



PARECER

O **Núcleo Especializado de Cidadania e Direitos Humanos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo**, tendo por base as disposições da Lei Complementar nº 80/1994, bem como nos artigos 52 e seguintes da Lei Complementar estadual nº 988/2006, e demais atribuições que lhes são inerentes, notadamente nas questões que se referam à proteção e garantia dos Direitos Humanos Fundamentais, vem, por meio de sua coordenação, formalizar **posicionamento contrário** a Minuta de Resolução que “*Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), as entidades que realizam o acolhimento de pessoas com problemas decorrentes do abuso ou dependência de substância psicoativa, denominadas ou não de comunidades terapêuticas*” no Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD).

Inicialmente, debruçando sobre o segundo “considerando”, que estabelece uma espécie de conceituação dessas instituições como “*equipamentos de interesse e apoio dos sistemas de saúde e assistência social*”, mas não propriamente equipamentos de saúde ou de assistência social.

Tal disposição nos parece criticável uma vez que contraria o atual esforço de constituição das políticas públicas enquanto um rede de serviços articulados, ou seja, instituições funcionando de forma integrada, de modo que, a partir dos diferentes serviços oferecidos, a política pública possa dar conta das demandas de todos os direitos do cidadão previstos na Constituição Federal de 1988.

Assim, nenhum equipamento de prestação de serviço público – ainda que oferecido por uma instituição privada – pode



existir paralelamente às redes de políticas públicas, apartada dos demais serviços que as constituem, como deixa antever a minuta da resolução ao definir as entidades de acolhimento a pessoas com problemas decorrentes do abuso de substâncias psicoativas como equipamentos de “apoio dos sistemas de saúde e de assistência social”.

A existência de uma rede só faz sentido se não sobrar nenhum equipamento fora dela. Portanto, é imperativo que se defina a qual sistema de políticas públicas as Comunidades Terapêuticas pertencerão, devendo-se obedecer rigidamente ao regime jurídico decorrente de ao menos uma dessas políticas públicas, sob pena de flexibilização de Direitos Humanos Fundamentais das pessoas por elas atendidas, o que é vedado em face do princípio da proibição do retrocesso.

Por acolher em regime de internação pessoas com problemas decorrentes do abuso de substâncias psicoativas, parece-nos mais apropriado que tais instituições sejam definidas como equipamentos de saúde e que, assim sendo, possam estar à altura da complexidade do serviço que oferecem, adequando-se a toda normativa referente ao assunto, sobretudo a Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001.

Inclusive, parece-nos ser esse o entendimento do Ministério da Saúde ao incluir tais instituições no componente contido no inciso IV, do artigo 5º, da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, que define a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no qual se lê sobre os “Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas”.

Em resumo, o que não podemos aceitar é que a caracterização como equipamentos de “apoio aos sistemas de saúde e assistência social” retire dessas instituições a responsabilidade de atuar segundo os parâmetros normativos dessas políticas públicas, e até mesmo de forma contrária às suas diretrizes, o que implica em não prestar contas



perante os órgãos de fiscalização competentes na exata medida da complexidade do atendimento a que se propõem: um atendimento de internação na qual se retira o usuário de drogas de seu convívio, restringindo-se um dos direitos mais caros à humanidade, o direito à liberdade, com o fim de “tratamento”. Somente a título de comparação, equipamentos do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) que acolhem pessoas nos moldes descritos acima, tais como serviços de acolhimento institucional (tanto para crianças e adolescentes quanto para adultos) são considerados pela política pública como sendo de “alta complexidade”¹.

É importante lembrar que a Lei Federal nº 11.343, de 33 de agosto de 2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) prevê como princípios e diretrizes das atividades de atenção e reinserção social do usuário e do dependente de drogas:

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

(...)

VI - o alinhamento às diretrizes dos órgãos de controle social de políticas setoriais específicas”.

Ou seja, é diretriz legal que os serviços de atenção em saúde e assistência social devem atender ao regime jurídico do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único da Assistência Social (SUAS).

¹ Cf. Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais – Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009, do Conselho Nacional da Assistência Social.



Ainda acerca dos “considerandos”, é fundamental que a inclusão das referências às grandes diretrizes legais e normativas existentes no país sobre o tema, especialmente: a Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001, o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, a Política Nacional a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, de 2003 e a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que 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). Tais inclusões não são meros adornos jurídicos, ao contrário, dizem respeito às fontes normativas para interpretação da norma regulamentar.

Já no tocante ao conteúdo da minuta de Resolução do CONAD, observa-se que o artigo 2º, no inciso IV, define de forma categórica que a estratégia empregada pelo “Programa de Acolhimento” das entidades objeto da regulamentação será a abstinência. Não caberia nestas breves reflexões adentrarmos nos recentes debates científicos que, cada vez mais, indicam a insuficiência de modelos de cuidado baseados exclusivamente na abstinência. O que nos cabe neste momento é apontar a incongruência do citado dispositivo com as atuais diretrizes legais e políticas da saúde mental no Brasil.

Voltando às disposições do SISNAD sobre o modelo de atendimento a pessoas com problemas do abuso de substâncias psicoativas, observamos que entre seus princípios (artigo 4º), temos:

“I - o respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana, especialmente quanto à sua autonomia e à sua liberdade;

(...)

II - o respeito à diversidade e às especificidades populacionais existentes;



(...)

VI - o reconhecimento da **intersectorialidade dos fatores correlacionados com o uso indevido de drogas**, com a sua produção não autorizada e o seu tráfico ilícito;

(...)

IX - a adoção de **abordagem multidisciplinar que reconheça a interdependência e a natureza complementar das atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas.**”

A seguir, tratando dos os princípios e diretrizes das atividades de prevenção, vê-se que a redução de danos é um diretriz do atendimento (artigo 19):

“VI - o reconhecimento do “**não-uso**”, do “**retardamento do uso**” e da **redução de riscos como resultados desejáveis das atividades de natureza preventiva**, quando da definição dos objetivos a serem alcançados;”

Tal disposição é a que melhor consagra a diretriz maior das políticas públicas para a garantia do direito à saúde contida na Constituição Federal:

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



Por fim, vale colacionar o artigo 20 da Lei Federal nº 11.343/2006, que trata especificamente sobre as atividades de atenção:

*“Art. 20. Constituem atividades de atenção ao usuário e dependente de drogas e respectivos familiares, para efeito desta Lei, aquelas que visem à **melhoria da qualidade de vida e à redução dos riscos e dos danos associados ao uso de drogas.**”*

Não é à toa que na edição *Política Nacional a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*², do Ministério da Saúde, lê-se que “dentro de uma perspectiva de saúde pública, o planejamento de programas deve contemplar grandes parcelas da população, de uma forma que a abstinência não seja a única meta viável e possível aos usuários”.

Também no artigo 2º da Portaria nº 3.088/11/MS, que trata das diretrizes para o funcionamento da RAPS, **não** consta a estratégia da abstinência em nenhum dos seus incisos. De fato, não se encontra referência à abstinência como princípio norteador do atendimento a pessoas com problemas decorrentes do abuso de substâncias psicoativas em nenhuma legislação ou documento oficial recente de regulamentação do atendimento em saúde mental. Ao contrário, a mencionada portaria fala em “diversificação das estratégias de cuidado” e de “desenvolvimento de estratégias de redução de danos”, que é o que deve nortear as atividades de atendimento pelo SISNAD.

Vale citar trecho da edição *Política Nacional a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*, do Ministério da Saúde³:

2 Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e AIDS, Brasília, 2003, p. 8.

3 *Op. cit.*, p. 10.



“A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento. Aqui a abordagem da redução de danos nos oferece um caminho promissor. E por que? Porque reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida”.

Desse modo, a manutenção do inciso IV do artigo 2º da minuta de Resolução ora em análise orientando as entidades de acolhimento a pessoas com uso abusivo de substâncias psicoativas se utilizarem da estratégia da abstinência seria um total contrassenso, em claro conflito com as normativas atualmente em vigor e que regulam a área da saúde mental e do atendimento em saúde preconizado pela Constituição Federal.

Também gostaríamos de dedicar uma atenção pormenorizada ao artigo 3º, que define os critérios de elegibilidade da população a ser internada nas entidades de acolhimento. O artigo salienta



que casos com graves comprometimentos, tanto de ordem biológica quanto psicológica, não poderão ser aceitos por essas instituições e, em seu parágrafo único, determina a necessidade de que uma avaliação feita por profissional de saúde, antes da internação, ateste que o não possui tal gravidade clínica.

Concordamos com o fato de que pacientes com complicações clínicas graves não possam ser recebidos pelas instituições de acolhimento visto que necessitam de uma estrutura de cuidados em saúde mais complexa, que essas instituições não têm como fornecer. E concordamos também com a obrigatoriedade de uma avaliação médica **antes** da **internação**.

Tal disposição apenas consagra o já disposto em âmbito legal, visto que o artigo 6º da Lei Federal nº 10.216/2001, determina que toda internação, inclusive **as voluntárias**, somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado prévio. Assim, a avaliação em questão não deve ser apenas das condições clínicas do usuário com o objetivo de identificar a existência ou não de comprometimentos graves, mas também com o objetivo de explicitar a necessidade de adoção da medida extrema, ou seja, a necessidade da internação como o meio mais adequado de tratamento naquele momento.

Só assim se respeitará o disposto no artigo 4º da Lei Federal nº 10.216/2001, que detemrina que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”. É importante ressaltar que o termo “recursos” neste dispositivo, refere-se a “alternativas de tratamento e abordagem” para cada sujeito em questão, não a adoção de políticas públicas de forma ampla, em abstrato. Ou seja, não é a falta de política pública que atenda aos preceitos legais e constitucionais que justifica a adoção do binômio internação/abstinência como política pública.



Assim, o referido laudo médico deve indicar a internação somente quando os recursos alternativos à institucionalização se mostrarem insuficientes para aquele sujeito, devendo esse esgotamento das tentativas de tratamento ambulatorial estarem presentes na fundamentação da indicação de internação.

É de crucial a importância para o trabalho dos órgãos de fiscalização e controle que todas as internações – e não apenas as de adolescentes – sejam comunicadas à Defensoria Pública estadual e ao Ministério Público estadual, além de outros de fiscalização e controle, como as Secretaria de Saúde, Assistência Social, de Direitos Humanos e de Políticas Sobre Drogas.

Considerando-se todos esses problemas relatados, que, ao fim e ao cabo, revelam que as diretrizes contidas na minuta da Resolução apontam na direção contrária das políticas públicas de saúde e assistência social, soa no mínimo estranha a redação do parágrafo único, do mesmo artigo 5º, com uma recomendação genérica de que as instituições de acolhimento de pessoas com problemas decorrentes do abuso de drogas atuem de forma integrada em relação às demais políticas sociais.

Marcelo Kimati Dias, analisando os projetos de Comunidades Terapêuticas inscritas no Edital nº 001/2010/SENAD/MS, afirma⁴:

*“(...) a **grande maioria dos projetos inscritos não apresentava articulação com a rede local de atenção à saúde e de assistência.** Muitas das comunidades terapêuticas apresentam ‘centros de seleção’, que instituíam uma porta de entrada para o serviço de forma totalmente*

4 DIAS, Marcelo Kimati. Comunidades Terapêuticas: qual o lugar possível na rede?. In: DIAS, M. K. (org.). *Dispositivos de atenção em saúde mental e seus desafios: os impasses na consolidação de uma atenção em rede*. Natal: Edunp, 2013, p. 75.



*independente do restante da rede. Isso fortalece a noção de que estes serviços não só são desarticulados do restante da rede de atenção em atenção em álcool e drogas, como **pretendem criar um sistema que prescindida dela**". (p. 75).*

É imperativo mudarmos essa realidade. Assim, a única forma possível dessas instituições existirem de integradas à de serviços e equipamentos públicos do SUS e SUAS seria que para todas as vagas de internação financiadas com recursos públicos: (i) o encaminhamento para a internação deve vir sempre de uma instituição pública de atendimento à saúde, preferencialmente o CAPS AD da região, como já é previsto pelos artigos 13 e 14 da Portaria nº 131/12/MS; (ii) seguindo a lógica da territorialização dos atendimentos em saúde mental, o usuário deve ser encaminhado, sempre que possível, para uma instituição em local o mais próximo possível de sua residência; (iii) o Projeto Individual de Atendimento (PIA) deve ser realizado em conjunto com a equipe do CAPS AD local e de todos os demais serviços sócio-assistenciais que o caso demandar; (iv) deve haver acompanhamento e supervisão dos casos pela equipe do CAPS AD local, no mínimo quinzenalmente; (v) o tempo de internação e a alta devem ser definidas em conjunto com a equipe do CAPS AD local; e (vi) a CAPS AD mais próximo da residência da família deve proporcionar atendimento, pelo menos uma vez por mês, aos familiares da pessoa internada.

Sobre o artigo 6º, que trata das obrigações das entidades que promovem o acolhimento de usuários de drogas, o inciso IX dá conta da necessidade de acesso dos internos aos meios de comunicação (telefone, cartas, e-mail, etc.) e com seus familiares. Infelizmente, temos percebido que muitas Comunidades Terapêuticas sistematicamente violam o direito à privacidade nos telefonemas e nas correspondências dos internos. Além de ser uma violação de Direito Humano Fundamental,



constitucionalmente protegido, a Assembleia Geral das Nações Unidas adotou em 1992 os “Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental”, a qual prevê normas específicas a respeito da questão:

“PRINCÍPIO 13

Direitos e condições de vida em estabelecimento de saúde mental

1. Todo usuário de um estabelecimento de saúde mental deverá ter, em especial, o direito de ser plenamente respeitado em sua:

(...)

*(c) **Liberdade de comunicação, que inclui liberdade de comunicar-se com outras pessoas do estabelecimento; liberdade e enviar e receber comunicação privada não censurada; liberdade de receber, privadamente, visitas de um advogado ou representante pessoal e, a todo momento razoável, outros visitantes; e liberdade de acesso aos serviços postais e telefônicos, e aos jornais, rádio e televisão**”.*

Desse modo, consideramos que tais liberdades fundamentais devem constar explicitamente em eventual Resolução do CONAD a respeito do atendimento proporcionado por tais instituições.

Ainda no artigo 6º, é importante que se inclua no inciso XIV, para o caso de falecimento da pessoa acolhida, a notificação à Autoridade Policial para instauração de Inquérito Policial para que esta possa investigar as circunstâncias da morte.

Já em relação ao inciso XIX do mesmo artigo, entendemos que deve ser obrigação das entidades de acolhimento a não



retenção dos documentos originais de seus internos, devendo os mesmos permanecerem o tempo todo em posse de seus titulares. Às instituições deveria ser apenas fraqueada a possibilidade de guardar cópias dos documentos de seus acolhidos.

Outro ponto que causa preocupação é o § 1º do artigo 6º que estabelece que o tempo de internação não pode ultrapassar 12 meses em um período de 24 meses, um tempo limite de internação excessivamente longo. Internações longas são contrárias ao espírito da Reforma Psiquiátrica, consagrada pela Lei Federal nº 10.216/2001, devendo a internação, quando necessária, ser o mais breve possível. Assim, o aumento do tempo de internação, que pelo artigo 9º, inciso II, da Portaria nº 3.088/11/MS, aponta para o prazo máximo de 9 meses, enseja violação ao princípio da vedação do retrocesso.

Algo que nos parece **extremamente grave** é a exceção contida no § 6º do artigo 6º que trata de, havendo impossibilidade de avaliação médica prévia, nos casos em que não houver risco de morte, o acolhimento poderá ser feito imediatamente e a avaliação médica em até 7 dias da internação.

Tal disposição é **absurda** e representa uma **clara afronta não só à Lei Federal nº 10.216/2001** que, como já dissemos, obriga o laudo médico circunstanciado **prévio** para todas as modalidades de internação, como também é uma contradição com o texto da própria regulamentação em questão, que prevê somente acolhimento voluntário e com avaliação médica prévia.

Tal dispositivo abre um espaço perigoso para que, na prática, as internações que deveriam ser voluntárias se transformem em internações forçadas com prazo de 7 dias para se “convencer” o usuário de drogas a permanecer “voluntariamente” em tratamento. Abre espaço também para o odioso procedimento ilegal comumente denominado de “remoção” (que normalmente se constitui na captura forçada do usuário de



drogas no seu local de convívio para encaminhamento à instituição de tratamento), tão comum do dia a dia das entidades de acolhimento quanto ilegal. Tal prática, enseja crime de sequestro e cárcere privado, pois realizado à margem das disposições legais para os serviços de saúde.

Não pode haver exceção alguma quanto à necessidade de laudo médico circunstanciado prévio, uma regra destinada a garantir a segurança dos pacientes em locais de tratamento. De outro modo, como saber que se a internação é realmente indicada? Tal contradição aparece de modo gritante, no próprio texto da minuta, quando a exceção do §6º é autorizada somente para casos em que não houver risco de morte. Ora, como saber que não há risco de morte se não for realizada uma avaliação médica **prévia** à internação?

É causa ainda de grande preocupação o disposto no artigo 10 da minuta da Resolução, que prevê o acolhimento de adolescentes nos mesmos locais que acolhem adultos. Tecnicamente, o tratamento destinado a adolescentes é bastante diferente daquele desenvolvido ao público adulto. Por exemplo, o Estatuto da Criança e Adolescente estabelece como direito de todos aqueles que ainda não completaram 18 anos o acesso à escola, de modo que as instituições que acolherem adolescentes devem ser obrigadas a garantir a continuidade da escolarização de seus acolhidos. No entanto, é bastante comum a presença de adolescentes internados nessas instituições que não se encontram matriculados e frequentando a escola.

De positivo na minuta de Resolução do CONAD, destaca-se a regra contida no inciso II, do artigo 2º, visto que as entidades que realizam o acolhimento de pessoas com problemas decorrentes do abuso de substâncias psicoativas, denominadas ou não de comunidades terapêuticas, podem realizar **apenas e tão somente** internações **voluntárias**.



DEFENSORIA PÚBLICA
DO ESTADO DE SÃO PAULO



Há que constar, no entanto, a **proibição** de forma explícita de tais instituições realizarem os outros dois tipos de internação previstas na Lei nº 10.216/01, quais sejam, a **involuntária** e a **compulsória**.

Contudo, é de nosso conhecimento que algumas dessas entidades realizam ilegalmente internações involuntárias e compulsórias. Portanto, é fundamental também a definição de sanções administrativas, tais como multa, suspensão e interdição de atividades.

Sendo o que tínhamos para o momento, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

São Paulo, 05 de dezembro de 2014.

RAUL CARVALHO NIN FERREIRA

Defensor Público do Estado de São Paulo

Núcleo Especializado de Cidadania e Direitos Humanos

MATHIAS GLENS

Psicólogo – Agente da Defensoria Pública

Núcleo Especializado de Cidadania e Direitos Humanos