

VISÕES ALTERNATIVAS DO SERVIÇO SOCIAL NA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DE DEPENDENTES QUÍMICOS

Keila Stephanie Vilhena de Oliveira¹

RESUMO

O presente artigo visa analisar a internação compulsória de dependentes químicos prevista na Lei Federal Nº 10.216, de 2001. Tomada pelo Estado como uma política voltada para promoção da saúde pública, tais internações vem causando polêmica no âmbito do Serviço Social onde os CFESS/CRESS fazendo valer o projeto ético e sociopolítico da profissão, assumem uma visão contrária em face desta medida, promovendo a construção de um paradigma diferenciado para a abordagem da problemática – objeto deste trabalho – fundamentada no compromisso a liberdade, democracia, cidadania e justiça.

Palavras-chave: Internação compulsória. Dependentes químicos. Alternativas. Serviço Social

Sumário: Introdução. 1- Breve historicidade da reforma psiquiátrica no Brasil. 2- O que é a internação compulsória para dependentes químicos? 3 - Os impasses que o Serviço Social e a internação compulsória vêm enfrentando. 4- Visões alternativas do Serviço Social na internação compulsória. Conclusão.

Introdução

Drogas como a cocaína, o crack, ecstasy, entre outras, agem sobre o corpo do usuário de forma tão agressiva que faz que estes não compreendam a gravidade de sua situação e o quanto seu comportamento se torna nocivo e indesejável para as famílias e para sociedade como um todo. A internação contra a vontade do paciente já era um dispositivo previsto na

¹*Graduanda do 5º semestre do curso de Bacharelado em Serviço Social pela Universidade da Amazônia - UNAMA.

na Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei Federal Nº 10.216, de 2001), mas a novidade é que o procedimento seja adotado não caso a caso, mas como uma política de saúde pública – o que vem gerando rebulição nos meios de comunicação e nas entidades de defesa dos direitos fundamentais. Aqueles que são favoráveis ao projeto argumentam que 50% dos dependentes químicos não conseguem mais se autodeterminar, apresentando transtornos de natureza mental, sendo o mais comum a depressão. A base são os estudos norte-americanos na área como o do *National Institute of Mental Health* (Instituto Nacional de Saúde Mental), maior organização de pesquisa do mundo especializada em saúde mental.

No entanto os Conselhos Regionais de Serviço Social e Psicologia contestam esses dados, juntamente com diversas organizações sociais ligadas às áreas da saúde, do direito antimaniacomial, dos direitos humanos, que contrárias à internação compulsória apresentam propostas alternativas à questão do uso de drogas, como por exemplo, os tratamentos ambulatoriais dos dependentes químicos que privilegiam, por exemplo, a inserção do usuário de drogas no seu ambiente familiar ou mesmo a ampliação das redes de assistência e de saúde, oferecido pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e pelos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). Aliás, rebatem a ideia que o usuário de drogas é uma pessoa incapaz, alegando que este momento de incapacidade é transitório revelando-se no pico de efeito agudo da droga.

1- Breve historicidade da reforma psiquiátrica no Brasil.

Durante o período colonial e início do império, os alienados mentais não recebiam qualquer tipo de tratamento para sua enfermidade. Se fossem calmos ficavam vagando pelas ruas, se fossem agressivos ficavam presos e acorrentados em cadeias. Somente nos meados do século XIX é que as Santas Casas de Misericórdia passaram a receber e cuidar de doentes psiquiátricos.

No Rio de Janeiro em 1852, por decreto de Dom Pedro II foi inaugurado o primeiro hospital psiquiátrico do Brasil e da América Latina – o Hospício Pedro II. Neste local e em outros criados posteriormente, o tratamento de doentes mentais não era nada ortodoxo, dados os incipientes conhecimentos em muitas áreas do comportamento psiquiátrico na época.

No final da década de 1970 surgiu na imprensa nacional robustas denúncias contra práticas de violência e maus-tratos contra internos em manicômios paulistas, como o caso da Casa de Saúde Anchieta, em Santos, o que fez eclodir duras críticas ao modelo de assistência que era dado aos usuários destes estabelecimentos. Tanto que nasceu movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, encorpados, por exemplo, com a realização dos

congressos do MTSM (Movimentos dos trabalhadores em saúde mental) ocorridos em São Paulo, que defendeu “uma sociedade sem manicômios” e a I conferência nacional de saúde mental (Rio de Janeiro).

A comprovação das denúncias fez surgir o primeiro Centro de atenção psicossocial (CAPS) e o Núcleo de atenção psicossocial (NAPS) no Estado de São Paulo e esse acontecimento se transformou num marco da história da reforma psiquiátrica brasileira, mostrando que essa experiência poderia ser implementada em outros estados.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, houve a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e como mandamento de seu artigo 196, abarcou todos centros e postos de saúde, hospitais públicos, laboratórios e hemocentros, os serviços de Vigilância Sanitária e etc. visando a universalização do sistema público de saúde, financiados com recursos provenientes das receitas da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Em 1992 foi extinto em vários estados do Brasil os manicômios sendo substituídos por uma rede integrada de atenção à saúde mental, a partir daí a construção das diretrizes da Reforma Psiquiátrica começaram a ser definidas, com a expansão da criação de novos CAPS, NAPS, hospital dia, oficinas terapêuticas, entre outros.

Em 2001 com algumas modificações importantes para a saúde mental, a lei federal 10.216 que diz respeito à assistência em saúde mental, privilegiando o tratamento em serviços de base comunitária, garantindo os direitos fundamentais à dignidade das pessoas com transtornos mentais. Com essa lei federal e as diretrizes da reforma psiquiátrica e a política de saúde mental houve um ganho muito grande na sua sustentação e visibilidade.

2- O que é a internação compulsória para dependentes químicos?

De acordo com a lei 10.216/01, o familiar pode solicitar a internação involuntária, desde que o pedido seja feito por escrito e aceito pelo médico psiquiatra. A lei determina que, nesses casos, os responsáveis técnicos do estabelecimento de saúde têm prazo de 72 horas para informar ao Ministério Público sobre a internação e seus motivos. O objetivo é evitar a possibilidade de esse tipo de internação ser utilizado para a prática de cárcere privado.

O artigo 9º da lei 10.216/01 estabelece a possibilidade da internação compulsória, neste caso não é necessária a autorização familiar, sendo esta sempre determinada pelo juiz competente, depois de pedido formal, feito por um médico, atestando que a pessoa não tem domínio sobre a sua condição psicológica e física.

Vale lembrar que o estatuto da criança e do adolescente (ECA) no parágrafo único do arti-

igo 6º, prevê nos casos em que há risco de morte, três tipos de internação psiquiátrica, a primeira é a voluntária: o paciente pode solicitar, a segunda é a involuntária: que pode ser solicitada por terceiros (pais, tutores, cônjuge, companheiro ou qualquer parentes), e a última é a compulsória: seu diferencial e a avaliação de um juiz como ultimo caso,(aquele que a justiça determina).Todas essas internações tem que ser avaliada e autorizada por médicos, assistentes sociais e psicólogos.

3 - Os impasses que o Serviço Social vêm enfrentando na questão da internação compulsória.

O debate a respeito da internação compulsória é antigo e recentemente vem ganhando força depois que foi adotado pelo governo do Estado de São Paulo, na Capital paulista como uma medida emergencial. Hoje a internação compulsória é vista como uma política de saúde pública. O Deputado Alexandre Padilha defende que o consumo de drogas aumentou exacerbadamente em todo Brasil e são poucos os resultados das ações de prevenção ao uso, já os movimentos sociais, médicos e organizações profissionais, criticam que essa medida vai de encontro à reforma psiquiátrica, e ao projeto ético político do serviço social, lesando por si só os direitos humanos.

A internação compulsória para dependentes de drogas é utilizada em alguns países – em doze estados norte-americanos, dentre eles a Califórnia, a Flórida. O Canadá tem legislação que permite o tratamento forçado de viciados em heroína. A Austrália possui legislação que permite aos juízes condenar ao tratamento compulsório dependentes de drogas que cometeram crimes. A Suécia e permite a internação compulsória de dependentes que representem risco para si próprios ou para terceiros; a lei é utilizada principalmente para menores de idade.

A OMS considera que o tratamento de dependência de drogas, como qualquer procedimento médico, não deve ser forçado, no entanto adverte que em situações de crise de alto risco para a pessoa ou outros, o tratamento compulsório deve ser determinado sob condições específicas e período especificado por lei.

Existem três tipos de internação previstos: a **voluntária**, a **involuntária** e a **compulsória**. A primeira pode ocorrer quando o tratamento intensivo é imprescindível e, nesse caso, a pessoa aceita ser conduzida ao hospital e fica internada por um curto período. No caso da involuntária, ela é mais frequente em caso de surto ou agressividade exagerada, quando o paciente precisa ser contido, muitas vezes à força. Nas duas situações é obrigatório o laudo médico corroborando a solicitação, que pode ser feita pela família ou por uma instituição. Há

ainda a internação compulsória, que tem como diferencial a avaliação de um juiz, usada nos casos em que a pessoa esteja correndo risco de morte devido ao uso de drogas ou de transtornos mentais. Essa ação, usada como último recurso, ocorre mesmo contra a vontade do paciente. Porém nessa última situação maus-tratos, violência física e humilhações são uma constante, há registros inclusive de tortura física e psicológica (vide o Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos). Estes episódios se configuram como um verdadeiro retrocesso na política de saúde mental e uma negação da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica.

4- Visões alternativas do Serviço Social na internação compulsória.

Segundo pesquisa de opinião do Datafolha divulgada no dia 25 de janeiro de 2012, realizada em 159 cidades e com uma amostra de 2.575 respondentes demonstra que 90% das pessoas são favoráveis que um adulto dependente de crack deva ser internado, mesmo contra a vontade.

Muitos pensam que se um indivíduo se tornou fardo para a sociedade, este deveria ser retirado do convívio social para se tratar.

A sociologia nos ensina que as pessoas têm uma socialização anterior à formação escolar e profissional. Ou seja, incorporam valores com os quais se identificam a partir da família, da escola, dos credos, da orientação política etc. Posto isso, várias pessoas, profissionais e políticos não dissociam esses valores próprios da realidade concreta – acabando por reproduzir no seu trabalho e para sociedade valores conservadores e moralistas em “respostas profissionais” elementos do senso comum que não condizem com a realidade da população usuária.

Os Assistentes Sociais não desconsiderando as determinações históricas, econômicas e políticas da relação do ser humano com as drogas e não fazendo esse tipo de leitura moralizadora da sociedade, volta seu acervo teórico para realidade que tem sua pedra fundamental a materialidade histórica.

O Brasil é um país em pânico com a onda de violência, e horrorizado com cenas deploráveis de crianças, adolescentes e adultos consumindo drogas a céu aberto. A versão disseminada pelos meios de comunicação, é que a única solução para combater o uso de drogas, especialmente do crack, nas chamadas “cracolândias” é o que o Estado tem apontado – o recolhimento à força dos usuários de drogas para tratamento como resposta para um problema que tem raízes históricas.

No entanto há também os interesses econômicos e políticos ligados à especulação imobiliária (que levam à higienização das cidades, sedes de eventos como a Copa do Mundo e as

Olímpiadas). Isso tudo fica escondido sob a égide do “caráter humanitário” da internação compulsória, do discurso “e se fosse seu filho ou sua filha?”.

Desconfigurando esses discursos imiscuídos de senso comum, alienação e ligados à especulação, o Conselho Federal de Serviço Social afirma seu posicionamento contrário à internação e ao abrigo compulsório, reforçando a luta dos movimentos sociais em defesa dos direitos humanos, pois a internação involuntária viola direitos e não enfrenta o aumento do consumo de drogas.

A Assistente social, professora da UFF e pesquisadora Cristina Brites, representante do CFESS no Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (Conad) e pesquisadora da área, Brites é absolutamente contrária à internação compulsória ou involuntária, baseando-se no processo histórico sobre o uso de drogas no país. Com experiência de trabalho em equipes de atendimento a usuários de drogas, a assistente social questiona o recolhimento à força, apresentando outros caminhos, de caráter antiproibicionista e que estão no campo da saúde coletiva. Assim afirma em entrevista na página do site do Conselho Federal de Serviço Social:

Sou contrária à internação compulsória e fundamento minha posição no acúmulo que tenho sobre o debate do uso de drogas no Brasil e seu processo histórico. A internação compulsória não vai resolver o problema do consumo de drogas (especialmente do crack) no país porque esta “solução” não se pauta na articulação intersetorial das políticas sociais. Esse modelo proposto pelo governo e apoiado pela mídia ignora as determinações que dizem respeito ao modo como o indivíduo se relaciona com a droga, ao contexto sociocultural desse uso e à própria droga. O fenômeno do uso de drogas é histórico, complexo, multideterminado e depende de respostas das várias políticas sociais, e não de um só modelo que se baseia no isolamento e encarceramento do usuário. Além disso, a internação compulsória vem atender interesses econômicos e políticos do capital, uma vez que assume caráter higienista, porque se volta somente para os usuários de crack em situação de rua nas chamadas “cracolândias”, que em sua maioria são territórios de especulação imobiliária, de mobilidade urbana. Não podemos ficar na “aparência humanitária” desse modelo, e sim entender em que medida ele apresenta violação de direitos. E este é outro motivo que fundamenta minha posição contrária à internação compulsória. Ela retira do usuário ou dependente de drogas sua autonomia, já que impõe um modelo único de tratamento. Se você é um paciente com qualquer agravamento de saúde, e uma equipe de saúde te propõe um tratamento que você não esteja de acordo, você tem o direito de recusá-lo. Este é um princípio universal do Sistema Único de Saúde (SUS). É autonomia do sujeito em aderir ou não ao tratamento proposto, e isso deve valer também para o usuário de drogas. É preciso desmistificar a afirmação de que o usuário de drogas é incapaz de tomar decisões conscientes. Isso pode ser parcialmente verdadeiro no momento do efeito agudo da droga. Entretanto, sabemos que há momentos de lucidez e consciência, e isso tem que ser reconhecido por parte da equipe de atendimento que está lá para oferecer algum tipo de resposta. Resposta essa que tem que atender as necessidades do usuário, e não a um entendimento de uma equipe que não leva em consideração o que a pessoa dependente quer, às suas necessidades e o que ela quer fazer em relação ao uso de drogas. Portanto, a internação compulsória é uma medida que viola direitos, que não enfrenta o aumento do consumo de drogas, que

deixa de fora várias determinações importantes que fazem com que o uso de drogas seja problemático e traga danos sociais à saúde. É uma medida falaciosa.

A revista Superinteressante (edições nº 54 e 55) nos traz importantes informações histórico-culturais a cerca do uso de drogas pela humanidade.

Quando o homem vira pó

Há 5 000 anos, os povos andinos têm o hábito de mascar uma espécie de chiclete, feito com folhas de coca e cal -- substância que libera o princípio ativo da folha, a cocaína. Levada para a Europa pelos conquistadores espanhóis, a coca logo ganhou espaço nos salões nobres. Só em 1857, químicos alemães conseguiram isolar a cocaína. O pó branco, então, foi encarado como um santo remédio para uma série de males -- de dor de dente a resfriado -- e, nessa época, era vendida livremente em farmácias e cafés. Sigmund Freud (1856-1939), um de seus fiéis consumidores, achava que a substância podia tratar casos de depressão. Outro ilustre fã da cocaína era o escritor inglês Conan Doyle (1859-1930). Em um de seus romances policiais, deixou claro que sua famosa criação, o detetive Sherlock Holmes, não conseguia viver sem a droga, que guardava em um "elegante estojo de marroquim".

A erva dos assassinos

Pode-se dizer que as plantas do Grupo Cannabis -- onde se destacam a maconha, o haxixe e o cânhamo -- têm uma tradição secular: elas são mencionadas nos mais antigos textos sagrados hindus, como ervas mágicas, capazes de afastar o perigo de catástrofes e a ira dos inimigos. Não faltam crenças semelhantes na descrição de diversos rituais religiosos primitivos.

No início do século XI a.C., o conquistador ismaelista Hassam ibn Sabbah, por exemplo, fundou uma seita em que a Cannabis era o símbolo divino. Mas, quando não se ocupavam com o espírito, refugiados numa fortaleza entre o Mar Cáspio e o planalto persa, os participantes da seita alimentavam a matéria assaltando caravanas de mercadores -- estes chamavam os bandidos de fumadores de haxixe, cuja expressão em árabe é haschaschne, de que derivou a palavra assassino. Mil anos depois, as invasões árabes na África levaram a erva para esse continente; que chamavam suas folhas de makonia, foram provavelmente seus introdutores nas Américas.

O ópio do povo

Para os antigos sumérios, a papoula e a alegria eram sinônimos -- ao menos, recebiam o mesmo símbolo, nas tábuas de argila inscritas há cerca de 5 000 anos. Há quem suponha, só por isso, que os habitantes da Suméria foram os primeiros consumidores de ópio, narcótico extraído da flor, capaz de proporcionar sensação de bem-estar. Os ocidentais, porém, só viriam a conhecer essa droga por volta do ano 327 a.C, quando os exércitos de Alexandre, o Grande (356 a.C.-323 a.C.) retornaram à Macedônia, depois de terem atravessado a Ásia Menor. A partir daí, o ópio se transformou numa coqueluche entre os europeus. Foram eles, aliás, que introduziram essa mania na China, no final do século XVII. Os chineses, até então, só usavam o ópio como medicamento. Para evitar a disseminação do vício, o imperador Yong-tcheng proibiu a importação da droga. Mas ela continuou entrando no país pelas mãos de contrabandistas ingleses, que trocavam o produto por prata ou ouro. No dia 7 de junho de 1839, ao apreenderem mais de 20 000 caixas da droga, as autoridades chinesas lançaram 1360 toneladas de ópio ao mar. Diante disso, o governo britânico declarou-lhes guerra, em nome da liberdade de comércio. Derrotada, a China teve de entregar Hong Kong aos ingleses, além de abrir seus portos

ao comércio europeu. Estima-se que, no final do século XIX, existiam cerca de 120 milhões de toxicômanos nesse país.

Paz em tempo de guerras

Em 1943, Albert Hoffman, um respeitado químico suíço, achou que tinha enlouquecido, ao sintetizar substâncias derivadas do ácido lisérgico. Ele só queria encontrar um remédio para a esquizofrenia e acabou tendo alucinações de toda espécie -- o cientista havia sintetizado o LSD, droga que conquistaria a maioria dos jovens, vinte anos mais tarde. Nos anos 60, enquanto pela primeira vez a televisão mostrava imagens de uma guerra, transmitindo o horror do Vietnã, a juventude protestava contra a violência, num movimento cujo ponto alto foi o histórico Festival de Woodstock. Na verdade, em nenhum canto do planeta havia muita tranquilidade: no Brasil, por exemplo, explodia o regime militar. Não foi à toa, assim, que duas drogas da moda, naquela década, eram a maconha e a heroína, capazes de apagar da mente um mundo cheio de problemas. O LSD, no entanto, foi a droga mais marcante da época, em parte por influência do americano Timothy Leary, um ex-professor de psicologia na respeitada Universidade Harvard. Para Leary, a droga celebrava uma nova religião, cujas palavras-chave eram paz e amor.

A ideia do proibicionismo defendida pelo Estado é aquela do mundo livre de algumas drogas, pois o tabaco e o álcool, por exemplo, são drogas responsáveis por incontáveis problemas na conjuntura da saúde pública, mas que não são proibidas e que muito difícil o serão. A vertente proibicionista não faz uma análise histórica sobre o uso de drogas. Já na abordagem técnica da saúde coletiva coloca a questão social do uso de drogas face a face com seu contexto histórico. Deve-se reconhecer que a relação dos seres humanos com as drogas é histórica e culturalmente determinadas, o que envolve questões inclusive ligadas ao capital.

Reconhecer que o uso de drogas é reflexo da ausência de políticas sociais, da incapacidade do Estado em garantir os direitos fundamentais à população como saúde, trabalho, moradia etc. E esta abordagem assistencial desemboca numa ideia de antiproibicionismo, que tem uma perspectiva de totalidade do ponto de vista social. Esta mesma abordagem vai dizer que, quanto mais ampla for a oferta de respostas diante do uso e da dependência das drogas, mais chances a sociedade tem de enfrentar esta questão.

No caso de São Paulo, a chegada do crack se deu nos fins dos anos 1980. A partir de meados dos anos 1990, a região da Luz e adjacências, já degradada, foi progressivamente se tornando um espaço onde os consumidores se concentraram para encontrar crack e ter liberdade em usá-lo. O crack é “o primo pobre” da cocaína, resultado da mistura desta com alguma substância básica, como soda cáustica ou bicarbonato de sódio. A combinação, além de baratear a droga — a qual, pura, vale tanto ou mais do que o ouro —, faz com que ela se cristalize. Os cristais podem ser fumados, enquanto a cocaína em pó se decompõe quando aquecida.

Esta droga não inventou as populações marginalizadas que moram no Centro como forma

forma de sobrevivência, mas foi acolhido por muitos deles, principalmente por aqueles em situação de rua. Além disso, muitos consumidores de crack vieram das periferias, onde se sentiam ameaçados. Agrupados, trafegando numa vigília nervosa, com um gestual agressivo, a existência dos “craqueiros” tornou-se socialmente insuportável porque não se esconde, porque é visível.

A maconha, terceira colocada na preferência dos usuários de tóxicos brasileiros, ocupa em compensação o primeiro lugar em polêmica, por sua discutível dependência física. Do mesmo modo, está provado que a substância é incapaz de provocar morte por overdose. Nem sequer ela pode ser associada com a violência — um erro comum entre leigos —, pois seu efeito de ser um potente relaxante muscular e depressor do sistema nervoso costuma impedir que os usuários se metam em brigas. Quando isso eventualmente acontece, eles apanham feio. Contudo, quem quer fumar um baseado deve tocar em algum ponto da intrínseca rede da marginalidade para consegui-lo, pois que é uma substância proibida.

Vários estudos mostram que a internação compulsória, enquanto instrumento para a abordagem dos problemas decorrentes do abuso de substâncias, é altamente ineficaz, além de desrespeitar diversos direitos de cidadãos que, na maioria da vezes, já são vítimas de longa data do desrespeito a direitos sociais básicos, como moradia, emprego, educação e saúde. Segundo o professor Dariu Xavier da Silveira, coordenador do Programa de Orientação e Assistência a Dependentes da Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, 98% dos pacientes que são internados compulsoriamente sofrem recaídas pouco tempo depois do fim da internação.

Cristina Brites ainda afirma em entrevista na página do site do Conselho Federal de Serviço Social:

Por isso, costumo ressaltar uma série de experiências no campo da saúde coletiva, como os chamados “consultórios de rua”, os tratamentos ambulatoriais dos usuários de drogas (estes previstos na Reforma Psiquiátrica), que privilegiam, por exemplo, a inserção do usuário de drogas no seu ambiente, suas relações com familiares. Por que ao invés de encarcerar, não se amplia a rede de assistência e de saúde, oferecendo, por exemplo, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) abertos 24h por dia? A demanda do usuário do crack é diferente daquela do usuário da saúde comum. Ou seja, se no meio da madrugada acontecer algo, é fundamental ter uma equipe especializada para atender a esta demanda. E, nesse sentido, é preciso também ter equipes de atendimento que não esperem os usuários de drogas chegarem até a porta da instituição, mas que criem a possibilidade de atenção à saúde no ambiente em que acontece o uso de

drogas. Assim, as equipes fortalecem os vínculos com a população usuária, introduzem o cuidado à saúde naqueles espaços e criam referência para aquelas pessoas que, muitas das vezes, já estão fora dos círculos familiares, de amizade.

Os assistentes sociais trabalham em equipes de atendimento a usuários de drogas. Sempre lidando no cotidiano com as tragédias humanas e sentindo o desejo de responder imediatamente aos anseios destes infortúnios, ao lidar com usuários de drogas, o Serviço Social empiricamente analisa crianças, jovens e adultos que estão abandonando a escola, o trabalho seus vínculos afetivos e familiares em decorrência do vício, e isso é uma verdadeira tragédia humana que sensibiliza, e que mobiliza a solidariedade. E diante dessa emergência que gera dor e pânico, assistentes sociais sentem necessidade de oferecer uma solução diferente à internação compulsória, em vista do apelo “humanitário” que ela não oferece.

Assistentes sociais são sujeitos que realizam ética e devem responder às demandas conforme preceitua os princípios que norteiam o Serviço Social. A luta pela democracia e pela liberdade pode parecer irrealizável, especialmente diante das condições precárias de trabalho, mas faz-se necessário esforço.

Conclusão

O mais importante é que os profissionais que prestam o Serviço Social tenham disposição para buscar informações que vão além daquelas veiculadas pela mídia. A mídia amplia a sensação de impotência da sociedade para enfrentar a questão.

Se houvesse preocupação real com uma abordagem mais justa e solidária por parte do Estado, ao invés de apresentar a internação compulsória como uma boa nova, deveria anunciar pesados investimentos na implementação e ampliação por todo estado da rede de Centros de Atenção Psicossocial especializadas em álcool e outras drogas, de Centros de Convivência, de leitos de internação psiquiátricas em hospitais gerais, consultórios de rua e casas de passagem. Deveria também apoiar os municípios no custeio das equipes multiprofissionais para todos estes equipamentos e, claro, deveria investir adequadamente em políticas de geração de renda, inclusão através da economia solidária e outras formas de reabilitação social – pois o que leva tais pessoas ao mundo das drogas é a exclusão social e a privação de direitos fundamentais.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

– ——— ECA (1990). **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, DF: 1990.

– ——— Lei Federal Nº 10.216 (2001). **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília, DF: 2001.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **O serviço social tem alternativas à internação compulsória**. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/982>. Acesso em: 22 Jan. 2014.

FEITOS A.H, RICOU. M, REGO. S, et al. **A Saúde Mental das crianças e dos adolescentes: considerações epidemiológicas, assistenciais e bioética**. Dissertação (Mestrado)- FRMUP/CFM. 2011.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Entenda o que é a internação compulsória para dependentes químicos**. Disponível em: <http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/lenoticia.php?id=225660>. Acesso em: 22 Jan. 2014.

LOCCOMAN, Luiz. **A polêmica da internação compulsória**. Disponível em: http://www2.uol.com.br/vivermente/artigos/a_polêmica_da_internação_compulsória. Acesso em: 22 Jan. 2014.

OLIVEIRA, Lúcia Helena de; PEPE, Paulo Roberto. Uma viagem das drogas pelo corpo humano. **Super interessante, nº 54**. São Paulo: Editora Abril, 1992.

OLIVEIRA, Lúcia Helena de; AFFINI, Marcelo; FRAGELLI, Augusto. Dependência química: Fuga do beco sem saída. **Super interessante, nº 55**. São Paulo: Editora Abril, 1992.

TOURINHO, Pedro. **A ineficácia da internação compulsória**. Disponível em: <http://www.pedrotourinho.com.br/2013/01/a-ineficacia-da-internacao-compulsoria>. Acesso em: 22 Jan. 2014.