internação compulsória, e assim, verificada a percepção da equipe.

A pesquisa de campo qualitativa e o processo de trabalho científico no tratamento do material empírico demonstraram percepções que não faziam parte do imaginário do estudo, destacando um notável estigma associado a essa escassez de autonomia.

O trabalho mostrou que o isolamento compulsório desses sujeitos não pode ocorrer como primeira hipótese, já que devem ser analisados caso a caso. Observou-se uma concordância em meio aos profissionais de saúde do consultório na Rua que a internação compulsória não pode ser justificada se não existir uma avaliação prévia em cada caso. As entrevistas indicaram ainda que o uso de drogas de pessoas que vivem em situação de Rua não faz parte somente de uma política de saúde mental e muito menos de segurança pública. Essa tarefa pertence a uma saúde integral, onde se possa relacionar o usuário a um contexto social, como a volta para a família, a busca do emprego e a confiança da sociedade, resgatando com isso sua autonomia que fora destruída nas adversidades dos estigmas e preconceitos sofridos por eles.

A investigação coloca em exposição que, pelo Estado não apresentar uma política deliberada para tratar o usuário de drogas que vive em situação de Rua, a lei 10.216/2001 é empregada para a internação compulsória de tais indivíduos, o que fere o direito à autonomia e o direito de liberdade.

Com estes resultados confirmados deve-se utilizar como base a Declaração Universal de Bioética e Direitos humanos em seu artigo 5º onde propõe que devem ser tomadas medidas especiais para proteger direitos e interesses dos indivíduos não capazes de exercer autonomia. Ainda na referida Declaração em seu artigo 2º

tópico C relata a contribuição para o respeito pela dignidade humana e proteção dos direitos humanos, com garantia do respeito pela vida dos seres humanos e as liberdades fundamentais, de modo compatível com o direito internacional relativo aos direitos humanos.

Para que essa base Bioética comece a ser inserida deve-se trabalhar no retorno da dignidade dessas pessoas abolindo todo e qualquer estigma, como também preconceitos e discriminações da vida desses indivíduos.

Como observado nas entrevistas, o apoio da família do usuário de drogas mediante o procedimento de tratamento pode ser o início de uma esperança para ele. A participação de familiares é analisada como um papel fundamental para o sucesso da terapêutica.

Se existe algum direito, a pessoa em situação de Rua, que deva ser garantido, deve existir uma luta por ele. O governo e a sociedade falham em tratar Pessoas em Situação de Rua como “doentes mentais” porque tais sujeitos não estão moldados por uma moral social. Como dito pelo Dr Nery: pessoas nessas condições não usam drogas para morrerem, e sim para viverem – e sobre essa linha de raciocínio se debruça a hipótese do trabalho. Não “convivemos” cercados por “loucos” nas Ruas de nossas cidades, e sim de “homens invisíveis” que não enxergam mais nenhuma possibilidade de vida para eles.

Conclui-se que a população usuária de álcool e outras drogas que vive em situação de Rua acaba sendo internada compulsoriamente por não ter autonomia, devido conviver a margem de uma sociedade e de um governo que os abdica. Ainda, deve ser analisado que o estigma que essa massa de vulneráveis carrega, torna-se tão pesado que os impede de caminhar para uma possível distância da vulnerabilidade.

O consumo desenfreado de drogas não será eliminado em nossa sociedade com a utilização de internamentos compulsórios, então, as políticas públicas devem se desligar das concepções repressivas e se atentarem para as intervenções que cuidem e privilegiem o dependente e não a substância na relação de consumo de drogas.

Deste modo, a proibição do uso dessas substâncias não pode crescer frente à dignidade humana. O Estado necessita, no enfrentamento das drogas, escolher por políticas que protejam os direitos e garantias do cidadão e não por práticas que

visem à privação da liberdade, a limitação de direitos e o aniquilamento da subjetividade e individualidade do sujeito.

Os casos que realmente demandam a internação compulsória permanecem sendo a exceção e não a regra. A política prioritária persiste sendo a internação voluntária, por meio do convencimento dos usuários de substâncias psicoativas por agentes de saúde, assistentes sociais e outros segmentos ligados a essa área.

A internação compulsória é um episódio que deve ocorrer em casos extremos e a psiquiatria sabe que o dependente não será uma pessoa completamente nova após três meses de tratamento, pois, a doença é muito mais grave que isso e muitos pacientes internados contra a própria vontade ou voluntariamente vão voltar ao uso de drogas.

Imaginar um plano de governo que possa dizer não ao tratamento compulsório e tratar esses sujeitos como pessoas que são, seria colocar a alteridade em prática, seria resgatar a autonomia destruindo a estigmatização de tal maneira que o próprio indivíduo se renderia ao tratamento por compreender que é um ser humano e faz parte de uma sociedade.

Deste modo, não consumindo por completo todos os assuntos direcionados ao tema em questão a bioética abre as portas de futuros debates relacionados aos direitos da População de Rua e tratamentos destinados a eles, e assim, fundado no presente trabalho questiona-se o tratamento compulsório com essa população.

## REFERÊNCIAS

- 1 - Foucault M. História da loucura na idade clássica. 7.ed. São Paulo: Perspectiva; 2004. p. 269. (Coleção Estudos).
- 2 – Maciel LA. Aspectos gerais sobre internação compulsória em saúde mental nos últimos 10 anos: revisão bibliográfica [Especialização em Saúde Mental]. Criciúma: Universidade do Extremo Sul Catarinense; 2013.
- 3 – Carrara SL. A história esquecida: os manicômios judiciários no Brasil. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano. 2010;20(1):16-29.
- 4 – Brasil. Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília; 2001.
- 5 – Brito RC. A internação psiquiátrica involuntária e a Lei 10.216/01. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental [Dissertação em Ciências da Saúde]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Escola Nacional de Saúde Pública; 2004.
- 6 - Martins J, Macrae E. Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultoria de rua. Centro de Estudos e Terapias do Abuso de Drogas (CETAD). Universidade Federal da Bahia; 2010.
- 7 - Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9.ed. São Paulo: HUCITEC; 2006. p.57.
- 8 – Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002. 380p.
- 9 - Brasil. Câmara dos Deputados. Rádio Câmara. Autor de projeto sobre internação involuntária diz que dependente de drogas não tem discernimento. Câmara dos Deputados. 2012 [acesso em 2 fev 2016]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/radio/materias/ultimas-noticias/413560-%20autor-de-projeto-sobre-internacao-involuntaria-diz-que-dependente-de-drogas-naotem-%20discernimento.html>.
- 10 - Lima RCC, Tavares P. Desafios recentes às políticas sociais brasileiras sobre as drogas: enfrentamento ao crack e proibicionismo. Argumentum. 2012;4(2):6-23.
- 11 – Costa AA. Combate às drogas: internação compulsória [Projeto de Pesquisa; Especialização]. Rio de Janeiro: Escola de Magistratura do Estado do Rio de Janeiro; 2012. p.4.
- 12 – França GL. Internação compulsória do dependente químico: violação do direito de liberdade ou proteção do direito à vida? Presidente Prudente: Faculdades Integradas “Antonio Eufrásio de Toledo” – Faculdade de Direito de Presidente Prudente; 2012.

13 –Brasil. Decreto-Lei n. 891, de 25 de novembro de 1938. Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes. Rio de Janeiro, 1938.

14 – Barros DM, Serafim AP. Parâmetros legais para a internação involuntária no Brasil. Rev Psiquiatria Clínica. 2009;36(4):175-177 [acesso em 16 maio 2015]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v36n4/a08v36n4.pdf>.

15 – Coelho I, Oliveira MHB. Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. Saúde Debate. 2014;38(101):359-367.

16 – Capez F. Drogas: internação compulsória e educação. Folha de São Paulo, 28 jul 2011.

17 - Loccoman L. A polêmica da internação compulsória. Scientific American Mente e Cérebro, 2012 [acesso em 16 maio 2015]. 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).

18 - Costa II. Problematizações sobre a eficácia da internação compulsória no tratamento da drogadição. Debate “Internação Compulsória” – OAB/DF e CLDF. Auditório da OAB/DF. Brasília, 1º abr 2013.

19 - Saravia E. Introdução à teoria da política pública. In: Saravia E, Ferrarezi E, organizadores. Políticas públicas: coletânea. v.1. Brasília: ENAP; 2006; p.29.

20 - Silva ACF. Reflexões sobre a proposta de internação compulsória de dependentes químicos. Ciências Sociais Aplicadas em Revista – Unioeste/MCR. 2013;13(25)-137-155.

21 – Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.

22 - Conselho Federal de Psicologia. Drogas: pelo tratamento sem segregação [acesso em 16 maio 2015]. Disponível em: <http://www.peticaopublica.com.br/?pi=CFP2011A>.

23 - Alves ES, Francisco AL. Ação psicológica em saúde mental: uma abordagem psicossocial. Psicol. Cienc. Prof. [online]. 2009;29(4):768-779.

24 - Rosa EL. A saúde mental na rede pública: impasses e desafios enfrentados pelo caps no percurso pela desinstitucionalização. In: Bock A, organizador. Psicologia e compromisso social. São Paulo: Cortez; 2003. p.313-331.

25 – Nitahara A. Especialistas criticam internação compulsória para usuários de crack. Agência Brasil; 2012 [acesso em 23 maio 2015]. Disponível em: <http://www.ebc.com.br/noticias/saude/2012/12/especialistas-criticam-internacao-compulsoria-para-usuarios-de-crack-e>

26 - British Medical Association. Assessment of mental capacity: guidance for doctors and lawyers. A Report of the British Medical Association and The Law Society. London; 1995. p.65-66.

27 - Tan JOA, JONES DP. Children's consent. *Curr Opin Psychiatry*. 2001;14(4):303-307.

28 - Grisso T, Appelbaum PS. Assessing competence to consent to treatment: a guide for physicians and other health professionals. Oxford: Oxford University Press; 1998. p.173-200.

29 - Costa, II. Sete motivos por que não precisamos de uma política de internação compulsória no DF. UnB Agência, 12 abr 2013 [acesso em 23 maio 2015]. Disponível em: <http://www.unb.br/noticias/unbagencia/artigo.php?id=612>.

30 - Varela D. Internação compulsória de dependentes químicos. 2013 [acesso em 27 maio 2015]. Disponível em: <http://drauziovarella.com.br/dependencia-quimica/internacao-compulsoria-2/>.

31 - Conselho Federal de Psicologia. Drogas, direitos humanos e laço social. Brasília: CFP; 2013. 160p.

32 – Fortes HM. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2010;(2 supl.)10.

33 – Ornellas CP. O paciente excluído: historia e críticas das práticas médicas de confinamento. Rio de Janeiro: Revan; 1997.

34 – Gonçalves AM, Sena RR. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2001;9(2):48-55.

35 – Melo ML. Internação compulsória de crianças usuárias de crack: só 25% de êxito: levantamento exclusivo no Rio mostra que de 200 acolhidas, só 50 voltaram para família. In: *Jornal do Brasil*, 17 mar 2013 [acesso em 23 maio 2015]. Disponível em: <http://www.jb.com.br/rio/noticias/2013/03/17/internacao-compulsoria-de-criancas-usuarias-de-crack-so-25-de-exito/>

36 – Rodrigues Filho S. Internação compulsória de usuários de crack. Portal Médico [acesso em 31 maio 2015]. Disponível em: [http://www.cremego.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=26628](http://www.cremego.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26628).

37 – Valério ALR. (Mal) dita liberdade e cidadania: a redução de danos em questão [Dissertação]. Salvador: Universidade Católica de Salvador; 2010.

38 - Espinheira G. Os tempos e as substâncias psicoativas das drogas. In: *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo*. Salvador: EDUFBA; 2004.

- 39 - Macrae E. Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In: Dependência de drogas. São Paulo: Atheneu; 2001.
- 40 – BBC Brasil. Internação à força de viciados divide especialistas. 2012 [acesso em 23 maio 2015]. Disponível em: <http://www.psiquiatria.unifesp.br/sobre/noticias/exibir/?id=195>.
- 41 – Brasil. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Internação compulsória de usuários de crack pode estar sendo usada para limpeza social, diz Antonio Nery. 19 ago 2013 [acesso em 2 jun 2015]. Disponível em: <http://www2.ufrb.edu.br/crr/arquivo-de-noticias/89-internacao-compulsoria-de-usuarios-de-crack-pode-estar-sendo-usada-para-limpeza-social-diz-antonio-nery> Publicado.
- 42 - Barroso LR. O direito constitucional e a efetividade de suas normas. Rio de Janeiro: Renovar; 2001. p.27.
- 43 – Assis JT, Barreiros GB, Conceição MIG. A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. Revista Latino-Americana. Psicopat. Fund. 2013;16(4):584-596.
- 44 – Fortes R, Faria JG. Estratégias de redução de danos: um exercício de equidade e cidadania na atenção a usuários de drogas. Revista de Saúde Pública. 2013;6(2):78-91.
- 45 - Cruz MS. Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de redução de danos. In: Cirino O; Medeiros R, organizadores. Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis. Belo Horizonte: Autêntica; 2006.
- 46 - Brasil. Portaria n. 122, de 25 de janeiro de 2012: Define as diretrizes e funcionamento das equipes de consultório de rua. Brasil; 2012.
- 47 - Silva FP, Frazão IS, Linhares FMP; Práticas de saúde das equipes dos consultórios de rua. Cad. Saúde Pública. 2014;30(4):805-814.
- 48 – Correia RCJ. Ventura CAA. 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. 2013;13(13):250-280.
- 49 – Delgado PGG. Saúde mental e Direitos Humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001. 2011 [acesso em 23 maio 2015]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=229019298010>.
- 50 - Ballone GJ. Internação compulsória. 2013 [acesso em 5 jun 2015]. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=352>.

- 51 - Ruiz Thiago; O direito à liberdade: uma visão sobre a perspectiva dos direitos fundamentais. Revista de Direito Público. Londrina. V. 1, N. 2, P. 137-150, Maio/Ago. 2006.
- 52 - Guerra, Marcelo Lima. Direitos fundamentais e a proteção do credor na execução civil. São Paulo: Revista dos Tribunais. 2003. P. 82.
- 53 - Gonçalves, Flávio José Moreira. Notas Para a Caracterização Epistemológica da Teoria dos Direitos Fundamentais. In Guerra Filho, Willis Santiago. Dos Direitos Humanos aos direitos fundamentais. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1997. p. 35.
- 54 - Moraes, Guilherme Peña de; Direitos fundamentais: conflitos e soluções. Niterói: Labor Júris, 2000. p. 11.
- 55 - Nucci, Guilherme de Souza; Código Penal Comentado. 6ª ed. São Paulo: Revista dos tribunais, 2006.
- 56 - Salvatori, Rachel Torres and Ventura, Carla Aparecida Arena; Internamentos não voluntários civis por razão de transtorno psíquico na Catalunha: uma análise das decisões judiciais à luz da bioética. Physis [online]. 2013, vol.23, n.2, pp. 531-552. ISSN 0103-7331.
- 57 – (Fórum DQDF). Crack: Este fenômeno veio para ficar? [acesso em: 6 de Junho de 2015] Disponível em: <http://forumdqdf.blogspot.com/2010>.
- 58 - Martins, João; Macrae, Edward; Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultoria de rua. (CETAD)- UFBA, 2010.
- 59 – Costa, Ana Paula Motta; População em situação de rua: contextualização e caracterização. Revista Virtual Textos & Contextos. nº 4. dez. 2005.
- 60 - Relatório da 4ª inspeção nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas; 2ª Edição Brasília-DF. [acesso em: 6 de Junho de 2015] Disponível em: [www.cfp.org.br](http://www.cfp.org.br). 2011.
- 61 - Eike-Henner W. Incompetent patient, substitute decision making and quality of life: some ethical considerations. Medscape J Med 2008.10(10):237.
- 62 - UNESCO - Organização das nações unidas para a educação, a ciência e a cultura. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. [acessado em: 6 de Junho de 2015].Disponível em: <http://www.bioetica.catedraunesco.unb.br>.
- 63 – Garrafa, Volnei; Oselka, Gabriel; Diniz, Debora. Saúde Pública, Bioética e equidade. Revista Bioética. Brasília. v. 5. n. 1, p. 27-35 1997. [acesso em 6 de Junho de 2015].Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/361/462](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/361/462)>.
- 64 - Pinheiro, Gustavo Henrique de Aguiar. O devido processo legal de internação psiquiátrica involuntária na ordem jurídica constitucional brasileira. [acesso em; 6 de

Junho de 2015]. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/20292/o-devido-processo-legal-de-internacao-psiquiatrica-involuntaria-na-ordem-juridica>. 2012.

65 - Silveira, Dartiu Xavier da; Deve ser permitida a internação compulsória de viciados em crack? [acesso em; 6 de Junho de 2015]. Disponível em:<<http://coletivodar.org/2011/06/>.

66 - Souza, Paulo Vinícius Sporleder de; A Criminalidade Genética. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais. 2001.

67 - Brasil. Casa Civil. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a política nacional para a população em situação de rua e seu comitê intersetorial de acompanhamento e monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília. DF 24 dez 2009.

68 - UNESCO, Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (orgs.). Pesquisa nacional sobre a situação da população de rua. Sumário executivo. Brasília. MDS, 2008, 16 p.

69 - Nery Filho, A; Valério, A. L. R; Monteiro, L.F; Guia do Projeto Consultório de Rua. Brasília. SENAD, 2012. 160p.

70 - Lorenzo C. Vulnerabilidade em saúde pública: Implicações para as Políticas Públicas. Revista Brasileira de Bioética. 2006. 2(3): 299-312.

71 – Kottow, M; The Vulnerable and the Susceptible. Bioethics 2003.17(5-6): 460-71

72- Cruz, Márcio Rojas; Oliveira, Solange de Lima Torres; Portillo, Jorge Alberto Cordón; A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos – contribuições ao Estado brasileiro. Revista Bioética 2010. 18 (1): 93 – 107.

73 - Castel, Robert. As armadilhas da exclusão. In: Wanderley, Mariângela; Bógus, Lúcia; Yazbek, Maria Carmelita. Desigualdade e a Questão Social. São Paulo: Educ, 1997.

74 - Pozzebon, Fernanda Sporleder de Souza; O estigma do ex-presidiário. 07/03/2012; [acesso em: 13 de Junho de 2015]. Disponível em: <http://prisonal.blogspot.com.br/2012/03/o-estigma-do-expresidiario.html>.

75 - Jacques, M. G. C. Identidade e Trabalho: Uma articulação indispensável. In: Tamoyo, A; Borges-Andrade, J. E. & Codo, W. (Orgs.). Trabalho, organizações e cultura. São Paulo: Cooperativa de Autores Associados, s.d. p. 41-47.

76 - Di Flora, M. C; Mendigos: Porque surgem, por onde circulam? como são tratados? Petrópolis: Vozes, 1987.

77 - Sposati, A. Comentário sobre as Formas de Atuação com a População de Rua. In: ROSA, C. M. M. (Org.). População de rua: Brasil-Canadá. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 85.

- 78 - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua. 2008.
- 79 - Ministério Da Saúde; Manual sobre o cuidado à saúde junto a população de rua; secretaria de atenção à saúde; Departamento de Atenção Básica; 2012.
- 80 - Grotberg, E. H. A Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Sprit. Haya: The Bernard van Leer Foundation. (Early Childhood development – Practice and Reflections, v. 8) 1995.
- 81 – Junior Carneiro, Nivaldo; Nogueira, Edna Aparecida; Lanferini, Gisele Magalhães; ALI, Débora Amed; Martinelli, Marilda; Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate; p, 48; Saúde e Sociedade; 1998.
- 82 - Vieira, M. A. C.; Bezerra, E. M. R.; Rosa, C. M. M., orgs; População de rua: quem é, como vive, como é vista; São Paulo: HUCITEC, 1992.
- 83 - Condeixa, D; Ação municipal com a população de rua e as casas de convivência em São Paulo. In: ROSA, C. M. M. (org.) população de rua: Brasil e Canadá. São Paulo: HUCITEC. 1995. p. 61.
- 84 - Snow, David; Anderson, Leon. Desafortunados: Um estudo sobre o povo da rua. Petrópolis; Editora Vozes, 1998.
- 85 – Santos, Maria Sinedes Neres dos; Pita Claudio Oliveira Montenegro; Soares, Shyrle Mendes Trabuco; Lee, Vivian Lee; Coelho, Hellen Daniela; Zaccarelli, Eliana Menegon; Perfil nutricional de moradores de rua e caracterização da alimentação distribuída em albergues do município de São Paulo; Segurança Alimentar e Nutricional; Unicamp; Campinas, São Paulo;17(2): 1-13, 2010.
- 86 – Ribeiro, Moneda, Oliveira; Ciampone, Maria Helena Trench; Crianças em situação de rua falam sobre os abrigos. Rev Esc Enferm USP 2002; 36(4): p, 313.
- 87 – Marrengula, Miguel; Meninas de Rua de Maputo: Uma questão negligenciada; net nº 13; Enero de 2011.p 2. [acesso em: 13 de Junho de 2013]. Disponível em: <http://quadernsanimacio.net/anteriores/trece/pdf/Meninas%20de%20rua.pdf>.
- 88 – Alves, Ygor Diego Delgado; Jamais Fomos Zumbis: Contexto social e craqueiros na cidade de São Paulo; Tese de Doutorado em Antropologia da Universidade Federal da Bahia; Salvador; Bahia; p, 32; 2015.
- 89 – Ribeiro, MO. A Rua: um acolhimento falaz às crianças que nela vivem; Rev Latino-am Enfermagem; 2003 setembro-outubro; p, 623.
- 90 - Pereira, Luiz Fernando de Paula; No labirinto da gestão: notas sobre moradores de Rua e trabalhadores da assistência social; Dissertação de Mestrado em Sociologia; p, 22; Universidade Federal de São Carlos; 2013.

91 - Alvarez, Aparecida Magali de Sousa; Rosenburg, Cornélio Pedroso; A resiliência e o morar na rua: estudo com moradores de Rua - criança e adultos - na cidade de São Paulo; p, 52; Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum; São Paulo; 1999.

92 - Alvarez, Aparecida Magali de Sousa; Alvarenga, Augusta Thereza de; Rina, Sílvia Cristiane de S. A. Della; Histórias de vida de moradores de rua, situações de exclusão social e encontros transformadores; Saúde Soc. São Paulo, v.18, n.2, p.259-272, 2009.

93 - Declerck, P. Les Naufragés: avec les clochards de Paris. Paris: p, 299; Terre Humaine/PLON, 2001.

94 – Grangeiro, Alexandre; Holcmam, Márcia Moreira; Onaga, Elisabete Taeko; Herculano Duarte Ramos de; Alencar; Anna Luiza Nunes Placco; Teixeira, Paulo Roberto. Prevalência e vulnerabilidade à infecção pelo hiv de moradores de rua em São Paulo, SP Revista de Saúde Pública; p, 675; 2012.

95 – Brasil; Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; Diálogos sobre a população em situação de rua no Brasil e na Europa: experiências do Distrito Federal, Paris e Londres; Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; p, 30; Brasília: SDH; 2013.

96 – Gatti, Bruna Papaiz; Potyara, Camila; (orgs). Projeto Renovando a Cidadania: pesquisa sobre a população em situação de Rua do Distrito Federal; Brasília; Gráfica Executiva. 2011.

97 – Silva, Denize Elena Garcia da; Discurso institucional e identidades de moradores de Rua: representações na mídia escrita; Universidade de Brasília; UNB. [acesso em: 15 de Junho de 2015]. Disponível em: [http://www.fflch.usp.br/dlcv/enil/pdf/Artigo\\_Denize\\_Elena\\_Garcia\\_da\\_Silva.pdf](http://www.fflch.usp.br/dlcv/enil/pdf/Artigo_Denize_Elena_Garcia_da_Silva.pdf);

98 - Argiles, Mariglei dos Santos; Silva, Vini Rabassa da; Assistência social e população em situação de Rua. Jornal internacional de políticas públicas. São Luis. Maranhão; 2011.

99 – UNB - Agência; Violência Contra Moradores de Rua: De tempos em tempos, a triste cena se repete. Universidade de Brasília 2 de Agosto de 2013. [acesso em: 15 de Junho de 2015]. Disponível em: [http://www.unb.br/noticias/print\\_email/imprimir.php?u=http://unb.br/noticias/unbagencia/cpmod.php?id=95289](http://www.unb.br/noticias/print_email/imprimir.php?u=http://unb.br/noticias/unbagencia/cpmod.php?id=95289).

100 - Agência Brasil; Moradores de rua no Distrito Federal recebem atendimento jurídico itinerante; Jornal C. [acesso em: 16 de junho de 2015]. Disponível em: [http://www.jcom.com.br/noticia/141378/Moradores\\_de\\_rua\\_no\\_Distrito\\_Federal\\_recebem\\_atendimento\\_juridico\\_itinerante](http://www.jcom.com.br/noticia/141378/Moradores_de_rua_no_Distrito_Federal_recebem_atendimento_juridico_itinerante).

101 – Brasil; Secretaria de Direitos Humanos Presidência da República; Combate às violações; população em situação de Rua; 2013; [acesso em: 16 de Junho de 2015].

Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/combates-as-violacoes/programas/coordenacao-geral-de-direitos-humanos-e-seguranca-publica-2013-cgdhsp-2013-populacao-em-situacao-de-rua>.

102 – Nascimento, Luciano; Movimento nacional de população de Rua considera prisão de moradores de Rua em Brasília ação higienista; Agência Brasil; 12 de Dezembro de 2012; [acesso em: 16 de Junho de 2015]. Disponível em: <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2012-12-19/movimento-nacional-de-populacao-de-rua-considera-prisao-de-moradores-de-rua-em-brasilia-acao-higienis>;

103 - Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação nacional de saúde mental. consultórios de Rua do SUS. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ : Brasília, setembro 2010, 48 p.

104 - I Chamada para seleção de projetos de consultórios de Rua e redução de danos. Brasília. DF 18 nov 2009. [acesso em: 16 de Junho de 2015]. Disponível em [tp://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/consultorios\\_de\\_rua\\_rd.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/consultorios_de_rua_rd.pdf).

105 - II Chamada para seleção de projetos de consultórios de Rua e redução de danos. Brasília. DF 18 nov 2009. [acesso em: 16 de Junho de 2015].Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/chamada\\_rua\\_consultorios.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/chamada_rua_consultorios.pdf).

106 - III Chamada para seleção de projetos de consultórios de Rua e redução de danos. Brasília, DF 18 nov 2009. [acesso em: 16 de Junho de 2015].Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=35411](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=35411).

107 - Ministério da Saúde. Saúde mental em dados – 8, ano VI, nº 8. informativo eletrônico. Brasília: janeiro de 2011. [acesso em: 16 de Junho de 2015].Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude\\_mental\\_dados\\_v8.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude_mental_dados_v8.pdf).

108 - Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de consultório na Rua. Diário Oficial da União. Brasília. DF 26 jan 2011.

109 - Portaria nº 123, de 25 de janeiro de 2012. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de consultório na Rua (eCR) por município. Diário Oficial da União. Brasília, DF 26 jan 2012.

110 – Potal Brasília; Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; DF conta com consultórios de Rua no Plano Piloto, Ceilândia e Taguatinga; [acesso em: 16 de Junho de 2015]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/noticias/item/2563-df-counta-com-consult%C3%B3rios-na-rua-no-plano-piloto-ceil%C3%A2ndia-e-taguatinga.html>; Publicado em: 4 de Fevereiro de 2013.

111 - Potal Brasília; Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; DF; saúde realiza atendimento especializado à população de Rua; [acesso em: 16 de Junho de 2015]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/noticias/item/4633-popula%C3%A7%C3%A3o-de-rua-tem-atendimento-especializado.html>; Publicado em 27 de Janeiro de 2014.

- 112 - Jorge, Jorgina Sales; Corradi-Webster, Clarissa Mendonça. Consultório de Rua: contribuições e desafios de uma prática em construção. Saúde Transform. Soc. [online]. 2012. vol.3. n.1. p. 40. ISSN 2178-7085.
- 113 - Ministério Da Saúde; Coordenação Nacional de Saúde Mental. Consultórios de Rua do SUS. material de trabalho para a ii oficina nacional de consultórios de Rua do SUS; p, 10. Ministério da Saúde;/EPJN-FIOCRUZ: Brasília. Setembro 2010.
- 114 - França-Júnior L, Calazans GJ, Saletti-Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências; p, 117. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2003.
- 115 - Garrafa, V. Verbetes: Bioética de intervención; imperialismo moral bioética y política. p, 417. In: Tealdi, J. C. (Org.). Dicionário Latino-Americano de Bioética. Bogotá: UNESCO, 2006.
- 116 - Zanella, AV. et al; org. Psicologia e práticas sociais [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. . [acesso em: 20/012/2015]. 422 p. ISBN: 978-85-99662-87-8. Available from SciELO Books
- 117 - Paiva, Vera. Sem Mágicas Soluções: A prevenção e o cuidado em hiv/ aids e o processo de emancipação psicossocial. p, 35. Interface Comunicação, Saúde, Educação; Agosto 2002.
- 118 - Buss, Paulo Machiori; Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. p. 25. Rio de Janeiro: FioCruz. 2003..
- 119 – Junior Nivaldo, Carneiro; Silveira, Cássio. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/ inclusão social. Cadernos de Saúde Pública. Nov/Dez 2003.
- 120 - Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime. (acesso em: 22 de Junho de 2015). Disponível em: [www.unodc.org.br](http://www.unodc.org.br); Nota à Imprensa; 29/08/2006;
- 121 - Silveira, Dartiu Xavier da; Moreira, Fernanda Gonçalves; Panorama atual de drogas e dependências. p, 283. Simões, Magali Pacheco. Adolescência e uso de drogas; São Paulo. Rio de Janeiro. Ribeirão Preto. Belo Horizonte: Atheneu. 2006.
- 122 - Paulilo, Maria Ângela Silveira; Jeolás, Leila Sollberger. Aids; p, 181; Drogas, riscos e significados: uma construção sociocultural. Ciência & Saúde. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. Brasil. Coletiva. vol. 10. num. 1. janeiro-março. 2005.
- 123 - Azevedo, Fernando Lopes de; Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. p, 9. Saúde da população negra no Brasil – Contribuições para a promoção da equidade – FUNASA. Brasília: Ministério da Saúde – Fundação Nacional de Saúde. 2005.

124 - Batista, Luís Eduardo; Masculinidade raça/cor e saúde; p, 72; Ciência & Saúde Coletiva. São Paulo: 2005.

125 - Minayo, Maria Cecília de Souza; Deslandes, Suely Ferreira; A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. p, 36. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Jan-Mar 1998.

126 - Carvalho, Márcia Elisa Gonçalves; Carvalhaes, Flávia Fernandes de; Cordeiro, Rosely de Paula. Cultura e subjetividade em tempos de aids. p. 66. Londrina: 2005.

127 – Oliveira, Mírian Gracie; Plena Nunes de; Consultório de Rua: relato de uma experiência; Dissertação de Mestrado. Ciências Sociais em Saúde. Universidade Federal da Bahia. Salvador. 2009.

128 - Fernandes, Robson; 3 em Cada 4 Moradores de Rua usam álcool ou drogas; iG São Paulo. 31/05/2010. [acesso em: 22 de Junho de 2015].Disponível em: <http://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/sp/3-em-cada-4-moradores-de-rua-usam-alcool-ou-drogas/n1237648458532.html>.

129 - Galduróz JCF; Noto AR; Nappo AS; Carlini EA. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: Pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001. Rev Latino-am Enfermagem 2005 setembro-outubro; 13(número especial):888-95.

130 - Noto AR; Moura YG; Nappo AS; Galduróz JCF; Carlini EA; Internações por transtornos mentais e de comportamento decorrentes de substâncias psicoativas: um estudo epidemiológico nacional do período de 1988 a 1999. J Bras Psiquiatr 2002.

131 - OBID - Drogas Psicotrópicas; Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas; 2007. [acesso em: 22 de Junho de 2015].Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>;

132- Noto, Ana Regina; Galduróz José Carlos F. Solange A. Nappo; Carlini E. A; Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de Rua nas 27 capitais brasileiras; 2003.

133 - Ministério da Saúde; Violência contra a criança e o adolescente: proposta preliminar de prevenção e assistência à violência doméstica. Brasília; 1997.

134 - Laranjeira, Ronaldo; Ribeiro, Marcelo; O tratamento do usuário de crack. 2010.

135 - Martonelli, Adriana, M N; Sistema transgressão doentia, Editora Segmento; 2011.

136 - CNJ; Conselho nacional de justiça aponta que 75% dos jovens infratores consomem drogas; 2012. [acesso em: 22 de Junho de 2015]. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/programas-de-a-a-z/eficiencia-modernizacao-e-transparencia/pj-justica-em-numeros>.

137 - Bucher, R; Drogas e sexualidade nos tempos da aids. Brasília: UnB. 1996.

- 138 - Silveira, Maria Angela; Jeolás, Paulilo; Leila Solberger; Jovens, drogas, risco e vulnerabilidade: aproximações teóricas; [acesso em: 22 de Junho de 2015]. Disponível em: [http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c\\_v3n1\\_jovens.htm](http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v3n1_jovens.htm).
- 139 - Zaluar, A. (Org.). Violência e educação; São Paulo: Cortez, 1992. A guerra privatizada da juventude. Folha de São Paulo. Caderno Mais. 18 maio 1997.
- 140 - Vargas Tatiane; Crack: jovens vulneráveis são a maioria dos usuários; Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Publicada em 12/04/2013. [acesso em: 22 de Junho de 2015]. Disponível em; <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/32392>.
- 141 - CEBRID; Associação de fatores sociais ao uso de drogas psicotrópicas por estudantes. Revista de Saúde Pública, dez. 2004, São Paulo, vol.38 (Supl 2): pág. 277-83.
- 142 - Vignoll, J.R; Vulnerabilidad y grupos vulnerables: un marco de referencia conceptual mirando a los jóvenes. Santiago de Chile: CEPAL, 2001. (Serie Población y Desarrollo, n.17).
- 143 - Godoi, Alcinda Maria Machado; Garrafa, Volnei. Leitura bioética do princípio de não discriminação e não estigmatização. Saúde Soc. São Paulo. v.23. n.1. p.157-166. 2014.
- 144 - Nicz, Alvacir Alfredo; O princípio da igualdade e sua significação no Estado democrático de direito. In: Âmbito Jurídico. Rio Grande. XIII, n. 82, novembro de 2010. [acesso em: 22 de Junho de 2015]. Disponível em: <[http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=8420&revista\\_caderno=9](http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8420&revista_caderno=9)>.
- 145 - Brasil; Ministério Da Justiça; Portal Atlas- Prevenção. [acesso em: 22 de Junho de 2015]. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/prevencao-e-tratamento/prevencao/prevencao>.
- 146 - Barreto, V. "Problemas e perspectivas da bioética". In: A bioética no Brasil. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo Ltda. p.53-76. 1999.
- 147 - Lévinas, E. Éthique et infini. Paris. Fayard. 1982.
- 148 – Segato, Rita Laura; M922 Mulher Negra = Sujeito de Direitos: e as Convenções para a Eliminação da Discriminação. p, 104. Brasília: AGENDE, 2006.
- 149 - Sá Luíza Vieira; Oliveira Reinaldo Ayer de. Autonomia: uma abordagem interdisciplinar. Saúde, Ética & Justiça. p, 5. 2007.
- 150 – Zati, Vicente; Autonomia e educação em Immanuel Kant e Paulo Freire; Publicação Eletrônica. ISBN 978-85-7430-656-8. Porto Alegre: EDIPUCRS. 2007.
- 151 – Reichert CB, Wagner A. Considerações sobre a autonomia na contemporaneidade. Estudos e Pesquisas em Psicologia. 2007;7(3):405-418.

152 – Pereira LC, Jesus IS, Barbuda AS, Sena ELS, Yarid SD. Legalização de drogas sob a ótica da bioética da proteção. *Revista Bioética*. 2013;21(2):365-374.

153 - Testa MG, Fronza P, Petrini M, Prates JC. Análise da contribuição do programa bolsa família para o enfrentamento da pobreza e a autonomia dos sujeitos beneficiários. *Rev. Adm. Pública* [online]. 2013;47(6):1519-1541.

154 – Silva ACR, Oliveira AG, Oliveira JAO, Coelho MEB, Garcia TLA. População em situação de rua: desafios, avanços legais e possibilidades. Encontro de Iniciação Científica. Presidente Prudente: Faculdades Integradas "Antonio Eufrásio de Toledo", 2013.

155 – Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social – SNAS Departamento de Proteção Social Especial. Orientações sobre o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua e Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua. 2011 [acesso em 29 nov 2015]. Disponível em: <http://cimos.blog.br/wp-content/uploads/2014/03/perguntas-e-respostas-centro-pop-rua.pdf>.

156 - Coelho I, Oliveira MHB. Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. *Saúde Debate*. 2014;38(101):359-367.

157 – Casal M. 90% dos Moradores de Rua do DF exercem atividades de renda informal. In: R7, 1º jun 2015 [acesso em 29 nov 2015]. Disponível em: <http://noticias.r7.com/distrito-federal/90-dos-moradores-de-rua-do-df-exercem-atividades-de-renda-informal-01062015>.

158 - Oliveira L. Os excluídos existem? Notas sobre a elaboração de um novo conceito. *RBCS*. 1997;49-61 [acesso em 29 nov 2015]. Disponível em: <https://www.ufpe.br/moinhojuridico/images/documentos/texto21.pdf>

159 - Engel A. Moradores em situação de rua – Uma leitura segundo a psicologia corporal [Trabalho de Conclusão de Curso]. Curitiba: Centro Reichiano de Curitiba – Paraná; 2010. p.35.

160 – Dias HZJ, Gauer CGJ, Rubin R, Dias AV. Psicologia e bioética: diálogos. *Psic. Clin.* 2007;19(1):125-135.

161 - Lock JÁ, Gauer GJC, Kipper DJ. Bioética, Psiquiatria e estudante de medicina. In: Cataldo Neto A, Gauer GJC, Furtado NR, organizadores. *Psiquiatria para estudantes de medicina*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2003. p.91-97

162 - Alvarez MAS, Alvarenga AT, Fiedler-Ferrara N. O encontro transformador em moradores de Rua na cidade de São Paulo. *Psicologia & Sociedade*. 2004;16(3):47-56.

163 - Brito MMM. A abordagem e a clínica no atendimento aos moradores de Rua portadores de sofrimento psíquico. *Psicol. Cienc. Prof.* [online]. 2006;26(2):320-327.

- 164 - Ronzani TM, Noto AR, Silveira OS. Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores. Juiz de Fora: Editora UFJF; 2014. 24 p. p.11.
- 165 - Sande DS, Couto TA, Sena ELS, Boery RNSO, Yarid S. Privacidade e confidencialidade em saúde na vigilância epidemiológica: relato de experiência sob o olhar bioético. *Cienc. Cuid. Saude*. 2014;13(4):788-793.
- 166 – Siqueira-Batista R. Bioética e o conteúdo mínimo do programa de residência médica na área de medicina de família e comunidade; SIMAS, Keitth Bullia da Fonseca. ppgbios UFRJ (Rio De Janeiro/RJ). *Bioética e Saúde Coletiva*. p 369. 2013.
- 167 – Fulgêncio CA. A bioética de intervenção e a justiça social [Dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2013.
- 168 – Santana C. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de Rua. *Cad. Saúde Pública*. 2014;30(8):1798-1800.
- 169 - Rüsç N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*. 2005;20(8):529-539. 2005.
- 170 - Varanda W, Adorno RCF. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de Rua e o desafio para políticas de saúde. *Saúde e Sociedade*. 2004;13(1):56-69.
- 171 - Vallim DC. Os passos dos indesejáveis: um estudo do contexto sociocultural do uso e usuários de crack nas cidades do Rio de Janeiro e Nova Iorque [Tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2015. p.74.
- 172 – Boff L. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. *Inclusão Social*. 2005;1(1):28-35.
- 173 – Pereira LC, Jesus IS, Barbuda AS, Sena ELS, Yarid SD. Legalização de drogas sob a ótica da bioética da proteção. *Rev. Bioét*. 2013;21(2):365-74.
- 174 – Curso de Prevenção dos Problemas Relacionados ao uso de Drogas: Capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 6.ed [acesso em 29 jan 2016]. Disponível em: <http://conselheiros6.nute.ufsc.br/ebook/modulo-2.html>.
- 175 – Feitosa SF, Nascimento WF. A bioética de intervenção no contexto do pensamento latino-americano contemporâneo. *Rev. Bioét*. 2015;23(2):277-284.
- 176 - Garrafa V. Inclusão social no contexto político da bioética. *Revista Brasileira de Bioética*. 2005;1(2):122-132.

**ANEXO A**  
**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB**



**ANEXO B**  
**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA FEPECS/SES-DF**



**ANEXO C**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**



Universidade de Brasília

Faculdade de Ciências da Saúde

Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Bioética

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE**

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado **“Internação Compulsória e o Respeito à Autonomia da População em Situação de Rua Usuária de Álcool e Outras Drogas Sob o Olhar da Equipe do Consultório na Rua do Plano Piloto DF”**, sob a responsabilidade do pesquisador André Rocha Lemos. O projeto é uma pesquisa de Mestrado na área de Bioética na Universidade de Brasília, sob orientação do Prof. Dr. Wanderson Flor do Nascimento do Instituto de Filosofia e da Cátedra Unesco de Bioética da UnB

O objetivo desta pesquisa é conhecer a opinião dos profissionais da equipe do Consultório na Rua do Plano Piloto em relação à autonomia da População em Situação de Rua usuária de álcool e outras drogas. O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá em nenhum momento, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

Será feita uma pesquisa de campo qualitativa utilizando entrevista gravada com os profissionais que compõem a equipe do Consultório na Rua do Plano Piloto e de clínicas especializadas em internação compulsória. O processo de trabalho científico em pesquisa qualitativa divide-se em três etapas: (1) fase exploratória; (2) trabalho de campo; (3) análise e tratamento do material empírico e documental.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são: tristeza, emoção, desconforto, mal estar, decorrente das lembranças da situação vivida. Caso sinta algum desconforto ou se sinta muito triste deverá parar de responder as perguntas e comunicar seu estado ao pesquisador que providenciará atendimento de saúde levando-o (a) e acompanhando – o (a) até o profissional que poderá lhe ajudar, preferencialmente em serviço da rede pública mais próxima. Se o (a) senhor (a) aceitar participar, poderá contribuir para ajudar a vários profissionais a entenderem melhor as necessidades dessa realidade de moradores de rua, fazendo com que novas idéias de políticas públicas em saúde dessa população possam ser discutidas.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder a qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para o(a) Senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

O(a) Senhor(a) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de no mínimo cinco anos, após isso serão destruídos ou mantidos na instituição.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947, e-mail [cepfs@unb.br](mailto:cepfs@unb.br) ou [cepfsunb@gmail.com](mailto:cepfsunb@gmail.com), ou também no Campus Universitário Darci Ribeiro – Faculdade de Ciências da Saúde com horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor contate o pesquisador André Rocha Lemos no telefone 61-82243668 podendo ligar a cobrar, no horário das 8:00 horas às 19:00 de segunda a segunda.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

---

Nome / assinatura

---

Pesquisador Responsável

André Rocha Lemos

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**ANEXO D**  
**ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS**

**Participante nº 1**

**1** - A questão do tema de internação compulsória principalmente da população que vive em situação de Rua vem sendo muito discutida nas mídias escrita e falada de todo o País, em razão das recentes iniciativas dos Estados de São Paulo e do Rio de Janeiro em relação àqueles que não buscam ajuda para sair do vício. De que maneira a equipe do consultório na Rua avalia esse tipo de internação?

**R:** Vejo a internação compulsória como uma de muitas vertentes de ação que, para ser utilizada, deve observar inúmeros e complexos fatores que determinam o estado de saúde do usuário de drogas. Cada caso deve ser avaliado de forma personalíssima, considerando entre outras variáveis, as condições econômicas, educacional, suporte familiar e social, rede de apoio, riscos de saúde e de vida e suas sequelas potenciais e consequências a terceiros e o Projeto terapêutico que será posto em prática na instituição receptora.

No quesito do status econômico e do suporte familiar, em especial à população que mora na rua, a internação compulsória se mostra extremamente desfavorável.

**2** - Há pouco tempo, o isolamento do doente mental em manicômios era a regra, afastando o problema dos olhos da sociedade. Com a luta antimanicomial e com o processo de humanização do sistema de saúde, a internação compulsória de dependentes químicos que vivem em situação de Rua passou a ser necessária?

**R:** Absolutamente, não. A reintegração social, mesmo na rua, beneficia a toda a sociedade, que deveria enxergar com novas perspectivas os determinantes sociais e a complexidade de fatores que levou o sujeito a viver na rua e aprender a conviver e interagir com seus “vizinhos” pobres. O vício não é razão, mas consequência desses determinantes; uma doença, não uma escolha. Da mesma forma, estar na rua não é doença, é uma condição social, que pode ser abordada por qualquer pessoa.

**3** - O tema do uso de substâncias psicoativas da população em situação de Rua deve ser discutido na perspectiva biopsicossocial; porém, o tráfico, o fácil acesso às drogas, o desemprego e a violência pedem intervenções mais amplas e em diversas áreas. Como o consultório na Rua enxerga esse problema? E como a internação compulsória trabalharia nessa questão?

**R:** O Consultório na Rua singulariza cada caso, sendo que não há nenhum igual ao outro, requerendo diferentes intervenções e solucionar diferentes necessidades dos moradores de rua, vendo a pessoa de forma integral, gente inteira e não como partes do corpo a ser tratada. Dessa feita, não podemos nos furtar a explorar os diversos determinantes de saúde biopsicossociais e econômicos que afligem e absorvem os todos os recursos do sujeito para enfrentar os mais simples problemas, requerendo muitas vezes um suporte externo. Nisso, a internação compulsória, isoladamente, não consegue atuar.

**4 -** A dependência química é um dos fenômenos de mais difícil resolução da humanidade. Se de um lado da moeda existe a droga, do outro estão à melhoria do sistema de ensino, o fortalecimento do papel familiar, a diminuição da pobreza, a inserção do dependente em atividades esportivas, lazer, trabalho, habitação, justiça e outros fatores, é possível a internação compulsória resolver esse problema?

**R:** Não vejo relação entre internação compulsória e políticas públicas para tratar desses determinantes.

**5 –** No caso da internação compulsória não é necessária a autorização familiar. O artigo 9º da lei 10.216/01 estabelece a possibilidade da internação compulsória, sendo esta sempre determinada pelo juiz competente, depois de pedido formal, feito por um médico, atestando que a pessoa não tem domínio sobre a sua condição psicológica e física. Como é possível avaliar a capacidade de decisão de uma pessoa que vive em situação de Rua sem ao menos conhecer sua história de vida?

**R:** Pela característica da longitudinalidade do atendimento, o consultório na rua pode e deve ser um dos atores responsáveis pela avaliação do morador de rua no contexto da internação compulsória, de modo a conferir elementos que baseiem a decisão do juiz.

**6 -** O sistema de conselhos de psicologia acredita que a medida de internação compulsória de usuários de drogas fere os direitos humanos e tenta destruir o movimento da reforma psiquiátrica. Defende que não basta reconhecer a insuficiência da rede de saúde na administração das necessidades dos que dependem de drogas, mas estabelecer o compromisso de ampliá-la com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Os especialistas acreditam que a

opção pela internação em instituição terapêutica deve ser considerada e respeitada, mas desde que seja avaliada caso a caso – e jamais adotada como uma política pública. A equipe do consultório apóia essa idéia? E por quê?

**R:** Acredito que não haja unanimidade dentro da equipe sobre este tema, pois a experiência de cada profissional influencia diretamente na forma de ver a internação compulsória. Mas, repito, deve ser avaliado caso a caso, de forma que a internação compulsória deva ser evitada e, quando for isso impossível, que seja o último recurso considerado e nunca utilizado de forma isolada de um projeto terapêutico personalizado (singular), distante, portanto, da lógica manicomial.

**7 -** O movimento da reforma psiquiátrica é uma luta pelos direitos de pacientes psiquiátricos que denuncia a violência praticada nos manicômios e que propõe a construção de uma rede de serviços e estratégias comunitárias para o tratamento dessas pessoas. O movimento ganhou força na década de 70 no Brasil com a mobilização de profissionais da saúde mental e familiares de pacientes insatisfeitos com os métodos praticados na época. A nova política de saúde mental visa o tratamento em rede substitutiva, ou seja, em locais que o paciente possa frequentar, sem a necessidade de passar longos períodos internado, longe da convivência familiar e comunitária. Como a equipe do consultório na Rua avalia essa nova política de saúde mental?

**R:** Com bons olhos, tendo em vista que ao vício não se há alternativas, o usuário acaba muitas vezes se encontrando numa condição de dependência de ações e recursos externos que viabilizem o enfrentamento do sofrimento psíquico que estejam comprometidos com a reinserção social e a busca da autonomia do sujeito de forma sustentável, contínua e responsável.

## **Participante nº 2**

**1 -** A questão do tema de internação compulsória principalmente da população que vive em situação de Rua vem sendo muito discutida nas mídias escrita e falada de todo o País, em razão das recentes iniciativas dos Estados de São Paulo e do Rio de Janeiro em relação àqueles que não buscam ajuda para sair do vício. De que maneira a equipe do consultório na Rua avalia esse tipo de internação?

**R:** Nos casos dos pacientes que não buscam ajuda pra sair do vício, não é a primeira opção da equipe a internação compulsória, né... a gente trabalha com a sensibilização, com a equipe multidisciplinar que a gente tem, com o trabalho em rede de outras instituições, “pra” depois fazer um processo disso. Saber se é o momento de sair da droga ou não e se ele quer essa ajuda ou não. Então assim, a internação compulsória não é a primeira opção nossa não! Mas... Se for o caso de cada caso a gente avalia se encaminha para uma internação compulsória sim ou não, mas não é o que a gente tem feito aqui não!

**2** - Há pouco tempo, o isolamento do doente mental em manicômios era a regra, afastando o problema dos olhos da sociedade. Com a luta antimanicomial e com o processo de humanização do sistema de saúde, a internação compulsória de dependentes químicos que vivem em situação de Rua passou a ser necessária?

**R:** Ok, bom... voltar com o paciente internado como era feito antigamente, não é a proposta de hoje, né? Mas existem alguns casos que precisam né? Quando a pessoa já está em um nível de degradação tão alto, por exemplo: Uma criança, a gente tem casos aqui de crianças que os pais não tomam responsabilidades sobre aquilo, então existe um uso intenso (drogas) que chega à um ponto de realmente está morrendo né? Ai a gente pode até discutir esse caso da internação, mas não é a primeira opção nossa, simplesmente temos que respeitar a sensibilidade, ver as possibilidades da vontade própria, voluntário, perguntamos assim: Você quer ir para um abrigo? Você quer ser internado? né? A gente trabalha isso de uma forma voluntária mesmo.

**Entrevistador:** Então precisa criar um vínculo com essa pessoa?

**R:** Exatamente, esse é o nosso principal foco, criar vínculo, identificar qual a necessidade dessa pessoa, e construir junto com ela caminhos do que ela quer naquele momento.

**3** - O tema do uso de substâncias psicoativas da população em situação de Rua deve ser discutido na perspectiva biopsicossocial; porém, o tráfico, o fácil acesso às drogas, o desemprego e a violência pedem intervenções mais amplas e em diversas áreas. Como o consultório na Rua enxerga esse problema? E como a internação compulsória trabalharia nessa questão?

**R:** Bom, realmente, assim, o problema não é só a droga, né? O indivíduo não é só droga, o problema é diferenças sociais, emprego, questões familiares, de vínculo e de abandono, então assim, não é só trabalhar na droga em si, a gente tem que observar o paciente por inteiro, de forma integral. Então, se ele está precisando de um emprego, ele quer realmente? Ele precisa de uma capacitação, encaminhar para os serviços que fazem isso, né? Ou ele precisa de ser trabalhado na questão de vínculo familiar, deve-se tentar fazer uma abordagem familiar com ele, ou se ele precisa de um documento, ou quer voltar para a escola, ou ele precisa de um tratamento com álcool e drogas mesmo como é o caso, é assim mesmo que a gente vai fazer. A internação compulsória eu enxergo que é uma forma emergencial e se for o caso, é um momento emergencial onde ele vai ficar internado, e depois a gente começa a trabalhar outras questões, seria mais isso, mas “ela” (internação compulsória) não consegue trabalhar tudo, vai trabalhar somente “ali, naquele momento”, momento da droga, onde a pessoa está desesperada. Seria esse o ponto de optar pela internação compulsória.

**Entrevistador:** Mas você acredita que a internação compulsória funcionaria sem ter um acompanhamento com ele, sua base, bem como a família?

**R:** Não! Não adianta, teria que, ter tudo né? Não adianta só a internação compulsória, ele precisa de mais. Olham o indivíduo só como a droga, não é só a droga. O que levou ele para a droga? Ele está desgostoso com a vida? Ele está desacreditado porque perdeu o emprego, ou por uma separação, alguma coisa né? Ou talvez ele esteja simplesmente ali no: “Eu quero usar!”

Então, tem que entender o que é que está causando, o que o deixa ainda mais desmotivado, então, somente a internação compulsória não adiantaria, tem que olhar para ele por inteiro.

**4** - A dependência química é um dos fenômenos de mais difícil resolução da humanidade. Se de um lado da moeda existe a droga, do outro estão à melhoria do sistema de ensino, o fortalecimento do papel familiar, a diminuição da pobreza, a inserção do dependente em atividades esportivas, lazer, trabalho, habitação, justiça e outros fatores, é possível a internação compulsória resolver esse problema?

**R:** A internação compulsória por si só não vai... Só se dentro do órgão que está promovendo essa internação compulsória pensar nessas questões, e não é só no momento da internação, seria também na saída dali; será como ele vai estar? Ele vai conviver em sociedade? Se sentir bem? Autônomo? Seguro para procurar um emprego ou para conviver com a família novamente? Conviver com os amigos e ter um local de lazer dele, né? Então é possível só a internação compulsória resolver esse problema? Tem uma coisa né... Emergencialmente ali pode até a pessoa parar de usar drogas no momento, onde ele começa a refletir sobre o que ele quer, começar a entender, pois, as vezes ele está tão “afundado” no uso que não consegue, ele fica naquele ciclo de uso e reuso sem conseguir parar, sem esperança mesmo, sem “luz no túnel”.

**Entrevistador:** Então essa internação compulsória pode ser olhada como um paliativo?

**R:** Depende do caso né? Deve-se avaliar, não pode ser a primeira opção, a gente pode pular esse passo da internação compulsória e já trabalhar no caso de família, emprego, estimular a autonomia dele, a autoconfiança dele, e fazer um tratamento para dependência química sem entrar nessa de internação compulsória, com psicoterapia, se for o caso uso de medicação.

**Entrevistador:** Hoje o consultório na Rua consegue alcançar esse tipo de tratamento integral ou não?

**R:** Olha, emprego a gente encaminha para a SEDEST, secretaria de trabalho em alguns casos, já que eles que regulam e sabem onde tem vagas. No caso de vinculação com a família, a gente pergunta se pode fazer a articulação com a família, se isso for importante né? Já que em muitos casos o que levou essa pessoa para as ruas ou a o uso de drogas foi à própria família, por ter uma relação tão conturbada. Então não tem como a gente generalizar não! Será que aquela família vai ser um fator de proteção? Talvez seja um fator de piora para ele, podendo voltar ao uso convivendo com aquela família novamente, mas aqui a gente faz, tanto a vinculação com a família, encaminhar para outras redes de trabalho, de educação a gente indica o caminho, mas depende de cada caso.

**5** – No caso da internação compulsória não é necessária a autorização familiar. O artigo 9º da lei 10.216/01 estabelece a possibilidade da internação compulsória, sendo esta sempre determinada pelo juiz competente, depois de pedido formal, feito por um médico, atestando que a pessoa não tem domínio sobre a sua condição psicológica e física. Como é possível avaliar a capacidade de decisão de uma pessoa que vive em situação de Rua sem ao menos conhecer sua história de vida?

**R:** Olha, com a minha atuação profissional no consultório, é impossível determinar que uma pessoa não tenha capacidade física, ou psicológica de tomar decisões da própria vida. Se não conhecer a história de vida dela, se não ter o mínimo de uma conversa ou uma entrevista não tem como! E tem que ter bastante critério né? Será que a gente vai por esse caminho? Tentar esse antes da internação involuntária? Antes da decisão do médico? Assim, vejo que é impossível.

**6** - O sistema de conselhos de psicologia acredita que a medida de internação compulsória de usuários de drogas fere os direitos humanos e tenta destruir o movimento da reforma psiquiátrica. Defende que não basta reconhecer a insuficiência da rede de saúde na administração das necessidades dos que dependem de drogas, mas estabelecer o compromisso de ampliá-la com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Os especialistas acreditam que a opção pela internação em instituição terapêutica deve ser considerada e respeitada, mas desde que seja avaliada caso a caso – e jamais adotada como uma política pública. A equipe do consultório apóia essa idéia? E por quê?

**R:** A equipe do consultório apóia, a gente avalia cada caso, e, realmente se a gente começar instituir internação compulsória e involuntária para todo mundo que é pessoa em situação de rua ou usa algum tipo de droga, a gente está voltando a época do manicômio, vai todo mundo voltar por quê? Por que isso incomoda os olhos da sociedade, olhar para pessoas nessas condições incomoda, pois, estão em baixo da minha marquise, da minha casa, ou eu estou passando “ali” com meu carro e vejo aquela cena, então a gente está voltando e não tendo evolução nesse processo, por isso, que tem que ser muito criterioso em relação a escolha do tipo de internação.

**Entrevistador:** Mesmo compulsória ou involuntária?

**R:** Tanto a compulsória ou involuntária, não pode ser de qualquer jeito, para que a gente não tenha esse movimento higienista, e sim de promoção de autonomia, de uma melhora eficaz mesmo, para que a pessoa realmente saia da droga e tenha uma vida como ela almeja ter. Não o que eu espero né? Pois, as minhas vontades são diferentes das vontades deles, o que eu quero pra mim talvez seja diferente do que ele quer para ele, as minhas prioridades talvez sejam diferentes das prioridades deles, então tem que ser avaliado cada caso.

**7 -** O movimento da reforma psiquiátrica é uma luta pelos direitos de pacientes psiquiátricos que denuncia a violência praticada nos manicômios e que propõe a construção de uma rede de serviços e estratégias comunitárias para o tratamento dessas pessoas. O movimento ganhou força na década de 70 no Brasil com a mobilização de profissionais da saúde mental e familiares de pacientes insatisfeitos com os métodos praticados na época. A nova política de saúde mental visa o tratamento em rede substitutiva, ou seja, em locais que o paciente possa frequentar, sem a necessidade de passar longos períodos internado, longe da convivência familiar e comunitária. Como a equipe do consultório na Rua avalia essa nova política de saúde mental?

**R:** Essa criação de locais longe, realmente não favorece a promoção de saúde... Pode até tratar a dependência, mas e a questão da reinserção social o convívio com as pessoas será que vai ter? Então, a gente trabalha junto nisso, comunidades que olhem o paciente de forma integral, ver todas as suas necessidades e se ele mesmo quer esse tratamento, não impor religião, por exemplo, e aos poucos ir construindo isso com ele, segundo suas necessidades. Então, a necessidade de passar longos períodos em tratamento, cada caso é um caso, algumas pessoas precisam de mais tempo e outras de um mínimo tempo. Depende, a gente precisa avaliar isso constantemente. E essa avaliação deve ser discutida também.

**Entrevistador:** Aqui no consultório na rua já teve casos de pessoas em situação de rua que passaram pouco tempo em contato com vocês, e se teve notícias que essas pessoas voltaram para as famílias?

**R:** Sim! Tivemos varias notícias de sucesso, pessoas que disseram estarem bem, trabalhando, ou até mesmo fazendo a continuidade do tratamento em outra regional, e a gente acompanhando. Mas também, temos outros casos, pessoas que ficaram

um tempo em comunidades terapêuticas, estavam se sentindo bem, vieram com a família, a gente começou a psicoterapia aqui, e aí tiveram recaída, então começamos o processo de: Vamos retomar!

### **Participante nº 3**

**1** - A questão do tema de internação compulsória principalmente da população que vive em situação de Rua vem sendo muito discutida nas mídias escrita e falada de todo o País, em razão das recentes iniciativas dos Estados de São Paulo e do Rio de Janeiro em relação àqueles que não buscam ajuda para sair do vício. De que maneira a equipe do consultório na Rua avalia esse tipo de internação?

**R:** É, a questão da internação compulsória, é... “pra mim” que sou, enfim que acho interessante e necessária a discussão que traz a reforma psiquiátrica, ela deve ser um recurso pra casos que já estão previstos em lei que não me lembro o número agora, mas é a lei que trata da reforma psiquiátrica, e eu acho que deve ser um recurso, mas não deve ser tratado enquanto estratégia prioritária ou estratégia de política pública no atendimento. Eu acho que tem que ser uma forma de atender casos que a vida é colocada em risco ou a vida de terceiros, porém sob uma perspectiva de autonomia e sob um paradigma de risco à vida que não seja repressor e opressor pautado em uma forma de pensar que nem sempre é a forma de pensar do outro, então é... Eu acho muito difícil definir até quando uma pessoa “tá” colocando sua vida em risco; até porque a gente coloca nossa vida de certa forma em risco todos os dias, com formas de consumo, de substâncias que fazem mal, ou de atividades que são de auto risco e tudo mais, então eu acho que tudo isso deve ser considerado, e a internação compulsória deve vir como a última alternativa.

**2** - Há pouco tempo, o isolamento do doente mental em manicômios era a regra, afastando o problema dos olhos da sociedade. Com a luta antimanicomial e com o processo de humanização do sistema de saúde, a internação compulsória de dependentes químicos que vivem em situação de Rua passou a ser necessária?

**R:** Bom eu acho que é justamente o contrário, eu acho que o processo de humanização do sistema de saúde, e a luta antimanicomial, ela... pelo contrário não faz necessária, e sim desnecessária, acho que essa luta e esse processo trazem

elementos que antes não eram priorizados e que hoje são, que são elementos de realmente humanizar a pessoa, de olhar “pra” pessoa e não “pro” transtorno, olhar pela perspectiva da autonomia, e abre espaços para processos de trabalho e tipos de tratamento e acompanhamento que fogem do isolamento, do afastamento do problema dos olhos da sociedade, ao contrário, entende que a melhor forma de tratar esse problema, e seguir adiante com o processo de recuperação que é um processo que dizem que é para a vida toda, que você tem que continuar, enfim, se tratando isso em caso de abstinência né... Que nem sempre é o caminho a ser buscado, mas eu acho que abre espaço pra outras formas, inúmeras formas de atenção a essa questão que não eram vistas antes da reforma e antes do processo de humanização, então eu acho que não passou a ser necessária pelo contrário.

**3** - O tema do uso de substâncias psicoativas da população em situação de Rua deve ser discutido na perspectiva biopsicossocial; porém, o tráfico, o fácil acesso às drogas, o desemprego e a violência pedem intervenções mais amplas e em diversas áreas. Como o consultório na Rua enxerga esse problema? E como a internação compulsória trabalharia nessa questão?

**R:** Eu vejo que em relação ao uso de drogas e a dependência química a gente está vivendo uma mudança de paradigma, que anteriormente a gente tinha uma visão das pessoas com problema com transtorno mental de que era um problema puramente físico né? Ou no caso de drogas relacionadas à personalidade da pessoa ou a más escolhas simplesmente e uma individualização do processo e uma “culpabilização” única e exclusiva do indivíduo, depois a gente passou para uma perspectiva de problema de saúde, e eu acho que essa perspectiva ampliou muito, pois, traz a questão da doença e de algo que a pessoa precisa de tratamento e precisa de apoio, enfim, no caso brasileiro apoio do Estado que possui o sistema único de saúde, então essa foi uma perspectiva que trouxe muita coisa importante. Só que, eu acho que a gente tá caminhando pra uma mais abrangente que é a percepção desse problema de dependência química como um problema social, isso quer dizer que...Pra mim, eu vejo o problema de drogas muito mais como um sintoma do que como um problema de saúde em si, do que como uma doença geradora de outros problemas, enfim, eu vejo mais outros problemas sociais, biopsicossociais que influenciam no uso de drogas. Quando o assunto toma essa complexidade de ter esse tamanho de ser uma questão social, de estar envolvido

com tudo que a pessoa já viveu, e com todas as possibilidades e potencialidades que a pessoa tem de viver, isso abre um espaço “pra” outra forma de você tratar também. Quando você muda a forma de olhar, você muda a forma de tratar, é... Então , eu acho que hoje a gente já consegue associar um pouco mais a presença do tráfico, o acesso, o desemprego, a violência e tudo mais como algo que influencia diretamente, e outros fatores também, fatores de proteção como o trabalho, a convivência comunitária, a convivência familiar e tudo mais como fatores de proteção para o afastamento das situações que causam sofrimento né! Porque nem toda situação de uso de drogas é abuso e nem toda situação “ta” necessariamente associada ao sofrimento, assim eu penso pela experiência que a gente tem aqui no consultório na Rua. Eu acho que o lugar de trabalhar essa questão social que está envolvida, que é a dependência química não é a internação compulsória, eu acho que a internação compulsória pode ocorrer principalmente em casos onde tem uma crise proeminente, algo que coloca em eminente risco, e acho que somente nesses casos, eu não vejo a internação compulsória como um lugar de trabalhar essas questões, é claro que hoje com um modelo que a gente tem, é interessante que isso seja abordado durante o período, a gente tem internações longas “né”, de vários meses, e é interessante que um processo de autonomia seja estimulado e buscado pela instituição e pela pessoa que está internada na instituição, mas a princípio eu acho que o espaço para a ressocialização é a sociedade, eu acho que as duas coisas são uma certa medida contraditória.

**4** - A dependência química é um dos fenômenos de mais difícil resolução da humanidade. Se de um lado da moeda existe a droga, do outro estão à melhoria do sistema de ensino, o fortalecimento do papel familiar, a diminuição da pobreza, a inserção do dependente em atividades esportivas, lazer, trabalho, habitação, justiça e outros fatores, é possível a internação compulsória resolver esse problema?

**R:** É... a pergunta começa falando que é um dos fenômenos de mais difícil resolução da humanidade, mas eu não acho que dependência química é uma coisa a ser resolvida, eu acho que dependência química é uma coisa que a humanidade vai conviver a partir do momento que a humanidade entender que ela sempre fez uso de substâncias que alteram a consciência, e claro que o uso problemático é uma coisa que provavelmente sempre vai incomodar, mas eu não acho que a busca dos serviços devem resolver o problema da dependência química, eu acho que se o

serviço buscar diminuir o sofrimento das pessoas e conseguir estimular a potencialidade e ofertar oportunidades, eu acho que isso já é suficiente para que as pessoas tenham mais escolhas se assim decidirem. Eu não entendo que a internação compulsória resolva esse problema, e muito menos a complexidade que está envolvida nele assim, eu acho que ela tem um lugar, eu costumo dizer assim: que existem várias estratégias que apesar de a gente não concordar com a forma que elas funcionam, para algumas pessoas funcionam, porque as pessoas pensam de forma diferente, tem vivência diferente, então, o que eu imagino que “pra” mim de repente, ou pelo que eu estudei não seria uma coisa que me faria bem, outra pessoa vai conseguir elaborar de uma forma melhor e vai viver bem com isso. Enquanto Estado, eu acredito que as alternativas têm que respeitar, enfim, autonomia, direitos humanos, justiça e tudo mais, mas eu não acredito que a internação compulsória seja capaz de resolver esses problemas, pois, são problemas complexos, sociais, problemas que não envolvem só o dependente químico, eu acho que envolvem a família, a comunidade e a sociedade como um todo, porque a gente não busca tantas drogas hoje num geral, lícitas e ilícitas à toa, a gente vive em uma sociedade individualista, em uma sociedade de desamparo, a gente se sente desamparado, a gente se sente sozinho, a gente busca fugir da dor e o prazer o tempo todo, a gente vive uma situação onde as pessoas em situação de vulnerabilidade são muito violentadas, são muito desassistidas, então, isso não é uma questão de internação compulsória. “Se fosse para internar compulsoriamente; seria a sociedade inteira que está precisando então (risos), se fosse para resolver o problema.” Eu acho que essas questões são resolvidas com a pessoa em um processo de elaboração ressignificação, responsabilização diante da sociedade, diante do que está posto, diante do que a gente tem e diante das possibilidades de mudar, de mudar a si mesmo, de mudar a sociedade, de mudar a relação com a vida com a sociedade.

**5** – No caso da internação compulsória não é necessária a autorização familiar. O artigo 9º da lei 10.216/01 estabelece a possibilidade da internação compulsória, sendo esta sempre determinada pelo juiz competente, depois de pedido formal, feito por um médico, atestando que a pessoa não tem domínio sobre a sua condição psicológica e física. Como é possível avaliar a capacidade de decisão de uma pessoa que vive em situação de Rua sem ao menos conhecer sua história de vida?

**R:** Não acredito que seja possível avaliar a capacidade de autonomia de uma pessoa, ou de risco, ainda mais sendo esse conceito “pra” mim de risco tão complexo e tão... Cheio de elementos né? Eu acho impossível avaliar sem conhecer, sem conversar, não somente a pessoa em situação de Rua como qualquer outra pessoa, para mim não existe essa possibilidade.

**6 -** O sistema de conselhos de psicologia acredita que a medida de internação compulsória de usuários de drogas fere os direitos humanos e tenta destruir o movimento da reforma psiquiátrica. Defende que não basta reconhecer a insuficiência da rede de saúde na administração das necessidades dos que dependem de drogas, mas estabelecer o compromisso de ampliá-la com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Os especialistas acreditam que a opção pela internação em instituição terapêutica deve ser considerada e respeitada, mas desde que seja avaliada caso a caso – e jamais adotada como uma política pública. A equipe do consultório apóia essa idéia? E por quê?

**R:** Eu apoio a ideia de que não deve ser adotada como política pública porque, a política pública ela massifica, ela é baseada em objetivos, em metodologias concretas, em termos de avaliações objetivas, exemplo: Se a pessoa apresenta essa e essa característica ela vai ser enquadrada aqui, e se apresentar essa e essa será enquadrada em outra, isso é, funciona como programas e projetos, então torna-se uma forma massificação a maioria das políticas públicas. E eu não acho que a internação compulsória deva ser de forma alguma massificada, ela deve aparecer como um atendimento depois que outras estratégias já foram esgotadas, eu acho que, nunca deve aparecer como primeira opção, e quando você coloca uma política pública de internação compulsória as pessoas que entram em contato com essa, já terão como primeira opção a internação compulsória, eu acho isso extremamente problemático, pois, desrespeita realmente os direitos humanos e principalmente eu acho que fecha a porta para a possibilidade da pessoa “ressignificar” aquilo que ela está vivendo com o uso de droga, é como se... Bom eu não sei se fica no mesmo nível de... Mas é só um exemplo para ver se eu consigo me fazer entender; eu acho que a busca pela abstinência que é uma máxima da internação compulsória, onde o objetivo é tirar a pessoa, e a pessoa não usar mais, a pessoa fica em abstinência, eu acho que é uma forma de enterrar o problema num lugar, e deixar ele lá e tal, e você não trabalha necessariamente aquilo que te levou a vivenciar essa experiência de

dependência química, e você acaba lutando contra a experiência em si, e eu acho que esse círculo que ocorre dentro das principais instituições de internação compulsória diminui a possibilidade de a pessoa construir recurso para lidar com aquilo, é claro que depende muito das pessoas, mas a gente sabe que o índice de sucesso, já que o objetivo é a abstinência é pouco.

**Entrevistador:** Pessoas em situação de Rua usam drogas para morrerem ou para viverem?

**R:** Depende, eu acho que algumas pessoas, tem uma intenção de autodestruição por causa do sofrimento, mas eu acho que a maioria para conseguir viver, isso fica claro em um trabalho, não sei se você conhece, a trajetória dos meninos e meninas de Rua na Rodoviária, que um dos resultados da pesquisa é que os meninos, adolescentes e crianças, no momento em que eles saiam da Rua, e eles vivenciavam outras experiências eles nem queriam mais saber de drogas, não era mais um interesse deles, pois, eles estavam interessados em outras coisas, então eles usavam mais para aguentar o frio, para aguentar a violência e para aguentar a dureza que é viver na Rua, a grande maioria sim, é claro, existem essas pessoas que tem essa questão de destruição, mas eu acho que deve estar associado a transtornos, e já perderam o desejo de viver, mas não que isso seja definitivo, felizmente sempre tem alternativa para a gente retomar o desejo de viver, então, em grande parte essas pessoas usam drogas para viverem sim.

**7 -** O movimento da reforma psiquiátrica é uma luta pelos direitos de pacientes psiquiátricos que denuncia a violência praticada nos manicômios e que propõe a construção de uma rede de serviços e estratégias comunitárias para o tratamento dessas pessoas. O movimento ganhou força na década de 70 no Brasil com a mobilização de profissionais da saúde mental e familiares de pacientes insatisfeitos com os métodos praticados na época. A nova política de saúde mental visa o tratamento em rede substitutiva, ou seja, em locais que o paciente possa frequentar, sem a necessidade de passar longos períodos internado, longe da convivência familiar e comunitária. Como a equipe do consultório na Rua avalia essa nova política de saúde mental?

**R:** Eu acho que a política com pessoas em dependência química avançou muito, hoje ela abre as portas para alternativas muito mais humanas, respeitou muito mais

os direitos das pessoas e humaniza o atendimento, mas acredito que ela ainda tem que avançar muito mais principalmente no atendimento a pessoas em situação de Rua principalmente, porque é uma outra forma de atenção, são pessoas como quaisquer outras pessoas, mas quando a gente fala de equidade do SUS, a gente tem que saber que temos que ter estratégias diferentes para públicos diferentes, a gente tem que ter uma postura de acolhimento, uma postura de respeitar a complexidade e a trajetória de vida das pessoas que estão em situação de Rua, a gente tem que principalmente já que isso é muito difícil no sistema de saúde e nos outros sistemas que acompanham as pessoas em situação de Rua, é acharem que elas não “dão conta”, partir do princípio de que elas não conseguem e desse princípio fazer todo atendimento. Eu acho que esse atendimento ele não inclui a pessoa. Para você ver: Em seu próprio atendimento a pessoa não está incluída, ele encaixa a pessoa às vezes em uma caixinha de “ar”, exemplo: Para você é tal coisa, e deixa de entender o que a pessoa está sentindo, deixa de escutar a pessoa, eu acho muito importante a gente escutar, e as vezes a gente não tem paciência para escutar, o sistema de saúde não tem paciência para compreender alguns processos e as vezes não tem nem o profissionalismo de saber que agora você tem que atender e não tem, enfim, não tem outra alternativa, porque é um cidadão de direito e ele tem direito ao SUS também. Eu entendo que a política de saúde mental está associada a todos os outros níveis de saúde, por isso eu estou falando sobre esses outros níveis, eu acho que o acesso hoje a política de saúde mental é bom é uma das políticas que tem o melhor acesso, mas ainda tem muito a melhorar, e o consultório na Rua é uma estratégia que melhora esse acesso, porque tem a proposta de ir até as pessoas, de entender como funciona aquele território, de fortalecer aquele território, fortalecer a pessoa no território, para depois passar para outras estratégias, que enfim, tem a ver com o desenvolvimento das potencialidades mesmo de cada pessoa, e do cuidado a saúde enquanto construção, para a gente entender que é possível construir um cuidado a saúde que seja melhor, que traga menos sofrimento e outra forma de viver, se assim a pessoa desejar.

#### **Participante nº 4**

O tema internação compulsória é complexo e deve ser visto de uma forma cautelosa em equipe, já que cada caso difere um do outro. Acho que se deve analisar toda história do usuário, qual o grau de nocividade que o mesmo está causando a si

próprio e a comunidade em geral. Qual, por exemplo, o nível de sanidade mental desse usuário? Grave ou agudo? Temos condições de dialogar? Acho que somente casos extremos devemos permitir a internação compulsória. Se tivermos condições de demonstrar interesse, diálogo, espontaneidade e amor ao próximo, (humanização), ainda será melhor para que esse usuário venha ser tratado.

### **Participante nº 5**

**1** - A questão do tema de internação compulsória principalmente da população que vive em situação de Rua vem sendo muito discutida nas mídias escrita e falada de todo o País, em razão das recentes iniciativas dos Estados de São Paulo e do Rio de Janeiro em relação àqueles que não buscam ajuda para sair do vício. De que maneira a equipe do consultório na Rua avalia esse tipo de internação?

**R:** Positiva, desde que, após sua alta seja subsidiada condições favoráveis à sua sobrevivência.

**2** - Há pouco tempo, o isolamento do doente mental em manicômios era a regra, afastando o problema dos olhos da sociedade. Com a luta antimanicomial e com o processo de humanização do sistema de saúde, a internação compulsória de dependentes químicos que vivem em situação de Rua passou a ser necessária?

**R:** Não!

**3** - O tema do uso de substâncias psicoativas da população em situação de Rua deve ser discutido na perspectiva biopsicossocial; porém, o tráfico, o fácil acesso às drogas, o desemprego e a violência pedem intervenções mais amplas e em diversas áreas. Como o consultório na Rua enxerga esse problema? E como a internação compulsória trabalharia nessa questão?

**R:** NÃO RESPONDEU

**4** - A dependência química é um dos fenômenos de mais difícil resolução da humanidade. Se de um lado da moeda existe a droga, do outro estão à melhoria do sistema de ensino, o fortalecimento do papel familiar, a diminuição da pobreza, a inserção do dependente em atividades esportivas, lazer, trabalho, habitação, justiça e outros fatores, é possível a internação compulsória resolver esse problema?

**R:** Não! Resolução de internação compulsória é temporária.

**5** – No caso da internação compulsória não é necessária a autorização familiar. O artigo 9º da lei 10.216/01 estabelece a possibilidade da internação compulsória, sendo esta sempre determinada pelo juiz competente, depois de pedido formal, feito por um médico, atestando que a pessoa não tem domínio sobre a sua condição psicológica e física. Como é possível avaliar a capacidade de decisão de uma pessoa que vive em situação de Rua sem ao menos conhecer sua história de vida?

**R:** Existe todo um processo de avaliação feito por especialistas: Equipe de saúde, psicólogos, antes de chegar as mãos de quem decide, no caso o juiz.

**6** - O sistema de conselhos de psicologia acredita que a medida de internação compulsória de usuários de drogas fere os direitos humanos e tenta destruir o movimento da reforma psiquiátrica. Defende que não basta reconhecer a insuficiência da rede de saúde na administração das necessidades dos que dependem de drogas, mas estabelecer o compromisso de ampliá-la com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Os especialistas acreditam que a opção pela internação em instituição terapêutica deve ser considerada e respeitada, mas desde que seja avaliada caso a caso – e jamais adotada como uma política pública. A equipe do consultório apóia essa idéia? E por quê?

**R:** Quanto a avaliação caso a caso é apoiado essa ideia, porém, ser jamais apoiada como política pública, é precoce, pois, há um aumento gradativo dos males causados a população em geral. Tentar destruir o movimento da reforma psiquiátrica é um equívoco, pois, essa lei é específica para pessoas com transtornos mentais, e não para toxicômanos, a internação é feita em unidades de clínica geral e centros de recuperação e não em psiquiatria, uma vez que faltam vagas nestas unidades para pessoas com doenças mentais.

**7** - O movimento da reforma psiquiátrica é uma luta pelos direitos de pacientes psiquiátricos que denuncia a violência praticada nos manicômios e que propõe a construção de uma rede de serviços e estratégias comunitárias para o tratamento dessas pessoas. O movimento ganhou força na década de 70 no Brasil com a mobilização de profissionais da saúde mental e familiares de pacientes insatisfeitos com os métodos praticados na época. A nova política de saúde mental visa o

tratamento em rede substitutiva, ou seja, em locais que o paciente possa frequentar, sem a necessidade de passar longos períodos internado, longe da convivência familiar e comunitária. Como a equipe do consultório na Rua avalia essa nova política de saúde mental?

**R:** Não respondeu!

### **Participante nº 6**

**1** - A questão do tema de internação compulsória principalmente da população que vive em situação de Rua vem sendo muito discutida nas mídias escrita e falada de todo o País, em razão das recentes iniciativas dos Estados de São Paulo e do Rio de Janeiro em relação àqueles que não buscam ajuda para sair do vício. De que maneira a equipe do consultório na Rua avalia esse tipo de internação?

**R:** Acredito que para haver o equilíbrio de ações, não se pode exagerar nem fazer falta. A internação compulsória é um meio alternativo, quando se esgotam alternativas a meu ver, seria uma ação justificável quando a partir de uma avaliação multidisciplinar se assim achar necessário.

**2** - Há pouco tempo, o isolamento do doente mental em manicômios era a regra, afastando o problema dos olhos da sociedade. Com a luta antimanicomial e com o processo de humanização do sistema de saúde, a internação compulsória de dependentes químicos que vivem em situação de Rua passou a ser necessária?

**R:** Não é necessário na ampla maioria dos casos.

**3** - O tema do uso de substâncias psicoativas da população em situação de Rua deve ser discutido na perspectiva biopsicossocial; porém, o tráfico, o fácil acesso às drogas, o desemprego e a violência pedem intervenções mais amplas e em diversas áreas. Como o consultório na Rua enxerga esse problema? E como a internação compulsória trabalharia nessa questão?

**R:** Cada caso é um caso! Existem casos que apenas questão de saúde não resolve. Casos em que o paciente é extremamente agressivo (uma parte de casos psiquiátricos) não são preparados apenas para cuidar, como é o caso dos profissionais de saúde, a internação compulsória ao meu ver trataria esses casos.

**4** - A dependência química é um dos fenômenos de mais difícil resolução da humanidade. Se de um lado da moeda existe a droga, do outro estão à melhoria do sistema de ensino, o fortalecimento do papel familiar, a diminuição da pobreza, a inserção do dependente em atividades esportivas, lazer, trabalho, habitação, justiça e outros fatores, é possível a internação compulsória resolver esse problema?

**R:** Não! Se “somente se”, o Estado internar o indivíduo jogando em um ambiente sem avaliação e tratamento com equipe multiprofissional e condições mínimas para que a equipe atue.

**5** – No caso da internação compulsória não é necessária a autorização familiar. O artigo 9º da lei 10.216/01 estabelece a possibilidade da internação compulsória, sendo esta sempre determinada pelo juiz competente, depois de pedido formal, feito por um médico, atestando que a pessoa não tem domínio sobre a sua condição psicológica e física. Como é possível avaliar a capacidade de decisão de uma pessoa que vive em situação de Rua sem ao menos conhecer sua história de vida?

**R:** Nem uma condição. Acredito que deve-se haver anamnese sobre o caso, para que essa ação seja a correta. O juiz não emite decisão sem avaliação do caso.

**6** - O sistema de conselhos de psicologia acredita que a medida de internação compulsória de usuários de drogas fere os direitos humanos e tenta destruir o movimento da reforma psiquiátrica. Defende que não basta reconhecer a insuficiência da rede de saúde na administração das necessidades dos que dependem de drogas, mas estabelecer o compromisso de ampliá-la com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Os especialistas acreditam que a opção pela internação em instituição terapêutica deve ser considerada e respeitada, mas desde que seja avaliada caso a caso – e jamais adotada como uma política pública. A equipe do consultório apóia essa idéia? E por quê?

**R:** Sim! Como dito anteriormente, cada caso é um caso, e deve ser avaliada a conduta individualmente com profissional responsável.

**7** - O movimento da reforma psiquiátrica é uma luta pelos direitos de pacientes psiquiátricos que denuncia a violência praticada nos manicômios e que propõe a construção de uma rede de serviços e estratégias comunitárias para o tratamento dessas pessoas. O movimento ganhou força na década de 70 no Brasil com a

mobilização de profissionais da saúde mental e familiares de pacientes insatisfeitos com os métodos praticados na época. A nova política de saúde mental visa o tratamento em rede substitutiva, ou seja, em locais que o paciente possa frequentar, sem a necessidade de passar longos períodos internado, longe da convivência familiar e comunitária. Como a equipe do consultório na Rua avalia essa nova política de saúde mental?

**R:** Existem usuários que usam drogas e não fazem nada com ninguém, e existem outros, que molestam, quebram patrimônios e violentam outras pessoas. No segundo caso é necessária internação compulsória para evitar outros agravos, já no primeiro caso, condições moderadas e leves conseguem reintegrar o indivíduo à sociedade sem danos ao indivíduo e as pessoas que o cercam.

### **Participante nº 7**

**1** - A questão do tema de internação compulsória principalmente da população que vive em situação de Rua vem sendo muito discutida nas mídias escrita e falada de todo o País, em razão das recentes iniciativas dos Estados de São Paulo e do Rio de Janeiro em relação àqueles que não buscam ajuda para sair do vício. De que maneira a equipe do consultório na Rua avalia esse tipo de internação?

**R:** Em minha opinião, a internação compulsória deve ser usada como último método de reabilitação e apenas em casos extremos em que o usuário apresenta muita agressividade.

**2** - Há pouco tempo, o isolamento do doente mental em manicômios era a regra, afastando o problema dos olhos da sociedade. Com a luta antimanicomial e com o processo de humanização do sistema de saúde, a internação compulsória de dependentes químicos que vivem em situação de Rua passou a ser necessária?

**R:** Não! A conscientização é abertura de vínculo com o usuário e é o melhor método.

**3** - O tema do uso de substâncias psicoativas da população em situação de Rua deve ser discutido na perspectiva biopsicossocial; porém, o tráfico, o fácil acesso às drogas, o desemprego e a violência pedem intervenções mais amplas e em diversas áreas. Como o consultório na Rua enxerga esse problema? E como a internação compulsória trabalharia nessa questão?

**R:** Além desses fatores, temos também a falta de opções de lazer e a falta de investimento em educação, que fazem com que os mais jovens ingressem em vícios lícitos e ilícitos. A internação só pode ocorrer em casos que o usuário apresente violência excessiva.

**4 -** A dependência química é um dos fenômenos de mais difícil resolução da humanidade. Se de um lado da moeda existe a droga, do outro estão à melhoria do sistema de ensino, o fortalecimento do papel familiar, a diminuição da pobreza, a inserção do dependente em atividades esportivas, lazer, trabalho, habitação, justiça e outros fatores, é possível a internação compulsória resolver esse problema?

**R:** Não! Existe a necessidade da conscientização do usuário, e que o mesmo tome a iniciativa de se tratar.

**5 –** No caso da internação compulsória não é necessária a autorização familiar. O artigo 9º da lei 10.216/01 estabelece a possibilidade da internação compulsória, sendo esta sempre determinada pelo juiz competente, depois de pedido formal, feito por um médico, atestando que a pessoa não tem domínio sobre a sua condição psicológica e física. Como é possível avaliar a capacidade de decisão de uma pessoa que vive em situação de Rua sem ao menos conhecer sua história de vida?

**R:** Em minha opinião, não é possível fazer essa avaliação sem conhecer a história de vida do usuário.

**6 -** O sistema de conselhos de psicologia acredita que a medida de internação compulsória de usuários de drogas fere os direitos humanos e tenta destruir o movimento da reforma psiquiátrica. Defende que não basta reconhecer a insuficiência da rede de saúde na administração das necessidades dos que dependem de drogas, mas estabelecer o compromisso de ampliá-la com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Os especialistas acreditam que a opção pela internação em instituição terapêutica deve ser considerada e respeitada, mas desde que seja avaliada caso a caso – e jamais adotada como uma política pública. A equipe do consultório apóia essa idéia? E por quê?

**R:** Eu apóio essa ideia, e concordo que a internação compulsória não deve ser uma política pública, mas uma opção em casos específicos.

**7** - O movimento da reforma psiquiátrica é uma luta pelos direitos de pacientes psiquiátricos que denuncia a violência praticada nos manicômios e que propõe a construção de uma rede de serviços e estratégias comunitárias para o tratamento dessas pessoas. O movimento ganhou força na década de 70 no Brasil com a mobilização de profissionais da saúde mental e familiares de pacientes insatisfeitos com os métodos praticados na época. A nova política de saúde mental visa o tratamento em rede substitutiva, ou seja, em locais que o paciente possa frequentar, sem a necessidade de passar longos períodos internado, longe da convivência familiar e comunitária. Como a equipe do consultório na Rua avalia essa nova política de saúde mental?

**R:** Em minha opinião é o ideal, considero fundamental a interação do usuário com a família e a sociedade para a sua reabilitação.