

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC

CURSO DE DIREITO

VIVIANA MARTINS

**DIREITO À SAÚDE DO PORTADOR DE TRANSTORNOS MENTAIS:
LEGISLAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS QUE REGULAM A ATENÇÃO AOS
USUÁRIOS DE DROGAS E ÁLCOOL NO BRASIL**

CRICIÚMA, JUNHO DE 2011

VIVIANA MARTINS

**DIREITO À SAÚDE DO PORTADOR DE TRANSTORNOS MENTAIS:
LEGISLAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS QUE REGULAM A ATENÇÃO AOS
USUÁRIOS DE DROGAS E ÁLCOOL NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado para
obtenção do grau de bacharel no curso de Direito da
Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Orientador: Prof. MSc. Reginaldo de Souza Vieira.

CRICIÚMA, JUNHO DE 2011

VIVIANA MARTINS

**DIREITO À SAÚDE DO PORTADOR DE TRANSTORNOS MENTAIS:
LEGISLAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS QUE REGULAM A ATENÇÃO AOS
USUÁRIOS DE DROGAS E ÁLCOOL NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do Grau de bacharel, no Curso de Direito da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, com Linha de Pesquisa em Direito Constitucional e Políticas Públicas.

Criciúma, 30 de junho de 2011.

BANCA EXAMINADORA

Prof. MSc. Reginaldo de Souza Vieira - UNESC - Orientador

Prof. Sheila Martignago Saleh – UNESC

Prof. MSc. Francisco Pizzette Nunes – UFSC

Dedico este trabalho

Ao Fernando, meu marido e companheiro.

À minha filha amada.

AGRADECIMENTOS

É difícil expressar o meu agradecimento à todos que contribuíram para que eu chegasse até esse momento, espero não deixar de citar pessoas queridas e importantes para conclusão de mais um etapa em minha vida.

Agradeço em especial ao meu marido, Fernando e minha filha, Cássia, por toda paciência, apoio e compreensão, durante esta etapa de nossas vidas.

Agradeço aos meus pais, José e Genir, estarem sempre presentes, por todo apoio e força em toda a minha trajetória acadêmica.

À minha irmã, Liliane, e meu irmão Daivan pelo companheirismo e amizade.

Um agradecimento especial aos meus sogros, Ana e Luiz, que apesar da idade avançada, tem me dado toda a ajuda possível, inclusive com os cuidados com minha filha.

Ao meu professor, Reginaldo, pela disposição, respeito, dedicação, empenho e pelas orientações prestadas para conclusão da presente monografia, apesar de estar fazendo o doutorado.

Aos convidados da banca por se dispuserem de seu precioso tempo e aceitarem participar da banca examinadora.

Aos amigos especiais da faculdade, pelos momentos de descontrações e união, nas etapas difíceis da caminhada na faculdade.

Aos funcionários do Foro da Comarca de Içara pelos ensinamentos, confiança e apoio profissional durante meu aprendizado na prática jurídica.

A todos aqueles que não mencionei, mas que de forma direta ou indireta contribuíram de maneira essencial para esse momento.

"A grandeza não consiste em receber honras, mas em merecê-las." Aristóteles.

RESUMO

A presente pesquisa tem como objetivo principal conhecer as políticas públicas de atenção do portador de transtorno mental, em nível de legislação, no Brasil, principalmente aquelas destinadas ao usuário de álcool e drogas, uma vez que o Direito a Saúde é um Direito Fundamental positivado na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, e o consumo dessas substâncias vêm crescendo consideravelmente no país, sendo considerado um problema de saúde pública na coletividade. Por serem as políticas públicas o meio utilizado pelo Estado para intervir positivamente na vida da sociedade, visando garantir os direitos sociais, entre eles à saúde, é que se têm criado aparatos jurídicos que possam fazer com que os usuários de álcool e drogas possam obter tratamento adequado do principal órgão de prevenção e assistência à saúde do povo brasileiro, o Sistema Único de Saúde – SUS. O método de pesquisa utilizado foi o dedutivo, por meio de pesquisa bibliográfica e documental-legal, tendo como base inicial a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Enfatiza-se o Movimento da Reforma Psiquiátrica, que tem subsidiado propostas de reorientação do modelo assistencial hegemônico em saúde mental, e a Política Nacional de Saúde Mental. Aborda-se a temática da mudança no modelo de atenção à saúde mental das pessoas com transtornos mentais no Brasil a partir dos princípios da Reforma Psiquiátrica e da Lei nº 10.216/2001.

Palavras-Chaves: Políticas Públicas; Usuários de álcool e drogas; Direito à Saúde; Direitos Fundamentais; Reforma psiquiátrica.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| INTRODUÇÃO | 2 |
| 1 O DIREITO À SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL | 4 |
| 1.1 Direitos humanos e direitos fundamentais | 4 |
| 1.2 Da saúde ao direito à saúde | 11 |
| 1.3 O direito a saúde nas constituições brasileiras | 15 |
| 1.3.1 Da Constituição Imperial à Constituição de 1967 | 15 |
| 1.3.2 O direito à saúde na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988..... | 17 |
| 1.4 A regulamentação do direito à saúde | 19 |
| 2 AS SUBSTÂNCIAS ENTORPECENTES CAUSADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS..... | 24 |
| 2.1 Psiquiatria e saúde mental: apontamentos doutrinários. | 24 |
| 2.2 Transtornos mentais e Sistema Nervoso Central..... | 28 |
| 2.2.1 Sistema nervoso central..... | 28 |
| 2.2.2 Transtornos mentais | 30 |
| 2.3 Consequências físicas e psicológicas causadas pelo consumo de álcool e substâncias entorpecentes..... | 34 |
| 2.3.1 Conceito e classificação | 34 |
| 2.3.2 Quanto ao tipo e sua ação no sistema nervoso central | 35 |
| 2.3.2.1 Substâncias entorpecentes depressoras | 35 |
| 2.3.2.2 Substâncias entorpecentes estimulantes | 37 |
| 2.3.2.3 Substâncias entorpecentes alucinógenas | 40 |
| 3 LEGISLAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE DROGAS E ÁLCOOL NO BRASIL. | 42 |
| 3.1 O tratamento aos usuários de drogas e álcool antes da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988: da marginalização a reforma psiquiátrica brasileira..... | 42 |
| 3.2 A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e o surgimento do SUS: o atendimento humanizado em saúde mental..... | 49 |
| 3.3 O surgimento dos centros de atenção psicossocial – CAPS | 53 |
| CONCLUSÃO..... | 60 |
| REFERÊNCIAS | 62 |

INTRODUÇÃO

De acordo com a história, os dependentes de álcool eram considerados pelos governantes e pela sociedade pessoas toleráveis ao convívio social, não sendo objeto de grande preocupação. Embora indícios da utilização de drogas sejam encontrados em praticamente todas as épocas, culturas e sociedades humanas, o uso de drogas tornou-se proibido e criminalizado somente no século XX no Brasil, e previa a exclusão dos consumidores do convívio social, restando aprisionados, internados em sanatórios e hospitais psiquiátricos, tornando-os objeto das mesmas políticas de atenção que eram destinadas as pessoas portadoras de transtornos mentais.

Em 1948 a Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua a saúde como completo estado de bem-estar social, físico e mental e não simplesmente a ausência de enfermidades. Esse conceito foi fortemente ligado aos Direitos Humanos e, conseqüentemente, aos Direitos Fundamentais.

Os Direitos Humanos, conquistados pelas lutas sociais das pessoas menos favorecidas em busca da dignidade da pessoa humana, foram afirmados no ordenamento jurídico brasileiro desde a sua positivação na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Prontamente, o direito a saúde, princípio básico da condição humana, foi consagrado no ordenamento jurídico brasileiro somente na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, direito este, fundamental social, em que o Estado tem o dever de garantir sua promoção por meio de políticas públicas, colocadas em prática pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

A sociedade há muito tempo assiste a uma relação desigual entre o sujeito com transtorno mental e seu próprio meio. A busca por novos modelos de cuidados que possam proporcionar oportunidades ao paciente com transtorno mental, de estreitar laços familiares e sociais, decorrem do momento histórico em que o atendimento não mais atendia às necessidades da saúde dos doentes mentais.

A atenção à saúde, a estruturação e o fortalecimento de políticas públicas especializadas para o atendimento aos usuários de álcool e drogas, constitui um importante desafio à saúde pública e, com isso, vem se criando aparatos jurídicos que possam fazer com que os consumidores dessas substâncias possam obter tratamento humanizado.

Diante desse pequeno contexto, o objetivo dessa monografia é conhecer as políticas públicas de recuperação aos dependentes de álcool e drogas e sua aplicabilidade, em nível de legislação, no Brasil. A metodologia adotada foi o método dedutivo, por meio de pesquisa bibliográfica e documental-legal.

Para cumprir esse objetivo, a pesquisa se divide em três momentos. Na primeira etapa identificar-se-á o direito fundamental à saúde e o dever do Estado em elaborar e implementar políticas públicas para efetivação desse direito. Num segundo momento, elencar-se-á as consequências causadas pelo consumo de álcool e substâncias entorpecentes e a caracterização psíquica do dependente como portador de transtorno mental. No terceiro capítulo constatar-se-á a aplicabilidade das políticas públicas, em nível de legislação, direcionadas a recuperação do dependente de álcool e drogas atendidas pelo CAPS AD no Brasil.

A importância de se estudar esse tema se dá em virtude de que, em vários momentos históricos, os dependentes de álcool e drogas sempre foram tratados com os mesmos aparatos disponibilizados às pessoas doentes mentais, as quais foram vítimas de muita discriminação e de isolamento social.

1 O DIREITO À SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL

A saúde é um direito fundamental que desempenha papel essencial para o desenvolvimento da sociedade, por isso, a abordagem acerca do direito a saúde como um direito essencial da república federativa brasileira é indispensável para o presente trabalho monográfico.

É de suma importância salientar que o direito a saúde é um direito do ser humano, ou, como expresso na Constituição da República Federativa do Brasil, um direito fundamental, uma vez que deriva do princípio da dignidade da pessoa humana e que está ligado a um direito básico, o direito à vida.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/1988) trouxe em seu texto o direito à saúde como um direito de todos e dever do Estado. Esse direito foi garantido, ainda, no artigo 198 da CRFB/1988, o qual determina que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado atualmente pela Lei Orgânica nº. 8.080 de 1990.

1.1 Direitos humanos e direitos fundamentais

Os termos “direitos humanos” e “direitos fundamentais” são comumente utilizados como sinônimos. A diferença entre eles é o fato de que os direitos fundamentais se aplicam para aqueles direitos do ser humano reconhecidos e positivados nos textos das constituições, enquanto os direitos humanos são aqueles positivados nos documentos internacionais, com validade universal para todos os povos (SARLET, 1998).

Para Magalhães, os pensadores gregos foram os precursores dos Direitos Humanos que, ao darem conta da existência da diversidade de leis e costumes nos povos e nações existentes, colocaram o seguinte questionamento: “[...] existem princípios superiores a essas normas específicas que sejam válidas para todos os povos, em todos os tempos, ou a justiça e o Direito são mera questão de conveniência” (2000, p. 24). A partir daí surge o pensamento do Direito Natural, que se desenvolveu no decorrer do tempo, transformando-se no que hoje conhecemos como Direitos Humanos.

John Locke, filósofo do século XVII, afirmava que o estado do homem é o estado natural, no qual os homens eram livres e iguais. A liberdade e a igualdade eram os ideais a se conquistar, expressões de um direito individual e universal quando dirigidas ao homem racional, mas limitadas quanto a sua eficácia. Neste sentido, o direito natural se desenvolveu através dos tempos e atualmente é conhecido como direitos humanos (LOCK, 1973).

Nas palavras de Bobbio (1992, p. 30), “[...] os direitos humanos nascem como direitos naturais universais, desenvolvem-se como direitos positivos particulares (quando cada Constituição incorpora Declarações de Direitos) para finalmente encontrar a plena realização como direitos positivados universais”.

Para Piovesan (2006, p. 17) a concepção dos direitos humanos “[...] é fruto do movimento de internacionalização dos direitos humanos, que constitui um movimento extremamente recente na história, surgindo, a partir da Segunda Guerra Mundial, como resposta às atrocidades e aos horrores cometidos nesse período”.

Historicamente, após a barbárie e destruição da pessoa humana na Segunda Guerra Mundial, é que a ordem internacional começa a se preocupar com os direitos humanos, significando, assim, uma esperança de reconstrução desses mesmos direitos. Os grandes textos normativos, posteriores à Segunda Guerra Mundial, consagram essa idéia, como a Declaração Universal dos Direitos do Homem, aprovada pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 1948 e posteriormente com a Declaração de Direitos Humanos de Viena em 1993 (PIOVESAN, 2006).

Com a Declaração Universal dos Direitos Humanos e os demais documentos internacionais, o direito internacional dos Direitos Humanos torna-se universal, no sentido de que todo e qualquer cidadão é possuidor desses direitos e não apenas as pessoas pertencentes a este ou aquele Estado, e positivos, porque não são apenas direitos declarados ou apenas reconhecidos, são agora direitos concretizados, protegidos até mesmo contra o próprio Estado (BOBBIO, 2004).

Na concepção de Sarlet,

[...] o processo de elaboração doutrinária dos direitos humanos, tais como reconhecidos nas primeiras declarações do século XVIII, foi acompanhado, na esfera do direito positivo, de uma progressiva recepção de direitos, liberdade e deveres individuais que podem ser considerados os antecedentes dos direitos fundamentais (1998, p. 41).

Cabe lembrar que somente a partir do processo de democratização em 1985¹, o Brasil passou a ratificar relevantes tratados internacionais de direitos humanos. A transição democrática, lenta e gradual, exigiu a elaboração de uma nova constituição que refizesse o pacto político-social, o que culminou na promulgação da CRFB/1988. O texto marcou a ruptura do regime autoritário militar de 1964 (PIOVESAN, 2006).

Assim, a CRFB/1988, ápice da transição democrática e da institucionalização dos direitos humanos no Brasil, ineditamente estabelece em seu artigo 5, parágrafo 2º que “[...] os direitos e garantias expressos na Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte” (BRASIL, 2010-A).

Portanto, a CRFB/1988 inova ao incluir entre os direitos constitucionais protegidos os direitos de tratados internacionais, atribuindo aos direitos internacionais a natureza de norma constitucional, especialmente valores, como a dignidade humana e os direitos fundamentais.

Historicamente, é na Idade Média, com a assinatura da *Magna Charta Libertatum*² na Inglaterra, acontece o marco inicial da evolução de alguns direitos civis e políticos. Dentre os direitos civis e políticos podemos encontrar alguns como a previsão do devido processo legal, o livre acesso à justiça, a liberdade de locomoção e a livre entrada e saída do país. A Carta Magna era um tratado de direitos, mas também de deveres ao poder absoluto (rei) para com seus súditos (povo) (SARLET, 1998).

Quatro séculos depois, a Inglaterra produziu outros documentos, garantindo aos indivíduos certos direitos fundamentais, como a *Petition of Rights*³ de 1628, o *Habeas Corpus Acte* 1679⁴ e o *Bill of Rights*⁵ (declaração de direitos de 1689). As declarações de direitos inglesas, assim como a *Magna Charta Libertatum*, limitam o poder do rei, dando mais direito de liberdade aos indivíduos (SARLET, 1998).

¹Tancredo Neves foi eleito Presidente da República pelo colégio eleitoral, de forma indireta, tendo como vice-presidente José Sarney. Com a morte de Tancredo Neves, por problemas de saúde, José Sarney assume a Presidência dando fim a 21 anos de ditadura no Brasil, dando início a Nova República (COUTO, 1999).

²Este documento foi a declaração solene que o rei João da Inglaterra assinou, em 15 de junho de 1215, perante o clero e os barões do reino. Pela primeira vez na história o rei achava-se vinculado pelas próprias leis que editava (COMPARATO, 1999, p. 421).

³A *Petition of Rights* (petição de Direitos) requeria o reconhecimento de direitos e liberdades para os súditos do Rei (SARLET, 1998).

⁴O *Habeas Corpus Acte* 1679 foi criado para proteger a liberdade de locomoção e, em 1679, tornou-se a proteção de outras liberdades fundamentais, sendo utilizado não só em caso de prisão, mas também de ameaça de constrangimento à liberdade de ir e vir (COMPARATO, 1999).

⁵O *Bill of Rights* pôs fim ao regime do monarca, no qual todo poder emana do rei e em seu nome é exercido. Limitava os poderes governamentais e garantia as liberdades individuais (COMPARATO, 1999).

Outras declarações também foram muito importantes para o direito constitucional, como a Declaração da Independência dos Estados Unidos da América de 1776 e a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1789. A Declaração dos Estados Unidos trazia em seu documento os direitos fundamentais da pessoa humana. Além disso, se preocupava com a estrutura de um governo democrático, protegia o indivíduo contra as arbitrariedades do rei, e inspirada nos direitos naturais e imprescritíveis do homem, limitava o poder estatal (MORAES, 2008).

Já a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1789, da França, considerada a mais famosa das declarações, primava à universalidade dos direitos como ideal da pessoa humana, direitos tidos naturais, inalienáveis, invioláveis e imprescritíveis da igualdade, liberdade e legalidade (BONAVIDES, 2008).

A Declaração de Direitos da Constituição Francesa, de 1848, foi um documento precursor do século XX, pois previa em seu texto os princípios a liberdade, a igualdade e a fraternidade, tendo como base a família, o trabalho, a propriedade, a ordem pública e a proteção ao cidadão (MORAES, 2008).

Dentre as Constituições que faziam referência aos direitos sociais, podemos destacar a Constituição de Weimar de 1919 e a Constituição do México promulgada em 05 de fevereiro de 1917. A primeira foi pioneira ao consagrar em seu texto constitucional tais direitos. A Constituição de Weimar “[...] atuou de forma direta e decisiva na caracterização dos rumos sociais do novo Estado Constitucional brasileiro de 1934” (BONAVIDES, 2008, p. 367). A segunda destacou uma longa lista referente aos direitos sociais, tornando-se importante na história dos direitos fundamentais. Com ambas as constituições os direitos sociais e econômicos foram reconhecidos como direitos fundamentais dos seres humanos, dando início à internacionalização dos Direitos Humanos (MORAES, 2008).

Nas palavras de Moraes, direitos sociais são:

Direitos fundamentais do homem, caracterizando-se como verdadeiras liberdades positivas, de observância obrigatória em um Estado Social de Direito, tendo por finalidade a melhoria de condições de vida aos hipossuficientes, visando à concretização da igualdade social, e são consagrados como fundamentos do Estado Democrático, pelo art. 1º, IV da CRFB/1988 (2008, p. 193).

Como se observa no conceito do autor, os direitos sociais visam a igualdade social, através de uma ação positiva por parte do Estado para a concretização desses direitos.

Nas palavras de Bulos (2008, p. 404), os direitos fundamentais do ser humano são “[...] o conjunto de normas, princípios, prerrogativas, deveres e institutos inerentes à

soberania popular, que garantem a convivência pacífica, digna, livre e igualitária, independentemente de credo, raça, origem, cor, condição econômica ou status social”.

Desde o seu reconhecimento nas primeiras Constituições, os direitos fundamentais passaram por diversas transformações, tanto no que diz respeito ao seu conteúdo, quanto à sua titularidade, eficácia e efetividade (SARLET, 1998).

Os direitos fundamentais, encontrados no Título II da CRFB/1988, contemplam direitos de diversas dimensões, demonstrando estar em harmonia com a Declaração Universal dos Direitos do Homem de 1948, bem como com os principais pactos internacionais sobre Direitos Humanos (SARLET, 1998).

Autores, como Moraes (2008), Sarlet (1998), classificam os direitos fundamentais por seu reconhecimento constitucional em direitos fundamentais de primeira dimensão, chamados direitos de liberdade; os de segunda dimensão, conhecidos como os direitos sociais e; direitos de terceira dimensão, os direitos de fraternidade. Já Bobbio (1992) e Bonavides (2006), os classificam como direitos de primeira, segunda e terceira geração. Parece mais adequado a utilização do termo dimensões de direitos fundamentais, devido ao progresso desses direitos, em que uma fase não substituiria a anterior, mas uma dimensão complementar a outra. Já a expressão geração traria um entendimento de substituição gradativa (SARLET, 1998).

Os direitos de primeira dimensão, ou seja, os direitos da liberdade, direitos políticos e civis, foram os primeiros a constarem no ordenamento constitucional normativo na primeira metade do século XVIII. São direitos que possuem como titular o indivíduo, oponíveis perante o Estado. O Estado deve agir apenas como guardião das liberdades, sem interferir no relacionamento social e individual. São direitos negativos, segundo a classificação de Jellinek⁶, pois exige do estado um comportamento de abstenção de determinadas ações que ponham em risco a saúde dos indivíduos. São considerados direitos de primeira dimensão os direitos à vida, à liberdade, à propriedade e à igualdade (SIQUEIRA JR; OLIVEIRA, 2009).

⁶Jellinek “desenvolveu a teoria dos quatro *status* em que o indivíduo pode achar-se diante do Estado. Segundo a doutrina o indivíduo pode encontrar-se em posição de subordinação aos poderes públicos, caracterizando-se como detentor de deveres para com o Estado. Classifica-se aqui o *status passivo*. Noutras circunstâncias, faz-se necessário que o Estado não se intrometa na autodeterminação do indivíduo. Dotado de personalidade, impõe-se que os homens gozem de um espaço de liberdade de atuação, sem ingerências dos poderes públicos. Nesse caso, cogita-se do *status negativo*. Outra posição coloca o indivíduo em situação de exigir do Estado que atue positivamente em seu favor, através da oferta de bens e serviços, principalmente os essenciais à sobrevivência e sadia qualidade de vida da própria comunidade. Tem-se o *status positivo*. Por fim, tem-se o *status ativo*, em que o indivíduo desfruta de competências para influir sobre a formação da vontade estatal, correspondendo essa posição ao exercício dos direitos políticos, manifestados principalmente através do voto” (SOUZA, 2011, p.1).

Os direitos de segunda dimensão são os direitos sociais, culturais e econômicos, bem como os direitos coletivos ou da coletividade, que exigem do Estado uma prestação positiva, nem sempre realizados por insuficiência de recursos (BONAVIDES, 2006).

Esses direitos surgem no século XIX em meio a movimentos que reivindicavam a positivação dos direitos sociais, econômicos e culturais, questionando os direitos de liberdade, que eram usufruídos somente por uma pequena parcela da população, a classe burguesa, causando exclusões sociais (AITH, 2007).

É, contudo, no século XX que esses direitos fundamentais são consagrados em um significativo número de constituições, além de fazerem parte de diversos pactos internacionais. Os direitos de segunda dimensão abrangem, além dos direitos de cunho positivo, os direitos de liberdade social, tais como, direito de greve, sindicalização, entre outros, e direitos fundamentais dos trabalhadores, férias, repouso, salário, etc (SARLET, 1998).

Os direitos fundamentais de terceira dimensão são aqueles verificados pela tutela dos interesses difusos e coletivos, com altíssimo teor de humanismo e universalidade. São os chamados direitos da fraternidade ou solidariedade, que englobam o direito ao meio ambiente, qualidade de vida, à paz, ao desenvolvimento e o direito de comunicação, destinados a proteção de grupos humanos, desprendendo a ideia do indivíduo como seu titular, gerados pelo impacto tecnológico e pela descolonização do segundo pós-guerra, causando grandes reflexos nos direitos fundamentais. Os direitos de terceira dimensão são conhecidos como direitos da fraternidade ou solidariedade, por sua consequência universal, que exigem esforços e responsabilidade até mesmo mundial para sua efetivação (BONAVIDES, 2006; SARLET, 1998).

Os direitos de primeira dimensão encontram-se nos dispositivos da CRFB/1988 que acolheu os direitos à vida, liberdade e propriedade, bem como o princípio da igualdade e os direitos e garantias políticas. Os direitos de terceira dimensão requerem mais atenção quanto ao seu conteúdo no dispositivo da CRFB/1988, pois ainda é algo novo no sistema constitucional brasileiro, podendo, sobretudo ter sua aplicabilidade consoante ao artigo 5º, parágrafo 2º (SARLET, 1998).

Podemos, ainda, citar algumas características dos direitos fundamentais: a) historicidade: são históricos como qualquer direito, tem como base para sua fundamentação o direito natural do homem e vão se ampliando com o decorrer do tempo; b) inalienabilidade: trata-se de direitos que não podem ser alienados, transferidos, não se pode desfazer deles, uma vez que a ordem constitucional os garante a todos; c) imprescritibilidade: não pode ocorrer a prescrição para tais

direitos, são exigíveis a qualquer momento; d) irrenunciabilidade: não há a possibilidade de se renunciar os direitos fundamentais (SILVA, 2008, p. 181).

Foi a Constituição do Império do Brasil de 1824 que proclamou os direitos fundamentais de forma semelhante ao encontrado nos textos constitucionais dos Estados Unidos e da França. O artigo 179 garantia a inviolabilidade dos direitos civis e políticos dos cidadãos brasileiros, com base na liberdade, segurança individual e propriedade (BRASIL, 2010-B). O texto da Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1891, retoma o texto dos direitos fundamentais especificados na Constituição de 1824, mas com importantes acréscimos, como por exemplo, o reconhecimento do direito de reunião e associação, amplas garantias penais e o instituto do habeas corpus (BRASIL, 2010-M). A semelhança dos direitos fundamentais consagrados nas duas Constituições mencionadas segue nos textos das constituições posteriores, nos anos de 1934, 1937, 1946 e 1967 (MARTINS, 2008).

A Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1934 apontou o princípio da igualdade perante a lei, determinando que não houvesse privilégios e nem distinções entre as pessoas, independente de raça, sexo, classe social, religião e idéias políticas, manteve o habeas corpus, para proteção da liberdade, e instituiu o mandado de segurança, para defesa do direito, vedou a pena de prisão perpétua, proibiu a prisão por dívidas, multas ou custas, criou a assistência judiciária para os necessitados e as mulheres adquiriram o direito ao voto (BRASIL, 2010-C).

Já a Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 1937 “[...] assegurava aos brasileiros e estrangeiros residentes no País o direito à liberdade, à segurança individual e à propriedade”, nos termos do artigo 122. Manteve a vedação à prisão perpétua. Porém, muitas garantias individuais, até mesmo aquelas que não representavam risco algum, perderam sua efetividade (BRASIL, 2010-D). Por outro lado, a Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 1946, restaurou as garantias individuais e os direitos sociais foram ampliados, principalmente os que se referiam ao trabalhador. Assegurou, nos termos do artigo 141 e seus parágrafos, a inviolabilidade dos direitos concernentes à vida, à liberdade, a segurança individual e à propriedade aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País (BRASIL, 2010-E). O texto da Constituição do Brasil de 1967, nos mesmos termos da Constituição de 1946, garantiu aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade dos direitos concernentes à vida, à liberdade, à segurança e à propriedade, incluídos habeas corpus e o mandado de segurança (BRASIL, 2010-F).

Somente na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 que, pela primeira vez, percebe-se um tratamento de merecida relevância aos direitos fundamentais (SARLET, 1998). A CRFB/1988 faz referências aos direitos fundamentais em diversas partes do seu texto. Em seu artigo 5º traz um extenso rol de direitos e garantias individuais. Já no artigo 6º define sobre os direitos sociais a serem concretizados e, em seu artigo 7º, eleva o direito do trabalho ao nível constitucional, além de outros direitos e garantias, considerados também fundamentais, em diversos outros dispositivos (MARTINS, 2008).

1.2 Da saúde ao direito à saúde

A busca pela saúde é uma realidade presente desde os primórdios da humanidade, período em que as doenças eram explicadas de forma mitológica e os povos primitivos viam o doente como vítimas de demônios e espíritos malignos (FIGUEIREDO, 2007).

Foi na Grécia Antiga que houve o rompimento com a concepção mitológica, mágico-religiosa, trazendo o primeiro conceito de doença, através dos estudos de Hipócrates, cujas observações empíricas⁷ não se limitavam apenas ao paciente, mas também ao ambiente em que viviam e o tipo de vida que levavam (SCHWARTZ, 2001). Para Figueiredo (2007, p. 77-78), “Os rituais espíritas deram lugar ao uso de ervas e métodos naturais”.

Na passagem para a Idade Média houve um retrocesso da saúde, em face dos grandes surtos epidêmicos decorrentes de fatores como movimentos populacionais, conflitos militares e falta de higiene que alastraram graves doenças na população. A doença voltou a ser vista como um castigo divino, surgindo nesta época os hospitais, mais conhecidos como hospícios ou manicômios, utilizados para afastar os doentes do convívio social e das pessoas saudáveis (SCLIAR, 2005).

No século XVIII passou-se a considerar a razão como o único caminho para a sabedoria, não se admitindo mais explicações sobrenaturais para os fenômenos naturais que acometiam a humanidade, elevando o exercício da ciência médica que passou a empregar métodos científicos na descrição de doenças, bem como, em seu tratamento (DALLARI, 2003). Segundo Scliar (2005, p. 30), “No final do século XVIII a assistência pública passa a incluir a proteção à saúde entre as funções das atividades estatais, a saúde era conceituada

⁷Segundo Moacyr Scliar (2005) as observações empíricas são visões racionais da medicina, uma visão lógica, diferente da concepção mágico-religiosa, onde a doença tinha uma causa natural.

como a ausência de doenças”, adotando-se, assim, um modelo autoritário de proteção, conhecido como polícia sanitária, onde a intervenção do Estado influenciava o modo de viver e a educação das pessoas, para que pudesse ser resguardada a segurança sanitária (SCLIAR, 2005).

Neste mesmo período aparecem as primeiras leis que tratavam da higiene urbana, do estabelecimento insalubre e do controle sanitário de fronteiras. A vigilância sanitária relacionada ao Estado era puramente interesse da burguesia⁸, para qual a preocupação com a segurança era individual, condição do Estado de Direito (DALLARI, 2003)

Na primeira metade do século XIX o processo de industrialização acarretou grande movimento de urbanização, com a migração da população rural para os centros urbanos e com o acúmulo de pessoas no mesmo ambiente, causando grandes proliferações de doenças, fazendo-se necessária melhores condições sanitárias (MARTINS, 2008).

Somente na metade do século XIX a higiene passa a ser um saber social, preocupada com a sociedade, a saúde pública se torna uma preocupação política. Admite-se que o problema de saúde estava relacionado diretamente ao modo de vida das pessoas. Assim, a saúde da população mais pobre passa a ser uma preocupação nacional e a prevenção se torna um objetivo político e social (DALLARI, 2003).

Nesse sentido, a vacinação e a descoberta de Pasteur, com o posterior isolamento do germe, provoca uma verdadeira revolução na prevenção de moléstias, pois proteger contra a infecção permite simplificar a precaução. São criados os Comitês de Vacinação e se verifica que, politicamente, o risco de contrair doenças se sobrepõe ao da própria moléstia, transformando-a de episódio individual em objetivo coletivo, principalmente por meio da disseminação dos meios estatísticos na avaliação da saúde (DALLARI, 2003, p. 42).

O início do século XX encontra instaurada a proteção sanitária como política de governo. Surgem algumas formas de prevenção que se preocupam com a eliminação das causas e as condições com que aparecem as doenças, buscando impedir o aparecimento de determinada enfermidade, por meio da vacinação, dos controles de saúde, com vistas, ainda, a limitar que a doença se torne crônica ou que a mesma retorne (DALLARI, 2003).

Engels, estudando as condições de vida de trabalhadores na Inglaterra, concluiu que a cidade, o tipo de vida de seus trabalhadores e os seus ambientes de trabalho eram os principais responsáveis pelo nível de saúde das pessoas. Como a prevenção sanitária era um

⁸ Classe social que surgiu depois que o comércio e a indústria ganham os mares, com a passagem da economia urbana para a economia nacional, com o comércio de mercadorias e prestação de serviços (atividade financeira) (BONAVIDES, 2001, p. 67).

dos objetivos do desenvolvimento do Estado, a seguridade social englobava ainda os sistemas de assistência, previdência e saúde pública (ENGELS, 1985; DALLARI, 2003).

Para Dallari (2003), os últimos anos do século XX revelam uma nova concepção da saúde pública, influenciada pelo fracasso das políticas de prevenção intituladas pelo Estado ou pelo fato de ter constatado que o comportamento individual é importante para a saúde. Assim, a prevenção sanitária fornecida pelo Estado estabelece a sua prioridade, não mais em virtude dos dados epidemiológicos, mas, em decorrência da análise econômica de custo/benefício. Segundo o autor, “[...] isso, por vezes, acaba implicando a ausência de prevenção, elemento historicamente essencial ao conceito de saúde pública” (DALLARI, 2003, p. 43).

O reconhecimento de que a saúde de uma sociedade esta relacionada ao comportamento humano, bem como, ao modo e às condições de vida, ficou totalmente esclarecido com o término da Segunda Guerra Mundial. Aos sobreviventes dessa guerra não restou alternativa senão reconstruir e buscar garantias de alguns direitos essenciais à sobrevivência do ser humano. Considerada o primeiro princípio para a felicidade, a saúde torna-se objeto da Organização Mundial da Saúde (OMS) (DALLARI, 2003).

Em 1946, o preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde alarga o conceito de saúde dizendo que “[...] a saúde não é apenas cura e prevenção, mas também é bem-estar físico, mental e social” (ONU, 2011) e entra, ainda, na chamada proteção da saúde, superando a ideia de saúde como mera ausência de doenças, contemplando uma visão de saúde associada à qualidade de vida, recuperando os trabalhos realizados dos estudiosos Hipócrates, Paracelso e Engels. Tal conceito recebeu diversas críticas, por ser considerado um conceito irreal, pois o estado de completo bem-estar-físico seria difícil de alcançar, utópico, não concretizável (SCHWARTZ, 2001; FIGUEIREDO, 2007).

Vários são os documentos internacionais que relacionam a importância do direito à saúde. Cabe destacar a Declaração de Direitos Humanos de 1948, pioneira com a revisão expressa do direito à saúde, que em seu artigo 25 elenca a saúde como elemento da cidadania:

Artigo XXV

1. Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle.
2. A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozarão da mesma proteção social (ONU, 2010).

Todavia, ganhou força vinculante apenas em 1966, com a assinatura do Pacto dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais ratificado pelo Brasil.

Artigo 12 - 1. Os Estados-partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental.
2. As medidas que os Estados-partes no presente Pacto deverão adotar, com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito, incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar:
a) A diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento das crianças.
b) A melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente.
c) A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças.
d) A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade (BRASIL, 2010-K).

Dallari (2003) verifica a amplitude que os conceitos internacionais dão ao conceito de saúde, ressaltando o princípio da dignidade da pessoa humana e não esquecendo o direito à igualdade.

Pode-se verificar que o conceito de saúde adotado nos documentos internacionais relativos aos direitos humanos é o mais amplo possível, abrangendo desde a típica face individual do direito subjetivo à assistência médica em caso de doença, até a constatação da necessidade do direito do Estado ao desenvolvimento, personificada no direito a um nível de vida adequado à manutenção da dignidade humana. Isso sem esquecer-se do direito à igualdade, implícito nas ações de saúde de caráter coletivo tendentes a prevenir e tratar epidemias ou endemias, por exemplo (DALLARI, 2003, p. 47).

A dignidade da pessoa humana é uma qualidade de todo ser humano, de caráter irrenunciável e inalienável, com respeito recíproco à vida. Além disso, a dignidade da pessoa humana é um dos princípios que fundamenta a República Federativa do Brasil, conforme preceitua o artigo 1º, inciso III da CRFB/1988 (FIGUEIREDO, 2007).

Segundo Fernando Aith, a proteção da dignidade da pessoa humana representa um dos fundamentos do Estado brasileiro, o que permite qualificá-lo como princípio matricial do direito, visto que dele derivam outros princípios protetores dos direitos humanos fundamentais (2007).

Carvalho (2006, p. 651) afirma que “O direito à saúde, assim como o direito à educação, à assistência social e à previdência social, são direitos impostos pela CRFB/1988, devem ser respeitados, pois fazem parte dos direitos fundamentais para a eficácia da dignidade humana”.

A CRFB/1988 consagra o direito fundamental à saúde no artigo 6º e artigo 196. Segundo o artigo 6º “São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a

segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 2010-A). Já o artigo 196, prescreve que “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” (BRASIL, 2010-A).

Atualmente a humanidade não hesita em alegar que a saúde é um direito humano e como tal exige a atuação do Estado, seja para implementar e planejar as políticas públicas, seja por meio do Poder Judiciário. “Assim, o administrador público deve agir guiado por uma série de leis orientadas para o perfazimento do interesse público que, no que respeita aos cuidados sanitários, delimitam os objetivos da atuação do Estado na área da saúde e os meios a serem empregados para atingi-los” (DALLARI, 2003, p.47).

1.3 O direito a saúde nas constituições brasileiras

Antes de estudarmos o direito à saúde na CRFB/88, torna-se importante realizar um breve relato histórico do direito à saúde nas constituições brasileiras anteriores.

1.3.1 Da Constituição Imperial à Constituição de 1967

A Constituição Política do Império do Brasil de 25 de Março de 1824, jurada por Dom Pedro I, trouxe algumas inovações no aspecto social, todavia, em seu texto constitucional, em momento algum incluiu dispositivo relacionado à saúde (BRASIL, 2010-B). Nesta época, recentemente declarada sua independência, o Brasil iniciava a construção de uma nova sociedade. A saúde era tratada como algo divino e não cabia ao estado interferir (SCHWARTZ, 2001).

No título 8º da Constituição Imperial, que tratava das disposições gerais e das garantias dos direitos civis e políticos dos cidadãos brasileiros, estabelecia o artigo 179 que a inviolabilidade dos direitos civis dos cidadãos brasileiros seria garantida pela Constituição do Império com base na liberdade, segurança e propriedade, garantindo também socorros públicos (BRASIL, 2010-B). A expressão “socorros públicos” tratava das situações especiais

de calamidade pública. O Estado não tinha nenhuma responsabilidade constitucionalmente definida sobre a saúde (COSTA, 2003).

A Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1891, promulgada em Congresso Constituinte, não fez qualquer referência em seu texto ao direito à saúde e foi considerada um retrocesso quanto aos direitos sociais, em relação à Constituição do império. Já a Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1934, promulgada por Assembléia Nacional Constituinte, inaugurou um Estado Social brasileiro, localizando em seu texto, algumas preocupações sanitárias (SCHWARTZ, 2001).

Esta Constituição, em seu artigo 10, inciso II, conferia a competência concorrentemente da União e dos Estados para cuidar da Saúde e da Assistência Pública. No título IV, da ordem econômica e social, em seu artigo 121, alínea “h”, promovia a assistência médica e sanitária ao trabalhador e à gestante, bem como a instituição de previdência, mediante contribuição do empregado e empregador, para a velhice, invalidez, maternidade e acidentes de trabalho ou morte. Em seu artigo 138, alínea “f” e “g” incumbia à União, Estados e Municípios adotar medidas legislativas e administrativas para restringir a mortalidade e a morbidade infantil, cuidar da higiene social, para impedir a propagação de doenças transmissíveis, cuidar da higiene mental e incentivara a luta contra os venenos sociais (BRASIL, 2010-C).

A Constituição de 1934 teve curtíssima duração, durando somente três anos, sendo então, substituída pela Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 1937, decretada por Getúlio Vargas, que em seu artigo 16, inciso XXVII declarava que “Compete privativamente à União o poder de legislar sobre as seguintes matérias, normas fundamentais da defesa e proteção da saúde, especialmente da saúde da criança” (BRASIL, 2010-D). O artigo 18, caput autorizava os Estados a legislar, caso houvesse lei federal sobre a matéria, para suprir as deficiências ou atender as peculiaridades locais. A alínea “c” do mesmo artigo autorizava os Estados a legislar sobre os seguintes assuntos: “assistência pública, obras e higiene popular, casas de saúde, clínicas, estações de clima e fonte medicinais”. O artigo 137 demonstra ainda a preocupação com o trabalhador e a mulher grávida, já mencionada na Constituição de 1934. A alínea I do artigo 137 consagrava a assistência médica e higiênica ao trabalhador e à gestante (BRASIL, 2010-D).

A Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 1946, promulgada pela Mesa da Assembléia Constituinte, em se tratando de saúde, determinava no seu artigo 5º a competência da União para legislar sobre normas gerais de defesa e proteção à saúde. Apesar do artigo 5º trazer a competência federal, o artigo 6º não excluía a competência estadual supletiva ou

complementar em legislar sobre a matéria. O artigo 157, inciso XV também se preocupou com a saúde do trabalhador, trazendo a assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva (BRASIL, 2010-E).

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1967, promulgada pelo Congresso Nacional durante o período da ditadura militar, em seu artigo 8º, inciso XIV estabeleceu a competência da União em cuidar dos planos nacionais de educação e de saúde. Ainda em seu inciso XVII trazia a competência da União para legislar sobre a defesa e proteção da saúde. Apesar da competência estabelecida à União, o parágrafo 2º não excluiu a competência dos Estados em legislar sobre as matérias do inciso XVII, respeitando para tanto a lei federal. Já o artigo 158 assegurava aos trabalhadores o direito a higiene, assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva (BRASIL, 2010-F).

Analisando as Constituições brasileiras anteriores, pode-se ressaltar que o conceito e a extensão do direito à saúde eram reduzidos à simples e restrita assistência médica.

1.3.2 O direito à saúde na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988

O direito fundamental à saúde foi positivado na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 no rol dos direitos sociais, que exigem do Estado prestações de caráter prático para sua efetivação. Nas palavras Moraes os direitos sociais são:

Direitos fundamentais do homem, caracterizando-se como verdadeiras liberdades positivas, de observância obrigatória em um Estado Social de Direito, tendo por finalidade a melhoria de condições de vida aos hipossuficientes, visando à concretização da igualdade social, e são consagrados como fundamentos do Estado Democrático, pelo art. 1º, IV da CRFB/1988 (2008, p. 193).

Além de estabelecer o direito à saúde no artigo 196, como um direito social, a CRFB/1988 no artigo 5º, caput, estabelece que o direito a saúde possua como titulares brasileiros e estrangeiros residentes no Brasil e, como um direito fundamental, possui aplicação imediata, conforme preceitua o parágrafo 1º do mesmo artigo:

Art. 5º - Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: [...]

§ 1º - As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata [...] (BRASIL, 2010-A).

Com a finalidade de tornar as ações e serviços públicos de saúde mais próximos da população e capazes de atender às suas necessidades, surge uma rede regionalizada e hierarquizada constituída de um sistema único disposto no artigo 198, ao qual foram destinadas várias funções, que se encontram elencadas no artigo 200 da CRFB/1988. Elas estabelecem um campo de atuação referente a fatores que sejam capazes de influenciar direta ou indiretamente a saúde da população, tais como o meio ambiente, a fiscalização de alimentos e a vigilância sanitária (BRASIL, 2010-A).

A CRFB/1988 em seu artigo 197 afirma que as ações e serviços de saúde, são de relevância pública, cabendo ao poder público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle. O artigo 24, inciso XII e artigo 30, inciso VII, estabelecem a competência para legislar sobre a proteção e defesa da saúde, que será exercida concorrentemente pela União, os Estados e os Municípios. No artigo 24, parágrafos 1º e 2º, os Estados podem complementar a legislação federal especificando as generalidades dos diplomas legislativos (BRASIL, 2010-A).

Examinado, por outro lado, seus aspectos sociais, o direito à saúde privilegia a igualdade. As limitações aos comportamentos humanos são postas exatamente para que todos possam usufruir igualmente as vantagens da vida em sociedade. É claro que, enquanto direito coletivo, a saúde depende igualmente do estágio de desenvolvimento do Estado. Apenas o Estado que tiver o seu direito ao desenvolvimento reconhecido poderá garantir as mesmas medidas de proteção e iguais cuidados para a recuperação da saúde para toda a população (SCHWARTZ, 2001).

No que se refere ao princípio da igualdade, Moraes considera que o direito à igualdade de todos os cidadãos relaciona-se a ter o direito de tratamento idêntico pela lei, não se admitindo diferenciações arbitrárias e discriminações absurdas, “[...] pois o tratamento desigual dos casos desiguais, na medida em que se desiguam, é exigência tradicional do próprio conceito de justiça, pois o que realmente protege são certas finalidades [...]”(2008, p. 36). Segundo Bulos, a igualdade constitucional é mais do que um direito, “[...] é um princípio, uma regra de ouro, que serve de diretriz interpretativa para as demais normas constitucionais” (2008, p. 417).

A saúde está ligada diretamente a vida, pois não há que se falar em vida digna sem saúde. Com a CRFB/1988, a saúde aparece como meio de vida, justificando assim a necessidade da efetivação do direito à saúde (SCHWARTZ, 2001). Como enfatiza José

Afonso da Silva “[...] de nada adiantaria a CRFB/1988 assegurar outros direitos fundamentais como a igualdade, a intimidade, a liberdade, o bem estar, se não erigisse a vida humana num desses direitos” (2008, p. 201).

A CRFB/1988 consagra ainda o direito à liberdade como direito fundamental do homem, o que implica aos membros da sociedade o dever de agirem segundo a lei, uma vez que não existe liberdade fora da lei. Nesse sentido, a CFRB/1988, com o intuito de garantir a liberdade de ação prescreve o princípio da legalidade, no artigo 5º, inciso II ao afirmar que “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei; [...]” (BRASIL, 2010-A). Desta forma, percebe-se que o princípio da liberdade esta ligado ao princípio da legalidade, uma vez que a legalidade impõe norma de conduta para uma vida em sociedade harmônica e digna.

Aith, ao analisar o princípio da liberdade, afirma que “A liberdade é um princípio fundamental que rege as ações e serviços de saúde. Entretanto, essa liberdade poderá ser limitada sempre que houver motivos de interesse público que exijam sua limitação em benefício da coletividade, da sociedade [...]” (2007, p. 195).

1.4 A regulamentação do direito à saúde

Buscando garantir o direito à saúde como direito de todos e dever do estado, mediante políticas sociais e econômicas, a CRFB/1988 em seu artigo 198 traz o Sistema Único de Saúde (SUS), através do qual as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, atuante em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 2010-A).

O Sistema Único de Saúde – SUS é o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política. Compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e aglutina o conjunto das organizações públicas existentes no âmbito municipal, estadual e nacional, e ainda os serviços privados de saúde aos usuários que o integram funcionalmente para a prestação de serviços aos usuários do sistema, de forma complementar, quando contratados ou conveniados para tal fim (VASCONCELOS; PASCHE, 2008, p. 531).

O Sistema Único de Saúde é resultado de propostas de Reforma Sanitária⁹, em demonstração ao inapto sistema anterior vigente. As ações de saúde eram até então desenvolvidas quase que exclusivamente pelo Ministério da Saúde. A assistência médica era prestada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), entretanto, esse sistema não era universal e beneficiava somente os trabalhadores formais, segurados da Previdência Social. Diante disso, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi considerado uma grande evolução entre as políticas sociais instituídas pela CRFB/1988 (FIGUEIREDO, 2007).

Uma realização importante do processo político da Reforma Sanitária foi a inserção no texto constitucional da saúde como direito de cidadania e dever do Estado, operando uma ruptura com o padrão de política social anterior, que dava aos brasileiros um atendimento diferenciado, excluindo-os de usufruir os serviços públicos, mudando o conceito até então adotado, de que saúde era entendida como a ausência de doença (VASCONCELOS; PASCHE, 2008).

Até os anos oitenta, a saúde era tratada como um complemento dos benefícios da Previdência Social. Neste mesmo período instituiu-se no país um sistema múltiplo de saúde que nunca se integrou à implementação da política de saúde, pois cada serviço atendia a uma clientela específica, segundo a contribuição de cada um. Mesmo com a criação do Ministério da Saúde, a saúde ainda permaneceu dividida em setores e não em ações de serviços (MARSIGLIA; SILVEIRA; CARNEIRO JUNIOR, 2007).

Os fundamentos legais do SUS estão explicitados na CRFB/1988, nas constituições estaduais e nas leis orgânicas dos municípios. A regulamentação foi feita pelas Leis nº. 8.080 e nº. 8.142, ambas sancionadas em 1990, que detalham a organização e funcionamento do sistema (VASCONCELOS; PASCHE, 2008).

A Lei nº. 8080 de 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica da Saúde, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e, ainda, a organização e o funcionamento do SUS. Esta Lei regula em todo o território nacional as ações e os serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado (BRASIL, 2010-G).

Aprovada em 28 de dezembro de 1990, a Lei nº. 8.142 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências

⁹ Processo político que mobilizou a sociedade brasileira para propor novas políticas e modelos de organização de sistema, serviços e práticas de saúde, defendida por movimentos sociais (VASCONCELOS; PASCHE, 2008, p. 531).

intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde. Além disso, define os principais instrumentos de gestão e o controle social para o Sistema de Saúde (BRASIL, 2010-H).

As leis acima citadas definem ainda as competências entre os entes federados, federal, estadual e municipal, estabelecendo critérios de repasses financeiros e definindo programas e ações, que vem sendo aperfeiçoados por meio das Normas Operacionais Básicas (NOB) editadas nos anos de 1991, 1993 e 1996 (MARSIGLIA; SILVEIRA; CARNEIRO JUNIOR, 2007).

As Normas Operacionais Básicas são instrumentos que regulamentam o SUS, fazendo-se aplicar os princípios e as diretrizes do Sistema positivados na CRFB/1988 e nas Leis nº. 8.080/90 e 8.142/90, favorecendo mudanças essenciais no modelo de atenção à saúde no Brasil (BRASIL, 2010-J). Os princípios e as diretrizes formam a base para a reorganização do sistema, dos serviços e das práticas de saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2008).

Neste sentido, os princípios que conferem ampla legitimidade ao sistema são a universalidade, a integralidade e a equidade. A universalidade assegura o direito à saúde a todos os cidadãos e o acesso sem discriminação ao conjunto das ações e serviços de saúde ofertados pelo sistema. A integralidade considera os problemas de saúde-doença que afetam os indivíduos e a coletividade e pressupõe a prestação continuada do conjunto de ações e serviços com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, visando garantir a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação dos indivíduos e dos coletivos. Já a equidade visa o acesso igualitário aos desiguais, devendo o Estado investir onde a necessidade de ações e serviços de saúde é maior (SCHWARTZ, 2001).

Para Vasconcelos e Pasche, “[...]as diretrizes organizativas do sistema são a descentralização, a regionalização, a hierarquização, o atendimento integral e a participação comunitária” (2008, p. 531).

A descentralização atribui aos municípios a responsabilidade pelas prestações diretas das ações e serviços de saúde. Assim, um único gestor em cada espaço político seria responsável pela administração das ações e serviços de saúde, cabendo ao secretário municipal de saúde no âmbito do município, ao secretário estadual no âmbito do Estado e ao ministro da Saúde no âmbito da União (VASCONCELOS; PASCHE, 2008).

O processo de descentralização em saúde no Brasil envolve não apenas a transferência de serviços, mas também a cooperação financeira com órgãos das esferas federal, estadual e municipal, e de entidades públicas e privadas. O emprego dessa forma de descentralização melhora a utilização dos recursos e permite identificar as necessidades de

cada comunidade, para que possa garantir a continuidade do serviço de saúde (BRASIL, 2010-H).

A hierarquização busca ordenar o acesso ao serviço de saúde de forma crescente, a partir dos níveis de atenção mais simples até aos mais complexos, de modo que regule o acesso aos serviços mais especializados, considerando que os serviços mais simples de saúde são os de uso mais frequente (SCHWARTZ, 2001).

O atendimento integral, determina que as ações e serviços de saúde devem ser considerados como um todo, atuando de modo harmônico e contínuo, para que se garanta a continuidade do cuidado aos usuários (SCHWARTZ, 2001; FIGUEIREDO, 2007).

A participação comunitária assegurada pela CRFB/1988 e regulada pela Lei nº. 8.142/90, ocorre mediante a participação dos segmentos sociais organizados nas Conferências e nos Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo, e através da participação em colegiados de gestão nos serviços de saúde (BRASIL, 2010-H).

Os Conselhos de Saúde, instituídos no artigo 1º, parágrafo 2º, da referida Lei, atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, tendo uma atuação independente do governo, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, possibilitando a negociação de propostas e o direcionamento de recursos para diferentes prioridades. Já as Conferências de Saúde avalia a situação da saúde e propõe as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes (BRASIL, 2010-H).

Neste passo, o SUS tem como objetivo principal formular e implementar a política de saúde nacional que visem a redução de riscos de doenças e agravos à saúde da população e assegurar acesso universal e igualitário às ações e serviços assistenciais para garantir atenção integral à saúde (BRASIL, 2010-G)

A atuação do sistema abrange um conjunto de serviços e ações que se encontram elencadas no artigo 200 da CRFB/1988, bem como, nos diplomas legais, especialmente as Leis nº. 8.080/90 e 8.142/90.

Art.200 - Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

- V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 2010-A).

O SUS, criado pela CRFB/1988 e regulamentado pela Lei nº. 8.080/90 e pela Lei nº. 8142/90 é construído socialmente. Os princípios do SUS fixados pela CRFB/1988 e detalhados pela Lei Orgânica de Saúde, são resultados de um longo período histórico e social, que buscava interferir nas condições de saúde e sua assistência à população brasileira (SANTOS; REHEM, 2007).

Portanto, a atuação estatal desenvolve-se por intermédio do SUS, um sistema jurídico que tem por objetivo superar as carências de ações de saúde no país, observando a CRFB/1988. Apesar das desigualdades sociais que fazem com que o acesso e o consumo de ações e serviços de saúde tenham um padrão diferenciado, verificamos que o SUS representou uma grande transformação na organização de saúde pública.

O direito à saúde deve estar ligado a muitas outras ações e serviços que, prestadas de forma positiva através do Estado, garantam seu efetivo cumprimento no real significado de proporcionar à todos o bem estar físico, psíquico e social, não sendo diferente com relação a saúde mental (DALLARI, 2003).

Por ser um estudo ligado à garantia da saúde tendo como referência os dependentes de álcool e drogas após a reforma psiquiátrica brasileira serão abordados no próximo capítulo, os transtornos e as conseqüências causados pelo uso dessas substâncias no sistema nervoso central (cérebro).

2 AS SUBSTÂNCIAS ENTORPECENTES CAUSADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS.

A discussão sobre o tratamento dos dependentes de álcool e drogas é muito recente. Somente a partir da segunda metade do século XX a dependência começa a ganhar características de transtorno mental. Atualmente, a dependência é conceituada como uma doença que possui uma causa ligada ao funcionamento cerebral, manifestada através de sinais e sintomas específicos.

O objetivo deste capítulo é apontar distúrbios físicos e psicológicos causados pelo consumo de álcool e drogas, analisado no contexto histórico da psiquiatria e, conseqüentemente, das doenças mentais.

2.1 Psiquiatria e saúde mental: apontamentos doutrinários.

O tratamento da pessoa doente mental nem sempre foi visto sobre o olhar médico, antes disso, era considerado pela humanidade uma manifestação do ser humano. A história da saúde mental pode ser definida como a história das diversas interpretações da loucura que são levadas ao fim nas distintas épocas de acordo com os diferentes modelos vigentes de saúde naquele momento, tanto no que se refere a sua descrição e aplicação como em seu tratamento (LINO, 2006).

A crise religiosa, na Idade Média, origina a intolerância com os doentes mentais, os mais frágeis e as mulheres. A Igreja começa a acreditar que os loucos eram possuídos por demônios e contrariavam os ideais cristãos. Nesse cenário os perturbados passam a ser alvo de preconceito, exclusão e intolerância. O tratamento decorria da magia, da invocação dos poderes celestiais e do exorcismo dos demônios, utilizando castigos físicos e outras punições (COSTA, 2003).

Na antiguidade, onde não havia ainda o conceito de doença mental e tratamento, os mentalmente doentes eram discriminados e isolados dos seus afazeres e da família. As pessoas consideradas um perigo para a sociedade recebiam cuidados como alimentos,

vestimenta e encontravam abrigo para dormir, uma vez que os princípios religiosos falavam da importância de auxiliar os necessitados (LINO, 2006).

Na Grécia Antiga se acreditava que o comportamento anormal era decorrente de poderes sobrenaturais, maus espíritos e demônios. A primeira tentativa de explicar o comportamento anormal ocorreu com Hipócrates, conhecido como o pai da medicina moderna, quando afirmou ser o cérebro a causa dos transtornos comportamentais anormais. Hipócrates foi pioneiro ao afirmar que a Epilepsia era uma doença cerebral, e a cura das doenças se daria com a participação da própria natureza, tendo os médicos o papel de meros assistentes nos processos de cura. Para ele o cérebro era o órgão central e principal do corpo humano, de onde derivavam os pensamentos e as emoções. Foi o pioneiro nas classificações das doenças mentais o “Corpus Hippocraticum” inclui descrições de moléstias identificáveis como melancolia, psicose pós-parto, fobias, delirium tóxico, demência senil e histeria (ADNET, 2009).

Já o médico romano Galeno atribuía ao cérebro o papel controlador dos fenômenos mentais. Dizia que os sintomas físicos não eram originários somente das alterações orgânicas (SPADINI; SOUZA, 2010).

Durante o período medieval a possessão demoníaca vivida na Grécia antiga voltou a ser revivida. Prevalciam as explicações místicas-religiosas para as elucidações da origem dos transtornos mentais, sendo absolvidas as abordagens naturalistas realizadas por Hipócrates. Os doentes mentais eram rotulados como bruxas (us) e a inquisição da Igreja Católica os queimava e torturava, sob a alegação de expulsar os demônios de seus corpos (LARANJEIRA; NICASTRI, 1996).

No século XVI, com o advento do Racionalismo o comportamento anormal deixa de pertencer ao âmbito das forças sobrenaturais e passa-se a considerar os doentes mentais como seres perturbados, que ignoravam a moral, desprovido de razão, sem capacidade de raciocínio lógico e que precisavam de atendimento, não de exorcismo e condenação. Já no século XVII, a população era considerada o bem maior de uma nação, devido ao lucro que poderia trazer. Portanto, todos aqueles que não contribuía com a produção, comércio e consumo da cidade, eram confinados em asilos, verdadeiras prisões, em assombrosas condições (HOLMES, 2001; FOUCAULT, 1978).

Com os avanços das correntes racionalistas e a legitimação da medicina enquanto campo técnico e profissional, a loucura começa a ser compreendida como uma doença orgânica, esse mesmo processo ocorre também com a dependência de álcool e drogas, caracterizada como doença a partir de 1893 (AMARANTE, 1994).

Somente no final do século XVIII, mais precisamente em 1793, é que Philippe Pinel, médico francês, ao dirigir o hospital de Bicêtre, na França, define um novo status social para o comportamento anormal, ele acreditava que a loucura era um distúrbio do sistema nervoso central. Com os estudos de Pinel houve o primeiro grande passo para o progresso científico da Psiquiatria, o qual instituiu reformas humanitárias para o cuidado com os doentes mentais, libertando-os das correntes. A partir de então a loucura passa a ser sinônimo de doença mental. Os asilos foram substituídos por manicômios, destinados somente aos doentes mentais, pois para Pinel a doença mental estabelecia um problema social e o tratamento proposto por ele era o isolamento terapêutico do mundo exterior, como maneira de romper com influência da família e da sociedade (COSTA, 2003; HOLMES 2001; ADNET, 2009).

Porém, o tratamento moral de Pinel foi alvo de intensa crítica dos defensores das formas de tratamento não violentas. Surgindo no final do século XIX a proliferação de instituição asilar e manicômios longe dos grandes centros onde os loucos pudessem circular com mais liberdade, podendo ser tratados e recuperados (COSTA, 2003).

Na Inglaterra aproximadamente na mesma época, William Tuke abre um retiro para pacientes em uma propriedade rural. Suas abordagens partiam do pressuposto de que repouso, ar fresco e exposição a natureza tinham importância terapêutica. No século XIX, Dorothea Dix, professora, lutou por melhoras nas condições dos locais que abrigavam os doentes mentais nos Estados Unidos (HOLMES, 2001).

A partir de meados do século XIX, a doença mental passou a ser objeto de estudo e investigação, particularmente na Europa. O médico alemão Emil Kraepelin descreveu, classificou e investigou as causas e o curso dos principais transtornos mentais (LARANJEIRA; NICASTRI, 1996).

Nas palavras do médico psiquiatra Eduardo Adnet,

No caminho do grande desenvolvimento científico do século XIX, a medicina se firmou como uma ciência. A psiquiatria veio a se firmar como ciência médica algumas décadas mais tarde. A psiquiatria acompanhou, em ritmo mais lento do que outras especialidades, o desenvolvimento da Medicina como ciência. Porém, devido ao complexo objeto da Psiquiatria, a mente humana, houve uma mescla temporária científico-filosófica da Psiquiatria com a Psicologia, esta última surgida da filosofia em meados do século XIX (2009, p. 2).

Ainda na segunda metade do século XIX, houve uma nova forma de tratamento mental e foram criados hospitais para doenças nervosas, onde se ensinava Neurologia e Psiquiatria. Surge uma nova corrente fortemente baseada em Neuroanatomia e Neuropatologia. Surgem os neuropsiquiatras, que utilizavam os dados vindos do plano

clínico, anatômico, fisiológico, histológico e neurocirúrgico, tentando demonstrar a localização cerebral de funções sensoriais e motoras, cada vez mais apoiadas pela experimentação (LARANJEIRA; NICASTRI, 1996).

Porém, com a atuação do médico Sigmund Freud¹⁰, médico austríaco, a psicologia foi procurando, nas décadas ulteriores, a criação de um modelo próprio, o qual, atualmente, encontra-se nitidamente isolado da medicina psiquiátrica. Freud dizia que se manifestava no ser humano um inconsciente que o levava a outra dimensão, colocando o homem no centro da atenção psiquiátrica, resultando na psicanálise. Nesta época, surgiu uma classificação para as neuroses que eram divididas em: ansiedades, fobias e obsessões. Apesar da contribuição de Freud, o método de tratamento de Pínel ainda permanecia (LARANJEIRA; NICASTRI, 1996; SPADINI; SOUZA, 2010).

Durante o século XX, os psiquiatras vão buscar as explicações nas desordens do comportamento, da afetividade e do pensamento em causas físicas como as lesões ou modificações da matéria cerebral. Esta orientação organicista resultou da transferência de conceitos e métodos considerados úteis no tratamento das doenças físicas para o campo dos distúrbios emocionais e comportamentais (LINO, 2006).

Enquanto as ideias de Freud se espalhavam rapidamente, nenhum tratamento biológico foi desenvolvido a partir das ideias de Kraepelin (ADNET, 2009; LARANJEIRA; NICASTRI, 1996).

A influência da psicanálise na psiquiatria perdurou até o advento dos psicofármacos, quando John Cade, em meados do século XX, na Austrália, apresentou a os medicamentos psicotrópicos de eficácia incontestável. Tais medicamentos trouxeram uma nova forma de tratamento aos doentes mentais, tornando a reintegração social dos pacientes hospitalizados uma possibilidade concreta (ADNET, 2009).

A partir da década de 60/70 o tratamento dos doentes mentais migrou dos asilo/manicômios para os ambulatórios e em alguns lugares para a comunidade. Um dos objetivos da psiquiatria passou a ser a reinserção do paciente na sociedade. No mundo ocidental, surgiram movimentos, ideológicos e políticos, que questionavam a existência da

¹⁰ “Freud, após anos de observação e tratamento de pacientes, desenvolveu uma teoria da mente humana e um método sistemático de tratamento psicológico, a psicanálise, Face à relativa limitação dos recursos terapêuticos que caracterizavam a psiquiatria da época, o advento de um método de tratamento fundamentado em uma teoria para a origem dos distúrbios mentais teve grande repercussão na especialidade” (LARANJEIRA; NICASTRI, 1996).

doença mental, e com isso a psiquiatria. Contudo, o movimento serviu de estímulo para que a psiquiatria se renovasse (LARANJEIRA; NICASTRI, 1996).

Paralelamente à ascendência, apogeu e declínio da psicanálise, a psiquiatria continuou a seguir seu rumo no sentido de seu firme e irreversível lugar entre as especialidades médicas, seguindo o modelo das ciências naturais. Hoje a Psiquiatria já habita seu próprio território no mundo da medicina: a Ciência Psiquiátrica (ADNET, 2009, p. 3).

Ao longo do século XX buscou-se o desenvolvimento de outras formas e modelos de tratamento para os doentes mentais, buscando alterar o modelo de Pinel, até então utilizado. Dentre os vários modelos implementados apenas o último conseguiu romper o modelo anterior. O psiquiatra italiano Franco Basaglia conseguiu superar o modelo carcerário e substituí-lo por uma rede diversificada de Serviços de Atenção Diária em Saúde Mental de Base Territorial e Comunitária e o hospício pineliano passou a ser uma página virada da história (COSTA, 2003).

Em 1913 Karl Jaspers elaborou uma classificação para a avaliação dos transtornos mentais e o diferenciava em três formas de transtornos quais sejam: distúrbios orgânicos, que são as doenças cerebrais, doenças corporais com psicoses sintomáticas, como infecções e doenças endócrinas, e envenenamento ou intoxicações, devido ao uso do álcool, morfina, maconha, etc. As psicoses graves, como epilepsia, esquizofrenia, distúrbios maníaco-depressivos. E por último as psicopatias ou neuroses, como transtorno do pânico, medos (fobias), transtornos da ansiedade entre outras, e as personalidades anormais e seu desenvolvimento. Essa forma de classificação limitou o transtorno mental somente a pessoa, não levando em consideração o fator social (BALLONE, 2011).

Esse sistema começou a ser modificado com a classificação diagnóstica das doenças psiquiátrica mais utilizada no serviço de saúde e na pesquisa, até os dias atuais, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais - DSM IV e a Classificação Internacional de Doenças - CID-10 (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2003; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

2.2 Transtornos mentais e Sistema Nervoso Central

2.2.1 Sistema nervoso central

Na história da humanidade, fenômenos como o pensamento, a memória, os sentidos e a inteligência sempre intrigaram o homem, instigando-o a buscar uma explicação de como ocorrem tais processos. Com o advento da ciência descobre-se que o cérebro é a mais complexa parte do corpo humano.

O sistema nervoso compreende na verdade, três sistemas ou componentes divididos pela anatomia e pela função. O sistema nervoso central, SNC, está no centro da estrutura e do funcionamento do corpo. Ele é composto pelo encéfalo e pela medula espinal, que se estende pelo interior da coluna vertebral. A partir do SNC se ramificam 43 pares de nervos, 12 a partir do encéfalo e 31 a partir da medula espinal. À que se divide, percorrem caminhos sinuosos entre órgãos e tecidos, e infiltram cada minúsculo recanto e abertura, eles formam a rede do sistema periférico. O SNC pode ser visto como coordenador e decisor, do SNP enviando informações como entrada sensorial e recebendo instruções como saídas motoras para músculos e glândulas [...] (PARKER, 2007, p. 68)

Cabe destacar, que autores como Parker (2007) e Tortora e Grabowski (2006) utilizam o termo espinal ao invés de espinhal, que é usado por autores como Lomba. (2007).

Como citado, o Sistema Nervoso Central inclui o encéfalo, parte mais volumosa do SNC, localizado na caixa craniana (crânio), e medula espinhal, localizada no interior da coluna vertebral (canal vertebral). Além da proteção óssea, a medula espinhal é protegida também pelas meninges, onde circula um líquido denominado líquido ou líquido céfalo-raquidiano. O encéfalo é formado por três partes: cérebro, cerebelo e bulbo (LOMBA, 2007).

O cérebro, dividido em dois hemisférios, direito e esquerdo, é composto de uma massa cinzenta e outra branca (TORTORA; GRABOWSKI, 2006). Chamada de córtex cerebral, a parte mais externa, massa cinzenta “é a sede da inteligência e da memória e controlador dos movimentos voluntários do corpo e da sensibilidade aos estímulos internos e externos” (LOMBA, 2007, p. 158).

O cerebelo, segunda maior porção do encéfalo, consiste em dois hemisférios, uma parte cinzenta externa e uma parte branca interna, que lembram os ramos de uma árvore, localizados abaixo do cérebro. É responsável pela regulação automática de movimentação, postura e equilíbrio, é essencial para todas as atividades motoras habilidosas, como pegar uma bola até dançar. O bulbo é uma continuação da medula espinal, fazendo a ligação entre cérebro e a medula espinal (LOMBA, 2007; TORTORA; GRABOWSKI, 2006). Ainda segundo o autor Lomba o bulbo “Apresenta externamente a massa cinzenta e internamente a massa branca. No bulbo encontramos as áreas responsáveis pelo controle da respiração, coração, pressão arterial e outros” (2007, p. 157). Quando lesionado pode levar a morte ou até

mesmo irregularidades na respiração ou na frequência cardíaca (LOMBA, 2007; TORTORA; GRABOWSKI, 2006).

A medula espinhal esta localizada no interior da coluna vertebral e é formada por uma extensa massa de tecido nervoso. Estende-se da parte mais inferior do encéfalo, o bulbo, até a segunda vértebra lombar, na coluna vertebral. Da medula partem 31 pares de nervos espinhais raquidianos, sendo 8 cervicais, 12 pares torácicos, 5 lombares, 5 sacrais e 1 par coccígeno. De um lado da coluna sai um terminação ventral e uma dorsal, que unidos formam um nervo raquidiano do lado esquerdo e outro do lado direito, formando o par (LOMBA, 2007).

A medula espinhal conduz ao encéfalo através dos nervos sensitivos, os estímulos captados na periferia e este analisa e transmite através dos nervos motores a resposta ao estímulo. Entretanto, na medula, existem células capazes de analisar um estímulo e responder reflexamente sem precisar transmiti-la ao encéfalo (LOMBA, 2007, p. 158).

Em outras palavras, o reflexo é uma resposta automática rápida e previsível a um estímulo. Eles são os principais mecanismos do corpo para responder a estímulos do meio interno e externo (TORTORA; GRABOWSKI, 2006).

2.2.2 Transtornos mentais

O transtorno mental pode se desenvolver por meio de dois fatores: a disposição pessoal para a doença e por agentes ocasionais. A disposição pessoal diz respeito a sua personalidade constituída através dos elementos genéticos. Os agentes ocasionais se refere a vivência que coloca em risco a adaptação do indivíduo ao mundo e consigo mesmo. São as ameaças ao desequilíbrio de relacionamento da pessoa com a sua existência, sendo capazes de comprometer a relação pessoal com o seu próprio mundo (TORTORA; GRABOWSKI, 2006).

Na medicina geral as entidades que comprometem o estado físico da pessoa são conhecidas como doenças. Já em psiquiatria as entidades que comprometem o estado psíquico da pessoa são denominadas como transtornos (GELDER; MAYOU; GEDDES, 1999). “O termo transtorno indica que os sintomas são causados por uma anormalidade, embora não seja

necessariamente uma patologia orgânica, como implícito no termo doença” (GELDER; MAYOU; GEDDES, 1999, p. 30).

Na classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10 “transtorno não é um termo exato, porém é usado para indicar a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecível associado, na maioria dos casos, a sofrimento e interferência com funções pessoais” (CID 10, 1993).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-IV-TR, da Associação Psiquiátrica Americana, traduzido por Claudia Dornelles, sobre os transtornos mentais conceitua que:

São concebidos como síndromes ou padrões comportamentais ou psicológicos clinicamente importantes, que ocorrem num indivíduo e estão associados com o sofrimento ou incapacitação ou com um risco significativamente aumentado de sofrimento, morte, dor, deficiência ou perda importante da liberdade. Qualquer que seja a causa original, a síndrome deve ser considerada no momento como uma manifestação de uma disfunção comportamental, psicológico ou biológico no indivíduo (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2003, p. 27,28).

Os transtornos mentais e comportamentais são identificados e diagnosticados através de métodos clínicos semelhantes aos utilizados para os transtornos físicos. A diferença está em que o médico psiquiatra não dispõe de exames e investigações para confirmar seu diagnóstico (LARANJEIRA; NICASTRI, 1996).

Os transtornos relacionados ao uso de substâncias incluem os relacionados ao consumo de uma droga de abuso, inclusive álcool, até os efeitos colaterais de um medicamento e a exposição de toxinas¹¹. O uso de substâncias ilícitas pode causar transtornos psiquiátricos graves para a saúde dependendo do seu consumo, sua quantidade e de sua frequência. O dano é diferente para cada tipo de substância e o tratamento deve ser proporcional a lesão causada (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

Os transtornos relacionados a substâncias são divididos em dois grupos: os transtornos por uso de substância (dependência de substância e abuso de substância) e os transtornos induzidos por substâncias (intoxicação, abstinência, *delirium*, demência persistente, transtorno amnésico persistente, transtorno psicótico, transtorno do humor, transtorno da ansiedade, disfunção sexual e transtorno do sono) (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

¹¹ As toxinas são substâncias capaz de causar danos ao organismo humano (GELDER; MAYOU; GEDDES, 1999).

A dependência de substância consiste num agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando que o indivíduo continua utilizando certa substância. Caracteriza-se por ser consumida em maiores quantidades, fazendo com que o indivíduo sinta que a droga é necessária em sua vida (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2003). Desta forma, “Existe um padrão de auto-administração repetida manifestado por tolerância¹², abstinência e comportamento compulsivo¹³ de consumo de substância entorpecente e álcool” (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2003, p. 214).

A dependência se apresenta de duas formas: a física e a psíquica. A dependência física caracteriza-se pela presença de sintomas e sinais físicos que aparecem quando o indivíduo deixa de consumir substância entorpecente e álcool ou diminui bruscamente o seu uso, conhecida como síndrome de abstinência. Os sinais e sintomas de abstinência dependem do tipo de substância utilizada e aparecem algumas horas ou dias depois que ela foi consumida pela última vez. No caso dos dependentes do álcool, por exemplo, a abstinência pode ocasionar desde um simples tremor nas mãos a náuseas, vômitos e até um quadro de abstinência mais grave denominado "*delirium tremens*", com risco de morte, em alguns casos. Já a dependência psíquica ou psicológica corresponde a um estado de mal estar e desconforto que surge quando o dependente interrompe o uso de uma droga. Os sintomas mais comuns são ansiedade, sensação de vazio, dificuldade de concentração, podendo variar de pessoa para pessoa (SANCHEZ, 1982).

Abuso de substância consiste no seu uso repetitivo acarretando consequências adversas, recorrentes e significativas, afetando muitas vezes as atividades relacionadas ao trabalho, casa e escola (CID-10, 1993).

Os transtornos induzidos por substâncias de intoxicação com substância “consiste no desenvolvimento de uma síndrome reversível e específica devido à ingestão recente de uma substância” (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2003, p. 216). Podem ocorrer alterações comportamentais ou psicológicas devido ao efeito da substância sobre o sistema nervoso central (CID-10, 1993). A intoxicação aguda resulta em “perturbações no nível de consciência, cognição¹⁴, percepção, afeto ou comportamento” (CID-10, 1993, p. 72).

¹²Tolerância: alteração comportamental mal adaptativa, que ocorre quando o indivíduo que fazia uso prolongado ou pesado de substância diminui seu consumo, diminuindo a concentração de droga no sangue (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2003, p. 208).

¹³ Comportamento compulsivo: o indivíduo pode consumir a substância em maiores quantidades ou por um período mais longo do que de início pretendia (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2003, p. 210).

¹⁴ Cognição: é o estudo interdisciplinar da mente (intelecto, pensamento, espírito, entendimento, alma) e da inteligência (a faculdade de aprender e compreender, percepção, apreensão e intelecto) (CHIORO, 2011)

Abstinência de substância versa na alteração comportamental mal adaptativa e específica, devido à cessação ou redução do uso prolongado ou pesado de uma substância. Causa sofrimento ou prejuízo no funcionamento de áreas importantes na vida do indivíduo, como social, ocupacional, familiar entre outras (HOLMES, 2001).

O *Delirium* induzido por substância consiste numa perturbação da consciência acompanhada por uma alteração na cognição (comprometimento da memória, desorientação ou perturbação da linguagem, alucinações e ilusões), que se desenvolve num curto espaço de tempo. O *delirium* pode ocorrer ainda nos casos de intoxicação de substância e nos casos de abstinência de substância (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2003).

Os transtornos psicóticos induzidos por substância ocorrem durante ou logo após o uso de substâncias psicoativas, caracterizados por alucinações, falsos reconhecimentos, delírios, transtornos psicomotores, como excitação, e afeto anormal (transtorno do humor). Esse transtorno pode apresentar vários padrões de sintomas, que será influenciado pelo tipo de substância envolvida e pela personalidade do usuário e surgem em associação com estados de intoxicação e abstinência de substância, podendo persistir por semanas (CID-10, 1993; ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2003).

O transtorno amnésico persistente induzido por substância caracteriza-se pela perturbação da memória recente, podendo causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou ocupacional. A capacidade de aprender e recordar novas informações esta sempre afetada, ao passo que a capacidade para recordar informações ou eventos passados anteriormente aprendidos se manifesta de forma mais variada, pois depende do dano cerebral causado. Em determinadas formas desse transtorno, o indivíduo pode recordar coisas de um passado muito remoto, recente, melhor do que eventos mais recentes (CID-10, 1993; ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2003).

O transtorno da ansiedade induzido por substância pode envolver ataques do pânico, fobias, obsessões ou compulsões. Seus sintomas causam sofrimento ou prejuízo social, ocupacional e em outras áreas da vida do indivíduo (CID-10, 1993; ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2003).

É essencial uma avaliação psiquiátrica completa para direcionar o tratamento terapêutico adequado aos indivíduos com transtornos causados pelo uso de substâncias. Esta avaliação pode incluir a história atual e progressa¹⁵; os efeitos sobre o funcionamento cognitivo, psicológico, comportamental e fisiológico do paciente; exame; história médica,

¹⁵ Progressa é a história patológica de um doente

antecedentes psiquiátricos e seus resultados; antecedentes pessoais, familiares e sociais; testes toxicológicos de drogas de abuso; e outros exames laboratoriais (LARANJEIRA; NICASTRI, 1996).

Pode-se observar que nos transtornos mentais pelo uso de substâncias entorpecentes e álcool predomina a diversidade, já que afeta as pessoas de diferentes maneiras, por diferentes razões, inclusive o tipo de substância usada, em diferentes contextos e circunstâncias.

2.3 Consequências físicas e psicológicas causadas pelo consumo de álcool e substâncias entorpecentes

2.3.1 Conceito e classificação

O consumo de substâncias entorpecentes conhecidas também como substâncias psicoativas, popularmente referidas como “drogas” é uma constante na história da humanidade, em todas as culturas e religiões. “Isso porque o homem sempre buscou maneiras para aumentar o seu prazer e diminuir o seu sofrimento” (PRATTA; SANTOS, 2009, p.1).

A origem etimológica da palavra droga é incerta. A palavra pode ter derivado de DROWA (árabe), cujo significado é bala de trigo. Do francês, DROGUE que significa ingrediente, tintura ou substância química ou farmacêutica, remédio, produto farmacêutico. Droga, ainda, pode ser originária de DROOGE VATE (holandês), cujo significado é barris de coisas secas, que teria sido usado desde o século XVI. Isto porque antigamente quase todos os medicamentos eram feitos à base de vegetais (VARGAS, 2008).

A medicina define droga como sendo qualquer substância capaz de modificar o funcionamento dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento, que se usada adequada e orientadamente traz benefícios à saúde, sem riscos de dependência. Os povos antigos não acreditavam que as drogas fossem exclusivamente boas ou más (VARGAS, 2008). “Os gregos, por exemplo, entendiam que qualquer droga se constituía em um veneno e um remédio potencial, dependendo da dose, do objetivo do uso, da pureza, das condições de acesso a esse produto e dos modelos culturais de uso” (VARGAS, 2008, p. 42).

Substância psicoativa engloba toda substância, natural ou sintética, que atua sobre o sistema nervoso central ao ser consumida. Esse termo foi adotado pela Organização Mundial de Saúde - OMS para substituir o termo droga (ORTH, 2005).

Quanto à origem as drogas podem ser classificadas como naturais, semi-sintéticas e sintéticas. As drogas naturais são plantas cuja matéria prima é usada diretamente. As semi-sintéticas são as produzidas em laboratórios, utilizando as drogas naturais, como a heroína. As sintéticas são produzidas diretamente em laboratório, como por exemplo, o LSD (ORTH, 2005).

Segundo os aspectos legais as drogas podem ser classificadas em lícitas, quando não é crime produzir, usar e nem comercializar, e ilícita, quando proibidos por lei a produção, comercialização e consumo (ORTH, 2005).

2.3.2 Quanto ao tipo e sua ação no sistema nervoso central

2.3.2.1 Substâncias entorpecentes depressoras

As drogas depressoras são substâncias que diminuem a atividade cerebral, deixando os estímulos nervosos mais lentos. São mais utilizados para neutralizar o estresse do dia a dia. Fazem parte desse grupo o álcool, os hipnóticos, os opióides (heroína, ópio, morfina e xaropes) e os solventes ou inalantes (BRASIL, 2011-G).

A intoxicação, conforme dados do Ministério da Saúde, pode apresentar-se em quatro fases:

- 1º bem-estar, euforia leve e tonteiras;
- 2º redução da ansiedade e do estado de alerta, relaxamento muscular, voz pastosa, visão embaçada. Com inalantes pode ocorrer desorientação temporoespacial, perda do controle e dor de cabeça;
- 3º redução acentuada do estado de alerta, descoordenação ocular e motora, fala enrolada, redução dos reflexos e das capacidades de raciocínio e concentração. Com inalantes podem ocorrer alucinações;
- 4º inconsciência, convulsões, depressão cardiorrespiratória, coma e morte (BRASIL, 2011-G).

“O uso injetável das substâncias entorpecentes pode gerar inflamação e obstrução das veias (embolia), endocardite, acidentes vasculares cerebrais e, no caso daqueles que compartilham agulhas e seringas, hepatite e AIDS” (BRASIL, 2011-G).

Quando o usuário para de consumir essas substâncias a abstinência manifesta-se com irritabilidade, ansiedade, insônia, tensão muscular, sudorese e dor no corpo. No caso dos opiáceos, sendo o mais conhecido à heroína, a crises de abstinências manifesta-se com sofrimento psíquico, avidez pela droga, ansiedade, medo, alucinações, câibras, cólicas abdominais, dores musculares, sensação de mal estar, vômitos, diarreia, corrimento nasal e lacrimejamento, aumento da frequência cardíaca e respiratória, e da pressão arterial, convulsões, coma e morte (BRASIL, 2011-G).

O álcool, apesar de legal e amplamente comercializado, é considerado uma droga psicotrópica, que atua no sistema nervoso central, altera o comportamento e tem potencial para criar dependência. Estudos revelam que o consumo de álcool pelo homem datam de aproximadamente 6000 a.C., sendo o costume mais antigo e que tem persistido por milhares de anos (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS - CEBRID, 2011).

Quando começou a ser consumida a bebida continha baixo teor alcoólico, como por exemplo, o vinho e a cerveja. Com o processo de destilação, introduzido pelos árabes na Idade Média, surgiram as bebidas alcoólicas utilizadas em sua forma destilada. A partir da Revolução Industrial houve grande aumento na oferta desse tipo de bebida e, conseqüentemente, o número de pessoas com problemas relacionados ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas aumentou (CEBRID, 2003).

Apesar de todo o conhecimento dos problemas relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas, o número de pessoas que a consomem de maneira excessiva ainda é muito grande. O seu consumo não para de crescer e atualmente encontra-se inserido em praticamente todos os cantos do mundo.

O álcool afeta a visão e o equilíbrio, além de reduzir o controle muscular, de modo que a fala torna-se enrolada e a coordenação reduzida. Esses distúrbios podem levar a conseqüências desastrosas, em especial ao dirigir automóveis (HOLMES, 2001). Nos casos de dependência os efeitos do álcool são sentidos nos órgãos vitais como o fígado, coração, vasos sanguíneos e estômago e em casos de suspensão do consumo pode causar confusão mental, confusão na visão, ansiedade, tremores e convulsões (BRASIL, 2011-G).

A abstinência alcoólica apresenta-se mais frequentemente como um quadro descomplicado com “tremores, dor de cabeça e fotofobia. A ocorrência de convulsões pode

significar evolução para apresentações mais graves como febre, desequilíbrio hídrico e eletrolítico acentuados, aumento das frequências cardíaca e respiratória, ideias delirantes, alucinações auditivas e visuais” (BRASIL, 2010-B).

Os depressores quando inalados podem trazer sérias consequências á saúde, e segundo o Ministério da Saúde “podem levar à destruição de neurônios muito rapidamente, causando lesões cerebrais irreversíveis, apatia, dificuldade de concentração, déficit de memória, lesões da medula óssea, rins, fígado e nervos periféricos” (BRASIL, 2010-B).

2.3.2.2 Substâncias entorpecentes estimulantes

Esse tipo de substância aumenta a atividade cerebral, deixando os estímulos nervosos mais rápidos, provocando estados de euforia. Excitam, especialmente, as áreas sensoriais e motoras, fazendo com que a pessoa sobre o efeito dessas substâncias fique “ligada”, “elétrica”, sem sono. Pertencem a este grupo à nicotina, a cafeína, a xantina, as anfetaminas ou bolinhas e a cocaína (BRASIL, 2011-P).

A nicotina é o princípio ativo do tabaco, encontrado em toda a planta, de nome científico *nicotiana tabacum*, mas principalmente nas folhas. A nicotina é conhecida desde 1571, mas o produto foi purificado em 1828 (MINATTI, 2011).

A nicotina tem inicialmente um efeito estimulante, mas após algumas tragadas produz efeito tranquilizante, bloqueando o stress. Seu uso causa dependência psíquica e física, provocando sensações desconfortáveis na abstinência, como irritabilidade, agitação, prisão de ventre, dificuldade de concentração, sudorese, tontura, insônia e cefaléia. Em doses excessivas pode provocar vômitos, convulsão, paralisia e até a morte. Estudos indicam que o seu uso prolongado pode causar câncer (pulmão, laringe, faringe, esôfago, boca, estômago, entre outros) (MINATTI, 2011).

No SNC as moléculas de nicotina encaixam-se em diversos centros nervosos e os estimulam, causando níveis mais altos de atividade neurológica. Por exemplo, a nicotina estimula a área do cérebro que é responsável pela respiração e com isso aumenta a frequência respiratória (HOLMES, 2001).

Os fumantes não são os únicos afetados pela nicotina do cigarro. A fumaça também é um perigo sério para as pessoas não fumantes, principalmente crianças, conhecidas como fumantes passivos. “A fumaça do cigarro no meio ambiente contém mais de 4.000

substâncias químicas, das quais 40 são substâncias que causam câncer” (MINATTI, 2011). Alguns estudos demonstram que pessoas expostas à fumaça têm maior possibilidade de obter doença cardíaca e mulheres não fumantes tem maior probabilidade de terem filhos prematuros (MINATTI, 2011).

A cafeína é a droga mais consumida em todo o mundo. Pode ser encontrada no café, no chá, no cacau, no chimarrão, nos refrigerantes e nas drogas vendidas sem receita médica. É uma substância que causa dependência física e psicológica, seu mecanismo é semelhante ao da anfetamina e cocaína, porém seus efeitos são mais brandos, mas que age nos mesmos receptores do sistema SNC (MINATTI, 2011).

Observa-se que num curto espaço de tempo a cafeína impede que a pessoa durma, pois bloqueia a recepção de adenosina, neurotransmissor natural, libera a adrenalina dando mais energia, e manipula a produção de dopamina¹⁶ causando um estado de bem estar. Importante ressaltar que o ato de fumar cigarros acelera a eliminação da cafeína do sistema, então fumar e beber café reduz o efeito do café (HOLMES, 2001).

O Sistema nervoso central, coração, vasos sanguíneos e rins são afetados por esta substância. Causa uma série de efeitos no organismo, como a “taquicardia, aumento da pressão arterial, contração dos músculos, entre outros” (MINATTI, 2011). Muitos remédios indicados para cefaléia¹⁷ contêm cafeína, tal como a aspirina, porque ela age como um vasoconstritor¹⁸. É usada também na medicina como estimulante cardíaco e diurético (MINATTI, 2011).

A cocaína é uma substância que estimula o sistema nervoso central, derivada das folhas de uma planta conhecida como *Erythroxylon coca* ou simplesmente coca. Era muito usada sobre a forma de chá, até ser isolada em 1859. Ainda hoje no Peru e Bolívia é utilizado o chá da folha da coca, inclusive para hóspedes de hotéis. Porém quando ingerido sobre a forma de chá muito pouca substância chega ao cérebro, pois além da ínfima quantidade do princípio ativo, ao ser engolido o líquido passa por um processo de metabolização no sangue, indo ao fígado, sendo mínima a quantidade absorvida pelo intestino (CEBRID, 2003)

A cocaína pode chegar ao consumidor nas formas de crack, pasta da coca, merla, farinha ou pó. Essas formas têm diversos nomes por serem de diferentes preparações, mas todas obtidas da planta coca. A pasta de coca, o crack e a merla são produtos com muitas impurezas, não podendo ser transformados em pó, insolúveis na água, por isso não podem ser

¹⁶ Hormônio relacionado ao prazer (MINATTI, 2011).

¹⁷ Dor de cabeça

¹⁸ Causa constrição dos vasos sanguíneos.

aspirados nem injetados. Por outro lado podem ser fumados quando aquecidos a uma temperatura baixa (BRASIL, 2011-P).

Uma vez dependentes os indivíduos farão qualquer coisa para obter cocaína, levando ao envolvimento criminal, tráfico e prostituição. Quando o efeito da cocaína passa, o indivíduo entra em depressão. A depressão pode ser eliminada com outras doses de cocaína, mas quando o efeito dessas passarem os efeitos da depressão será muito maior. O prazer extremo e o desejo de evitar a depressão podem levar o indivíduo a altos níveis de uso, tornando pessoal e financeiramente desastroso (HOLMES, 2001).

Todos os efeitos no cérebro provocados pelo crack quanto pela merla são os mesmos da cocaína. Porém a via de uso dessas duas substâncias é que fazem a diferença em relação ao pó, uma vez que elas usam a via pulmonar para seu uso, levando a uma absorção instantânea da substância. Através do pulmão a substância cai imediatamente na corrente sanguínea chegando rapidamente ao cérebro, surgindo os efeitos da cocaína muito mais rápido do que por outras vias (CEBRID, 2003). “Em 10 e 15 segundos os primeiros efeitos já ocorrem, enquanto que os efeitos após cheirar o “pó” acontecem após 10 a 15 minutos; sendo injetável, em 3 a 5 minutos” (CEBRID, 2003).

“Os efeitos físicos agudos dos estimulantes são: aumento da frequência cardíaca; aumento da pressão sanguínea; aumento da pupila (a vista fica embaçada, prejudicando a visão); agitação motora, falta de apetite e de sono, palidez” (BRASIL 2011-G). A falta de apetite, característica do usuário de crack e merla, é notória uma vez que o usuário perde em menos de um mês em torno de 8 a 10 quilos (CEBRID, 2003).

Segundo o Ministério da Saúde o consumo compulsivo dos estimulantes “leva ao esgotamento físico e exaustão, o que provoca a redução do rendimento no trabalho e/ou escola. Muitas vezes são utilizados depressores para contrabalançar os efeitos de agitação e insônia” (BRASIL, 2011-G).

Na tentativa de alcançar os mesmos efeitos com as doses iniciais os usuários fazem uso contínuo das substâncias estimulantes podendo causar sérias consequências psíquicas agudas como a “insônia, inapetência, excitação, agitação psíquica, euforia, sensação artificial de autoconfiança e autoestima e ideias de perseguição, podem ter ainda alucinações e delírios” (BRASIL, 2011-G).

O uso repetido e prolongado da cocaína impõe graves riscos médicos porque ela pode bloquear a condução de impulsos nervosos, podendo ser fatal. Já o uso compulsivo e excessivo da cocaína pode causar aumento das pupilas (midríase), dor no peito, contrações

musculares, convulsões e até coma, a pressão arterial pode aumentar causando aceleração dos batimentos cardíacos (HOLMES, 2001).

2.3.2.3 Substâncias entorpecentes alucinógenas

Essas substâncias provocam no cérebro uma intensa confusão mental, provocando alterações significativas nas sensações e percepções. Sobre a influência dos alucinógenos tudo o que o indivíduo vê e ouve é alterado, mudado ou deformado. Estão incluídos neste grupo a maconha, anticolinérgico, ácido lisérgico dietilamida (LSD) e ecstasy que se caracterizam por seus intensos efeitos alucinatorios auditivos e visuais (BRASIL, 2011-G, HOLMES, 200).

A maioria destas substâncias vem da natureza, como a maconha. Outras são sintetizadas, como o LSD. Já os anticolinérgicos podem ser sintetizados ou extraídos de plantas (BRASIL, 2011-G). “A maconha e os anticolinérgicos foram referidos respectivamente como a segunda e terceira drogas de maior frequência de consumo por meninos que vivem nas ruas das grandes capitais brasileiras” (BRASIL, 2011-G).

A maconha é originada da planta, conhecida no Brasil, cientificamente por *Cannabis sativa*. O princípio ativo da maconha é o tetraidrocanabinol (THC), advinda da própria maconha, e responsável por seus efeitos. Assim dependendo do THC presente na substância usada a pessoa irá sentir mais ou menos o seu efeito (CEBRID, 2003).

A maconha pode causar efeitos físicos como “os olhos vermelhos, boca seca, taquicardia e pupilas dilatadas. Podem ocorrer efeitos tóxicos, como febre alta e convulsões. Os efeitos físicos crônicos são a esterilidade masculina em 50 a 60% dos casos, inibição sexual e bronquite” (BRASIL, 2011-G). Os efeitos psíquicos da maconha são delírios ou alucinações, reações variáveis, agradáveis e desagradáveis, podendo durar de um a três dias. Entre as consequências preocupantes esta à ocorrência de delírio persecutório¹⁹, de grandeza ou ataque de pânico, com a tomada de atitudes prejudiciais a si e aos outros. O uso crônico da maconha interfere na capacidade de aprendizado e memória. Há o risco de desencadear psicose aguda ou piorar uma doença psíquica controlada por medicamentos (BRASIL, 2011-G).

¹⁹ “O delírio costuma envolver a crença de estar sendo vítima de conspiração, traição, espionagem, perseguição, envenenamento ou intoxicação com drogas ou estar sendo alvo de comentários maliciosos (BALLONE, 2003).

Descoberto por acaso em 1943, pelo cientista suíço Hoffmann, ao aspirar pequena quantidade de pó por descuido, o LSD atua produzindo uma série de distorções no funcionamento do cérebro e por consequência diversas alterações psíquicas. Desenvolvida em 1914, na Alemanha pelo laboratório Merck, como moderador de apetite o êxtase, a MDMA (3,4-metilenodioximetanfetamina), é uma substância sintética ilegal e capaz de gerar dependência (BRASIL, 2011-E).

Tanto o LSD quanto o MDMA atuam no cérebro intensificando a atividade de três neurotransmissores, serotonina, noradrenalina e dopamina. Durante o tempo que estão sobre os efeitos da droga, os indivíduos podem fazer coisas que são perigosas para si mesmas ou para os demais (HOLMES, 2001).

O uso de êxtase associado ao esforço físico, como a dança, tende a aumentar a temperatura, podendo atingir mais de 42 °C. Com o aumento de temperatura há um aumento da ingestão de água, mas se isso ocorre de maneira excessiva à água se acumula no organismo, uma vez que o êxtase causa retenção de líquido, causando uma intoxicação por água, o que pode se tornar perigoso, inclusive fatal (BRASIL, 2011-E).

Os anticolinérgicos são plantas e substâncias sintéticas que alteram as funções do corpo humano, alterando, conseqüentemente, suas funções psíquicas. Essas plantas foram muito usadas como chãs na Segunda Guerra Mundial por produzir efeito do “soro da verdade”. Suas implicações são as mesmas da maconha, no entanto se consumidas em altas doses, podem elevar a temperatura corporal, podendo chegar a 41°C. Nesses casos podem provocar convulsões, grande vermelhidão, principalmente no rosto e pescoço (BRASIL, 2011-E). Nesses casos podem desenvolver grande eritema (vermelhidão), principalmente na região do rosto e cervical (pescoço). Em casos graves poderá evoluir para convulsões.

3 LEGISLAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE DROGAS E ÁLCOOL NO BRASIL.

A atenção à saúde, a estruturação e o fortalecimento de políticas públicas especializadas para o atendimento aos usuários de álcool e outras substâncias entorpecentes, constitui um importante desafio à saúde pública brasileira.

Por isso vem se criando aparatos jurídicos que possam fazer com que os dependentes dessas substâncias possam obter tratamento adequado. Tratar sobre as Políticas de Saúde Mental pressupõe abordar o movimento da Reforma Psiquiátrica e cujo desenvolvimento teórico e metodológico caminhou, lado a lado, com as concepções e práticas em saúde junto a usuários de álcool e drogas.

O objetivo do próximo capítulo foi fazer uma revisão dos principais aspectos, envolvendo mitos, paradigmas e conceitos históricos que possibilitaram a construção da reforma psiquiátrica no Brasil. Estudar o contexto do tratamento ao usuário de álcool e drogas, anteriormente realizadas por instituições psiquiátricas até os dias atuais em que o tratamento se tornou humanizado, por meio dos CAPS – Centros de Atenção Psicossocial, com o advento da Constituição da República Federativa no Brasil de 1988.

3.1 O tratamento aos usuários de drogas e álcool antes da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988: da marginalização a reforma psiquiátrica brasileira.

A humanidade há séculos convive com doenças psiquiátricas e, antes de se tornar uma especialidade médica, o doente mental era vítima de diversas formas de preconceito por não se enquadrar nos princípios morais vigentes na sociedade (GONÇALVES; SENA, 2001).

No Brasil não havia tratamento para os doentes mentais, os ricos eram isolados da sociedade em suas próprias residências e os pobres perambulavam pelas cidades ou eram trancados nas prisões, nos asilos de mendigos e nos porões da Santa Casa de Misericórdia²⁰ (PERES; BARREIRA, 2009). Como descreve Resende (2001, p.35), os doentes eram amontoados em porões “sem assistência médica, entregues a guardas e carcereiros, seus

²⁰ “Surgiu em meados do século XVI, tendo como fundadores os primeiros povoadores portugueses, auxiliados pelo jesuíta José de Anchieta” (PERES; BARREIRA, p. 3).

delírios e agitações reprimidos por espancamentos ou contenção em troncos, condenando-os literalmente à morte por maus-tratos físicos, desnutrição e doenças infecciosas”.

Os questionamentos de alguns médicos quanto ao tratamento subhumano oferecido pelas instituições asilares fez com que o Estado Imperial determinasse a construção de um lugar específico com a possibilidade de tratamento dos doentes mentais. O que se pretendia na verdade era a remoção e exclusão do elemento perturbador da sociedade, com o intuito de preservar a segurança dos cidadãos, e por outro lado a intenção de curá-los (RESENDE, 2001).

Sobre a origem dessas pessoas, Amarante afirma que:

As esparsas referências que se pode encontrar demonstram que podem ser encontradas preferentemente dentre os miseráveis, os marginais, os pobres e toda a sorte de párias, são ainda trabalhadores, camponeses, desempregados, índios, negros, “degenerados”, perigosos em geral para a ordem pública, retirantes que, de alguma forma ou por algum motivo, padecem de algo que se convencionou englobar sobre o título de doença mental (1994, p. 75).

Então, visando a paz social e à ordem pública, é inaugurada a primeira instituição psiquiátrica no Brasil. Assim, foi criado em 1852 o Hospício Dom Pedro II, na cidade do Rio de Janeiro. De forma gradativa, foram construídos vários hospitais psiquiátricos, sobre os quais a classe médica tinha pouca influência, inclusive na internação do doente (PERES; BARREIRA, 2009). Conforme afirma Corrêa (1999, p. 94), os doentes mentais eram encaminhados aos hospícios e às prisões “sem nenhum preceito legal que disciplinasse o referido ato de sequestro, a conservação, o respeito ao patrimônio dos doentes, dentro dos princípios de direito e justiça”.

Acerca da legislação de assistência e direitos das pessoas com transtornos mentais, pode-se afirmar que o seu conjunto começa com o Decreto Imperial de 18 de julho de 1841, que funda a psiquiatria institucional e estatal no país (GOMES, 2007).

Entre os anos de 1896 a 1902, alegando necessidade de oferecer tratamento adequado, segundo as teorias e práticas européias, os médicos alienistas, grande parte clínicos gerais e legistas, passaram a cuidar dos alienados. A prática do alienismo no Brasil, baseada nos estudos de Pinel, tinha como finalidade permitir que a loucura fosse definida, explicada e tratada pela medicina (CORREA, 1999).

Inaugurado, no ano de 1898, o asilo-colônia de Juqueri, na atual cidade de Franco da Rocha, em São Paulo, visou a recuperação do doente mental através do trabalho na colônia para depois devolvê-lo à sociedade. Essa instituição foi considerada modelo de assistência

psiquiátrica na época. Eram, inclusive, utilizadas as famílias que moravam próximo a instituição para ajudar na reinserção social do doente, após a alta hospitalar (GOMES, 2007).

Em 1903 foi promulgada a primeira legislação que “reorganiza a assistência dos alienados”, Decreto nº 1132. Segundo esse Decreto o único lugar autorizado a receber louco era o hospício, por possuir condições adequadas, e toda internação estaria sujeita ao parecer médico. Este decreto é também responsável por positivizar a idéia de que o louco não possuía a capacidade de gerir seus bens e a sua pessoa, devendo estar submetido a um curador, que seria responsável por ele e por seus bens. Do mesmo modo, não caberia a este paciente interferir, ou mesmo conhecer o tratamento a ser aplicado (BRASIL, 2011-B).

O Código Civil de 1916, Lei Federal 3.071, submete os loucos à curatela, interna os inconvenientes e sujeita à interdição os furiosos. No que se refere capacidade civil dos doentes mentais, o art. 5º, inciso II, denominava de “loucos de todo o gênero” os absolutamente incapazes de exercerem os atos da vida civil (BRASIL, 2011-D)

“Em 1927, um decreto estabeleceu a distinção entre "psicopata", todo doente mental, e "alienado", que se referia ao doente mental perigoso, sujeito à incapacidade penal e civil. Desta forma, a internação do alienado passou a ser obrigatória” (MACEDO, 2006).

No ano de 1934 em meio às modificações impostas pelo governo provisório de Getúlio Vargas, a assistência e a relação entre poder público e doente mental também foram alteradas. O Decreto n. 24.559 de 1934 revogou o anterior de 1903 e "Dispôs sobre a profilaxia mental, a assistência e a proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e deu outras providências" (BRASIL, 2011-F). O termo alienado foi retirado do ordenamento jurídico, que passou a referir-se somente ao psicopata, considerada uma denominação mais ampla. A incapacidade do doente mental foi reafirmada, sendo facilitado o recurso à internação, poderia ser realizada por ordem judicial ou requisição de autoridade policial, a pedido do próprio paciente, solicitação de seu cônjuge, pai, filho ou demais familiares com até quarto grau de parentesco, bem como por autoridade em geral (BRASIL, 2011-F).

Pode-se afirmar que a internação era a regra e o tratamento extra-hospitalar a exceção, bastando uma simples suspeita de comprometimento mental para que o cidadão fosse internado em asilos psiquiátricos.

Em meados dos anos 60, começa a surgir no Brasil um forte movimento social anti-psiquiátrico, que questionava a psiquiatria convencional enquanto saber científico, a qual causava mais danos do que benefícios ao paciente. Nesta mesma década a loucura passou a ser entendida como um reflexo do desequilíbrio social e familiar do meio onde o indivíduo se

encontrava inserido, devendo o empenho da sua cura se focar nestas causas (MACEDO, 2006).

Por ocasião da III Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, tiveram início a diversas discussões sobre a reforma sanitária que pretendia a reordenação dos serviços de assistência médico sanitária e alinhamentos gerais para determinar uma nova divisão das atribuições e responsabilidades entre os níveis político-administrativos da Federação, diga-se Estados, Municípios, União e Distrito Federal, visando, sobretudo a municipalização de saúde (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002).

Porém, o Golpe Militar de 1964 interrompeu essas discussões “confiscando os poderes locais, deixando os municípios sem autonomia de gestão e os recursos financeiros subordinados ao apoio político da ditadura, fragilizando a capacidade de formulação e gestão das ações locais de saúde, pelos vinte anos subsequentes” (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002, p. 4).

No campo da assistência psiquiátrica, passa a prosperar a recém-criada e rentável “indústria da loucura”, com o surgimento de clínicas de repouso. Percebia-se o compromisso do Estado com os interesses dos grupos econômicos dominantes, pois, a assistência médica privada contratada constituía-se mero instrumento de lucro, não apresentando nenhuma preocupação para resolver os problemas de saúde das pessoas (AMARANTE, 1998).

A rede privada tem seu ápice no final da década de 60 e 70. Durante todo esse período, a política de saúde mental no Brasil “se apoiava em dois pilares: o Hospício Público e Privado, este último era ampliado e altamente lucrativo” (FIGUEIREDO, 1988, p. 141).

Durante as décadas de 1970 e 1980 no Brasil, a assistência psiquiátrica ainda era baseada no modelo asilar que segundo Amarante:

[...] é decorrente não apenas da natureza da função social e política do asilo psiquiátrico, como instrumento de segregação, negação e violência, ou ainda do não compromisso real com a saúde dos cidadãos (o que implica ausência de necessidade de organizar formas de cuidado e atenção eficientes e ‘terapêuticos’) mas, também, das condições ‘administrativas. Torna-se mais fácil construir e administrar um pavilhão como se fora um hospital, do que organizar e gerir trâmites e procedimentos necessários à construção de um serviço mais sofisticado ou diversificado (AMARANTE, 1998, p. 112-13).

Em meio a tanta discriminação em relação à pessoa com transtorno mental é que se iniciam movimentos sociais, dentre eles associação de usuários e seus familiares, partidos políticos, Igreja, organizações não governamentais, indústria farmacêutica e outros, com a finalidade de uma mudança em relação à concepção da sociedade sobre o convívio com os

diferentes. O tratamento psiquiátrico sempre foi alvo de grandes debates. Entretanto, somente no período pós- guerra, com o fim da Segunda Guerra Mundial, é que se iniciam projetos de reforma psiquiátrica com a intenção de superar o modelo asilar (AMARANTE, 2001).

A partir da década de 70 é que profissionais, que atuavam nos serviços de atenção à saúde, e os familiares dos doentes mentais começaram a questionar e discutir outras formas de tratamento as pessoas com transtorno mental, iniciando uma luta antimanicomial.

A reforma psiquiátrica tem seu marco histórico no final da década de 70, em meio aos movimentos sociais pela reforma sanitária²¹, com a mobilização dos profissionais da saúde mental e dos familiares de pacientes com transtornos mentais, que questionavam o modelo hospitalocêntrico e a necessidade de um atendimento mais humanizado. O movimento apontava, ainda, as inconveniências do modelo que fundamentou os padrões da psiquiatria clássica e tornou o hospital psiquiátrico a única alternativa de tratamento, facilitando a exclusão dos doentes mentais em todo o país (AMARANTE, 2001).

O processo de reforma psiquiátrica no Brasil foi um movimento que ganhou muito espaço no meio social, com objetivos comuns e visou mudanças no sistema de saúde mental. Além disso, a luta pelos Direitos Humanos e pela cidadania²², para fazer do “louco” uma pessoa de direitos, fez com que surgisse a necessidade de se buscar o entendimento da loucura, que acometia a sociedade (COSTA, 2003).

Em 1978 surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internação psiquiátrica. Combinando reivindicações trabalhistas e um discurso humanitário o movimento alcançou grande repercussão na luta pela transformação psiquiátrica e pela humanização dos serviços prestados nas instituições, surgindo novas probabilidades para o campo da reforma psiquiátrica (BRASIL, 2010-I).

Nos anos 80 surgem novos mecanismos para o tratamento da loucura e a antipsiquiatria ganhou terreno no Brasil. Representantes dessas idéias na Europa, tais como Franco Baságlia, Michel Foucault, Félix Guattari e Robert Castel entre outros, vieram ao país para participar de congressos que tratavam sobre terapêuticas antimanicomiais (AMARANTE, 2001).

²¹ O Movimento da reforma sanitária no plano específico da saúde, “propôs mudanças políticas, jurídicas, sociais e institucionais, discutidas na VIII Conferência Nacional de Saúde, que resultou na proposta de Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil Sistema Único de Saúde – SUS” (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002, p.5).

²² A cidadania para o doente mental visa uma nova dimensão da assistência, de receber tratamento de qualidade, que diminua seu sofrimento e fragilidade (OLIVEIRA, 2000)

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um marco nas conferências de saúde no Brasil, pois houve a participação da população nos temas colocados em debates. Suas propostas foram contempladas tanto no texto da CRFB/1988 como na lei orgânica da saúde, nº. 8.080/1990. Participaram dessa conferência mais de 4.000 delegados e propuseram a criação de uma ação institucional correspondente ao conceito ampliado de saúde, que envolve promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2011-I).

Em 1987 é realizado o II Congresso Nacional do MTSM na cidade de Bauru, em São Paulo, com o lema “Por uma sociedade sem manicômios” que aponta para a necessidade do envolvimento da sociedade na discussão e encaminhamento das questões relacionadas à doença mental e à assistência psiquiátrica, onde se concretiza o movimento nacional da luta antimanicomial. Neste mesmo ano é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro (BRASIL, 2010-I).

Os temas discutidos na I Conferência Nacional de Saúde Mental foram: “I – Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; II – Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; III – Cidadania e doença mental: direitos, deveres e Legislação do doente mental” (BRASIL, 2011-J, p. 3).

Já em 1989, o Deputado Paulo Delgado apresentou no Congresso Nacional o projeto de Lei nº 3.657. Inspirado na Lei Italiana Basaglia, referido projeto propôs a extinção progressiva dos manicômios no país, com sua substituição por outras modalidades assistenciais, e a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais. Este projeto, Lei 3.657/89, cumpriu um importante papel na história, pois trouxe para o debate a realidade da assistência psiquiátrica brasileira e suscitou decisões importantes para a consolidação da reforma psiquiátrica no país (BRASIL, 2010-I).

A resistência de muitos psiquiatras, ao projeto aprovado pela Câmara dos Deputados, gerou um projeto substitutivo elaborado pelo senador Lucídio Portela cuja proposta era não extinguir o hospital psiquiátrico, mas conciliar a sua existência com as alternativas de assistência comunitária. Apesar de aprovado pela Comissão de Assuntos Sociais do Senado, o projeto substituto não foi ao plenário para votação (RIBEIRO; FELIPPE, 2000).

No ano de 2001 é aprovado o projeto de Lei Paulo Delgado. A Lei Federal 10.216 de 06 de abril de 2001, que redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o tratamento comunitário, e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Mas o projeto não deixa claro quais mecanismos serão adotados para a extinção dos manicômios (BRASIL, 2010-I).

A promulgação da lei 10.216/2001 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de reforma psiquiátrica no Brasil.

Linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país. A partir deste ponto, a rede de atenção diária à saúde mental experimenta uma importante expansão, passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente (BRASIL, 2010-I).

Porém, a desinstitucionalização, defendida pela reforma, não deve ser restrita à substituição do hospital por um aparato de cuidados externos. “Ela exige que haja de fato um deslocamento das práticas psiquiátricas para práticas de cuidados realizadas na comunidade” (GONÇALVES; SENA, 2001).

A reestruturação, objetivando a desinstitucionalização, do sistema psiquiátrico vem acontecendo gradativamente com a redução dos leitos de internação e a criação de serviços que substituam os hospitais psiquiátricos. Esse progresso constituiu na criação dos Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS/NAPS), dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), leitos hospitalares gerais, assim como a instituição do Programa de Volta para Casa (BRASIL, 2010-I).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É o surgimento destes serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território (BRASIL, 2010-I, p.27).

As conferências de Saúde são fundamentais para a construção democrática das políticas públicas do Sistema Único de Saúde.

O Brasil, em 2010, realizou a IV conferência Nacional de Saúde Mental que promoveu o debate da saúde mental com os diversos setores da sociedade no atual cenário da Reforma Psiquiátrica, contemplou o desenvolvimento de ações intersetoriais, com ênfase nos direitos humanos, assistência social, educação, cultura, justiça, trabalho, esporte, entre outros.

Reafirmou o caráter efetivamente público da Política de Saúde Mental, recusando todas as formas de terceirização da gestão da rede de serviços (BRASIL, 2011-R).

Assim, a reforma psiquiátrica e o movimento antimanicomial vem romper o modelo de exclusão, reintegrando as pessoas acometidas por transtorno mental ao convívio social e familiar. Os CAPS são definidos como serviços estratégicos de substituição ao hospital psiquiátrico, onde as pessoas terão a oportunidade de construir uma nova forma de vida, tida como normal nos tempos atuais. A reforma psiquiátrica brasileira foi voltada para a recontextualização das pessoas com transtornos mentais, por meio da garantia dos seus direitos e da cidadania.

3.2 A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e o surgimento do SUS: o atendimento humanizado em saúde mental.

A CRFB/1988 propôs diretrizes políticas inovadoras a fim de melhorar a qualidade da atenção a saúde no país. Dentre elas, podemos destacar o conceito abrangente de saúde considerando o meio físico, socioeconômico e cultural, fatores biológicos e o acesso aos serviços de prevenção e cura; o direito de todos às ações de saúde, sendo do poder público o dever de prover tal direito; e o estabelecimento do SUS (BRASIL, 2010-A). Desta forma, o conceito de saúde é amplo e deve ser definido como um fator resultante de condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade e acesso a serviços de saúde. Este processo aponta para uma concepção em que saúde não se reduz a ausência de doenças, e sim a uma vida com qualidade.

Com a CRFB/1988 o Brasil constituiu-se um Estado democrático de direito e tem como um dos seus fundamentos a cidadania e a dignidade da pessoa humana. No seu artigo 5º, elenca diversos direitos fundamentais como o direito à vida, à liberdade, à igualdade e à segurança. Ademais, no seu artigo 3º, relaciona como objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: "a construção de uma sociedade livre, justa e solidária; garantir o desenvolvimento nacional; reduzir as desigualdades sociais; e promover o bem de todos, sem preconceitos." E no seu artigo 6º, expressa os direitos sociais formalmente reconhecidos pelo Estado Brasileiro (BRASIL, 2010-A). Nesse sentido, todos os direitos nela previstos devem ser garantidos às pessoas com transtornos mentais.

Sobre as Constituições anteriores Carvalho Netto (2005, p. 22) afirma que existe uma falta de atenção em relação aos "direitos fundamentais do portador de sofrimento mental", e acrescenta:

O portador de sofrimento mental não mais poderia ter a sua cidadania desconhecida; a eles deveria ser reconhecido o respeito a sua condição de ator da construção da cidadania, ou seja, a garantia da sua titularidade aos direitos fundamentais, exatamente na mesma medida em que são direitos da titularidade de todos os cidadãos (CARVALHO NETTO, 2005, p. 22).

Com a CRFB/1988 o reconhecimento dos direitos humanos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais, nos artigos 5º, 6º e 7º, constitui um marco para a garantia desses direitos no Brasil. A CRFB/1988 impõe ao Estado brasileiro o dever de promover ações que garantam a inclusão de todas as pessoas, tomando como base o princípio da igualdade. Nesse caso, é o que ocorre com a saúde, que está prevista art. 6º como um direito social e no artigo 196 da Constituição, reafirmando o compromisso deste na formulação de políticas públicas visando garantir esse direito (BRASIL, 2010-A).

Nos últimos dez anos, o SUS avançou na assistência e no tratamento aos brasileiros com transtornos mentais. A reforma psiquiátrica, iniciada há cerca de vinte anos e formalizada pela Lei 10.216/01, impulsionou a construção de um modelo humanizado de atenção integral na rede pública de saúde, que mudou o foco da hospitalização como centro ou única possibilidade de tratamento aos pacientes.

Dentre os mecanismos de proteção e defesa dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais, a reforma psiquiátrica tem importante destaque, tendo em vista os seus princípios e objetivos (AMARANTE, 1996).

Segundo o relatório da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 1992, que teve como tema: "A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil, modelo assistencial e direito à cidadania" (BRASIL, 2011-H):

A democratização do Estado com o controle da sociedade civil é fundamento do direito à cidadania e da transformação da legislação de saúde mental. O processo saúde/doença mental deverá ser entendido a partir de uma perspectiva contextualizada, onde qualidade e modo de vida são determinantes para a compreensão do sujeito, sendo de importância fundamental vincular o conceito de saúde ao exercício da cidadania, respeitando-se as diferenças e as diversidades (BRASIL, 2011-H, p. 1).

Cabe ressaltar que o Ministério da Saúde adotou o relatório final desta conferência como diretriz para reestruturação da assistência em saúde mental no Brasil.

A construção de uma proposta inovadora na atenção à saúde mental, de acordo com Costa, almeja “[...] a cidadania e a recuperação das garantias e direitos fundamentais dos portadores de Transtornos Mentais” (2003, p. 173). O autor reconhece, ainda, que “[...] torna-se cada vez mais relevante a atuação dos organismos da sociedade responsáveis por essa proteção e garantias constitucionalmente asseguradas” (COSTA, 2003, p. 173).

A orientação da reforma psiquiátrica brasileira encontra-se voltada para a busca da recontextualização das pessoas com transtornos mentais, por meio da garantia dos seus direitos e do exercício da cidadania. Como já referendado neste trabalho, a referida reforma foi sendo implementada a partir da decisão política dos governantes, da capacidade técnica em formular novas formas de compreender e lidar com a loucura por parte dos profissionais e da capacidade de articulação dos usuários dos serviços de saúde mental e de seus familiares (CARVALHO NETTO, 2005).

O processo de superação do tratamento centralizado no hospital psiquiátrico tem sido matéria de discussão contemporânea, do ponto de vista da descentralização das ações e dos serviços de saúde estabelecida formalmente na CRFB/1988, artigos 1º e 204, juntamente com a Lei Orgânica de Saúde, Lei nº 8.080 de 1990, e as Normas Operacionais do SUS. A consolidação normativa do Estado Democrático de Direito refletiu também na esfera dos interesses dos cidadãos, inclusive daqueles com transtorno mental (COSTA, 2003).

A Política Nacional de Saúde Mental foi objeto de reformulações, uma nova perspectiva no ordenamento jurídico do país em relação à pessoa com transtorno mental, e resultou na Lei nº 10.216 de 2001. A lei possibilitou proteção e direitos as pessoas com transtornos mentais e reestruturou o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2011-C), refletindo, assim, os princípios da reforma psiquiátrica: desinstitucionalização, desospitalização e garantia de direitos.

Esta Reforma visou, dentre outros aspectos, criar uma rede de serviços diversificados, regionalizados e hierarquizados que promova a efetiva contextualização e reabilitação psicossocial da pessoa com transtorno mental. Nesta perspectiva, apresenta como princípios: a centralidade da proteção dos direitos humanos e de cidadania das pessoas com transtornos mentais, a necessidade de construir redes de serviços que substituam o modelo hospitalocêntrico e a pactuação de ações por parte dos diferentes fatores sociais (RIBEIRO; FELIPPE, 2000).

Contemplando mudanças significativas no modelo de atenção psiquiátrico, o advento desta nova política se identifica com o modelo da corresponsabilidade da sociedade e do Estado, com evidente perspectiva da descentralização administrativa à saúde, através da

Lei Orgânica de Saúde. As orientações dispostas no texto da Lei nº 10.216/2001, que substituiu a legislação psiquiátrica de 1934 (Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934), inova em diversos procedimentos e estabelece os direitos das pessoas com transtornos mentais, conforme prevê o art. 2º:

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

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

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

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

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

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

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

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

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2011-C)

Esta lei afirma o direito ao tratamento respeitoso e humanizado dessas pessoas, preferencialmente em serviços substitutivos, estruturados segundo os princípios da territorialidade e da integralidade do cuidado. Ela dispõe, ainda, que a internação psiquiátrica configura-se como último recurso terapêutico a ser adotado, sendo a sua concretização condicionada à emissão de parecer médico com a devida explicitação de seus motivos (BRASIL, 2010-C).

Instituída pelo Decreto nº 4.345 de 26 de agosto de 2002, a Política Nacional Antidrogas retrata o uso indevido de drogas como uma ameaça séria e persistente à humanidade e a vida em sociedade, discutindo os efeitos adversos gerados pelo uso indevido de drogas, associando-o ao tráfico de drogas e a outros crimes, inclusive a violência. “A Política observa o necessário alinhamento à CRFB/1988 no respeito aos direitos humanos e as liberdades fundamentais de um Estado Democrático” (BRASIL, 2011-L). Entre os seus pressupostos básicos observa-se a perspectiva proibicionista em relação às drogas: “Buscar, incessantemente, atingir o ideal de construção de uma sociedade livre do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas” (BRASIL, 2011-L).

Quanto à saúde, a Política Nacional Antidrogas traz alguns pressupostos relevantes para a construção de um modelo de atenção aos usuários de álcool e substâncias

entorpecentes, buscando a redução de danos e se comprometendo em garantir a população o direito à cidadania. Assim, propõe-se “reconhecer o direito de toda pessoa com problemas decorrentes do uso indevido de drogas de receber tratamento adequado” (2.1) (BRASIL, 2011-L). Reconhecer a diferença entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante de drogas, tratando-os de forma individualizada. “Evitar a discriminação de indivíduos pelo fato de serem usuários ou dependentes de drogas” (2.3) (BRASIL, 2011-L), entre outros.

As diretrizes da política setorial de saúde prevêem políticas e práticas dirigidas as pessoas que apresentam problemas decorrente do uso de álcool e substâncias entorpecentes, que devem estar integradas com as propostas elaboradas pela Área Técnica de Saúde Mental, necessitando ainda, estar em harmonia com os princípios da política de saúde mental vigente, regulamentada pela Lei 10.216 de 2001, valendo-se da implementação de Centros de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas (CAPSad), que desempenham papel estratégico de ordenamento da rede em seu território de atuação, promovendo a articulação necessária entre os mais variados dispositivos comunitários sociais e de saúde para a integralidade da atenção e inclusão social de usuários e familiares acompanhados (BRASIL, 2011-M).

3.3 O surgimento dos centros de atenção psicossocial – CAPS

A Política de Atenção Integral ao uso de álcool e outras drogas, do Ministério da Saúde, se configura por um conjunto de ações em saúde voltadas para a recuperação de usuários com problemas decorrentes da dependência de drogas, para a promoção de saúde e para prevenção ao uso indevido ou abusivo dessas substâncias. Tendo nos CAPSad os dispositivos especializados para atuar junto a esta demanda, a estratégia de redução de danos como principal modelo de atenção e a oferta de atendimento, tanto na atenção básica quanto em serviços especializados, e a internação em hospitais como último recurso para casos que se faz necessários (BRASIL, 2011-A).

Convém destacar que essa política só foi possível após a existência do SUS e com a concepção de que as drogas e o álcool não são somente problemas de âmbito jurídico, mas também de saúde pública, embora tenha um controle repressivo na distribuição, comercialização e produção dessas substâncias junto à população.

Os modelos de cuidados de base comunitária, que se originam e se mobilizam fora do padrão hospitalocêntrico, ou da abstinência como única alternativa de encontrar qualidade de vida, enfim, coloca em debate questões fundamentais, como: liberdade de escolha, responsabilidade individual, familiar e social, direito do usuário à universalidade e integralidade de ações e dever do Estado de criar condições para o exercício do auto cuidado, redes sociais de apoio e sua conexão com as redes informais dos usuários, bem como outros (BRASIL, 2011-A).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dentre todos os dispositivos de saúde mental, marcaram um progresso indiscutível para a reforma psiquiátrica brasileira, o tratamento ambulatorial vem, aos poucos, substituindo o tratamento de internação hospitalar (BRASIL, 2010-I).

Os CAPS tem a função de prestar atendimento clínico diário, evitando as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios (BRASIL, 2010-I).

O primeiro CAPS do Brasil surge na década de 1980 com o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo, e representa a efetiva implementação de um novo modelo de atenção ao doente mental atendido na rede pública de saúde, cuja ideologia era a superação do modelo asilar utilizado (CAMPOS; FURTADO, 2006).

O CAPS Luiz da Rocha Cerqueira juntamente com os NAPS, Núcleos de Atenção Psicossocial, inaugurados a partir de 1989, em Santos, se tornaram referência para a implementação de serviços substitutivos aos manicômios no Brasil (CAMPOS; FURTADO, 2006).

Os NAPS são estruturas abertas, regionalizadas, com responsabilidade por toda a demanda da região, independentemente de sua gravidade, oferecendo cuidados 24 horas, todos os dias, inclusive acolhimento de tipo internação, cada unidade dispendo de seis leitos, aproximadamente (BRASIL, 2011-X)

O CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira era uma unidade específica da rede pública do Estado de São Paulo (GOLDBERG, 1994). Segundo o mesmo autor “a clínica do CAPS não dispensava a tradição, o saber e os instrumentos da psiquiatria, mas subordinava-os a uma nova preocupação do que fosse a problemática da doença mental e do tratamento ao doente” (GOLDBERG, 1994). O CAPS era um serviço de atendimento-dia, em que o paciente passava o dia na instituição e à noite retornava para sua casa (BRASIL, 2011-X).

Porém, serão os NAPS santistas que efetivarão o mais significativo avanço na superação do modelo centrado nos hospitais psiquiátricos, rompendo com o modelo anterior (TENÓRIO, 2002). Mas, foi o CAPS, Luiz da Rocha Cerqueira, que inspirou a criação de dezenas de outros CAPS, em diversas regiões, estabelecendo um novo tipo de serviço de saúde mental no país. Os CAPS e NAPS vieram a ser regulamentados em plano nacional pelo Ministério da Saúde, através da Portaria nº224, de 1992 (TENÓRIO, 2002).

Primeiro documento oficial, a portaria 224, visou estabelecer critérios para o credenciamento e financiamento do CAPS pelo SUS e dividiu a assistência de saúde mental em dois grandes grupos de atendimento, o hospitalar e o ambulatorial. O atendimento hospitalar compreendia a internação e a semi-internação, esta última na forma dos hospitais-dia. Já o atendimento ambulatorial se caracterizou por um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas nas unidades de saúde, CAPS e NAPS (BRASIL, 2010-L).

A referida portaria conceituou os NAPS e CAPS como:

Unidades de saúde locais e regionais que contam com população definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional (BRASIL, 2011-X).

Com as políticas de incentivos para com as instituições já existentes, o número de hospitais psiquiátricos diminuiu e em setembro de 2001, na Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, o coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde, Pedro Gabriel Delgado, divulgou a existência de 275 serviços dessa natureza no país (TENÓRIO, 2002).

Nos últimos anos, a expansão, consolidação e qualificação da rede de atenção à saúde mental, sobretudo os CAPS, foram os principais objetivos de ações do Ministério da Saúde. Como já vimos, a expansão destes serviços tem sido fundamental para mudar o cenário de atenção à saúde mental no Brasil. Os CAPS possuem uma linha de financiamento específica junto ao Ministério de Saúde desde 2002 e são organizados pelas secretarias municipais (FARIA; SCHNEIDER, 2009).

Considerando a necessidade de atualização das normas constantes na portaria 224 de 1992 e apreciando a Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, no ano de 2002 é criada a portaria nº 336 que dividi os CAPS em modalidades de serviços: “CAPS I, CAPS II, CAPS III definidos por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional” (BRASIL, 2010, L).

Os CAPS I são serviços para cidades de pequeno porte, que devem dar cobertura para toda clientela com transtornos mentais moderados durante o dia, adultos, crianças e adolescentes e pessoas com problemas devido ao uso de álcool e outras drogas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. Já os CAPS II são serviços para cidades de médio porte e atendem durante o dia pessoas adultas, capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Os CAPS III são serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, geralmente disponíveis em grandes cidades, que atendem clientela adulta, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes (BRASIL, 2010-L).

A Portaria 336, de 2002 estabelece ainda o atendimento diferenciado a crianças e adolescentes através do CAPS I e II, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, e para as pessoas portadoras de transtornos mentais decorrentes do uso abusivo e dependência de substância psicoativa, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 200.000, CAPSad II (BRASIL, 2010-L).

Cabe ressaltar, que a decisão política pela composição de uma rede pública de CAPS enfrentou grandes resistências, uma vez que o SUS possibilitava a contratação de serviços privados, em caráter complementar à rede pública. As recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, e o caráter estratégico destes serviços fundaram a decisão política por uma rede CAPS de gestão pública. A partir de 2003, apenas CAPS públicos foram cadastrados junto ao Ministério da Saúde. Na mesma direção, os municípios foram incentivados a municipalizar os poucos serviços privados ou filantrópicos, existentes há mais tempo na rede, e que prestassem atendimento relevante.

Os CAPS configuram-se como serviços comunitários ambulatoriais e regionalizados nos quais os pacientes deverão receber consultas médicas, atendimentos terapêuticos individuais ou grupais, podendo participar de ateliês²³ abertos, de atividades divertidas e recreativas promovidas pelos profissionais do serviço, de maneira mais ou menos intensiva e articulada em torno de um projeto terapêutico individualizado voltado para o tratamento e reabilitação psicossocial, devendo também haver iniciativas extensivas aos familiares e às questões de ordem social presentes no cotidiano dos usuários (BRASIL, 2010-L).

²³ Ateliê é o lugar de trabalho de pessoas com vontade de criar, manipular e produzir um ou mais tipos de [arte](#).

Poderão oferecer, conforme as determinações da Portaria atendimento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. O atendimento intensivo é realizado diariamente, oferecido a pessoa que estiver acometida de grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades no convívio familiar e social, necessitando de contínua atenção, podendo, o tratamento ser realizado em seu domicílio, se necessária. No atendimento semi-intensivo o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Este tratamento é oferecido quando o sofrimento psíquico diminui, melhorando o convívio social e familiar, mas a pessoa ainda necessita de atenção da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. O atendimento não-intensivo é oferecido quando a pessoa não necessita mais de suporte contínuo da equipe para realizar suas tarefas na família e ou trabalho, podendo ser atendido até 3 dias no mês (BRASIL, 2011-T).

Os CAPSad, destinados ao atendimento de pessoas com transtornos mentais devido ao uso abusivo de álcool e drogas, tem recebido do Ministério da Saúde, bem como do SUS, importantes implementações de políticas públicas destinadas ao público alvo.

Historicamente, a atenção aos dependentes/usuários de álcool e outras drogas, se deu na mesma lógica implementada para as outras doenças psiquiátricas. O tratamento era realizado em hospitais psiquiátricos, asilos e manicômios, com o uso de medicamentos, que tinha como meta principal a abstinência (FARIA; SCHNEIDER, 2009).

Atualmente, a saúde pública brasileira não vinha se ocupando devidamente com o grave problema da prevenção e tratamento de transtornos mentais associados ao consumo de álcool e outras drogas. Produziu-se uma importante lacuna na política pública de saúde, deixando-se a questão das drogas para as instituições da justiça e da segurança pública (BRASIL, 2011-A). Assim, a partir de 2003 os CAPSad passam a ser implantados, sobretudo em grandes regiões metropolitanas e em regiões ou municípios de fronteira, com indicadores epidemiológicos relevantes (FARIA; SCHNEIDER, 2009).

Sua finalidade é oferecer atendimento diário e contínuo a pacientes que apresentem transtornos decorrentes do uso de álcool e drogas. Devem fornecer, quando necessário, atendimento ambulatorial para desintoxicação e realizar encaminhamentos que demandem por atenção clínica hospitalar. Nesse sentido, as Unidades Básicas de Saúde, em conjunto com as equipes da Estratégia de Saúde da Família e dos hospitais, complementam a rede de serviços voltados para a atenção dessa demanda, devendo servir como porta de entrada para usuários que residem em municípios que não possuem dispositivos no campo da Saúde Mental (BRASIL, 2010-L).

Os CAPSad devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Tendo a Estratégia da Redução de Danos como principal modelo de atenção à dependência, os CAPSad desenvolvem atividades de atendimento individual ou em grupos, promovendo também oficinas terapêuticas e visitas domiciliares (BRASIL, 2010-L).

Atualmente, a atenção especializada em saúde mental é oferecida, no SUS, por meio de 1.650 CAPS, que estão implementados em todos os estados. Essa quantidade de CAPS é quase quatro vezes maior que em 2002, quando o país contava com 424 Centros. As equipes que atuam nos centros são formadas por médicos psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e outros profissionais de saúde. Foram registrados, em 2010, 21 milhões de atendimentos ambulatoriais em saúde mental – 50 vezes maior que a quantidade deste tipo de assistência prestada em 2002 (423 mil procedimentos) (BRASIL, 2011-U).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE – Censo 2010 demonstram que o Estado de Santa Catarina, cuja população no ano de 2010 atingia 6.249.682 habitantes, possui na sua totalidade 75 CAPS, dos quais 11 destinados a tratamento de dependentes de álcool e drogas CAPSad, sendo que está dividido em 293 municípios (BRASIL, 2011-U).

Em 2009, o Ministério da Saúde lançou um programa emergencial, em consideração ao cenário epidemiológico recente, que mostra a expansão do consumo de drogas e de problemas de alcoolismo no País, para intensificar as medidas de prevenção, diagnóstico precoce, tratamento de dependentes e redução dos riscos e danos. O Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas - PEAD 2009-2010, foi instituído pela Portaria/MS nº 1.190 de 04 de junho de 2009, cujas diretrizes são o direito ao acesso ao tratamento, a redução da lacuna assistencial, o enfrentamento do estigma, da qualificação das redes de saúde, da adoção da estratégia de redução de danos e do reconhecimento de determinantes sociais de vulnerabilidade, risco e padrões de consumo (BRASIL, 2011-Z).

As estatísticas de problemas de álcool e drogas explicam o programa. Entre 2000 e 2006, a taxa de mortalidade por doenças associadas ao alcoolismo passou de 10,7 para 12,64 óbitos por 100 mil habitantes. No mesmo período foram contabilizadas 146.349 mortes associadas ao consumo de bebida, o que dá uma média de 57 mortes/dia (BRASIL, 2011-M).

Apesar de contar com uma política de amparo, mais recente, a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, tiveram e ainda tem repercussões nos cenários da desassistência. Os CAPSad, por sua vez, configuram-se como os equipamentos de saúde mental capazes de impulsionar esse cuidar centrado na reabilitação psicossocial do usuário e de sua família, reunindo esforços também da comunidade por meio de um processo de trabalho e cuidado em saúde caracterizado pelo acolhimento, atenção integral, humanização, vínculo e corresponsabilização.

CONCLUSÃO

Desde a segunda metade da década de 70, verificou-se diversas inovações, sobretudo, na trajetória da reforma psiquiátrica que vem sendo discutida no Brasil. Embora implementadas novas práticas de atenção aos doentes mentais, os direitos destas pessoas ainda são violados. O que se evidencia é que as redes de atenção à saúde mental são escassas.

A relação entre saúde mental e direitos humanos, de acordo com a noção de que o direito à saúde faz parte dessa relação, devem ser assegurados na sua integralidade.

A saúde, que teve sua conceituação definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como sendo o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade, tem sua proteção vinculada à garantia dos Direitos Humanos, e possui íntima ligação com a Dignidade da Pessoa Humana, que é um dos princípios que fundamenta a República Federativa do Brasil.

Como Direito Fundamental, a saúde foi positivada na CRFB/1988, no rol dos direitos sociais, artigo 6º, bem como no artigo 196, que tem o Estado como garantidor desse direito através de implementações de políticas públicas de assistência, prevenção e promoção da saúde da população. Assim, o direito à saúde é abrangente, devendo estar vinculado a muitas ações e serviços prestados de forma positiva pelo Estado para sua efetivação.

Ações fundamentadas na noção de garantir esses direitos têm trazido avanços que contribuem na organização de políticas públicas de atenção direcionadas às pessoas com transtornos mentais, modificando o modelo assistencial direcionados a estas pessoas. Dentre os modelos de proteção e defesa dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais encontra-se a Lei nº. 10.216/2001, que assimilou os princípios e os objetivos da reforma psiquiátrica brasileira.

Os serviços de saúde, antes da década de 70, estiveram marcados pela individualização, exclusão, e confinamento do indivíduo. Hoje existe uma preocupação com a assistência ao indivíduo com transtorno mental de uma maneira integral, inserido na sua família e comunidade, priorizando a ressocialização e o retorno dessa pessoa ao seu meio social, por meio dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS.

Quando surgiram, as primeiras drogas eram utilizadas como cura para as doenças. Porém, as consequências do seu abuso estão se tornando uma das doenças mais grave do século XXI. Com o objetivo de estudar as políticas públicas dispensadas aos dependentes de álcool e drogas, pode-se perceber que o abuso e dependência dessas substâncias é um problema de

saúde pública que afeta, não só o usuário, mas também as pessoas que o rodeiam, como família, sociedade, amigos, colegas profissionais, entre outros, podendo causar graves consequências sociais e individuais.

Pesquisas científicas demonstram que as drogas interferem seriamente no funcionamento cerebral criando, imediatamente, sensações de prazer, mas também efeitos a longo-prazo no metabolismo e atividade cerebral, como dependência e, nos extremos, morte.

Os primeiros centros de atenção ao doente mental não dispensavam o tratamento tradicional, mas tinham uma nova preocupação com a terapêutica humanizada. Assim os centros de atenção psicossocial foram se efetivando e multiplicando resultando num novo modelo de atenção aos doentes mentais.

O Brasil tem investindo na implementação de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde mental. Porém a deficiência das políticas públicas ainda é sentida por grande parte da população, qual seja, a mais carente, incluindo os usuários/dependentes de substâncias entorpecentes e álcool, pois a ausência de cuidados atinge o indivíduo, bem como aos que o cercam.

A constatação de que o uso de álcool e substâncias entorpecentes tomou proporção de grave problema de saúde pública encontra ressonância na sociedade, pela relação entre o consumo e os agravos sociais que dele resultam. É por causa desses desafios que vem se criando aparatos jurídicos que possam fazer com que os consumidores dessas substâncias possam obter tratamento adequado.

Nesse contexto é instituída a Portaria nº. 336 de 19 de fevereiro de 2002 que institui sobre os CAPS- Centro de Atenção Psicossocial, a qual atualiza a Portaria nº. 224 de 1992, como uma forma importante de se instaurar uma política pública em saúde mental visando a prevenção de uma doença que vem crescendo consideravelmente a cada ano. O Brasil tem avançado quanto à temática das drogas e do álcool, embora não o suficiente ainda.

REFERÊNCIAS

ADNET, Eduardo. **História da psiquiatria**. Texto atualizado em 31/01/2009. Disponível em: <<http://dradnet.com/section1/historia-da-psiquiatria.html>>. Acesso em: 20 mai. 2011.

AITH, Fernando. **Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: QuartierLatin, 2007. 406 p.

ALMEIDA, Osvaldo Pereira de; DRATCU, Luiz; LARANJEIRA, Ronaldo. **Manual de psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 1996. 307 p.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil**. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p. 73-95.

_____. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

_____. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

_____. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

ARANHA, Márcio Iorio (Org.). **Direito sanitário e saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 375p.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais — DSM-IV**. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

BALLONE, Geraldo J. **As alucinações e os delírios na psicopatologia**. Revista Cérebro & Mente - Revista eletrônica de divulgação científica em neurociência, Universidade Estadual de Campinas, Publicado em 25.Mai.2003. Disponível em: <<http://www.cerebromente.org.br/n17/doencas/alucinacoes.html>>. Acesso em: 20 maio 2011.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1993. 217 p.

_____. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 1992. 212 p.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de direito constitucional**. São Paulo: Malheiros, 2006. 808 p.

_____. **Curso de direito constitucional**. São Paulo: Malheiros, 2008. 827 p.

_____. **Do Estado Liberal ao Estado Social**. 6. ed. São Paulo: Malheiros, 2001. 230 p.

BRASIL. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**. Promulgada em 16 de julho de 1934. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 24 dez. 2010-C.

_____. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**. Promulgada em 24 de fevereiro de 1891. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constitui%C3%A7ao91.htm>. Acesso em: 24 dez 2010-M.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 24 mar. 2010-A.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 24 de janeiro de 1967. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 24 dez. 2010-F.

_____. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**. Decretada em 10 de novembro de 1937. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 24 dez. 2010-D.

_____. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**. Promulgada em 10 de setembro de 1946. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 24 dez. 2010-E.

_____. **Constituição Política do Império do Brasil**. Jurada por sua Majestade o Imperador Dom Pedro I, em 25 de março de 1824. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 24 dez. 2010-B.

_____. **Decreto nº. 1.132, de 22 de Dezembro de 1903**. Reorganiza a Assistência à Alienados. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>>. Acesso em: 20 mai. 2011-B.

_____. **Decreto nº. 24.559, de 3 de julho de 1934**. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Disponível em: <

<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=20366>>. Acesso em: 20 de mai. 2011-F.

_____. **Decreto nº. 4.345, de 26 de agosto de 2002.** Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.dji.com.br/decretos/d-004345-26-08-2002.htm>>. Acesso em: 02 mai. 2011-L.

_____. **Lei nº 3.071, de 1º de janeiro de 1916.** Institui o Código Civil. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/103251/codigo-civil-de-1916-lei-3071-16>>. Acesso em: 20 mai. 2011-D.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 10 out. 2010-G.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 10 out. 2010-H.

_____. **Lei nº 10.216, de 6 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 20 abr. 2011-C.

_____. Ministério da Justiça. **Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas.** Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>>. Acesso em: 18 abr. 2011-E.

_____. Ministério da Justiça. **Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais.** Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/pacto_dir_economicos.htm>. Acesso em: 03 out. 2010-K.

_____. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool a outras Drogas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0277_%20M.pdf. Acesso em: 02 maio 2011-P.

_____. Ministério da Saúde. **A saúde de adolescentes e jovens: competências e habilidades.** Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/multimedia/adolescente/textos_comp/tc_01.html.
Acesso em: 01 abr. 2011-G.

_____. Conferência Nacional de Saúde Mental. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994. 63p. Disponível em: sAcesso em 05 maio 2011-H

_____. 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.** Brasília: Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ, 2010, 48 p. Disponível em:
<portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/consult_ua17_1_11.pdf>. Acesso em: 02 mai. 2011-M.

_____. Ministério da Saúde. **No Dia Nacional de Luta Antimanicomial, Brasil mostra avanços na assistência em saúde mental.** Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 12 mai. 2011-Z.

_____. Ministério da Saúde. **Normas Operacionais Básicas.** Datasus. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>>. Acesso em: 20 jan. 2010-J.

_____. Ministério da Saúde. **Número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por tipo e UF e Indicador CAPS/100.000 habitantes Brasil.** dez. de 2010. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2011_1_21caps_uf_dez.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2011-U.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 78 p. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf
Acesso em: 10 abr. 2011-A.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 1986. 29 p. Disponível em:
http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em: 2 maio 2011-I.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. 43 p. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relac_final.pdf. Acesso em: 8 maio 2011-J.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 210 p. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2011_2_1relatorio_IV.pdf. Acesso em: 10 abr. 2011-R.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf. Acesso em: 01 mai. 2011-T.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, nov. de 2005. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf. Acesso em: 04 abr. 2010-I.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 224, de 29 de janeiro de 1992**. Estabelece as diretrizes da política de mental no país. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/saude-mental/PORTARIA_224.pdf. Acesso em: 25 mai. 2011-X.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece a constituição dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>. Acesso em: 20 Mar. 2010-L.

BULOS, Uadi Lâmmego. **Curso de direito constitucional**. São Paulo: Saraiva, 2008. 1391 p.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko; FURTADO, Juarez Pereira. **Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, mai. de 2006. v. 22, n. 5. p. 1053-1062. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/18.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2011.

CARVALHO, Patrícia Luciane de. **Análise sistêmica da proteção do direito à saúde**. In: PIOVESAN, Flávia; IKAWA, Daniela (Orgs.). **Direitos Humanos: fundamento, proteção e implementação perspectivas e desafios contemporâneos**. Curitiba: Juruá. 2007. 976 p.

CARVALHO NETTO, Menelick; MATTOS, Virgílio de. **O novo direito dos portadores de transtorno mental: o alcance da Lei 10.216/2001**. Conselho Federal de Psicologia, 2005.

Disponível em: <http://www.pol.org.br/publicacoes/pdf/brochura_banalizacao.pdf>. Acesso em: 17 maio 2011.

CHIORO, Ricardo. **Ciência Cognitiva**. Disponível em: http://an.locaweb.com.br/Webindependente/CienciaCognitiva/ciencia_cognitiva.htm. Acesso em: 20 maio 2011.

COMPARATO, Fábio Konder. **Afirmção histórica dos direitos humanos**. São Paulo: Saraiva, 1999. 421 p.

COSTA, Augusto Cesar de Farias. **Direito, saúde mental e reforma psiquiátrica**. In: ARANHA, Márcio Iorio (Org.). **Direito sanitário e saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 375p.

COUTO, Ronaldo Costa. **História indiscreta da ditadura e da abertura Brasil: 1964-1985**. Rio de Janeiro: Record, 1999. 517 p.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **Direito sanitário**. In: ARANHA, Márcio Iorio (Org.). **Direito sanitário e saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 375p.

DICIONÁRIO INFORMAL. Disponível em: <<http://www.dicionarioinformal.com.br>>. Acesso em: 11 abr. 2011.

ENGELS, Friedrich. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. São Paulo: Global, 1985.

FARIA, Jeovane Gomes de; SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. **O perfil dos usuários do CAPSad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental**. Revista Psicologia & Sociedade, mai. de 2009, vol. 21, n. 3. p. 324-333. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822009000300005&script=sci_arttext. Acesso em: 01 abr. 2011.

FIGUEIREDO, Mariana Flichtiner. **Direito fundamental à saúde: parâmetros para sua eficácia e efetividade**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

FIGUEIREDO, Gabriel. **O príncipe e os insanos**. São Paulo: Cortez, 1988.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978. 551 p.

GELDER, Michael; MAYOU, Richard; GEDDES, John. **Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 1999. 309 p.

GOLDBERG, Jairo. **Clínica da psicose: um projeto na rede pública**. Rio de Janeiro: Te-Corá/Instituto Franco Basaglia, 1994, 115 p.

GOMES, Neyla Georgina Rodrigues. **Política de saúde mental no Brasil**. Disponível em: http://www.fasvipa.com.br/Neyla_Georgina.pdf. Acesso em: 02 maio 2011.

GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela de. **A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família**. Revista Latino Americana Enfermagem, mar. de 2001, vol. 9, n. 2. p. 48-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan.11.

HOLMES, David S. **Psicologia dos transtornos mentais**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. 566 p.

KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J. **Tratado de psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 1999. 1141 p.

KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J.; GREBB, Jack A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artmed, 1997. 1169 p.

LARANJEIRA, Ronaldo; NICASTRI, Sérgio. **Abuso de dependência de álcool e drogas**. In: ALMEIDA, Osvaldo Pereira de; DRATCU, Luiz; LARANJEIRA, Ronaldo. **Manual de Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 1996. 307 p.

LINO, Márcia Aparecida. **A convivência de pessoas com transtornos mentais e seus familiares no contexto do domicílio**. 2006. 87 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Área e concentração: Enfermagem Psiquiátrica. Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7134/tde.../Marcia_Lino.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2011.

LOMBA, Marcos. **Emergências médicas e primeiros socorros**. 3 ed. v. 1. Olinda: Grupo Universo, 2007. 176 p.

LOCKE, John. **Carta acerca da tolerância; Segundo tratado sobre o governo; Ensaio acerca do entendimento humano**. São Paulo: Abril, 1973. 350 p

MACEDO, Camila Freire. **A evolução das políticas de saúde mental e da legislação**

psiquiátrica no Brasil. *Jus Navigandi*, Teresina, ano 10, n. 1017, 14 abr. 2006. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=8246>>. Acesso em: 10 abr. 2011.

MAGALHÃES, José Luiz Quadros de. **Direito Constitucional.** Belo Horizonte: Mandamentos, 2000. 414 p.

MARTINS, Wal. **Direito a saúde:** compêndio. Belo Horizonte: Fórum, 2008. 221 p.

MORAES, Maristela. **O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas:** percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. v. 13, n.1, p. 121-133, jan./fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100017>. Acesso em: 15 abr. 2011

MARSIGLIA, Regina Giffoni; SILVEIRA, Cássio; CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo. **BRASIL:** indicadores sócio-demográficos e características das políticas públicas na década de 1990. In: MELLO, Feijó de; MELLO, Andrea de Abreu Feijó de; KOHN, Robert (Orgs.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil.** Porto Alegre: Artmed, 2007. 207 p.

MELLO, Feijó de; MELLO, Andrea de Abreu Feijó de; KOHN, Robert (Orgs.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil.** Porto Alegre: Artmed, 2007. 207 p.

MINATTI, Edson. Universidade Federal de Santa Catarina. **QMCWEB - Revista Eletrônica do Departamento de Química.** Ano 4. Disponível em: <<http://www.qmc.ufsc.br/qmcweb/artigos/nicotina.html>>. Acesso em: 05 abr. 2011.

OLIVEIRA, Francisca Bezzerra. **Reabilitação psicossocial no contexto da desinstitucionalização:** utopias e incertezas. In: _____. *Saúde Metal: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio.* São Paulo: Lemos Editorial, 2000. 214 p.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO), de 22 de julho de 1946.** Disponível em: <<http://www.fd.uc.pt/CI/CEE/OI/OMS/OMS.htm>>. Acesso em: 10 abr. 2011.

_____. **Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 10 de dezembro de 1948.** Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/diremitos/deconu/textos/integra.htm>>. Acesso em: 29 set. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.** Trad. de Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 350 p.

ORTH, Anaídes Pimentel da Silva. **A dependência química e o funcionamento familiar à luz do pensamento sistêmico.** 2005. 159 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. Disponível em: <http://www.labsfac.ufsc.br/documentos/dissertacaoAnaides.pdf>. Acesso em: 5 março 2011.

PARKER, Steve. **O livro do corpo humano.** São Paulo: Ciranda Cultura, 2007. 256 p.

PERES, Maria Angélica de Almeida; BARREIRA, Ieda de Alencar. **Desenvolvimento da assistência médica e de enfermagem aos doentes mentais no Brasil: os discursos fundadores do hospício.** Revista Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2009 Out-Dez. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n4/04.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2011.

PIOVESAN, Flávia (Org.). **Direitos Humanos.** Curitiba: Juruá. 2006. v. 1.

_____. **Direitos humanos: desafios da ordem internacional contemporânea.** In: _____ Direitos Humanos. Curitiba: Juruá. 2006. v. 1.

_____; IKAWA, Daniela (Orgs.). **Direitos Humanos: fundamento, proteção e implementação perspectivas e desafios contemporâneos.** Curitiba: Juruá. 2007. 976 p.

PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antônio dos Santos. **O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução.** Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a08v25n2.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2011.

RESENDE, Heitor. **Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica.** In: COSTA, Nilson do Rosário; TUNDIS, Silvério Almeida (Org.). Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, 2001. 288 p.

RIBEIRO, Ana Maria; FELIPPE, Heleni. **A mídia e a estrutura da assistência psiquiátrica brasileira.** In: JORGE, Maria Salete Bessa; SILVA, Waldine Viana da; OLIVEIRA; Francisca Bezzerra de. In: Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. 214 p.

SANCHEZ, Amauri Mário Tonucci. **Drogas e drogados: o indivíduo, a família, a sociedade.** São Paulo: EPU, 1982. 261 p.

SANTOS, René; REHEM, Renilson. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. 291p.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1998. 386 p

SCHWARTZ, Germano André Doederlein. **Direito à Saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica**. Porto Alegre: Livraria do Advogado. 2001. 223 p.

SCLIAR, Moacyr. **Do mágico ao social: trajetória da saúde pública**. São Paulo: SENAC, 2005. 160p.

SILVA, Ana Tereza de M. C. da; BARROS, Sônia; OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira de. **Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto**. Ver. Esc. Enferm. USP, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n1/v36n1a01.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2011.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 31. ed., rev. e atual. São Paulo: Malheiros: 2008. 926 p.

SIQUEIRA JÚNIOR, Paulo Hamilton; OLIVEIRA, Miguel Augusto Machado de. **Direitos Humanos e Cidadania**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2009. 287 p.

SOUZA, Luiz Antônio Araújo de. **A Teoria dos Quatro Status de Jellinek: direito à saúde como direito à prestação material positiva**. Disponível em: <<http://www.mp.rr.gov.br/app/webroot/Intranet/pageDirectory/artigos/teoria4status.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2011.

SPADINI, Luciene Simões; SOUZA, Maria Conceição Bernardo de Mello e. **A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a17v40n1.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2011.

TENÓRIO, Fernando. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos**. Revista História, Ciência, Saúde. vol. 9, n. 1, jan./abr. Rio de Janeiro: 2002. p. 25-59.

TORTORA, Gerard J.. GRABOWSKI, Sandra Reynolds. **Princípios de anatomia e fisiologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 702p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. **Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID**. Disponível em: <<http://www.cebrid.epm.br/index.php>>. Acesso em 18 abr. 2011.

VARGAS, Eduardo Viana. **Fármacos e outros objetos sócio-técnicos**: notas para uma genealogia das drogas. In: LABATE, Beatriz Caiuby; GOULART, Sandra; FIORE, Maurício; MACRAE, Edward; CARNEIRO, Henrique. **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: Edufba. 2008. 440p.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. **Política, gestão e atenção em saúde**. In: **Tratado de Saúde Coletiva**. Campos, Wagner de Souza, et al (Orgs). São Paulo. Hucitec: Rio de Janeiro. 2006. 871 p.