

A (IN) EFICÁCIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS – COMENTÁRIOS ATUAIS A RESPEITO DA GARANTIA DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE DOS USUÁRIOS DE DROGAS

THE (IN) EFFICIENCY OF PUBLIC POLICIES - CURRENT COMMENTS ABOUT GUARANTEE OF DRUG USERS´ CONSTITUTIONAL FUNDAMENTAL RIGHTS

RESUMO

O Brasil, como muitos outros países do mundo, vive um gravíssimo problema de saúde pública, decorrente do uso de drogas ilícitas por parte significativa de sua população. Diversas consequências decorreram do problema. A principal delas diz respeito às verdadeiras legiões de pessoas que perambulam por vias públicas das grandes cidades, completamente desassistidas, com repercussões negativas de toda ordem. O Estado Brasileiro, em contrapartida não conseguiu implementar políticas públicas para o enfrentamento da problemática. No ano de 2.001 foi instituída uma reforma psiquiátrica, através de lei federal, que procurou eliminar a cultura manicomial, no entanto, o que ainda pode ser verificado, na prática, é que não houve a efetivação dos valores e benefícios preconizados pela Lei. Além disso, pelas atuais modificações legislativas, observa-se que as diretrizes para o tratamento dos usuários de drogas têm sido modificadas, ante os resultados negativos do protocolo anteriormente seguido. A respeito de tal modificação, há posições contrárias dos profissionais do assunto, o que demonstra que ainda não há um consenso a respeito da forma que este problema pode ser administrado pelo Estado Brasileiro. Em razão disso, a perspectiva é de agravamento do quadro social decorrente da situação. Diante disso, o presente trabalho se propõe a uma breve análise das repercussões jurídicas, demonstrando alguns dos problemas decorrentes da ineficácia de tais Políticas Públicas.

Palavras-Chave: Drogadição no Brasil; Problema de Saúde Pública e Políticas Públicas

ABSTRACT

Brazil, like many other countries in the world, is experiencing a very serious public health problem caused by the use of illicit drugs by a significant part of its population. Several consequences have arisen from the problem. The main one concerns the true legions of people who roam the public thoroughfares of the big cities, completely unassisted, with negative repercussions of all order. The Brazilian State, on the other hand, was unable to implement public policies to confront the problem. In the year 2001, a psychiatric reform was instituted through a federal law, which sought to eliminate the manicomial culture. However, what can still be verified in practice is that

the values and benefits recommended by the Law were not implemented. In addition, due to the current legislative changes, it is observed that the guidelines for the treatment of drug users have been modified, given the negative results of the protocol previously followed. Regarding such a modification, there are opposing positions of the professionals of the subject, which shows that there is still no consensus as to how this problem can be managed by the Brazilian State. As a result, the prospect is that the membership will increase due to the situation. Therefore, the present work proposes a brief analysis of the legal repercussions, demonstrating some of the problems arising from the inefficacy of such Public Policies.

Keywords: Drug addiction in Brazil; Public Health and Public Policy Problem

Introdução

O Brasil, como muito países do mundo, vem vivenciando um aumento exponencial do número de pessoas usuárias de drogas ilícitas. Tal fenômeno se agravou principalmente a partir do início dos anos 1.990, com a popularização do uso de tais substância alucinógenas, com o atendimento das camadas mais pobres de despreparadas da população.

No ano de 2.001, através da Lei Federal nº 10.216, foi promovida uma reforma psiquiátrica, com a adoção de padrões internacionais para a internação, desinternação e tratamento de pessoas portadoras de disfunções psíquicas, aí incluídos os usuários de entorpecentes.

Posteriormente, no ano de 2.006, foi editada a Lei Federal nº 11.346, que estabeleceu a política nacional antidrogas e tipificou os crimes de porte e tráfico ilícito de drogas.

Não obstante os esforços empreendidos os resultados não foram os esperados. Com isso, a drogadição se transformou em um gravíssimo problema de saúde pública e sem políticas públicas adequadas, o problema vem se agravando.

As faces mais perceptíveis do problema foram o aumento expressivo da criminalidade, o encarceramento em massa e a formação de legiões de pessoas errantes, que perambulam pelas ruas das grandes cidades, com reflexos na higiene dos logradouros, impactos urbanísticos importantes e agudização das fragilidades do sistema de saúde pública oficial.

Diante desse quadro dissolador, o presente trabalho se propõe a traçar breves reflexões sobre o direito fundamental à saúde, o problema da drogadição e a fragilidade das políticas públicas destinadas ao enfrentamento de tal gravíssima situação.

1. Do direito fundamental à saúde no Brasil

A saúde sempre foi uma das mais latentes preocupações de todas as pessoas. Embora somente tenha passado a integrar o rol de garantias individuais somente nas modernas constituições, antes já havia uma tendência de associá-la ao primeiro direito à vida, como observado por Adriano de Cupis (1973, p. 148), como forma de permitir uma tutela constitucional indireta.

Conforme definição da Organização Mundial de Saúde – OMS, a saúde “é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” (Ato de Constituição da Organização Mundial da Saúde, 1949).

Quando da refundação da República do Brasil em 1988, a Assembleia Nacional Constituinte elencou a cidadania e a dignidade da pessoa humana como fundamentos da democracia nela cogitada (CR, art. 1º). Na Carta, foram arrolados os objetivos fundamentais da nova República: a construção de uma sociedade livre, justa e solidária; a garantia do desenvolvimento nacional; a erradicação da pobreza e da marginalização; a redução das desigualdades sociais e regionais; e, ainda, a promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (CR, art. 3º).

Esses valores da Constituição impuseram a criação de condições que permitam e favoreçam o desenvolvimento integral da pessoa, inclusive a plena assistência à saúde.

Ao disciplinar os direitos sociais, o Constituinte tratou de inserir no artigo 6º da Carta Republicana, a saúde como direito social básico de todas as pessoas.

No capítulo dedicado à Seguridade Social, foi inserido o artigo 196 na Constituição Brasileira, que preconizou:

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

A referida garantia constitucional não restou isolada no sistema jurídico. O mesmo valor fundamental à saúde foi contemplado no art. 5º da Convenção Americana de Direitos Humanos (Tratado de São José da Costa Rica) que foi promulgada através do Decreto nº 678, de 06 de Novembro de 1992, que reforçou a eficácia da norma da Constituição.

No plano infraconstitucional foi editada a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1.990, intitulada Lei Orgânica da Saúde, que cuidou de dar concretude à garantia constitucional e edificar as bases para a consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS, considerado um dos mais avançados do mundo.

Esse arcabouço jurídico cuidou de retirar o tema da categoria de simples norma programática, para assegurar a efetividade ao verdadeiro direito subjetivo público à saúde no Estado Brasileiro.

Tal reconhecimento da saúde como direito fundamental impõe que o mesmo seja objeto de reconhecimento pelo Poder Judiciário. Nesse sentido, Jorge Miranda (1998, p. 232) enfatiza que *"Por definição, os direitos fundamentais têm de receber, em Estado de Direito, protecção jurisdicional. Só assim valerão inteiramente como direitos"*. No Brasil o Supremo Tribunal Federal (Supremo Tribunal Federal, 2000) possui pacífica jurisprudência no sentido de que o postulado constitucional invocado se constitui em norma de eficácia plena e de força cogente.

Com base na interpretação do Supremo Tribunal Federal, a jurisprudência brasileira é absolutamente pacífica no sentido de que compete ao Estado a garantia de todos os meios necessários à plenitude da saúde de seus cidadãos.

2. Da Política Antimanicomial

O Brasil, ao longo de sua história, sempre se valeu da institucionalização de pacientes com distúrbios mentais em manicômios, como política pública preferencial para o tratamento e assistências de tais doentes. Isso, em verdade, era um comportamento higienista, que tinha por objetivo retirar do convívio social tais pacientes, com a finalidade de escondê-los em verdadeiros campos de concentração (HIRAM, 1982).

Na década de 1.970 teve início um movimento que se levantou contra os horrores do verdadeiro holocausto até então existente nos hospícios brasileiros (AMARANTE, & NUNES, 2018). Paula Regina Peron (2013) escreve sobre as atrocidades cometidas nos campos de concentração nazistas não eram diferentes das instituições psiquiátricas, sendo que conforme apontado, entre 1903 e 1980, no Hospital Colônia de Barbacena/MG, mais de 60 mil pessoas perderam a vida.

A autora relata que a grande maioria dos internos não podia pagar pela internação, sendo considerados indigentes, bem como, “rebatizados” pelos funcionários, visto que não tinham documentos.

A Organização do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, através de suas denúncias, especialmente na semana de seu Congresso, ocorrido nos dias 03 a 06 de dezembro de 1987, por meio do *slogan* “Por uma sociedade sem manicômios”, contribuiu para o início da luta por uma reforma desse sistema.

Os resultados da luta antimanicomial somente produziu efeito com o advento da Lei 10.216/2001, que impôs a reformulação do sistema e impôs a exigência de tratamento digno, humano, além da proteção à pessoa com acometimento de transtornos mentais, incluindo usuário de drogas, determinando expressamente que a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos, em situações excepcionais e observado o princípio da brevidade.

A Lei, por meio de seu artigo 12, determina que o Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei, o que pode ser verificado por meio da Resolução nº 448, de 6 de outubro de 2011, que considera a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, bem como a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.

Uma das condutas previstas na Lei Antimanicomial, é de que a internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta (parágrafo 1º do artigo 8º da Lei 10.216/2001), além de internação compulsória, determinada judicialmente, levando em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários (artigo 9º da Lei 10.216/2001). Sensível à profundidade da reforma, a jurisprudência brasileira vem reiterando posicionamentos de exigência ao cumprimento da lei e dos direitos dos portadores de tais patologias (Supremo Tribunal Federal, 2017).

O resultado visível da implementação da lei da reforma psiquiátrica foi o quase completo esvaziamento dos grandes hospitais psiquiátricos, que foram adaptados e hoje somente são utilizados para a internação de casos graves e pelo tempo necessário. O processo não foi e não está sendo fácil. Joel Birman (1992), no início da implementação da reforma que observou que “em pauta de maneira decisiva é delinear um outro lugar social para a loucura em nossa tradição cultural”. Ainda houve ainda existem milhares de pacientes, que em razão do largo tempo de internação, não possuem condições para o retorno à convivência social, razão pela qual continuam institucionalizados.

Sem embargos da herança maldita dos tempos sombrios dos hospícios, o horizonte sinaliza um horizonte melhor, com o atendimento digno e eficiente aos portadores de doenças psiquiátricas.

3. Das Políticas Públicas empregadas no enfrentamento do problema

A drogadição se transformou em um dos mais sérios problemas de saúde pública no Brasil. Estima-se que menos 8 milhões de pessoas são dependentes químicos, de acordo com o Levantamento Nacional de Famílias dos Dependentes Químicos (Lenad Família), feito pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp, 2014).

O tratamento e assistente a essa legião de pessoas não é fácil, até porque muitos estão em situação de rua e não aderem a qualquer tipo de terapia. Não obstante, a Política Nacional de Saúde Mental que visa estabelecer condutas assistenciais a pessoas com transtornos mentais, incluiu aquelas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas (álcool, cocaína, crack e outras drogas).

Segundo o Ministério da Saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem uma Rede de serviços de diferentes graus de complexidade e que promovam assistência integral para diferentes demandas, no sentido de promover uma maior integração social, fortalecer a autonomia, o protagonismo e a participação social do indivíduo que apresenta transtorno mental, através da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), as quais são formadas pelos seguintes serviços: CAPS (Centro de Atenção Psicossocial); Serviço Residencial Terapêutico (SRT); Unidade de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil); Enfermarias Especializadas em Hospital Geral; Hospital Psiquiátrico; Hospital-Dia; Atenção Básica; Urgência e Emergência; Comunidades Terapêuticas; Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental.

Portanto, a proposta é a atuação conjunta de diversos serviços, proporcionando ao usuário e dependente químico abordagem plural para sua reinserção e tratamento.

A base da política que substituiu o modelo de internação está no atendimento ambulatorial, através dos Centros de Assistência Psicossocial – CAPS. Nesse sentido, Clarissa de Barros Lacerda e Marta Fuentes-Rojas (2017), observam:

CAPS AD, de acordo com as premissas da reforma psiquiátrica, é um serviço público, de atenção diária, voltado não só para o tratamento dos usuários em relação ao uso de drogas mas, também, para sua reinserção familiar, social e comunitária. O CAPS propõe a quebra do modelo de cuidado tradicional, alterando a maneira de lidar com o sofrimento mental e seus determinantes. O cuidado aos usuários passa a ser prestado nesses serviços de lógica comunitária, visando a atuação no próprio território de cobertura e ampliando o processo de cuidado aos familiares e a questões de âmbito social.

Os referidos autores, apontam em conclusão, os méritos de tais Serviços, que hoje estão disseminados pelo país, apontando não só o tratamento oferecido, mas principalmente o serviço de assistência, que visa a reinserção social do paciente, com o oferecimento de transporte gratuito, auxílio para a obtenção de documentos sem custos. Não obstante, advertem que os mesmos não podem perder a sua função terapêutica ou permitir o estabelecimento de uma relação de dependência, conspirando contra a formação da autonomia do assistido, ou seja:

A concepção de cotidiano do CAPS foi entendida como o lugar de existência de todas as pessoas, isto é, “o mundo de vida” e não, na visão do modo de viver, como uma ação mecânica e repetitiva, ou seja, não um contexto que determina a vida do homem, mas um local de movimento e de construção da vida.

Sem embargo dos méritos do trabalho realizado em tais Centros de Atenção, é certo que ainda existem muitas precariedades e dificuldades. Ronaldo Laranjeira (2010), psiquiatra e professor, que é uma das principais referências sobre tema, critica a política pública de forma abrasiva, afirmando:

A política antidroga do Ministério da Saúde é criminosa. É um absurdo o que acontece nos CAPs (Centros de Atenção Psicossocial) em São Paulo, por exemplo. O Estado tem poucos CAPs e a maioria ainda está sucateada. E não existe uma política de tratamento. Cada CAP tem uma política de tratamento das drogas. Se cada unidade tem uma, então isso não é uma política.

De fato, não raro é possível acompanhar por notícias a respeito do abandono das CAPS, que em sua maioria são administrados por municípios, mediante o recebimento de recursos federais.

Outro aspecto na falha da implementação desta política pública, é o fato de que os municípios têm que arcar com todo o custo do planejamento e cumprir diversos passos burocráticos para conseguir a liberação de recursos, considerados insuficientes, para implantar e manter a CAPS, conforme Senado Federal (2011).

Destaca-se a política pública elogiável, que se encontra ainda em fase embrionária de implantação, que são os “Consultórios na Rua”, instituídos pela Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011, do Ministério da Saúde (2012). Tais serviços são compostos por equipes multidisciplinares móveis, que se deslocam pelas cidades, em busca de pacientes, para lhes oferecer todas as alternativas terapêuticas disponíveis. Dessa forma, fundada em busca ativa de pacientes, tais serviços vêm produzindo excelentes resultados, onde efetivamente implantados.

Além disso, é importante destacar que, como diante de outras patologias, o dependente químico, que não pode ser tratado pontualmente, ou seja, necessita de contínuo tratamento, por ser possuidor de doença crônica e muitas vezes se depara com a dificuldade de acesso a medicamentos e tratamento, além da dificuldade de aderência ao tratamento, necessitam de tutela jurisdicional para a efetivação da garantia constitucional (Tribunal de Justiça de São Paulo, 2019):

INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA. Mirassol. Dependência toxicológica. Internação involuntária em clínica especializada. Custeio. Responsabilidade. – 1. Internação involuntária. Os autos envolvem a continuidade da internação involuntária do filho da autora, uma vez que já se encontrava internado no momento da propositura, e do custeio do tratamento pelo município. Não é hipótese de internação compulsória, mencionada na liminar e na sentença. – 2. Internação involuntária. Necessidade. O quadro clínico e a necessidade da internação involuntária do corréu restaram comprovados por prescrição médica e laudo pericial produzido em juízo; e a medida é autorizada pelo art. 6º, § único, II da LF nº 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A jurisprudência assente deste tribunal e dos Tribunais Superiores privilegia o direito à saúde garantido no art. 196 da Constituição Federal. – 3. Internação involuntária. Custeio. Responsabilidade. O SUS a que se pede ajuda é organizado em níveis de hierarquia conforme a complexidade, de modo que os integrantes se responsabilizam pela prestação do que lhes cabe, mas não tudo. Não contraria a Constituição; ao contrário, atende aos art. 196 e 198, a distribuição das ações de saúde entre os níveis hierárquicos que compõem o sistema. O custeio da internação involuntária é atribuição típica do município, e a determinação não ofende o art. 2º da CF. – Procedência. Recurso oficial e do município desprovidos.

(TJSP; Apelação / Remessa Necessária 1002984-74.2016.8.26.0358; Relator (a): Torres de Carvalho; Órgão Julgador: 10ª Câmara de Direito Público; Foro de Mirassol - 3ª Vara; Data do Julgamento: 04/02/2019; Data de Registro: 05/02/2019)

Não obstante, é necessário lembrar que saúde é direito subjetivo do cidadão, que possui a garantia de integralidade na assistência. Nesse sentido, já tivemos a oportunidade de registrar (SILVEIRA, 2009, pp. 206/214):

Restaria então, questionar a questão do fornecimento de medicamento. A resposta é intuitiva. De que adiantaria garantir consultas, cirurgias, exames e outros procedimentos, se o cidadão não possui acesso às drogas, quase sempre prescritas para a complementação do tratamento? Mesmo sendo despiciendo, mercê lembrar que o inciso II, do artigo 7º da Lei nº 8080/905, garante a integralidade na assistência dentro SUS, de forma que todas as necessidades do cidadão, até o encerramento do tratamento é de responsabilidade do Estado. Não foi por outro motivo que a jurisprudência de todos os tribunais brasileiros caminhou no sentido de garantir o amplo acesso a medicamentos, insumos e equipamentos, que visam a garantia do direito à saúde e, em última instância, da vida e da própria dignidade humana.

Assim, considerando que a maioria dos dependentes de substâncias psicoativas são pessoas pobres, que não possuem condições financeiras para o custeio do tratamento, muitas vezes dependem de tutela do Poder Judiciário para o acesso à integralidade do tratamento (Supremo Tribunal Federal, 2007):

Ementa

SAÚDE - ASSISTÊNCIA - MEDICAMENTO DE ALTO CUSTO - FORNECIMENTO. Possui repercussão geral controversia sobre a obrigatoriedade de o Poder Público fornecer medicamento de alto custo.

Merece registro, também que o Decreto nº. 5.912 de 27 de setembro de 2006, regulamenta a Lei no 11.343, de 23 de agosto de 2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, estabeleceu em seu 4º o Conselho Nacional de Política sobre Drogas (CONAD), que é órgão supervisor do Sisnad, no sentido de acompanhar e atualizar a política nacional sobre drogas.

A partir das conclusões do CONAD, foi aprovada recentemente a Política Nacional sobre Drogas - Pnad, conforme Decreto nº. 9.761 de 11 de abril de 2019, que coloca fim à política de redução de danos, tendo como diretrizes em relação aos

usuários de drogas: desestimular seu uso inicial; promover a abstinência; e conscientizar e incentivar a diminuição dos riscos associados ao uso, ao uso indevido e à dependência de drogas lícitas e ilícitas.

Em relação à nova forma de tratamento estipulada por meio deste Decreto, há quem se posicione favoravelmente, entendendo ser que a anterior Política de redução de Danos não era eficiente (LARANJEIRA, 2019), devendo ser exceção e não regra, pois estimularia o aumento do consumo. De outro vértice, há que entenda (GUEDES, 2019) ter havido retrocesso, entendendo que a abstinência seria a consequência da Política de Redução de danos, que estimulava a liberdade do usuário para escolher permanecer com o uso de drogas ou não, através da Rede de Atenção Psicossocial.

Portanto, até o momento, pelos dados acima observados, as Políticas Públicas ainda não foram efetivamente consolidadas para o tratamento de usuários de drogas, enfrentando diversos obstáculos para o acesso à saúde pleno, como se propôs através de todo arcabouço legislativo. Todavia, estão lançadas as sementes.

Considerações Finais

O direito de assistência integral à saúde, preconizado pela Constituição Federal e disciplinado em legislação ordinária é indiscutível e assim vem sendo reconhecido de forma unânime pelos Tribunais Brasileiro.

Após décadas de luta, ocorreu uma reforma psiquiátrica no país, cujo fundamento foi a eliminação do modelo de atendimento baseado em internações por longos períodos e isolamento dos pacientes.

As novas políticas públicas preconizadas para o tratamento de doentes mentais, incluindo os dependentes de substâncias psicoativas se baseiam em assistência em meio aberto, reservando as internações para situações absolutamente excepcionais.

Mesmo diante da evolução legislativa e os firmes compromissos da sociedade brasileira, com os novos métodos humanizados de tratamento, o fato que

ainda existem muitas dificuldades para a extensão de tais políticas públicas para todas as pessoas que necessitam.

Ainda existem legiões de dependentes químicos errantes que perambulam pelas ruas, nas grandes cidades brasileiras. A maioria não possui acesso aos serviços de saúde. Alguns, por deficiência da rede pública e outros em razão da indisposição de adesão a tratamento. Nas situações mais agudas, existe a intervenção do Poder Judiciário, por provocação do Ministério Público, Defensoria Pública ou mesmo familiares dos doentes.

Sem embargo das visíveis dificuldades, o cenário é alentador, não só em razão da preocupação demonstradas pelas autoridades sanitárias, mas principalmente porque existe um processo de conscientização em curso na sociedade brasileira. Oxalá, consigamos tirar da letra fria da lei os valores e benefícios preconizados, em benefício de tantos brasileiros!

Referências:

AMARANTE, Paulo e NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 23 (6), Jun. 2018, pp. 2067/2071.

BIRMAN, JOEL. A cidadania tresloucada. In: Bezerra B, Amarante P, organizadores. *Psiquiatria sem hospício. Contribuições ao estado da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1992.

BRASIL. Memória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. <http://laps.ensp.fiocruz.br/linha-do-tempo/61>. Acesso em 22 de maio de 2019.

BRASIL. GUEDES. Clarissa, Entrevista: <https://outraspalavras.net/outrasaude/drogas-bolsonaro-decreta-o-fim-da-reducao-de-danos/> . 12 de abril de 2019. Acesso em 22.05.2019.

BRASIL. Laranjeira, Ronaldo, Entrevista: <https://epoca.globo.com/laranjeira-tofoli-divergem-sobre-alteracao-na-lei-das-drogas-aprovada-pelo-congresso-23669767>.

Publicada em 16 de maio de 2019. Acesso em 22.05.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html. Acesso em 29.05.2019.

BRASIL. Senado Federal. <https://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/dependencia-quimica/tratamento-para-dependentes-quimicos/municipios-nao-conseguem-estruturar-rede-de-atendimento-a-dependentes-quimicos.aspx>. 2011. Acesso em 22.05.2019.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal – STF. Recurso Extraordinário nº [566471](#), Rel. Min. Marco Aurélio, DJe 06.12.2007.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal - STF. RE 271.286 - AgR, Rel. Min. Celso de Mello, DJe 24.11.2000.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo - TJSP. Apelação Cível nº 1002984-74.2016.8.26.0358, Relator: Torres de Carvalho, DJe 05.02.2019.

HIRAM, Firmino. Nos porões da loucura Rio de Janeiro: Codecri.

CUPIS, Adriano. I Diritti della Personalità, Milão: Giuffrè, 1973.

LACERDA, Clarissa de Barros e FUENTES-ROJAS, Marta. Significados e sentidos atribuídos ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) por seus usuários: um estudo de caso. Interface (Botucatu) vol.21 no.61 Botucatu Abr./Junho 2017.

MIRANDA, Jorge, Manual de Direito Constitucional. Coimbra: Ed. Coimbra, 1998, tomo IV.

Organização Mundial da Saúde. Ato de Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) , aprovado pela Assembleia das Nações Unidas, em Nova Iorque, 22 de julho de 1946.

PERON, Paula Regina. A trágica história do Hospital Psiquiátrico Colônia. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/psicorevista/article/download/17993/13358>. Psic. Rev. São Paulo, volume 22, n.2, 261-267, 2013

SILVEIRA. Sebastiao Sergio da. O direito fundamental à saúde: o acesso a medicamentos no SUS e a ação civil pública como instrumento de proteção dessa garantia. Ribeirão Preto: Revista Paradigma. [n. 18 \(2009\)](#).

ZERBETO, Sônia Regina; EFIGÊNIO, Elizangela Boni; SANTOS, Nayra Luci Nayrovisk dos; MARTINS, Sabrina Casale. O trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial: dificuldades e facilidades da equipe de enfermagem. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2011 jan/mar;13 (1):99-109.

Submetido em 30.09.2019

Aceito em 07.10.2019