***PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À POPULAÇÃO DE RUA***

 Trata o presente documento de uma Proposta de Protocolo de Atendimento à População de Rua, a ser celebrado entre os poderes constituídos em âmbito Estadual e Municipal, com foco especial para atuação no período que antecede a COPA DO MUNDO 2014 e durante a sua execução, podendo, em havendo resultados positivos da iniciativa, reverberar procedimentos futuros quanto a parceria celebrada.

 No texto abaixo encontraremos sugestões de ações a serem realizadas, por cada um dos atores que farão parte desse processo, o que não exclui a integração de outros, caso seja de entendimento comum a sua participação nesse processo.

 Iniciaremos com conceito de População de Rua, de acordo com a Legislação Nacional vigente:

A população em situação de rua é um grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares fragilizados ou rompidos e a inexistência de moradia convencional regular.

Por essas dificuldades, eles são forçados a utilizarem a rua como espaço de moradia e sustento de forma temporária ou permanente.

Eventualmente, essa população pode utilizar albergues para pernoitar (unidades da Assistência Social), abrigos, casas de acolhida temporária ou moradias provisórias.

**As normativas federais que regem a atenção à População em Situação de Rua, em especial no âmbito da Assistência Social são:**

 **- Política Nacional de Assistência Social –** PNAS. A PNAS reconheceu a atenção à população em situação de rua no âmbito do SUAS.

**- Lei nº 11.258 de 2005 -** inclui, no parágrafo único do Artigo 23 da Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS, a prerrogativa de que, na organização dos serviços da Assistência Social, deverão ser criados programas destinados às pessoas em situação de rua.

**- Decreto s/nº, de 25 de outubro de 2006 –** instituiu o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI), coordenado pelo MDS, com a finalidade de elaborar estudos e apresentar propostas de políticas públicas para a inclusão social da população em situação de rua.

 **- Portaria MDS nº 381, de 12 de dezembro de 2006 do MDS –** assegurou recursos do cofinanciamento federal para municípios com mais de 300.000 habitantes com população em situação de rua, visando apoio à oferta de serviços de acolhimento destinados a este público.

**- Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social -** CNAS nº 109, de 11 de novembro, de 2009.

–Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Documento que tipifica os serviços socioassistenciais em âmbito nacional, dentre os quais os serviços destinados ao atendimento à População em Situação de Rua na Proteção Social Especial - PSE: Serviço Especializado em Abordagem Social; Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua; Serviço de Acolhimento Institucional (que incluem adultos e famílias em situação de rua) e Serviço de Acolhimento em República (que inclui adultos em processo de saída das ruas).

**- Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009 –** instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua e o seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento.

**- Instrução Operacional conjunta Secretaria Nacional de Assistência Social -** SNAS e Secretaria Nacional de Renda e Cidadania - SENARC Nº 07, de 22 de novembro de 2010 - reúne orientações aos municípios e Distrito Federal para a inclusão de Pessoas em Situação de Rua no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CADUNICO).

**- Resolução da Comissão Intergestores Tripartite –** CIT nº 7, de 07 de junho de 2010 - pactuou critérios de partilha de recursos do cofinanciamento federal para a Expansão dos Serviços Socioassistenciais 2010, com recursos advindos do Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras Drogas (Decreto 7179, de 20 de maio de 2010).

- **Portaria Nº 843, de 28 de dezembro de 2010** – Dispõe sobre o cofinanciamento federal, por meio do Piso Fixo de Média Complexidade - PFMC, dos serviços socioassistenciais ofertados pelos Centros de Referência Especializados de Assistência Social - CREAS e pelos Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua, e dá outras providências.

**-** [**Decreto Nº 7.053 de 23 de Dezembro de 2009.**](http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/DEC%207.053-2009?OpenDocument) **- I**nstitui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências.

*“Art. 7o  São objetivos da Política Nacional para a População em Situação de Rua:*

*I - assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda;*

*II - garantir a formação e capacitação permanente de profissionais e gestores para atuação no desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais, transversais e intergovernamentais direcionadas às pessoas em situação de rua;*

*III - instituir a contagem oficial da população em situação de rua;*

*IV - produzir, sistematizar e disseminar dados e indicadores sociais, econômicos e culturais sobre a rede existente de cobertura de serviços públicos à população em situação de rua;*

*V - desenvolver ações educativas permanentes que contribuam para a formação de cultura de respeito, ética e solidariedade entre a população em situação de rua e os demais grupos sociais, de modo a resguardar a observância aos direitos humanos;*

*VI - incentivar a pesquisa, produção e divulgação de conhecimentos sobre a população em situação de rua, contemplando a diversidade humana em toda a sua amplitude étnico-racial, sexual, de gênero e geracional, nas diversas áreas do conhecimento;*

*VII - implantar centros de defesa dos direitos humanos para a população em situação de rua;*

*VIII - incentivar a criação, divulgação e disponibilização de canais de comunicação para o recebimento de denúncias de violência contra a população em situação de rua, bem como de sugestões para o aperfeiçoamento e melhoria das políticas públicas voltadas para este segmento;*

*IX - proporcionar o acesso das pessoas em situação de rua aos benefícios previdenciários e assistenciais e aos programas de transferência de renda, na forma da legislação específica;*

*X - criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social  e o Sistema Único de Saúde para qualificar a oferta de serviços;*

*XI - adotar padrão básico de qualidade, segurança e conforto na estruturação e reestruturação dos serviços de acolhimento temporários, de acordo com o disposto no art. 8o;*

*XII - implementar centros de referência especializados para atendimento da população em situação de rua, no âmbito da proteção social especial do Sistema Único de Assistência Social;*

*XIII - implementar ações de segurança alimentar e nutricional suficientes para proporcionar acesso permanente à alimentação pela população em situação de rua à alimentação, com qualidade; e*

*XIV - disponibilizar programas de qualificação profissional para as pessoas em situação de rua, com o objetivo de propiciar o seu acesso ao mercado de trabalho.”*

 Inegável é para a sociedade e para os Órgãos Públicos a existência do consumo de álcool e drogas entre a população de rua, bem como entre outras camadas ou classes sociais, porém, dada a condição de extrema pobreza, bem como a dificuldade extrema de acesso a serviços públicos, de todos os poderes, as pessoas que se encontram em situação de rua e consumindo álcool e droga, necessitam de uma atenção maior do poder público.

O Poder Público por sua vez, na medida da responsabilidade de cada Ente, deverá se esforçar para fazer chegar até à população de rua, os serviços necessários para o exercício de sua Cidadania.

No âmbito do Governo Federal foi lançado o **Programa Crack, é Possível Vencer**, que já conta com a Adesão do Governo do Estado e da Prefeitura Municipal de Cuiabá.

O Programa foi criado, porque tendo chegado ao Brasil no final da década de 1980 e início dos anos 90, o crack vem se disseminando na maioria dos centros urbanos do país, alcançando cidades do interior e mesmo as zonas rurais, com problemas relacionados ao seu consumo e tráfico.

A diversidade de problemas trazidos pelas drogas, de dimensões biológicas, psíquicas, sociais, culturais, constitui um grande desafio para a implementação de uma política que exige uma abordagem abrangente e o desenvolvimento de ações articuladas, que contemplem a prevenção do uso, o cuidado ao usuário e o enfrentamento ao tráfico de drogas.

Os eixos estruturantes do programa Crack, é possível vencer - prevenção, cuidado e autoridade - pretendem traduzir essa articulação para o enfrentamento do problema.

No campo legislativo, a Lei nº 11.343/2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad) e estabelece medidas para a prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, é o marco legal da mudança de paradigma e de procedimentos no Brasil. A lei contempla a perspectiva da intervenção integrada, incluindo ações de promoção da saúde e de conscientização sobre os riscos do uso de crack, álcool e outras drogas, de disponibilização de serviços de atendimento e enfrentamento do tráfico.

É o programa lançado pelo Governo Federal com a finalidade de prevenir o uso e promover a atenção integral ao usuário de crack, bem como enfrentar o tráfico de drogas. Tem por objetivo aumentar a oferta de serviços de tratamento e atenção aos usuários e seus familiares, reduzir a oferta de drogas ilícitas por meio do enfrentamento ao tráfico e às organizações criminosas e promover ações de educação, informação e capacitação.

***Observada a Lei nº 11.343/2006, o programa reúne diversas ações que envolvem diretamente as políticas de saúde, assistência social e segurança pública e, de forma complementar, ações de educação e de garantia de direitos***. As ações são organizadas em três eixos temáticos: Prevenção, Cuidado e Autoridade.

O Governo Federal disponibiliza recursos financeiros a estados, municípios e DF, que poderão aderir ao programa assumindo contrapartidas e implementando os equipamentos de saúde, assistência social e segurança pública.

Caberaos estados, municípios e DF a instalação de instâncias de gestão integrada do programa em âmbito local, por meio de comitês, que articulem as áreas de segurança, saúde, assistência social, educação, entre outras, para o planejamento, execução e avaliação das ações, etapa já concluída

A meta é que, ao final de 2014, as redes de atenção à saúde, a assistência social e as ações de prevenção nas escolas tenham sido ampliadas, fortalecidas e, sobretudo, integradas, aumentando e melhorando sua capacidade de acolhimento aos usuários de drogas e apoio a familiares; que estas redes contem com profissionais de saúde, educação, assistência social, lideranças comunitárias capacitadas no tema e com programas de prevenção nas escolas em execução; e que espaços urbanos, anteriormente ocupados com cenas de uso do crack, comecem a ser revitalizados, trazendo mais segurança às comunidades.

Também é meta a integração das operações das forças de segurança pública dos três níveis de governo, equipados para o combate ao tráfico e repressão aos traficantes.

Inevitável também, abordar o tema polêmico da **Internação Compulsória,** nesse processo depactuação, considerado como situação de exceção, porém necessário a ser aplicado, quando preenchidos os requisitos técnicos e legais de sua aplicação.

**A diferença entre internação compulsória e a internação voluntária**: a internação compulsória é um ato judicial, ou seja, a pessoa para ser internada compulsoriamente tem que ter cometido ou estar na iminência de cometer um delito, conforme designado pela Lei de Execuções Penais. Quanto à internação voluntária, prevista na Lei 10.216/01, informou que pesquisas mostram o quanto é eficaz o tratamento das pessoas dependentes por adesão na Política de Redução de Danos em que elas decidem se tratar, o resultado é mais eficiente; já a internação involuntária,  também prevista na Lei 10.216, se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro, mediante laudo médico. Apontou como desafio para o Estado o cumprimento da Lei 10.216, por meio de um Plano de Metas com a ampliação dos CAPS, dos CAPS 24h, visando o atendimento das demandas reais.

Entre outras preocupações sobre esse tema, destaca-se:

- necessidade de investimento nos CRAS e CREAS e reestruturação dos equipamentos de acolhimento, bem como nas ações intersetoriais com outras políticas públicas: o Plano Crack é possível vencer parte do pressuposto do princípio de que essa intersetorialidade entre as políticas sociais é absolutamente fundamental e necessária, sob pena de não dar certo.

- o desafio do Pacto Federativo na implementação desse Plano, ou seja, o Governo Federal traz para si a questão do crack, no sentido de garantir que haja financiamento para esses equipamentos - não é possível desencadear uma atuação com um único ente, seja ele município sozinho e o Estado sozinho, Governo Federal, nem pensar sozinho. Percebe-se que algumas localidades isso está muito marcado, como se fosse um projeto de um determinado ente ocupando espaço de governo nesse momento;

Para elucidação dessa proposta, trazemos a tela, para exemplificar, a experiência que vive atualmente o Estado de São Paulo, portanto, segue abaixo texto retirado do site oficial do Governo do Estado, com informações importantes a serem consideradas para a formalização desse Protocolo de Atendimento que está sendo proposto.

**Entenda o que é a internação compulsória para dependentes químicos:**

A Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania do Estado de São Paulo preparou perguntas e respostas sobre ação do Governo do Estado.

O Governo do Estado deu início à parceria com o Ministério Público, o Tribunal de Justiça e a OAB (Ordem dos Advogados do Brasil) para plantão especial no Cratod (Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas) para atendimento diferenciado aos dependentes químicos. Em casos extremos, a Justiça pode decidir pela internação compulsória do dependente.

Para entender melhor o que é o programa e qual o objetivo da ação, a Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania preparou um guia com perguntas e respostas.

**1)** **A internação compulsória está prevista em lei?**

Sim. Quando a pessoa não quer se internar voluntariamente, pode-se recorrer às internações involuntária ou compulsória, definidas pela Lei Federal de Psiquiatria (Nº 10.216, de 2001).

§ **Internação involuntária:** 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 da comarca 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.

§ **Internação compulsória:** neste caso não é necessária a autorização familiar. O artigo 9º da lei 10.216/01 estabelece a possibilidade da internação compulsória, 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.

**2)** **Se já está previsto por lei, qual é a novidade no que o Governo do Estado está fazendo?**

O governo criou medidas para o cumprimento mais eficiente da lei. No dia 11 de janeiro de 2013, o Estado de São Paulo viabilizou uma parceria inédita no Brasil entre o Judiciário e o Executivo, entre médicos, juízes e advogados, com o objetivo de tornar a tramitação do processo de internação compulsória (já previsto em lei) mais célere, para proteger as vidas daqueles que mais precisam.

As famílias com recursos econômicos já utilizam esse mecanismo (internação involuntária) para resgatar os seus parentes das drogas. O que o Estado está fazendo, em parceria com o Judiciário, é aplicar a lei para salvar pessoas que não têm recursos e perderam totalmente os laços familiares. Essas pessoas estão abandonadas, e é obrigação do Estado tirá-las do abandono. A presença do Judiciário vai aumentar as garantias aos direitos dos dependentes químicos.

**3)** **Quem são os parceiros do Estado e qual será a participação deles?**

Foram assinados três termos de cooperação técnica: um com Tribunal de Justiça de SP para a instalação de um anexo do tribunal no CRATOD, em regime de plantão (9h às 13h, de segunda a sexta-feira), com o objetivo de atender as medidas de urgência relacionadas aos dependentes químicos em hipóteses de internação compulsória ou involuntária, com a presença inclusive de integrantes da Defensoria Pública; outro termo com o Ministério Público, com o objetivo de permitir que promotores permaneçam acompanhando o plantão do Judiciário. E um terceiro, com a OAB, para que a entidade coloque, de forma gratuita e voluntária, profissionais para fazer o atendimento e os pedidos nos casos necessários.

**4)** **O que vai mudar agora com a parceria entre Estado e Judiciário?**

Verificou-se que, se a indicação médica for pela internação compulsória, em muitos casos a demora na emissão da ordem judicial impede a equipe médica de manter o paciente no local. O processo continuará a ser iniciado pelos agentes de saúde, da mesma maneira como ocorria antes.

A diferença é que, agora, representantes do Judiciário farão plantão em um equipamento médico ([CRATOD](http://infogov.imprensaoficial.com.br/index.php?title=Centro_de_Refer%C3%AAncia_de_%C3%81lcool,_Tabaco_e_Outras_Drogas_%28CRATOD%29)). Consequentemente, a determinação judicial será mais célere. Após receber o primeiro atendimento (quando o paciente é levado de maneira voluntária ao [CRATOD](http://infogov.imprensaoficial.com.br/index.php?title=Centro_de_Refer%C3%AAncia_de_%C3%81lcool,_Tabaco_e_Outras_Drogas_%28CRATOD%29) por um assistente social), o dependente químico será avaliado por médicos que vão oferecer o tratamento adequado. Caso a pessoa não queira ser internada, o juiz poderá determinar a internação imediata (desde que os médicos considerem que a pessoa corra risco e atestem que ela não tem domínio sobre sua condição física e psicológica).

**5)** **Antes desta parceria entre o Estado e o Judiciário, a prefeitura já realizava internações compulsórias na cidade de São Paulo?**

Sim. Dados da Secretaria Municipal de Saúde demonstram que a internação compulsória já é praticada desde que a prefeitura começou, em 2009, a [Operação Centro Legal](http://infogov.imprensaoficial.com.br/index.php?title=Nova_Luz). Das cerca de 2.800 internações realizadas em equipamentos exclusivamente municipais neste período (2009/2012), a prefeitura confirma mais de 300 casos de internação compulsória (cerca de 11% do total).

O processo começava com a abordagem dos agentes de saúde. Se o dependente concordasse, ele era enviado a um equipamento – no caso do município, CATS ou Complexo Prates, no caso do Estado, [CRATOD](http://infogov.imprensaoficial.com.br/index.php?title=Centro_de_Refer%C3%AAncia_de_%C3%81lcool,_Tabaco_e_Outras_Drogas_%28CRATOD%29) –,onde médicos e uma equipe multidisciplinar decidiam qual deveria ser o processo terapêutico adotado para aquela pessoa. Em casos específicos, sempre com laudo médico, optava-se pela internação compulsória para proteger a integridade física e mental do paciente.

**6)** **A internação compulsória será a regra a partir de agora?**

NÃO. CASOS DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA CONTINUARÃO A SER EXCEÇÃO E NÃO REGRA. A POLÍTICA PRIORITÁRIA CONTINUA SENDO A INTERNAÇÃO VOLUNTÁRIA, ATRAVÉS DO CONVENCIMENTO DO DEPENDENTE POR AGENTES DE SAÚDE, ASSISTENTES SOCIAIS DA PREFEITURA E INTEGRANTES DA MISSÃO BELÉM *(VER ITEM 16*), ALÉM DE OUTRAS FORMAS DE TRATAMENTO.

**7) A PM terá alguma participação no processo de internação compulsória de usuários de drogas?**

Não. A PM não vai recolher pessoas nas ruas para tratamento. Durante esse processo serão seguidos todos os protocolos vigentes na área de saúde e na garantia dos direitos humanos e individuais dos usuários.

**8)** **Em caso de resistência do dependente químico, qual será o protocolo?**

Nesses casos específicos, vão atuar médicos e enfermeiros treinados para essas situações.

**9)** **Médicos especialistas em dependência química são favoráveis à internação compulsória?**

Sim. Veja o que dizem alguns dos maiores especialistas do Brasil sobre o assunto:

**Para Arthur Guerra**, psiquiatra, professor da Faculdade de Medicina (FM) e coordenador do Grupo Interdisciplinar de Estudos sobre Álcool e Drogas: “De forma geral, a internação involuntária é um procedimento médico realizada no mundo todo há muitos anos, que obedece a critérios super objetivos. A visão médica não vai deixar esse paciente se matar. O médico, no mundo todo, não acha que é um direito do ser humano se matar, pois entende que esse paciente está doente e tem de ser internado. Depois daquele momento de fissura e excesso, quando estiver recuperado, o paciente vai dizer: ‘Obrigado, doutor’”. <http://www.reporterdiario.com.br/Noticia/381210/internacao-involuntaria-para-dependentes-quimicos-divide-opinioes/>

**Ronaldo Laranjeira,**professor titular do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP, diretor do INPAD (Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e outras Drogas) do CNPq e coordenador da UNIAD (Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas): “Nos casos mais graves, a internação é a alternativa mais segura. O ideal seria que ninguém precisasse disso, mas a dependência química é uma doença que faz com que a pessoa perca o controle”. [http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI255395-15257,00-INTERNAR+A+FORCA+RESOLVE.html](http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0%2C%2CEMI255395-15257%2C00-INTERNAR%2BA%2BFORCA%2BRESOLVE.html)

**Drauzio Varella,**médico oncologista, cientista e escritor. Foi voluntário na Casa de Detenção de São Paulo (Carandiru) por treze anos e hoje atende na Penitenciária Feminina da Capital: “A internação compulsória é um recurso extremo, e não podemos ser ingênuos e dizer que o cara fica internado três meses e vira um cidadão acima de qualquer suspeita. Muitos vão retornar ao crack. Mas, pelo menos, eles têm uma chance”. [http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI255395-15257,00-INTERNAR+A+FORCA+RESOLVE.html](http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0%2C%2CEMI255395-15257%2C00-INTERNAR%2BA%2BFORCA%2BRESOLVE.html)

**10)** **Qual a posição da população brasileira quanto à internação compulsória?**

PESQUISA DO DATAFOLHA DIVULGADA NO DIA 25 DE JANEIRO DE 2012 APONTA QUE 90% DOS BRASILEIROS APOIAM A INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA DE DEPENDENTES DE CRACK. [HTTP://DATAFOLHA.FOLHA.UOL.COM.BR/PO/VER\_PO.PHP?SESSION=1175](http://datafolha.folha.uol.com.br/po/ver_po.php?session=1175)

**11) O tratamento feito mediante internação involuntária ou compulsória funciona?**

Sim. Segundo o National Institute on Drug Abuse (EUA), uma das instituições mais respeitadas do mundo nessa questão, funciona tanto quanto o tratamento feito quando o paciente se interna voluntariamente. Na publicação *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide* (Princípios do Tratamento do Vício em Drogas: Um Guia Baseado em Pesquisa), o instituto apresenta quais são os princípios de um tratamento eficaz. O texto diz “o tratamento não precisa ser voluntária para ser eficaz. Sanções ou incentivos impostos pela família, ambiente de trabalho ou pelo sistema judicial podem aumentar significativamente a taxa de internação e de permanência – e finalmente o sucesso das intervenções de tratamento”.[http://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/principles-effective-treatment](http://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/principles-effective-treatment%22%20%5Ct%20%22_blank)

**12) A internação compulsória para dependentes de drogas é utilizada em outros países?**

Sim. Doze estados norte-americanos, dentre eles a Califórnia, possuem leis específicas sobre a internação compulsória ou involuntária. A Flórida, por exemplo, tem o Marchman Act, aprovado em 1993. O Canadá tem legislação que permite o tratamento forçado de viciados em heroína. O Heroin Treatment Act foi aprovado na província de British Columbia em 1978. A lei foi contestada na Justiça, mas foi mantida posteriormente pela Suprema Corte. A Austrália possui legislação que permite aos juízes condenar ao tratamento compulsório dependentes de drogas que cometeram crimes. A Nova Zelândia também tem legislação que permite à Justiça ou à família internar um dependente compulsoriamente.

A Suécia possui o Act on the Forced Treatment of Abusers, que permite a internação compulsória de dependentes que representem risco para si próprios ou para terceiros; a lei é utilizada principalmente para menores de idade.

**13) A Organização Mundial de Saúde reconhece a internação compulsória como opção de tratamento?**

Sim. No documento “Principles of Drug Dependence Treatment”, de 2008, a OMS considera que o tratamento de dependência de drogas, como qualquer procedimento médico, não deve ser forçado. Admite, porém, 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”. <http://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf>

**14) O governo do Estado está ampliando a oferta de leitos públicos para internação, seja voluntária ou compulsória?**

Sim. Atualmente a Secretaria de Estadual de Saúde mantém 691 leitos públicos para dependentes químicos, dos quais 209 foram implantados na atual gestão (aumento de 43%). Outros 488 novos leitos estão em processo de implantação e devem estar disponíveis até o final de 2014, quando o Estado contará com 1.179 leitos. O Governo de São Paulo foi o primeiro do Brasil a criar clínicas com leitos públicos para internação de dependentes, processo que começou em 2010. Todos estes leitos são financiados com recursos exclusivos do governo do Estado, sem a participação do governo federal.

**15)** **O Governo do Estado tem ampliado a oferta de abordagem social?**

Desde o dia 3 de dezembro de 2012, o trabalho de abordagem social para auxiliar os dependentes a largar as drogas está sendo realizado com o apoio de 56 agentes da Associação Missão Belém. Os agentes são pessoas que já estiveram em situação de rua e dependência química e foram reinseridos socialmente pelo trabalho da própria Missão. Até o momento mais de 400 dependentes foram retirados do centro e levados para as casas de triagem da Missão. Diariamente, de 10 a 15 pessoas têm concordado em ir para as casas de triagem. Depois de passar pelas casas de triagem e por tratamento de saúde, os usuários podem ser recebidos em moradias assistidas, onde se iniciará a reinserção social. Nesta etapa, o processo conta com atividades de educação, trabalho, lazer, esporte e cultura, além de incentivo para o retorno ao convívio familiar.

 ***Diante das informações supre mencionadas, sugerimos seja elaborado o Protocolo de Atendimento à População de Rua, entre o Governo do Estado e outros Poderes constituídos, tais como o Poder Judiciário e o Ministério Público, com a Prefeitura de Cuiabá***, com foco especial para atuação no período que antecede a COPA DO MUNDO 2014 e durante a sua execução, podendo, em havendo resultados positivos da iniciativa, reverberar procedimentos futuros quanto a parceria celebrada

 **PARA EXECUÇÃO DO PROTOCOLO, SUGERIMOS ALGUMAS AÇÕES A SEREM IMPLEMENTADAS POR ATORES IMPORTANTES, QUE DEVERÃO SER COMPLEMENTADAS, A FIM DE QUE SE TENHA UM DOCUMENTO MAIS PRÓXIMO DA REALIDADE POSSÍVEL, QUANDO SE TRATAR DE ATENDIMENTO À POPULAÇÃO DE RUA, EM ESPECIAL AOS QUE CONSOMEM ÁLCOOL E DROGAS, SOMANDO FORÇAS E UTILIZANDO AS ESTRUTURAS POSSÍVEIS, DIANTE DO QUADRO LIMITADO DE RECURSOS HUMANOS E FINANCEIROS QUE CADA ENTE POSSUI NO MOMENTO ATUAL.**

**No âmbito do GOVERNO DO ESTADO:**

**SETAS – Secretaria de Estado de Trabalho e Assistência Social:**

O programa “Crack é Possível Vencer” oferece também cursos de capacitação para diferentes atores que podem exercer um papel relevante na prevenção do uso de drogas e acesso dos usuários ao cuidado (operadores do direito, profissionais de segurança, lideranças religiosas e comunitárias, professores, profissionais de saúde e de assistência).

O eixo “Cuidado” trata da estruturação de redes de atenção de saúde e de assistência social para o atendimento aos usuários de drogas e seus familiares.

O Governo Federal disponibiliza aos estados, municípios e Distrito Federal, diretrizes técnicas e financiamento para fortalecer e qualificar a rede de serviços de saúde e assistência social. Essa rede vai trabalhar para acolher usuários e familiares, respeitando sua autonomia e singularidade, e ofertar cuidado necessário a cada caso, tomando a defesa da vida e da redução dos danos à saúde como princípio.

Para isso, os serviços de saúde e de assistência social, incluídos aqueles prestados por organizações não governamentais como as Comunidades Terapêuticas, devem articular-se para garantir um atendimento integrado e de longo prazo.

A ampliação da rede de cuidados vem acompanhada da oferta de capacitações para o conjunto de trabalhadores dessas redes.

**SEJUDH – Secretaria de Justiça e Direitos Humanos**

Edital de Chamamento Público das Comunidades Terapêuticas - 2013 (09/08/2013) - O Ministério da Justiça, por meio da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD, com base no que estabelecem as Leis nº 11.343, de 23 de agosto de 2006; 7.560, de 19 de dezembro de 1986; 12.708, de 17 de agosto de 2012; 12.593, de 18 de janeiro de 2012; 8.666, de 21 de junho de 1993 e Decreto nº 6.061, de 15 de março de 2007; e de acordo com os objetivos e ações do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, instituído pelo Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, torna público o edital de chamamento público de Comunidades Terapêuticas 001/2013.

### Coordenadoria Estadual de Política sobre Drogas

|  |
| --- |
|   |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COMUNIDADES TERAPÊUTICAS** | **LOCALIDADES** | **CONTATO** | **TELEFONE** | **ENDEREÇOS** | **Site/ E-Mail** |
| **Valor da Vida** | Cuiabá | Anderson Michel | 3025-42109227-6081 | Sucuri II – Est. São Benedito | [www.ctvalordavida.com](http://www.ctvalordavida.com/)andersonmichel19@gmail.com |
| **Limiar** | Cuiabá | Gonçalo  | (65) 3626-5572(65) 9982-1736 | Rua estância Pinheiro - Sucuri  | clinicalimiar@gmail.com |
| **Vau do Jaboque** | Cuiabá | Pr.. Jakson | (65) 9642-5481(65) 8132-5848 |  Entrada Rio dos Couros 2, Pedra 90- zona rural | v.dejaboque@hotmail.com   |
| **Lar Cristão** | Cuiabá | Past. Teodorico |  (65) 3646-7086  | CPA III setor 2, rua 03 , quadra 09 | lar.cristao.secretaria@terra.com  |
| **Vida Serena** | Várzea Grande | Gilson  | 3684-03519976-91539909-7470 | Av. Marechal Rondon, 555 – Bairro: Ipase | [www.amparu.org](http://www.amparu.org/)gilcidegas@yahoo.com.br  |
| **Bom Pastor** | Várzea Grande | Lenir ou Lenilson | (65) 3026-3092(65) 8119-6029 | Av Filinto Muller 1.420  | vidasobriedade@hotmail.com |
| **Raiz de Jessé** | Várzea Grande | Marluce | (65) 3625-3867 | Estada da Guarita, Km 46 | raizdejessecrdquimico@gmail.com |
| **Marcio Antônio Martins - MAM** | Barra do Brugues | Fátima | ( 65) 9904-3810(65) 8439-4449 | BR 246 – Próximo Escola Agrícola | contato@ctmam.orgfatimavision@hotmail.com |
| **Resgate Vidas** | Campo Verde | Pastor Vander | (66) 3419-2501(66) 9208-0205 | Av. Porto Alegre nº 900 | prjesse@hotmail.com |
| **Portal da Sobriedade** | Lucas do Rio Verde | Ideiva | (65) 8405-9848(65) 9976-6660 | Itambiquara, Km 33 da MT 344 | Ideiva.folleto@terra.com.br |
| **Resgatando Cidadania** | N. Sra. do Livramento | Padre Pedro | (65) 9993-2967 | 20km de Capão Grande | pedrocanisio@uol.com.br  |
| **Fundação CEFA – Caridade, Esperança Fé e Amor** | Poxoréu | Edvige Dassi | (66) 3436-2527(66) 9631-7501 | Rod. Poxoréu – Dom Aquino Km 12 | cefapoxoreu@hotmail.com |
| **Casa Esperança – N. Sra. De Fátima** | Rondonópolis  | Abadia | (66) 3421-3931 | Rua 15 de Novembro, 350 - Centro | contato@casaesp.com.br |
| **Fundação Livre Para Viver - FUNVIDA** | Sinop | Fernando ou Marta | (66)3532-2693(66) 9652-7115 | Rua das Castanheiras, Nº 84 – Centro  | crebenezer@hotmail.comFernandobotelho2@hotmail.com |
| **Viver Sóbrio** | Tangará da Serra | Ruth | (65) 3325-0057(66) 9953-8520(66) 9926-6873 | Av. Francisco Serrano,Nº 415-5 Distrito do Progresso | Ruthbrandao\_@hotmail.com |

 |

O programa “Crack é possível vencer” oferece também cursos de capacitação para diferentes atores que podem exercer um papel relevante na prevenção do uso de drogas e acesso dos usuários ao cuidado (operadores do direito, profissionais de segurança, lideranças religiosas e comunitárias, professores, profissionais de saúde e de assistência).

O eixo “Cuidado” trata da estruturação de redes de atenção de saúde e de assistência social para o atendimento aos usuários de drogas e seus familiares.

O Governo Federal disponibiliza aos estados, municípios e Distrito Federal, diretrizes técnicas e financiamento para fortalecer e qualificar a rede de serviços de saúde e assistência social.

Essa rede vai trabalhar para acolher usuários e familiares, respeitando sua autonomia e singularidade, e ofertar cuidado necessário a cada caso, tomando a defesa da vida e da redução dos danos à saúde como princípio.

Para isso, os serviços de saúde e de assistência social, incluídos aqueles prestados por organizações nãogovernamentais como as Comunidades Terapêuticas, devem articular-se para garantir um atendimento integrado e de longo prazo.

A ampliação da rede de cuidados vem acompanhada da oferta de capacitações para o conjunto de trabalhadores dessas redes.

**DIANTE DESSAS INFORMAÇÕES, AS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA, QUE NECESSITAREM SER INTERNADAS COMPULSORIAMENTE, PODERÃO UTILIZAR AS ESTRUTURAS HABILITADAS PELO GOVERNO FEDERAL E ESTADUAL, APÓS A DETERMINAÇÃO JUDICIAL PARA FAZÊ-LO.**

**SES – Secretaria de Saúde:**

O programa oferece também cursos de capacitação para diferentes atores que podem exercer um papel relevante na prevenção do uso de drogas e acesso dos usuários ao cuidado (operadores do direito, profissionais de segurança, lideranças religiosas e comunitárias, professores, profissionais de saúde e de assistência).

O eixo “Cuidado” trata da estruturação de redes de atenção de saúde e de assistência social para o atendimento aos usuários de drogas e seus familiares.

O Governo Federal disponibiliza aos estados, municípios e Distrito Federal, diretrizes técnicas e financiamento para fortalecer e qualificar a rede de serviços de saúde e assistência social.

Essa rede vai trabalhar para acolher usuários e familiares, respeitando sua autonomia e singularidade, e ofertar cuidado necessário a cada caso, tomando a defesa da vida e da redução dos danos à saúde como princípio. Para isso, os serviços de saúde e de assistência social, incluídos aqueles prestados por organizações não governamentais como as Comunidades Terapêuticas, devem articular-se para garantir um atendimento integrado e de longo prazo.

A ampliação da rede de cuidados vem acompanhada da oferta de capacitações para o conjunto de trabalhadores dessas redes.

Os defensores da internação compulsória afirmam que o consumo de drogas aumentou no país inteiro e são poucos os resultados das ações de prevenção ao uso.

A proposta tem o apoio do ex-ministro da Saúde Alexandre Padilha, que acredita que profissionais da saúde poderão avaliar adultos e crianças dependentes químicos para colocá-los em unidades adequadas de tratamento, mesmo contra a vontade dessas pessoas.

O então ministro acrescentou que a medida já é praticada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

O Conselho Federal de Medicina (CFM) também é a favor da medida.

Durante a reunião de apresentação do relatório de políticas sociais para dependentes de drogas, o representante do CFM Emmanuel Fortes corroborou a proposta de internação compulsória nos casos em que há risco de morte, ressaltando que a medida já é praticada no país.

**São competências da PREFEITURA DE CUIABÁ:**

**SMS – Secretaria Municipal de Saúde:**

O programa oferece também cursos de capacitação para diferentes atores que podem exercer um papel relevante na prevenção do uso de drogas e acesso dos usuários ao cuidado (operadores do direito, profissionais de segurança, lideranças religiosas e comunitárias, professores, profissionais de saúde e de assistência).

O eixo “Cuidado” trata da estruturação de redes de atenção de saúde e de assistência social para o atendimento aos usuários de drogas e seus familiares. O Governo Federal disponibiliza aos estados, municípios e Distrito Federal, diretrizes técnicas e financiamento para fortalecer e qualificar a rede de serviços de saúde e assistência social. Essa rede vai trabalhar para acolher usuários e familiares, respeitando sua autonomia e singularidade, e ofertar cuidado necessário a cada caso, tomando a defesa da vida e da redução dos danos à saúde como princípio. Para isso, os serviços de saúde e de assistência social, incluídos aqueles prestados por organizações nãogovernamentais como as Comunidades Terapêuticas, devem articular-se para garantir um atendimento integrado e de longo prazo. A ampliação da rede de cuidados vem acompanhada da oferta de capacitações para o conjunto de trabalhadores dessas redes.

Os defensores da internação compulsória afirmam que o consumo de drogas aumentou no país inteiro e são poucos os resultados das ações de prevenção ao uso. A proposta tem o apoio do ministro da Saúde Alexandre Padilha, que acredita que profissionais da saúde poderão avaliar adultos e crianças dependentes químicos para colocá-los em unidades adequadas de tratamento, mesmo contra a vontade dessas pessoas. O ministro acrescenta que a medida já é praticada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). O Conselho Federal de Medicina (CFM) também é a favor da medida. Durante a reunião de apresentação do relatório de políticas sociais para dependentes de drogas, o representante do CFM Emmanuel Fortes corroborou a proposta de internação compulsória nos casos em que há risco de morte, ressaltando que a medida já é praticada no país.

**A SECRETARIA TERÁ O PAPEL, CONJUNTAMENTE COM A SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, DE DISPONIBILIZAR A EQUIPE TÉCNICA RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO E IDENTIFICAÇÃO DAS PESSOAS QUE REALMENTE NECESSITAREM DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA.**

**SMASDH – Secretaria Municipal de Assistência Social e Desenvolvimento Humano:**

**Cadastramento de pessoas em situação de rua:**

Deve ser feito de forma articulada com a área da Proteção Social Especial da Assistência Social do município, para a localização das famílias e para abordagem adequada ao entrevistado.

Ainda para o cadastramento, é necessário que o gestor municipal, em parceria com a proteção social especial, promova a orientação dos entrevistadores.

Da mesma forma, os profissionais da proteção social especial devem receber informações sobre o Cadastro Único e o Programa Bolsa Família, para a adequada orientação da população.

Os profissionais responsáveis pela abordagem social dessa população deverão, ainda, ser previamente orientados quanto ao preenchimento do formulário nas ruas, para aquelas situações em que houver recusa do encaminhamento para os postos de cadastramento.

**Abordagem das pessoas em situação de rua:**

A abordagem é o momento de aproximação. Deve ser feito com respeito à forma de vida, comportamento e costumes que a pessoa em situação de rua adota em seu cotidiano.

A aproximação deve transmitir confiança e ser pautada no diálogo.

Para que se estabeleça o diálogo, é importante que haja a escuta. A fragilidade da pessoa em situação de rua favorece a necessidade da fala, na maioria das vezes, acompanhada dos sentimentos como a falta de pertencimento social e baixa autoestima.

**Cadastramento da população em situação de rua:**

O cadastramento das pessoas em situação de rua deve ser realizado em locais públicos referenciados pelo município como “postos de cadastramento”, articulados com a área de Proteção Social Especial.

Os locais devem ser próximos aos pontos de concentração de pessoas em situação de rua e dispor de estrutura necessária para recebê-las.

Nos casos em que a pessoa recusar o encaminhamento ao posto de cadastramento, mas demonstrar interesse em ser incluída no Cadastro Único, a entrevista e o preenchimento dos formulários podem ser realizados, excepcionalmente, na rua.

O programa “Crack é possível vencer” oferece também cursos de capacitação para diferentes atores que podem exercer um papel relevante na prevenção do uso de drogas e acesso dos usuários ao cuidado (operadores do direito, profissionais de segurança, lideranças religiosas e comunitárias, professores, profissionais de saúde e de assistência).

O eixo “Cuidado” trata da estruturação de redes de atenção de saúde e de assistência social para o atendimento aos usuários de drogas e seus familiares. O Governo Federal disponibiliza aos estados, municípios e Distrito Federal, diretrizes técnicas e financiamento para fortalecer e qualificar a rede de serviços de saúde e assistência social. Essa rede vai trabalhar para acolher usuários e familiares, respeitando sua autonomia e singularidade, e ofertar cuidado necessário a cada caso, tomando a defesa da vida e da redução dos danos à saúde como princípio. Para isso, os serviços de saúde e de assistência social, incluídos aqueles prestados por organizações nãogovernamentais como as Comunidades Terapêuticas, devem articular-se para garantir um atendimento integrado e de longo prazo. A ampliação da rede de cuidados vem acompanhada da oferta de capacitações para o conjunto de trabalhadores dessas redes.

**Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua:**

De acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua é ofertado para aqueles que utilizam as ruas como espaço de moradia e/ou sobrevivência. Tem a finalidade de assegurar atendimento e atividades direcionadas para o desenvolvimento de sociabilidades, na perspectiva do fortalecimento de vínculos interpessoais e/ou familiares que oportunizem a construção de novos projetos de vida.

Além disso, assegura trabalho técnico para análise das demandas dos usuários, orientação individual e grupal e encaminhamentos a outros serviços socioassistenciais, demais políticas públicas e órgãos de defesa de direitos que possam contribuir para a construção da autonomia, inserção social e em rede de proteção social.

Para mais informações sobre o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua consultar Perguntas Frequentes – Assistência Social – Proteção Social Especial – Serviços de Média Complexidade - Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.

Atendimento através das Equipes de Abordagem Social, cos 2 CREAS – Centro Especializado de Assistência Social, do Centro POP – Centro Especializado em Atendimento à População de Rua, bem como o Abrigamento voluntário nos Albergues existentes, vinculados à Secretaria, ou em parceria com a Rede da Assistência Social, formada também por entidades não governamentais.

**MINISTÉRIO PÚBLICO**

Atualmente estão previstos três tipos de internação: voluntária, involuntária e compulsória. A primeira pode ocorrer quando o tratamento intensivo é imprescindível e, nesse caso, a pessoa aceita ser conduzida ao hospital geral por um período de curta duração. A decisão é tomada de acordo com a vontade do paciente. No caso da involuntária, ela é mais frequente em caso de surto ou agressividade exagerada, quando o paciente precisa ser contido, às vezes até com camisa de 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.

“Ministério Público. Legitimidade ativa. Medida judicial para internação compulsória de pessoa vítima de alcoolismo. Ausência. O Ministério Público não tem legitimidade ativa ad causam para requerer a internação compulsória, para tratamento de saúde, de pessoa vítima de alcoolismo. Existindo Defensoria Pública organizada, tem ela competência para atuar nesses casos.” ([**RE 496.718**](http://redir.stf.jus.br/paginador/paginador.jsp?docTP=AC&docID=558659&pgI=1&pgF=100000), Rel. p/ o ac. Min. **Menezes Direito**, julgamento em 12-8-2008, Primeira Turma, DJE de 31-10-2008.)

[TJRS – Apelação Cível nº 70032573685 – Acórdão](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/infanciahome_c/dr_drogadicao/dr_jurisprudencia_drogadicao/Leitos_internacao/leitos%20para%20interna%C3%A7ao%20TJRS%20APCIVEL%2070%20032%20573%20685.doc)
AÇÃO CIVIL PÚBLICA. ECA. SAÚDE. LEGITIMIDADE ATIVA DO MINISTÉRIO PÚBLICO. DIREITO DO ADOLESCENTE À INTERNAÇÃO E TRATAMENTO PARA DROGADIÇÃO HOSPITALAR PSIQUIÁTRICA DE QUE NECESSITA. OBRIGAÇÃO SOLIDÁRIA DO PODER PÚBLICO DE FORNECÊ-LO 1. Tem o Ministério Público legitimidade para propor ação civil pública buscando a efetivação de direitos individuais heterogêneos de crianças e adolescentes. 2. Os entes públicos têm o dever de fornecer gratuitamente o tratamento de que necessita o adolescente, cuja família não tem condições de custear. 3. A responsabilidade dos entes públicos é solidária e está posta nos art. 196 da CF e art. 11, §2º, do ECA. 4. A prioridade estabelecida pela lei enseja a responsabilização do Poder Público, sendo irrelevante a alegação de escassez de recursos ou inexistência de leitos em hospitais psiquiátricos, o que o obriga a providenciar e custear a internação, ainda que obtido sem licitação, em estabelecimento particular. Recursos desprovidos.

Os defensores da internação compulsória afirmam que o consumo de drogas aumentou no país inteiro e são poucos os resultados das ações de prevenção ao uso. A proposta tem o apoio do ministro da Saúde Alexandre Padilha, que acredita que profissionais da saúde poderão avaliar adultos e crianças dependentes químicos para colocá-los em unidades adequadas de tratamento, mesmo contra a vontade dessas pessoas. O ministro acrescenta que a medida já é praticada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). O Conselho Federal de Medicina (CFM) também é a favor da medida. Durante a reunião de apresentação do relatório de políticas sociais para dependentes de drogas, o representante do CFM Emmanuel Fortes corroborou a proposta de internação compulsória nos casos em que há risco de morte, ressaltando que a medida já é praticada no país.

De fato, de acordo com Relatório da 4a Inspeção Nacional de Direitos Humanos (que pode ser consultado [clicando aqui](http://site.cfp.org.br/publicacao/relatorio-da-4a-inspecao-nacional-de-direitos-humanos-locais-de-internacao-para-usuarios-de-drogas-2a-edicao/) ), apesar de a lei no 10.216 prever a internação compulsória como medida a ser adotada por um juiz, o que se vê na prática com os usuários de álcool e outras drogas contraria a lei, pois introduz a aplicação de medida fora do processo judicial. Maus-tratos, violência física e humilhações são constantes nessas situações. Há registros de tortura física e psicológica e relatos de casos de internos enterrados até o pescoço, obrigados a beber água de vaso sanitário por haver desobedecido a uma norma ou, ainda, recebendo refeições preparadas com alimentos estragados.

**PODER JUDICIÁRIO**

Atualmente estão previstos três tipos de internação: voluntária, involuntária e compulsória. A primeira pode ocorrer quando o tratamento intensivo é imprescindível e, nesse caso, a pessoa aceita ser conduzida ao hospital geral por um período de curta duração. A decisão é tomada de acordo com a vontade do paciente. No caso da involuntária, ela é mais frequente em caso de surto ou agressividade exagerada, quando o paciente precisa ser contido, às vezes até com camisa de 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.

Os defensores da internação compulsória afirmam que o consumo de drogas aumentou no país inteiro e são poucos os resultados das ações de prevenção ao uso. A proposta tem o apoio do ministro da Saúde Alexandre Padilha, que acredita que profissionais da saúde poderão avaliar adultos e crianças dependentes químicos para colocá-los em unidades adequadas de tratamento, mesmo contra a vontade dessas pessoas. O ministro acrescenta que a medida já é praticada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). O Conselho Federal de Medicina (CFM) também é a favor da medida. Durante a reunião de apresentação do relatório de políticas sociais para dependentes de drogas, o representante do CFM Emmanuel Fortes corroborou a proposta de internação compulsória nos casos em que há risco de morte, ressaltando que a medida já é praticada no país.

De fato, de acordo com Relatório da 4a Inspeção Nacional de Direitos Humanos (que pode ser consultado [clicando aqui](http://site.cfp.org.br/publicacao/relatorio-da-4a-inspecao-nacional-de-direitos-humanos-locais-de-internacao-para-usuarios-de-drogas-2a-edicao/) ), apesar de a lei no 10.216 prever a internação compulsória como medida a ser adotada por um juiz, o que se vê na prática com os usuários de álcool e outras drogas contraria a lei, pois introduz a aplicação de medida fora do processo judicial. Maus-tratos, violência física e humilhações são constantes nessas situações. Há registros de tortura física e psicológica e relatos de casos de internos enterrados até o pescoço, obrigados a beber água de vaso sanitário por haver desobedecido a uma norma ou, ainda, recebendo refeições preparadas com alimentos estragados.