

DOCUMENTO 5

Principais legislações e normativas destinadas às pessoas usuárias de drogas

Em função da Inspeção Nacional a Comunidades Terapêuticas – organizada pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC-MPF), pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) – foi elaborado este documento cuja proposta é elencar algumas das principais legislações e normativas no campo da saúde mental destinadas à garantia dos direitos das pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Esse arcabouço legal fundamenta suas diretrizes nos seguintes princípios:

- 1) A internação circunstancial de uma pessoa só pode ser realizada por um profissional da medicina.
- 2) Toda internação, principalmente involuntária, deve ser justificada clinicamente e em total respeito às legislações vigentes.
- 3) Ninguém deve ser privado de sua liberdade, sob o manto do tratamento e/ou do cuidado, caso não exista diagnóstico clínico que justifique a necessidade dessa intervenção, ainda que circunstancial.
- 4) Tanto as pessoas em sofrimento psíquico profundo – cujo transtorno mental não tenha relação com o uso de álcool e outras drogas (ex: pessoas com esquizofrenia, pessoas com depressão, dentre outros diagnósticos) – quanto as pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas estão amparadas pelas mesmas legislações de proteção. Isso porque a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) classifica ambos na mesma categoria (a F, que trata de Transtornos Mentais e Comportamentais, e que vai de F00 a F99).
- 5) Há de se fazer uma distinção entre internação e tratamento, uma vez que a internação, de maneira excepcional e criteriosa, pode acontecer com o objetivo único de preservação da vida; enquanto o tratamento deve acontecer posteriormente à internação – e sempre em ressonância com as normativas e legislações vigentes.

Para efeitos da análise a ser desenvolvida a partir da inspeção realizada nessas instituições, é preciso ter claro o entendimento de que essa população está privada de liberdade – principalmente quando são internadas de maneira involuntária ou compulsória, ou, ainda, quando são internadas de maneira voluntária, mas que, ao longo do suposto tratamento ofertado, a internação tenha se tornado involuntária.

Esse entendimento está amparado no inciso II, da Lei 12.847/2015 – que institui o Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (SNPCT) e que diz:

“II - pessoas privadas de liberdade: aquelas obrigadas, por mandado ou ordem de autoridade judicial, ou administrativa ou policial, a permanecerem em determinados locais públicos ou

privados, dos quais não possam sair de modo independente de sua vontade, abrangendo locais de internação de longa permanência, centros de detenção, estabelecimentos penais, hospitais psiquiátricos, casas de custódia, instituições socioeducativas para adolescentes em conflito com a lei e centros de detenção disciplinar em âmbito militar, bem como nas instalações mantidas pelos órgãos elencados no art. 61 da Lei nº 7210, de 11 de julho de 1984.”

1. Histórico

Antes de detalharmos as legislações e normativas que versam sobre o tema, é importante um breve resgate histórico acerca da mudança de paradigma no Brasil no que se refere à atenção à saúde mental das pessoas com transtornos mentais. Esse olhar nos permitirá compreender os estigmas e o processo de apartação social ao qual foi – e continua sendo – submetida essa população.

A lógica de exclusão em instituições psiquiátricas de pessoas consideradas doentes mentais se pavimenta no Brasil, de maneira intensa, na primeira metade do século XIX, com a construção, em 1841, do primeiro hospital psiquiátrico na cidade do Rio de Janeiro – o Hospital Psiquiátrico D. Pedro II. A história nos revela que, por aproximadamente 200 anos, a política de saúde mental no País esteve centrada na lógica da segregação de pessoas em hospitais psiquiátricos.

Tendo como base a perspectiva da eugenia – representada fielmente pela Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), criada em 1924 – a política de internação em massa possibilitou que os hospitais psiquiátricos no Brasil se distanciassem completamente de qualquer proposta de tratamento ou cuidado, transformando-se em instrumento de segregação de pessoas consideradas socialmente indesejáveis – tais como bêbados, mulheres infiéis, homossexuais e pessoas sem posses.

A segregação em hospitais psiquiátricos dos considerados indesejáveis constituiu verdadeira política de higienização social, na qual a psicologia, mas, principalmente, a psiquiatria foram os saberes utilizados para legitimar um projeto de sociedade onde a exclusão estava diretamente associada à manutenção da ordem moral e do desenvolvimento econômico da elite brasileira, principalmente no século XX. Para que se tenha uma dimensão do problema, entre 1970 e 1980, o Brasil chegou a ter mais de 100 mil leitos em hospitais psiquiátricos.

Foi no final da década de 1980 – tendo seu marco em 1987, no II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental –, com a nascitura do movimento antimanicomial, apoiado por militantes do movimento pela reforma sanitária no País, que o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios” passa a ser a palavra de ordem, vigente até os dias atuais.

É esse movimento que impulsiona um novo olhar para a assistência à pessoa com transtorno mental, compreendendo que seu cuidado deve se dar a partir da inclusão em comunidade e do respeito aos direitos humanos.

Se à época de pleno funcionamento dos hospitais psiquiátricos não existia qualquer outro dispositivo da saúde pública voltado às pessoas com transtornos mentais que não operasse pela lógica da segregação e da internação em massa, atualmente essa população conta com um conjunto de políticas públicas e diretrizes legais que asseguram a proteção de seus direitos.

Os vários dispositivos criados para substituir essa lógica da internação estão definidos em uma das cinco principais redes do Sistema Único de Saúde (SUS): a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) – que reúne, por exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), incluindo um destinado especificamente a usuários de álcool e outras drogas; os Serviços Residenciais Terapêuticos; e as Unidades de Acolhimento.

Além desses dispositivos, também configura-se como componente dessa rede, a chamada Atenção Básica – por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) –, que deve criar, também, estratégias de cuidado às pessoas com transtornos mentais e com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas– o que não acontecia no século XX.

Essa mudança no modo de encarar o cuidado às pessoas com transtorno mental também se revela nas políticas públicas. No ano de 1998, por exemplo, o Brasil contava com apenas 148¹ Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Atualmente, há aproximadamente 2.341² unidades, nas suas diversas modalidades.

Embora o Brasil ainda conte com cerca de 23 mil leitos em hospitais psiquiátricos – espaços onde o cuidado se dá a partir da lógica da exclusão – a diretriz até agora estabelecida pelo Ministério da Saúde para a questão é clara: todos os hospitais psiquiátricos em funcionamento no País estão em processo de fechamento e serão substituídos por políticas públicas fundamentadas no pressuposto de que a liberdade é terapêutica.

No que se refere aos recursos públicos investidos nesse redirecionamento conceitual, o informe “Saúde Mental em Dados 12”³, do Ministério da Saúde, aponta que, em 2002, 75,24% dos recursos federais destinados ao cuidado em saúde mental eram aplicados em serviços hospitalares, enquanto somente 24,76% eram investidos na rede de atenção comunitária. Já em 2013, segundo dados do Ministério da Saúde, o total de recursos federais investidos nas políticas de saúde mental implementadas pela rede comunitária saltou para 79,39%, enquanto os recursos para atenção em espaços hospitalares foi de 20,61%.

¹ Informações obtidas pelo relatório de gestão do Ministério da Saúde, o Saúde Mental no SUS: cuidado em liberdade, defesa de direitos e Rede de Atenção Psicossocial. O relatório foi acessado online, no dia 26/09/2017, a partir desse sitio: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015---.pdf>

² Informações obtidas por meio da Sala de Apoio à Gestão Estratégica do SUS, acessada no dia 26/09/2017, pelo sitio: <http://sage.saude.gov.br/#>

³ Informações acessadas no dia 26/09/2017, por meio do sitio: http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf

Para além dos avanços nas políticas públicas, o Brasil conta com um arranjo normativo e legislativo que garante direitos e rompe com a lógica do tratamento a partir da segregação – seja de pessoas com transtornos mentais seja daquelas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Por evidente, a construção dessas políticas permanece em disputa, pois o modelo de segregação ainda resiste e, assim como no passado, é campo de interesses – inclusive econômicos.

Não se sabe ao certo quantas comunidades terapêuticas existem no Brasil na atualidade. Contudo, há uma estimativa de funcionamento de mais de 2 mil instituições destinadas ao atendimento das pessoas com transtornos decorrentes do uso álcool e outras de drogas.

Em linhas gerais, essas instituições funcionam na mesma perspectiva dos hospitais psiquiátricos convencionais, visto que têm como premissa a segregação e a quebra de vínculos sociais e familiares.

Outra característica comum desses espaços é a lógica salvacionista, ancorada na religião. Graves violações de direitos, inclusive, são sustentadas por essa perspectiva. Assim, há denúncias, por exemplo, de violações como desrespeito à identidade sexual, imposição de credos religiosos e mesmo a adoção de castigos contra pessoas internadas. Relatórios de inspeção a essas unidades já publicados pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura apontam, ainda, práticas análogas ao trabalho escravo; crime de sequestro e cárcere privado; tráfico de pessoas; e, também, crimes de tortura.

2. Legislações e normativas nacionais e internacionais

Como já mencionado, a proposta deste documento é elencar algumas das principais referências legislativas e normativas que versam sobre os direitos das pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Para isso, esse tópico será dividido em dois principais eixos, sendo eles:

- 1) os tratados internacionais e legislações nacionais, destacando alguns pontos importantes de cada referência tratada;
- 2) as normativas que buscam regular o funcionamento das instituições afetas à população com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas – a exemplo de portarias, resoluções e decretos.

2.1 – Tratados internacionais e legislações nacionais

- Declaração de Caracas (OMS - 1990)⁵:

Um dos primeiros e principais tratados internacionais que versam sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais no mundo é a Declaração de Caracas, incorporada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1990. O documento faz uma análise crítica – principalmente se levarmos em consideração a temporalidade na qual foi produzido – acerca do modelo de atenção a partir do isolamento. Logo em sua introdução, a Declaração de Caracas aponta:

“1. A atenção psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, integral, descentralizada, contínua, participativa e preventiva;

2. O hospital psiquiátrico como uma única modalidade assistencial dificulta a consecução dos objetivos acima mencionados por:

a) Provocar o isolamento do paciente de seu meio, gerando dessa maneira maior incapacidade para o convívio social;

b) Criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do paciente;

c) Absorver a maior parte dos recursos financeiros e humanos destinados pelos países aos serviços de saúde mental;

d) Fomentar um ensino insuficientemente vinculado às necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores.”

Levando em consideração a temporalidade da produção dessa referência normativa, o asilamento de pessoas com transtornos em comunidades terapêuticas não era uma questão ou emergência social da época. Ainda que a legislação concentre sua crítica no hospital psiquiátrico, como plano de fundo a crítica está no *modus operandi* do tratamento ofertado na lógica da exclusão.

- Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental (ONU – 1991)⁶:

Outro importante instrumento normativo internacional e que estabelece diretrizes e uma gama de direitos a essa população é o Princípio para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para Melhoria da Assistência à Saúde Mental, aprovado na Assembleia

⁵ Disponível no sítio:

file:///C:/Users/lucio.costa/Downloads/Declara%C3%A7%C3%A3o%20de%20Caracas%20(6).pdf

⁶ Documento disponível no sítio:

file:///C:/Users/lucio.costa/Downloads/DECLARA%C3%87%C3%83O%20DA%20ONU%20PARA%20O%20CUIDADO%20DAS%20PESSOAS%20COM%20TRANSTORNO%20MENTAL%20(1).pdf

Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1991. Desse documento, destaca-se especialmente o Princípio 9, cujo título é Tratamento:

“1. Todo usuário terá direito a ser tratado no ambiente menos restritivo possível, com o tratamento menos restritivo ou invasivo, apropriado às suas necessidades de saúde e à necessidade de proteger a segurança física dos outros.

2. O tratamento e os cuidados a cada usuário serão baseados em um plano prescrito individualmente, discutido com ele, revisto regularmente, modificado quando necessário e administrado por pessoal profissional qualificado.

3. A assistência à saúde mental será sempre oferecida de acordo com os padrões éticos aplicáveis aos profissionais de saúde mental, inclusive padrões internacionalmente aceitos, como os Princípios de Ética Médica adotados pela Assembleia Geral das Nações Unidas. Jamais se cometerão abusos com os conhecimentos e práticas de saúde mental.

4. O tratamento de cada usuário deverá estar direcionado no sentido de preservar e aumentar a autonomia pessoal.”

- Lei 10216/01 – Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira (2001)⁷:

A primeira legislação nacional que trata dos direitos das pessoas com transtornos – sejam eles em decorrência do uso de álcool e outras drogas ou não – é a Lei 10.216/2001, mais conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira. A legislação foi apresentada ao Congresso Nacional no ano de 1989, mas somente 11 depois foi aprovada no parlamento brasileiro. A legislação funciona como um divisor de águas no que se refere ao deslocamento da lógica manicomial para a lógica de atenção comunitária.

Nesse sentido, a leitura e a compreensão da referida legislação é de extrema importância, pois são suas diretrizes que garantem um olhar mais crítico e apurado sobre possíveis violações de direitos em instituições que ofertam tratamento às pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Como destaque, há de se fazer uma problematização nas modalidades de internação previstas na legislação, em especial, as internações compulsórias. Em seu art. 6º, a Lei 10.216/2001 define que as modalidades de internação são: voluntária, involuntária e compulsória. A diferença básica entre a internação involuntária e a internação compulsória é que a involuntária é realizada pelo profissional da medicina, enquanto que a internação compulsória é realizada pela autoridade judiciária.

Em que pese essa legislação elenque a internação compulsória como uma modalidade, não é a 10.216/2001 que autoriza o judiciário a aplicá-la. Em seu art. 9º, a referida lei diz:

⁷ Documento disponível no site: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm

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

Nesse sentido, a Lei 10216/2001 coloca como imperativo que a internação compulsória poderá ser realizada de acordo com a legislação vigente (no caso, o Código Penal – uma vez que é a única legislação do arcabouço jurídico brasileiro que regulamenta a internação a ser realizada pelo judiciário).

Segundo o Código Penal, em seu art. 26, a pessoa poderá ter sua pena substituída por uma medida de segurança (entendida como medida terapêutica) quando:

“É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.”

Ou, segundo o art. 28, em seu parágrafo 2º, da mesma legislação, nas seguintes hipóteses:

“É isento de pena o agente que, por embriaguez completa, proveniente de caso fortuito ou força maior, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.”

O art. 96 do Código Penal define as medidas de segurança, assim como sua aplicação, da seguinte maneira:

“I - internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado;

II - sujeição à tratamento ambulatorial.”

Nesse sentido, a autoridade judiciária não pode determinar a internação compulsória sem que a pessoa que receba essa determinação tenha cometido algum crime, que tenha passado por um julgamento (e tenha tido asseguradas todas as garantias de defesa) e que não seja considerada inimputável. Em outras palavras: não é atribuição do judiciário determinar internação, quando essa tenha por finalidade única e exclusiva o tratamento. Isso porque a Constituição Federal, em seu art. 5º, inciso LIV, diz que “ninguém será privado da liberdade ou de seus bens sem o devido processo legal”.

Nos casos de crime previstos com pena equivalente à de detenção, a autoridade judiciária poderá optar pelo tratamento ambulatorial, como define o art. 97 do Código Penal:

“Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial.”

Partindo dessa premissa, portanto, é possível afirmar que pessoas internadas de maneira compulsória estão em privação de liberdade, visto que tal procedimento não é discricionário ao agente do judiciário. Nesse sentido, ninguém pode ser privado de sua liberdade sem o respeito ao devido processo legal, e nenhuma justificativa, incluindo a de tratamento, pode ser usada para o exercício de tal prática.

Outro ponto da legislação a ser destacado é o art. 8º, que versa sobre o único profissional autorizado a determinar a internação de uma pessoa, tanto voluntária quanto involuntária – que é o profissional da medicina inscrito no Conselho Regional de Medicina (CRM).

Nesse sentido, é importante estar atento de que o resgate ou remoção de pacientes sem a presença de um profissional médico no momento da ação – prática usual em muitas comunidades terapêuticas – não deve ser considerada internação. Para o Código Penal brasileiro, tal ocorrência configura prática de sequestro, conforme aponta o parágrafo 1º, inciso II, do art. 148 da referida lei, que diz:

“II - se o crime é praticado mediante internação da vítima em casa de saúde ou hospital”.

Ainda sobre o art. 8º da Lei 10216/01, paragrafo 1º, vale destacar que a legislação é imperativa ao dizer:

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

Nesse sentido, no momento da inspeção é de fundamental importância questionar se a instituição inspecionada faz a comunicação de suas internações involuntárias ao Ministério Público Estadual, no prazo de 72 horas.

A Lei 10216/01 é uma das principais legislações que versam sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais. Aqui estão destacados alguns itens específicos, mas que, evidentemente, não traduzem a totalidade da importância desse marco legal. Os artigos mencionados são parte muito pequena de um amplo conjunto de diretrizes que devem ser observadas para a construção do relatório de inspeção às unidades.

- Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (2008)

Ao longo das últimas décadas, avançaram significativamente no Brasil as legislações no campo da garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais – sejam eles em decorrência do uso de álcool e outras drogas, ou não. Em 2008, a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência foi aprovada no Congresso Nacional, por meio do Decreto nº 186, recebendo *status* de Emenda Constitucional.

Em seu art. 1º, a Convenção define quem são as pessoas consideradas, para efeito da lei, com deficiência:

“Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas”.

A referida legislação diferencia, de maneira intencional, a deficiência mental da intelectual, justamente para que as pessoas com transtornos estejam incluídas em seu leque de proteção. Nesse sentido, é imperativo, ao falarmos em direitos das pessoas com transtornos mentais – sejam eles em decorrência do uso de álcool e outras drogas, ou não – considerarmos a Convenção como valioso instrumento de proteção dessa população, principalmente quando essas estão privadas de sua liberdade.

Acerca da questão, assim aponta a Convenção em seu art. 14º, item 1, alínea b, por exemplo:

“b) Não sejam privadas ilegal ou arbitrariamente de sua liberdade e que toda privação de liberdade esteja em conformidade com a lei, e que a existência de deficiência não justifique a privação de liberdade”.

O texto deixa claro, portanto, que a privação de liberdade não pode ter como justificativa a existência da deficiência – inclusive a deficiência mental em função do uso de álcool e outras drogas (como passa a abarcar a referida legislação).

Essa perspectiva é ainda mais reforçada ao considerarmos, como já destacado, que a internação involuntária de longo prazo é considerada privação de liberdade – e que essa modalidade de internação somente pode ocorrer nas situações em que um profissional médico avalie e diagnostique um transtorno mental e, ainda assim, num prazo curto de tempo.

- Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência – LBI (2015)

A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI), também conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência, foi aprovada em 2015, por meio do Decreto nº 13.146/2015. A legislação tem como fundamentação a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e constitui um dos principais marcos no reconhecimento dos direitos das pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

A legislação é imperativa ao proibir que a pessoa com deficiência seja submetida a tratamento ou institucionalização forçada. Leva-se em conta no disposto em Lei, que o acesso à saúde é um direito, não uma obrigação.

“Art. 11. A pessoa com deficiência não poderá ser obrigada a se submeter a intervenção clínica ou cirúrgica, a tratamento ou a institucionalização forçada”.

Assim, é fundamental considerar as diretrizes previstas na LBI para a análise das situações verificadas durante a inspeção a instituições de privação de liberdade para pessoas com transtorno em decorrência do uso de álcool e outras drogas.

3. Portarias e resoluções afetas às pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas

3.1 – Portarias federais

- Portaria 3.088/2011 - (Ministério da Saúde)

A Portaria 3.088 do Ministério da Saúde constituiu uma das principais normativas na área, elencando as diretrizes que toda política de saúde mental deve levar em consideração na oferta de seus serviços.

A normativa “institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”, traçando como diretriz central para o funcionamento dessa rede o respeito integral aos direitos humanos. A perspectiva está no fortalecimento do cuidado (sempre) em meio aberto, de maneira comunitária, abolindo a segregação como forma de cuidado. Em seu art. 5º, a referida Portaria elenca quais são os dispositivos do Sistema Único de Saúde (SUS) que fazem parte dessa rede.

Há de se destacar que, contraditoriamente, as comunidades terapêuticas aparecem, no art. 9º, inciso II da referida Portaria, como sendo um dos pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). É fundamental que, durante a inspeção, seja observado se a instituição cumpre – item a item – as diretrizes estabelecidas pela Portaria 3.088, o que lhe conferiria, de fato, as condições necessárias a integrar a RAPS.

Os dados coletados por diferentes instituições durante inspeção a essas unidades apontam ser usual o descumprimento dessas diretrizes. Isso porque as comunidades terapêuticas atuam, em sua grande maioria, na perspectiva da abstinência do uso de drogas – o que, necessariamente, induz ao tratamento na lógica da segregação, contrariando a perspectiva defendida pela Portaria 3.088/2011. Essa é outra normativa que deve ser lida em sua totalidade.

3.2 – Resoluções

- Resolução RDC Nº 29 – Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (2011)

No campo da saúde pública, uma das principais normativas que regulamentam o funcionamento de instituições que se propõem a ofertar tratamento às pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas é a RDC 29 da ANVISA. Essa normativa “Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de

instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas”.

A resolução estabelece critérios para o funcionamento desses estabelecimentos – tais como: a quantidade de funcionários que a instituição deve ter; a infraestrutura adequada; quais pessoas e como devem ser acolhidas na instituição; os impedimentos para a execução de determinados procedimentos, a exemplo de castigos; assim como o respeito ao sigilo e de uma série de direitos que devem ser garantidos às pessoas internadas nessas unidades.

Destaca-se, como exemplo substrato do texto, o art. 19 da legislação, que diz:

“Art. 19. No processo de admissão do residente, as instituições devem garantir:

I - respeito à pessoa e à família, independente da etnia, credo religioso, ideologia, nacionalidade, orientação sexual, antecedentes criminais ou situação financeira;

II - orientação clara ao usuário e seu responsável sobre as normas e rotinas da instituição, incluindo critérios relativos a visitas e comunicação com familiares e amigos, devendo a pessoa a ser admitida declarar por escrito sua concordância, mesmo em caso de mandado judicial;

III - a permanência voluntária;

IV - a possibilidade de interromper o tratamento a qualquer momento, resguardadas as exceções de risco imediato de vida para si e ou para terceiros ou de intoxicação por substâncias psicoativas, avaliadas e documentadas por profissional médico;

V - o sigilo segundo normas éticas e legais, incluindo o anonimato; e

VI - a divulgação de informação a respeito da pessoa, imagem ou outra modalidade de exposição somente se ocorrer previamente autorização, por escrito, pela pessoa ou seu responsável”.

Sendo essa uma das principais normativas, que regulamenta o funcionamento dessas instituições, a sua leitura é de fundamental importância para que a análise da comunidade visitada seja a mais profunda possível.

- Resolução CFM Nº 2.056/2013 (Conselho Federal de Medicina)

Em que pese não seja o foco da inspeção avaliar a atividade ético-profissional de pessoas que trabalham nas instituições visitadas, vale destacar, como fonte de reflexão, a Resolução 2.056/2013 do Conselho Federal de Medicina, devido à classificação feita pela normativa no tocante a comunidades terapêuticas. Assim diz o texto:

“Disciplina os departamentos de Fiscalização nos Conselhos Regionais de Medicina, estabelece critérios para a autorização de funcionamento dos serviços médicos de quaisquer naturezas, bem como estabelece critérios mínimos para seu funcionamento, vedando o funcionamento daqueles que não estejam de acordo com os mesmos. Trata

também dos roteiros de anamnese a serem adotados em todo o Brasil, inclusive nos estabelecimentos de ensino médico, bem como os roteiros para perícias médicas e a organização do prontuário de pacientes assistidos em ambientes de trabalho dos médicos”.

A referida Resolução estabelece, ao passo que diferencia, as comunidades terapêuticas de caráter médico daquelas consideradas não médicas. O parágrafo 2º, do art. 28, aponta que:

“As comunidades terapêuticas de natureza médica deverão ser dotadas das mesmas condições que os demais estabelecimentos de hospitalização, garantindo plantão médico presencial durante todo o seu horário de funcionamento, e presença de médicos assistentes e equipe completa de pessoal, de acordo com a Lei no 10.216/01, as presentes normas e o Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil.”

Nesse sentido, caso a comunidade terapêutica inspecionada realize internação, parcial ou integral, assim como a administração de medicamentos – caracterizando-se como comunidade de natureza médica, portanto – é fundamental observar se a instituição cumpre as diretrizes acima estabelecidas. Caso não cumpra, estará em irregularidade com o imperativo da resolução do Conselho Federal de Medicina.

No parágrafo 1º, do art. 29, a resolução aponta, ainda, proibições para as comunidades terapêuticas não médicas. Assim destaca o texto:

“Nesses estabelecimentos não devem ocorrer prescrições médicas, sendo terminantemente vedadas internações involuntárias e compulsórias em função de transtorno psiquiátrico, entre os quais a dependência química, ou de patologias que requeiram atenção médica presencial e constante.”

A Resolução CFM Nº 2.056/2013 deixa claro, portanto, que procedimentos de internação, seja ela parcial ou integral, bem como administração de medicamentos, só podem ser realizados por comunidades terapêuticas médicas – que devem, necessariamente, serem dotadas das mesmas condições que os demais estabelecimentos de hospitalização, com plantão médico presencial durante todo o seu horário de funcionamento e equipe completa de pessoal.