

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – O ESTADO DE SÃO PAULO E O PROGRAMA “CARTÃO RECOMEÇO”: MAIS DO MESMO?

*Liége Alendes de Souza¹
Íásin Schäffer Stahlhöfer²*

RESUMO: O artigo tem por finalidade analisar o programa “Cartão Recomeço”, instituído pelo governo do Estado de São Paulo que visa a assegurar o pagamento de clínicas de recuperação para usuários de crack, já internados anteriormente e que não alcançaram êxito no recobrimento de sua saúde plena. Tal programa tem sofrido severas críticas por parte da sociedade civil e, ao mesmo tempo, tem recebido elogios por parte dos especialistas no assunto. A questão em análise está diretamente relacionada com a temática da saúde pública no Brasil e com as políticas públicas adotadas para efetivação deste direito social, consagrado constitucionalmente. Contudo, para a abordagem do tema, estruturou-se o artigo em três partes: na primeira será trabalhada a questão do Estado brasileiro e como este tem se tornado um Estado social. Na segunda, se analisará a questão da drogadição e o seu reconhecimento como um problema de saúde pública. Por fim, será abordado o programa “Cartão Recomeço”, onde a análise se deterá na resposta ao problema de pesquisa, que é verificar se esta política pública tem reais

¹Doutoranda em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul na linha de pesquisa Dimensões Instrumentais das Políticas Públicas, orientada pela Prof^a. Dr^a. Salete Oro Boff. Mestre em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul na linha de pesquisa em Constitucionalismo Contemporâneo, orientada pelo Prof. Dr. Luiz Gonzaga Silva Adolfo (2014). Mestre em Desenvolvimento Regional pela Universidade de Santa Cruz do Sul, orientada pelo Prof. Dr. Mário Riedel (2010). Graduada em Direito pela Universidade Federal de Santa Maria (2005). Foi bolsista de iniciação científica - PIBIC provida pelo CNPq. Atuou em projetos de pesquisa e extensão. Atualmente participa do projeto “Avaliação das políticas públicas brasileiras de persecução ao cumprimento dos Objetivos do Milênio estipulados pela Organização das Nações Unidas”, sob coordenação da Prof^a. Dr^a. Salete Oro Boff, financiando pela FAPERGS. Participante do Grupo de Estudos em Desenvolvimento, Inovação e Propriedade Intelectual (GEDIPI/UNISC), vinculado ao grupo de Pesquisa em Políticas Públicas de Inclusão Social. Possui trabalhos apresentados e publicados em eventos nacionais e internacionais. Professora substituta do Curso de Direito da Universidade Federal de Santa Maria (2006-2008), professora do Curso de Direito da Universidade Luterana do Brasil nos campi de Cachoeira do Sul e de Santa Maria (2007-2012), professora do Curso de Direito do Centro Universitário Franciscano (2012-Atual) e professora do Curso de Direito da Faculdade Antônio Meneghetti (2013-Atual). Advogada. Email: liegealendes@hotmail.com

² Mestre em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul na linha de pesquisa de Políticas Públicas de Inclusão Social, com bolsa Prosup - Tipo I - provida pela Capes, orientado pelo Prof. Dr. André Viana Custódio (2014). Especialista em Direito Ambiental Nacional e Internacional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, orientado pela Profa. Dra. Cláudia Lima Marques (2012). Pós-graduando da Especialização em Docência do Ensino Superior pela Universidade Luterana do Brasil, orientado pela Profa. Ma. Anette Lopes Lubisco (previsão de conclusão em Abril de 2014). Graduado em Ciências Jurídicas e Sociais pela Universidade Federal de Santa Maria, orientado pelo Prof. Dr. Luiz Ernani Bonesso de Araujo, instituição da qual recebeu a Láurea Acadêmica (2010). Foi bolsista da PRAE/UFMS e de iniciação científica - Pibic/CNPq. Atuante em projetos de pesquisa e de extensão. Atualmente participa do projeto "Avaliação das políticas públicas brasileiras de persecução ao cumprimento dos Objetivos do Milênio estipulados pela Organização das Nações Unidas", sob coordenação da Profa. Dra. Salete Oro Boff, financiando pela FAPERGS. Participante do Grupo de Pesquisa em Direito da Sociobiodiversidade (GPDS/UFMS) e do Grupo de Estudos em Desenvolvimento, Inovação e Propriedade Intelectual (GEDIPI/UNISC) vinculado ao Grupo de Pesquisa Políticas Públicas de Inclusão Social (UNISC). Possui trabalhos apresentados e publicados em eventos nacionais e internacionais. Professor do Curso de Direito da Universidade Luterana do Brasil - Santa Maria e Cachoeira do Sul. Email: iasindm@gmail.com

possibilidades de aplicabilidade ou se o programa é apenas uma nova roupagem de outras propostas que não atingiram a eficácia que se esperava.

Palavras-chave: Crack; Políticas públicas; Saúde.

ABSTRACT: The article aims to analyze the "Cartão Recomeço", instituted by the state government of São Paulo which aims to ensure the payment of clinical recovery for crack users have previously interned and who have not achieved success in the upturn of his full health. This program has suffered severe criticism from civil society and at the same time, has received praise from experts. The question under consideration is directly related to the topic of public health in Brazil, and the public policies adopted for the execution of this social right enshrined constitutionally. However, to approach the subject, the article is structured in three parts: the first will be processed the matter of the Brazilian state and how it has become a welfare state. In the second, it will examine the issue of drug addiction and its recognition as a public health problem. Finally, we shall discuss the "Cartão Recomeço", which will stop the analysis in response to the research question, which is whether this policy has real possibilities of applicability or if the program is just a new package of proposals other than reached the expected effectiveness.

Key Words: Crack; Public policies; Health.

INTRODUÇÃO

A questão da saúde pública desperta o interesse tanto de estudiosos quanto da sociedade civil. Não são poucos os problemas que a saúde no Brasil enfrenta, a citar: superlotação em hospitais e postos de saúde, falta de equipamentos, escassos recursos tecnológicos, inexistência de medicamentos a todos que precisam, carência de profissionais, entre outros. Ao lado dessas questões todas, ainda é preocupante a crescente demanda por internações, que dada a falta de leitos, deságuam no Poder Judiciário, chamado a resolver problemas que, a priori não seriam de sua competência, e, assim, se acumulam pedidos de internação, por medicamentos e exames – laboratoriais e clínicos.

Diante desse quadro, há ainda a questão da drogadição, que aflige sobremaneira as populações mundiais, reclamando uma providência que envolva tanto os setores políticos quando os setores da saúde pública, porquanto representam as drogas uma verdadeira epidemia, que não encontra barreiras para sua expansão.

Tudo isso escoa, inevitavelmente, para problemas de saúde pública, exigindo que novas posturas sejam adotadas no tratamento do tema. Neste sentido,

várias organizações – nacionais e internacionais, tem se dedicado ao debate e estudo da matéria, analisando e levantando dados estatísticos sobre o problema, a fim de apontar soluções viáveis.

Ademais, a questão das drogas não diz respeito apenas aqueles indivíduos e suas famílias, que o enfrentam diretamente, mas é considerado um problema de saúde pública, que reclama uma solução pública.

É neste sentido que o governo do Estado de São Paulo lançou no dia 10 de maio de 2013 o projeto denominado “cartão recomeço”, que tem por finalidade tornar-se um programa social de referência no tratamento de dependentes químicos, especialmente destinado aos usuários do crack, fato que deu ensejo a atribuição de um apelido ao programa: “bolsa crack”.

É inegável que o poder público necessita efetivamente chamar para si o controle dos programas dirigidos ao combate ao uso de drogas e a oferta de leitos gratuitos para tratar da questão, que é um problema de saúde. Contudo, praticamente inexistem políticas públicas, adequadamente formuladas, que visem a solução dessa querela.

Muitos são os aspectos a serem analisados quando se fala da saúde pública no país, mas é certo que a previsão constitucional não vem sendo cumprida. Se a saúde é direito de todos e dever do estado, constituindo-se em direito fundamental, conforme preceito expresso da sua carta política, é inequívoco que o Brasil se tornou Estado Social, o que pode ser corroborado pela quantidade de recursos orçamentários que são dirigidos à Assistência Social.

Tudo isso indica o rumo que o Estado tem tomado. Contudo, é possível perquirir se os programas da área da saúde, especialmente o “cartão recomeço” representam um novo programa de saúde pública ou, uma vez mais, representará o mesmo modelo, revestido por novas cores.

1 ESTADO SOCIAL: O BRASIL E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ASSISTÊNCIA

O Estado brasileiro sofreu profundas transformações na sua estrutura política e constitucional desde o advento da Constituição da República de 1988. Se no período anterior vivenciou-se uma fase de negação de direitos, com o Estado sendo controlado pelos militares, que tinham no controle dos demais poderes um meio de

calar a população civil e imprimir seu modo de gestão, foi a partir de 88 que a sorte muda e novos ventos passam a soprar, e nupérrimos direitos começam a ser consagrados à população.

A nova ordem constitucional inaugura não apenas a democracia no país, mas rompe com o ranço autoritário até então vigente. No seu extenso rol de direitos, a saúde veio consagrada como um direito social, com previsão expressa no artigo 196, que dispõe ser a saúde direito de todos e dever do Estado, que deve fomentá-la através de políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos.

A Saúde, assim como a Assistência Social e a Previdência, faz parte da seguridade social. Tem por traço distintivo a característica de, assim como a Assistência, não exigir qualquer contraprestação por parte do usuário. Essa especialidade, somada aos benefícios pagos pela assistência social (como bolsa família, o benefício de prestação continuada – BCP e os benefícios eventuais) demonstra, indubitavelmente, a opção da Constituição, efetivada através de seus agentes políticos, em tornar o país um estado social, que é aquele que tem, entre outras peculiaridades, a finalidade de compensar as desigualdades sócio econômicas presentes na sociedade.

Para Sarlet (2002, p. 03), a saúde já suplantou a ideia de um direito fundamental, porquanto entende o autor que este é um direito fundamentalíssimo, pois:

[...] elementar que uma ordem jurídica constitucional que protege o direito à vida e assegura o direito à integridade física e corporal, evidentemente, também protege a saúde, já que onde esta não existe e não é assegurada, resta esvaziada a proteção prevista para a vida e a integridade física.

Sarlet (2002, p. 04) refere ainda que a saúde comunga de dupla fundamentalidade: formal e material, e, assim como o Brasil, países como a Argentina, Paraguai, Uruguai, Espanha, Portugal, Holanda, Itália e Grécia dentre outros, já consideram a saúde como um direito fundamental. Salaria que a Constituição da República de 88 foi a primeira carta brasileira a reconhecer expressamente o direito à saúde como um direito fundamental.

Para J. A. da Silva (2006, p. 828)

A Constituição declara que a ordem social tem como *base* o primado do trabalho, e como *objetivo* o bem-estar e a justiça social. Neste particular, a

ordem social se harmoniza com a ordem econômica, já que esta se funda também na valorização do trabalho e tem como fim (objetivo) assegurar a todos existência digna, conforme os ditames da justiça social, que já mereceu nossa consideração. (*grifos do autor*).

São princípios norteadores do direito à saúde a universalidade e a igualdade de acesso às ações e serviços que a promovem, protegem e recuperem. Para J. A. da Silva (2006, p. 831), “As ações e serviços de saúde são de relevância pública, por isso, ficam inteiramente sujeitos à *regulamentação, fiscalização e controle* do Poder Público.”

Para tanto, a fim de regular a questão da saúde no Brasil, foi criado pela Constituição da República de 88 o Sistema Único de Saúde – SUS, que é uma rede de ações e serviços pelo meio do qual o Estado cumpre com seu dever de prestar assistência à coletividade. Na Internet, no Portal da Saúde, é possível visualizar como se dá o financiamento do SUS e a quem é dirigida a prestação:

O SUS é destinado a todos os cidadãos e é financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população e compõem os recursos do governo federal, estadual e municipal³.

Do conceito supra referido fica evidente que o SUS é um sistema engendrado pela União, mas que necessita, para sua efetivação, da participação dos Estados e Municípios. É nesse sentido que várias são as legislações que regulamentam o serviço público de saúde no país, merecendo destaques duas leis em especial: a Lei 8080/90 (Lei orgânica da saúde), que “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” e a Lei 8142/90 que “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”.

Essas duas legislações, promulgadas no ano de 1990, são responsáveis pela regulamentação da previsão constitucional, ou seja, viabilizaram a implementação de um sistema de saúde que tem por princípios a universalidade (a saúde, como é um direito de todos e um dever do Estado, deve ser promovida por este de forma

³ Mais informações sobre o Sistema Único de Saúde podem ser acessadas em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24627>.

ampla), integralidade (a cobertura pelo SUS deve compreender os meios preventivos e curativos) e equidade (todos devem ter a mesma oportunidade de usufruir do serviço público de saúde).

Contudo, sabe-se que o SUS encontra vários entraves que impossibilitam o seu funcionamento pleno. Há algum tempo o governo federal tem firmado pactos com os Estados e Municípios a fim de encontrar na gestão tripartite um meio efetivo de realização dos princípios e objetivos do SUS. Todavia, esses pactos tem aumentado a responsabilidade dos Municípios, sem que haja o necessário repasse de verbas. Isso acaba por gerar uma quantidade imensa de demandas judiciais, onde se faz necessário a intervenção do Poder Judiciário para solucionar questões que seriam de competência da administração pública.

No entendimento de Maders (2010, p. 31):

Isso conduz à comprovação de que o Estado Democrático de Direito ainda não se encontra corporificado na sociedade brasileira, até mesmo porque ele não consegue cumprir com suas atribuições na efetivação dos direitos fundamentais e sociais a que se obrigou na Constituição Federal, tarefa esta que hoje acaba tendo de ser exigida judicialmente por meio de ações autônomas para haver a condenação do Poder Público à prestação de ações na área da saúde, que deveria executar administrativamente.

Aliás, o problema dos recursos destinados à saúde representam um outro importante gargalo no que diz respeito ao funcionamento do SUS. O Brasil, mesmo com os avanços na área econômica, capitaneados especialmente pelos índices recordes de arrecadação de impostos, não conseguiu resolver a questão da destinação de recursos para a saúde pública. Sob o argumento da insuficiência destes, é que sobreveio a aplicação da teoria da “reserva do possível”, doutrina do direito alemão que, por aqui, fora interpretada de maneira diferente. Em apertada síntese, pode-se dizer que a reserva do possível, no Brasil, é entendida como a “reserva do financeiramente possível”. Ou seja, tem sido invocada quando o Estado, por ter recursos limitados, se nega a efetivar direitos fundamentais.

Para Grison e Limberger (2009, p. 152):

Questões vitais como saúde, educação, segurança e moradia, reclamam para sua implementação dispêndios por parte do poder público, que precisa contar com disposições orçamentárias. Assim, o administrador quando concretiza uma política pública encontra no orçamento o limite objetivo da reserva do possível. Da mesma forma, diante da omissão ou precariedade da implementação da política pública, o Poder Judiciário fica também

adstrito ao orçamento, mas pode pronunciar-se quando provocado, para efetivar os direitos sociais. Durante muitos anos havia a errônea concepção de discricionariedade administrativa que servia para agasalhar todos os desmandos ou ineficácia do executivo. Sob o manto do ato discricionário não poderia o judiciário se imiscuir na atividade da administração. As ações judiciais interpostas e algumas decisões judiciais indicam que houve uma mudança de posição, é claro que isto não significa suprimir ou substituir a atividade administrativa, mas buscar a efetividade dos direitos sociais.

Sarlet (2003, p. 286), ao abordar a questão refere:

[...] a efetivação destes direitos fundamentais encontra-se na dependência da efetiva disponibilidade de recursos por parte do Estado, que, além disso, deve dispor do poder jurídico, isto é, da capacidade jurídica de dispor. Ressalta-se, outrossim, que constitui tarefa cometida precipuamente ao legislador ordinário a de decidir sobre a aplicação e destinação de recursos públicos, inclusive no que tange às prioridades na esfera das políticas públicas, com reflexos diretos na questão orçamentária, razão pela qual também se alega tratar-se de um problema eminentemente competencial. Para os que defendem esse ponto de vista, a outorga ao Poder Judiciário da função de concretizar os direitos sociais mesmo à revelia do legislador, implicaria afronta ao princípio da separação dos poderes e, por conseguinte, ao postulado do Estado de Direito.

Desse modo, é possível perceber que o Estado encontra enormes dificuldades para gerenciar a questão da saúde, especialmente no que diz respeito aos recursos designados para área, absolutamente insuficientes para fazer frente a demanda crescente. É neste ponto que a questão das drogas deve ser inserida. Por ser um problema de saúde, merece atenção e recursos públicos, o que, devido a negligência do Estado, tem agravado o quadro daqueles que necessitam de tratamento.

2 A DROGADIÇÃO COMO QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

Não é de hoje que as drogas representam um sério problema, que preocupa indivíduos e, que também deveria preocupar governos. Sua vulgarização e popularização assustam até os mais desinformados. Cracolândias se espalham pelas cidades do Brasil enquanto o Estado observa a tudo complacentemente, sem buscar soluções ou alternativas eficazes para solucionar tal fenômeno, de complexidade incontestável.

Aliás, para o Estado, a solução é sempre a mesma – criminalizar condutas. Chegou-se ao ponto de acreditar que tipificando comportamentos como crime seria

possível extirpar as drogas da convivência social. Se assim fosse, o problema estaria resolvido, porquanto a criminalização de condutas já ocorre no campo normativo, sem, contudo, alcançar a efetividade esperada.

Esse é o entendimento de Vian e Feldens (2012, p. 135):

Apesar de a solução do fenômeno social do consumo e tráfico de drogas não estar restrita somente à esfera do direito penal, a sociedade continua acreditando e depositando toda a responsabilidade na atuação proibicista e punitiva deste ramo do direito, sendo o “antídoto penal” a “solução mágica”.

Neste sentido, os autores entendem que “a solução penal assume conotação simbólica, voltada essencialmente para promover irreais sensações de segurança à população, a qual, movida pelo medo, exige intervenções estatais de cunho punitivo” (VIAN; FELDENS, 2010).

A questão das drogas não é nova, tampouco o conhecimento da humanidade desses alucinógenos é recente. Várias civilizações utilizaram destes expedientes para contatar seus Deuses em rituais religiosos. No Brasil, tribos indígenas consumiam substâncias psicoativas em suas cerimônias.

Contudo, a utilização desses psicotrópicos se disseminou para além do uso em rituais, difundindo-se em todo mundo e adotando contornos de problema de saúde pública. A dependência química pode se originar tanto da utilização de drogas lícitas, como o álcool e cigarros, quanto de drogas ilícitas como a maconha, cocaína, heroína, crack e outras drogas, sintéticas ou não. Ademais, também existe a dependência por drogas medicamentosas.

Dentre todas as substâncias referidas, o crack merece atenção especial. Essa droga, que surgiu nos Estados Unidos na década de 1980, é obtida através da mistura da pasta base de cocaína ou cocaína refinada com bicarbonato de sódio e água. Sua apresentação mais comum é em forma de pedra e é consumida geralmente na forma fumada, com a utilização de cachimbos.



Cachimbo de crack. Imagem retirada da Internet.⁴

O crack, por ser mais barato que outras drogas, teve seu consumo alastrado rapidamente. No país, segundo informações do Portal Brasil⁵, esta droga chegou em 1989, sendo que a primeira apreensão ocorreu em 1991, na cidade de São Paulo.

Essa droga tem por característica diferencial a rapidez com que, depois de fumada, é absorvida pelo organismo. Quando comparados os mecanismos de ação do crack e da cocaína é que se consegue ter a exata noção do seu potencial, pois “Enquanto a cocaína em pó leva cerca 15 minutos para chegar ao cérebro e fazer efeito depois de aspirada, a chegada do crack ao sistema nervoso central é quase imediata: de 8 a 15 segundos”, segundo informações do site Portal Brasil.

É esse fator o responsável pela rápida dependência provocada pelo crack. Durante sua ação no cérebro, que dura de 5 a 10 minutos, o organismo libera substâncias como a dopamina, serotonina e noradrenalina, que produzem efeitos como euforia, agitação, sensação de prazer e irritabilidade entre outros.

Sua rápida popularização se deve, além do custo acessível, a uma verdadeira ação de marketing praticada pelos traficantes. A fim de expandir o consumo da droga, que causa dependência muito rapidamente, estes esgotavam a reserva de outras drogas, sendo que apenas o crack restava para ser oferecido aos “clientes”. Esse fator é apontado pelos especialistas como um dos fatores de risco na disseminação do uso do crack, bem como as amizades e as questões psicológicas e sociais (baixa estima, rejeição, timidez, relações familiares conturbadas...).

No que diz respeito aos sinais da dependência, o site Portal Brasil esclarece que:

O usuário de crack apresenta mudanças evidentes de hábitos, comportamentos e aparência física. Um dos sintomas físicos mais comuns que ajudam a identificar o uso da droga é a redução drástica do apetite, que leva à perda de peso rápida e acentuada – em um mês de uso contínuo, o usuário pode emagrecer até 10 quilos. Fraqueza, desnutrição e aparência de cansaço físico também são sintomas relacionados à perda de apetite⁶.

⁴ Imagem disponível em:

<http://4.bp.blogspot.com/_YEpu0gBBmM/TJtb_j_lvYI/AAAAAAAAAAs/tKfWkwoJtIs/s1600/DROGA+12.jpg>.

⁵ Para maiores esclarecimentos sobre o crack, acessar o site do Portal Brasil, disponível no seguinte endereço eletrônico: <<http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/a-droga/como-surgiu>>.

⁶ Material produzido pela campanha: Crack, é possível vencer. Disponível no site referido supra.

A fotografia de uma usuária de crack, que tem rodado na Internet, dá a exata dimensão de quanto essa droga, rapidamente, é capaz de aniquilar com uma pessoa, produzindo efeitos indesejados tanto na saúde quanto na aparência. Em pouco tempo, a droga modifica os cabelos, o rosto fica empalidecido e as bochechas murcham. Além disso, aparecem manchas e machucados na pele, que arruína completamente o viço, os olhos perdem o brilho e ficam com fortes olheiras e as rugas denunciam uma idade muito superior àquela que o usuário efetivamente tem. Por fim, até os dentes sofrem com tamanha agressão química e caem:



Fotos retiradas da Internet. A diferença de tempo entre a 1ª e a 2ª imagem é de 6 meses.⁷

No país, segundo o Portal Brasil, a pasta base de cocaína, produto que gerará o subproduto crack, é cultivada e processada nos países fronteiriços, sendo que a Colômbia é responsável por 43% da droga aqui distribuída, seguida por Peru (38%) e Bolívia (19%). Depois de aportar no país, a pasta base de cocaína é distribuída para laboratórios clandestinos, localizados nos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Paraná e Rio Grande do Sul onde se dá o processo de transformação em crack⁸.

Ademais, a drogadição desencadeia outros tantos problemas que geram custos elevados para o Estado, a citar a segurança pública. Aliás, normalmente as políticas públicas de combate às drogas contam com marcante presença do aparato policial do Estado, como pode ser visualizado no material produzido no site que tem por objetivo conscientizar as pessoas sobre os riscos dessa droga:

⁷ Mais imagens, além desta, podem ser acessadas em: <<http://veja.abril.com.br/blog/ricardo-setti/tema-livre/da-droga-para-a-lama-imagens-chocantes-mostram-o-custo-de-ser-um-viciado/>>.

⁸ Dados disponíveis em: <http://www.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/seguranca-publica/trafico-e-consumo_1>.

Para desmontar a rede do narcotráfico, a atuação entre as Polícias Federal, Rodoviária Federal, Civil e Militar precisa ser integrada. Também a articulação com as polícias estaduais aumenta a segurança em locais de concentração de uso de drogas, com policiamento ostensivo, associado ao acompanhamento da área por vídeo monitoramento.

Segundo Oslain Santana, diretor de Combate ao Crime Organizado da Polícia Federal, a relação entre a expansão do crack e a segurança pública envolve também a forma como a cocaína chega ao País. “O Brasil, até anos atrás, era só rota de trânsito da coca produzida na Colômbia, Peru e Bolívia. Sempre houve histórico de consumo no território nacional, mas hoje ele se tornou uma das mazelas do País”, afirma. (Portal Brasil, s/n).

Outras políticas públicas começam a ser articuladas, diante do crescimento do número de usuários de crack e de outras drogas ilícitas. São exemplos os cursos oferecidos para profissionais que desempenham suas funções diretamente com os usuários e suas famílias.

Programas polêmicos, como a internação compulsória, proposta através da lei 10.216/2001 - que prevê em seu art. 6º, inciso III, a internação determinada pela Justiça – foi adotado pelo Estado de São Paulo e sofreu severas críticas, entre elas, a de que não poderia o Estado formular uma política pública que tenha por objeto a internação compulsória.

No dia 24 de maio de 2013, foi noticiada pelas mídias a primeira internação compulsória em São Paulo:

Pela primeira vez um dependente de crack foi internado compulsoriamente em São Paulo, desde que o plantão especial de juízes, advogados e médicos começou no Centro de Referência de Álcool e Drogas (Cratod), no dia 21 de janeiro. Os médicos constataram que o jovem de 25 anos tinha sinais de intoxicação por várias drogas (crack, cocaína, álcool e solvente) e apresentava sinais de retardo mental, como mostrou o SPTV nesta sexta-feira (24). Sem ter informações sobre a família do dependente químico, o médico Ronaldo Laranjeira, especialista no tratamento contra drogas, pediu à Justiça a internação compulsória do dependente químico. A autorização do juiz foi dada nesta quinta-feira (23).

“Uma situação dessas, de muito tempo de dependência química, como a incapacitação cerebral de poder de decisão, deixa a pessoa muito vulnerável e tão hostil quanto a Cracolândia”, afirma o médico⁹.

Nada obstante, pode-se perceber que políticas públicas de internação não caracterizam necessariamente uma novidade.

3 O PROGRAMA RECOMEÇO: MAIS DO MESMO?

⁹ Reportagem do site G1, disponível em: <<http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2013/05/sp-tem-primeira-internacao-compulsoria-de-dependente-de-crack.html>>.

Divulgado como novidade, o programa “cartão recomeço” do Estado de São Paulo veio reproduzir uma política pública já existente: a internação.

Sabe-se que os dependentes químicos que desejam libertar-se do vício das drogas necessitam de todo apoio possível e de tratamento especializado. Também é de conhecimento geral que a internação em clínicas especializadas representa um dos meios mais eficazes para promover a recuperação destas pessoas, desde que tenham a real intenção de abandonar o vício.

Todavia, os entraves para conseguir atendimento especializado são muitos, começando pela falta de leitos no serviço público de saúde, que é uma realidade que se impõe, passando pelas clínicas particulares, que, com valores elevados de mensalidade, acabam sendo uma opção apenas para famílias economicamente mais estabilizadas. Esta é a realidade de todo país: insuficiência de leitos públicos e preço excessivo dos leitos particulares.

Para se ter uma ideia, o Estado de São Paulo, o mais populoso e mais rico do país, conta atualmente com 910¹⁰ leitos para tratamento de dependentes químicos, distribuídos entre clínicas próprias do Estado e serviços contratados. No Estado do Rio Grande do Sul os números não são diferentes, embora o governo local afirme que existem 1.200, um dos mais expressivos do país, especialistas no assunto entendem que estes são insuficientes para atender a crescente demanda, o que tende a se agravar caso o projeto de Lei 7663/2010, de autoria do Deputado Federal Osmar Terra (PMDB-RS) seja aprovado, uma vez que ele facilita os requisitos burocráticos para a internação compulsória.

Diante desse quadro é que o Governo do Estado de São Paulo, com a intenção de criar uma política pública para amenizar o problema, já que a solução ainda está distante, criou o programa “cartão recomeço”. Lançado em 10 de maio de 2013, o programa destinará o valor de R\$ 1.350,00 por mês à clínicas particulares credenciadas que oferecerão tratamento aos usuários de substâncias entorpecentes. Portanto, o programa paulista tem por foco o pagamento das despesas de internação de usuários de crack por um período pré-determinado – 6 meses.

Para poder usufruir dessa internação às expensas do Estado, os usuários passarão por uma seleção, realizada através do CAPS – Centro de atendimento

¹⁰ Informação disponível no site do Governo do Estado de São Paulo. <<http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/lenoticia.php?id=226449>>.

psicossocial das Prefeituras, porquanto se entende que estes centros, por já possuírem conhecimento dos casos e terem acesso aos cadastros são os mais capacitados para conduzir o processo. A previsão é que, neste primeiro momento, o programa atenda 3 mil pessoas. Onze cidades do Estado já tiveram clínicas credenciadas, são elas: Diadema, Sorocaba, Campinas, Bauru, São José do Rio Preto, Ribeirão Preto, Presidente Prudente, São José dos Campos, Osasco, Santos e Mogi das Cruzes.

Na capital, os dependentes são atendidos por meio do CRATOD – Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas, e também através do convênio firmado com a missão Belém¹¹. Ora, conforme mencionado supra, o problema da drogadição é um problema de saúde pública. A constituição da República de 88 erigiu a saúde ao status de direito fundamental, sendo dever do Estado a sua promoção.

Vários são os doutrinadores que entendem que a saúde necessita de diversificado rol de normas infraconstitucionais para alcançar a efetividade que desejou a Constituição, sendo por isso consideradas normas programáticas. Contudo, abalizada doutrina tem revisto tais conceitos, amparados na interpretação do §1º do art. 5º, que assim dispõe:

§ 1º - As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata.

Amparado no texto constitucional supra referido, o STF já decidiu que o direito à saúde é norma autoaplicável, e que se caracteriza como um direito social de natureza fundamental:

O § 4º do art. 199 da Constituição, versante sobre as pesquisas com substâncias humanas para fins terapêuticos, faz parte da seção normativa dedicada 'à Saúde' (Seção II do Capítulo II do Título VIII). Direito à saúde, positivado **como um dos primeiros direitos sociais de natureza fundamental (art. 6º da CF)** e também como o primeiro dos direitos constitutivos da seguridade social (cabeça do artigo constitucional 194). Saúde que é 'direito de todos e dever do Estado' (*caput* do art. 196 da Constituição), garantida mediante ações e serviços de pronto qualificados como 'de relevância pública' (parte inicial do art. 194). A Lei de Biossegurança como instrumento de encontro do direito à saúde com a própria Ciência. No caso, ciências médicas, biológicas e correlatas, diretamente postas pela Constituição a serviço desse bem inestimável do indivíduo que é a sua própria higidez físico-mental. (ADI 3.510, Rel. Min.

¹¹ Informação disponível em: <www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/lenoticiaphp?id-228494&c=6>.

Ayres Britto, julgamento em 29-05-2005. Plenário do STF. DJ de 28/05/2010.).

A jurisprudência do STF deixa cristalino que o direito à saúde deve ser promovido pelo Estado, mesmo que a prestação seja individual. Neste aspecto, os apontamentos de Reck (2011, p. 59) sobre a compulsoriedade dos serviços públicos são esclarecedores:

[...] a compulsoriedade precisa muito bem ser justificada. Isso por que não pode o serviço público afetar a intimidade do cidadão, bem como estabelecer exigências não razoáveis. Geralmente a compulsoriedade do serviço público aparece conectada a questões de saúde. **A saúde é uma razão tão forte que fundamenta tanto programas de ordem geral quanto programas de ordem individual.** Significa dizer: o cidadão está obrigado a fruir e pagar pelo serviço de recolhimento de esgoto. Trata-se de um serviço prestado em favor da comunidade. A cidade se tornará um lugar inóspito se serviços tais como o recolhimento de lixo e de esgoto não forem compulsórios, e isto é razão suficiente para a existência e compulsoriedade destes serviços. **Entretanto, um determinado programa dentro do serviço de saúde pode ser compulsório por força de um benefício individual, mas que protege um valor que a comunidade considera precioso e relevante, inclusive por cima das preferências individuais dos cidadãos.** Por exemplo, a vacinação e a transfusão de sangue para o salvamento de vidas. Por mais que determinados membros da comunidade considerem tais atos como invasivos à intimidade, eles protegem a vida acima das preferências individuais, e representam uma escolha moral da comunidade. Neste caso, a moralidade impõe a compulsoriedade. (*grifou-se*).

Destarte, é louvável toda ação pública que desague numa política pública eficiente que vise dar novos rumos à saúde no país. Contudo, não existem soluções milagrosas. O programa anunciado pelo governo de São Paulo, não representa nenhuma novidade.

No Estado do Rio Grande do Sul, existem contratos com clínicas particulares que fornecem o tratamento para dependentes químicos de modo muito semelhante ao anunciado em São Paulo. As informações constantes do “Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas”¹² dá conta da existência, no Município de Itaara, região central do Estado, de uma clínica conveniada à Secretaria da Saúde do RS que fornece internamento a dependentes químicos. O contrato com o Estado garante o pagamento de

¹² Relatório disponível em:
<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2a_Edixo_relatorio_inspecao_VERSxO_FINAL.pdf>

R\$1.000,00 à clínica por interno, que poderá permanecer no local por um período de até 6 (seis) meses.

O Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos, em sua página 125, quando aborda o Rio Grande do Sul, apresenta os dados da clínica referida:

Comunidade Terapêutica do Poder Superior

Capacidade: Aproximadamente 30 pessoas (no entanto, já houve períodos com lotação de 52 internos, segundo os próprios residentes).

Número de internos: 24.

Sexo: Masculino.

Faixa etária: 18 a 36 anos (foram observados adolescentes e pessoas com idade superior a 36 anos).

Localização: Itaara-RS (área rural de difícil acesso).

Mantenedora /Financiamento

É instituição privada. Possui título de utilidade pública municipal.

Por meio de contrato com o Estado do Rio Grande do Sul, pela Secretaria da Saúde, são repassados R\$ 1.000,00 por mês, por interno, cujo prazo máximo para permanência é de seis meses, após o que deve ocorrer o desligamento.

A unidade também recebe pessoas para internação particular. O valor cobrado dos familiares é o mesmo que aquele fixado pelo Estado para os contratos administrativos, todavia, o prazo de permanência é de nove meses.

A unidade recebe doações de empresas e pessoas físicas. Segundo informado, ainda, a entidade não tem acesso a benefícios dos usuários.

O mesmo documento informa a existência de outras clínicas no Rio Grande do Sul que, em parceria com Prefeituras Municipais ou com o Governo do Estado, disponibilizam, a partir de pagamentos subsidiados, leitos para internação de dependentes, como ocorre com a Comunidade Terapêutica Marta e Maria, que recebe da Prefeitura de Porto Alegre o valor de R\$ 900,00 por interna.

Por fim, pode-se afirmar que o programa instituído pelo Estado de São Paulo não é, de modo algum, um programa inédito. Estados como o Rio Grande do Sul já adotam parcerias com clínicas privadas para garantir atendimento a usuários de substâncias químicas através do pagamento de valores estipulados em contratos, sendo que até mesmo as Prefeituras Municipais podem firmar esses convênios.

Os problemas observados superam a simples existência de leitos para internação. O Estado tem se preocupado apenas em achar um local para, na prática, depositar as pessoas que representam um problema social. Não há uma metodologia de trabalho que corresponda efetivamente a uma política pública de desintoxicação e ressocialização. Em geral, as clínicas não oferecem atividades

educacionais ou laborativas. Os serviços que os internos são obrigados a realizar estão adstritos à limpeza do local e, quando muito, cultivo de hortas.

Sem uma política pública eficiente e corajosamente planejada, o que se verá é o que até então tem sido apresentado pelos Estados: mais do mesmo!

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo tinha por finalidade fazer uma análise sobre o programa instituído em maio do corrente pelo Estado de São Paulo, intitulado “cartão recomeço” que tem por finalidade garantir leitos em clínicas particulares para tratamento de dependentes químicos do crack. O programa estabelece que clínicas conveniadas recebam o valor de R\$ 1.350,00 por interno, a fim de custear o tratamento. Por esse motivo, o programa foi apelidado de bolsa crack.

A ideia central deste *paper* era analisar se o programa “cartão recomeço” representava efetivamente uma nova e eficaz política pública, que finalmente traria uma solução para o crescente problema da drogadição no país, ou representaria apenas mais uma tentativa fracassada de solução, como tantas já experimentadas pelos Governos.

Para atingir os objetivos propostos, primeiramente foi necessário analisar o papel do Estado na prestação de direitos sociais. Neste tópico, foi possível entender que o Brasil, desde a Constituição da República de 88, tem se dedicado a estabelecer um amplo rol de direitos sociais, no qual se insere o direito à saúde, sendo que sua promoção incumbe ao Estado, exigindo ações articuladas dos três entes da federação – União, Estados e Municípios. Abordou-se, ainda, a existência de políticas públicas de Assistência Social.

Num segundo momento, cuidou-se de abordar a questão da drogadição sobre o viés da saúde pública. É transparente que a saúde pública no Brasil encontra enormes gargalos para a sua realização plena, especialmente no que diz respeito aos recursos destinados à área. Contudo, é inegável que a dependência química representa também outra face da saúde, requerendo ações que superem os modelos tradicionais de abordagem, como a criminalização e o investimento em aparato de repressão. Por ser um problema de saúde, a drogadição requer soluções afetas a essa especialidade.

No último tópico cuidou-se de analisar especificamente o programa do Estado de São Paulo, a fim de verificar sua novidade e adequação. Ao analisar uma série de documentos sobre o assunto, especialmente relatórios produzidos por organizações dedicadas ao estudo do tema, pode-se verificar que o programa “cartão recomeço” já existe em outros Estados da federação. Ou seja, o que o Governo de São Paulo fez foi reproduzir programa já existente, dirigindo-o a um tipo de usuário específico, que é o de crack.

Contudo, além de trazer algo já existente, o governo não se preocupou em estabelecer normas procedimentais sobre como o tratamento deve ser desenvolvido, ficando a critério de cada clínica a adoção de metodologia própria, muitas vezes sem terapias regulares e incentivo ao trabalho e ao estudo.

O que se percebe é que o Estado anda em círculos quando o assunto da dependência química está em pauta, dando voltas sobre o mesmo eixo, demonstrando sua incapacidade e despreparo para lidar com o tema. O que se propôs em São Paulo apenas atesta a ineficiência e a inabilidade do Estado em tratar das questões afetas à saúde pública.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **A Constituição e o Supremo**. 4 ed. Brasília: Secretaria de documentação, 2011.

CAMPOS JÚNIOR, Dioclésio. **Até quando?**: Ensaio sobre dilemas da atualidade. Barueri: Manole, 2008.

CANOTILHO, J. J. Gomes. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**. 7. ed. Coimbra: Almedina, 2003.

_____; CORREIA, Marcus Orione G; CORREIA, Érica Paula Barcha (coord.). **Direitos Fundamentais Sociais**. São Paulo: Saraiva, 2010.

GRISON, Leonardo; LIMBERGER, Têmis. Políticas Públicas e direito à saúde: a tensão entre os poderes – a necessidade de estabelecer critérios judiciais para intervenção. *In: Revista do Direito UNISC*, Santa Cruz do Sul. nº 31. p. 150-172. jan-jun 2009.

MADERS, Angelita Maria. O direito à saúde no Estado Democrático de Direito Brasileiro. *In: Revista do Direito UNISC*, Santa Cruz do Sul. nº 33. p. 19-37. jan-jun 2010.

MAGALHÃES, José Luiz Quadros de. **Direito Constitucional: Curso de Direitos Fundamentais**. 3. ed. São Paulo: Método, 2008.

RECK, Janriê Rodrigues. **Observação pragmático-sistêmica dos serviços públicos**. Inédito. 2011.

SANTOS, André Leonardo C.; STRECK, Lênio Luiz; ROCHA, Leonel Severo (org). **Constituição, sistemas sociais e hermenêutica**: programa de pós-graduação em Direito da Unisinos. Anuário 2006, nº 3. Porto Alegre: Livraria do Advogado; São Leopoldo: Unisinos, 2007.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 27 ed. São Paulo: Malheiros, 2006.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988**. Salvador: *Revista Diálogo Jurídico* nº 10, jan. 2002.

_____. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 3. ed. rev. e ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2003.

STRECK, Lenio Luiz e MORAIS, José Luis Bolzan de. **Ciência Política e Teoria Geral do Estado**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2000.

VASCONCELOS, Arnaldo. **Direito, humanismo e democracia**. 2. ed. São Paulo: Malheiros, 2006.

VIAN, Thiago; FELDENS, Priscila Formigheri. O fortalecimento dos Conselhos Municipais de drogas como Política Pública de redução de danos. *In: Direito e Políticas Públicas*. Vol V. COSTA, Marli Marlene Moraes da; RODRIGUES, Hugo Thamir (orgs.). Curitiba: Multideia, 2012.