

## O tratamento da dependência química e o ordenamento jurídico brasileiro<sup>\*1</sup>

Priscila Simara Novaes<sup>\*2</sup>

342 *Este artigo procura relembrar a trajetória de exclusão provocada pelos tratamentos de dependência química no Brasil e apresenta as formas atuais de tratamentos que objetivam a reinserção social do usuário. Ademais, demonstra que o não cumprimento da política pública sobre o assunto, crenças irrealistas da população sobre uma forma milagrosa de cura e desconhecimento sobre a legislação e formas alternativas de tratamento, retomam, com novas roupagens, a segregação das pessoas que sofrem com a dependência química, permitindo internações desnecessárias, por ordem judicial e sem o devido processo legal.*

**Palavras-chave:** Dependência, tratamento, internação compulsória, internação involuntária

<sup>\*1</sup> Baseado em Monografia apresentada na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – USP como parte dos requisitos para conclusão do curso de Psicopatologia e Saúde Pública sob orientação da Profa. Maria Angela Santa Cruz.

<sup>\*2</sup> Defensora Pública do Estado de São Paulo.

---

## Introdução

O uso de drogas que alteram o estado mental acompanha a história do ser humano. Utilizadas muitas vezes por razões religiosas, culturais, recreativas, como forma de enfrentamento de problemas pessoais e sociais, para transgredir ou transcender, enfim, o ser humano sempre usou substâncias psicoativas e sempre usará. Porém, essa relação do indivíduo com a droga pode, dependendo do contexto, ser inofensiva ou apresentar poucos riscos, como também pode trazer prejuízos biológicos, psicológicos e sociais.

Assim, a relação entre o usuário de droga e a substância psicoativa vai desde o uso social, passando pelo uso problemático ou abuso de drogas, em que, embora o usuário não apresente nenhum grau de dependência, tem problemas decorrentes do uso da droga, até a dependência, cujo diagnóstico é multifatorial, incluindo a compulsão até o abandono das atividades sociais.

Assim, a determinação da dependência química deverá ser realizada de acordo com os padrões médicos aceitos internacionalmente, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), e de acordo com o Tratado de Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental, sendo que nunca devem ser fatores determinantes para o diagnóstico de um transtorno mental: os conflitos familiares ou profissionais, a não conformidade com valores morais, sociais, culturais, políticos ou religiosos da comunidade da pessoa, ou, por si só, uma história de tratamento anterior ou uma hospitalização como usuário.

Deste modo, o diagnóstico é importante para a escolha da estratégia de enfrentamento.

Vale lembrar que, no Brasil, até a segunda metade do século XIX, não havia nenhum tratamento médico específico para pessoas com sofrimento mental. Apenas em 1841 foi construído o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro e somente em 1886 iniciou-se o ensino regular de Psiquiatria aos médicos generalistas.

Já em 1902, um inquérito revela que este hospital era uma casa de detenção de “loucos”, sem tratamento adequado, porém, até 1920, há um crescimento vertiginoso dos estabelecimentos destinados à internação especificamente dos “loucos”.

Em 1923, no Rio de Janeiro, foi fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), cujo objetivo inicial era melhorar “a assistência aos doentes

mentais através da renovação dos quadros profissionais e dos estabelecimentos psiquiátricos” (Costa, 2006). Porém, de 1928 a 1934, os psiquiatras tendem a ser mais e mais higienistas e, nesse período, o principal objetivo nos programas de higiene mental era a eugenia, baseada no modelo de psiquiatria organicista alemão, que posteriormente serviu como fundamento para os campos de concentração nazistas.

Nesse passo, acompanhando a tendência da Revolução de 1930, que se esforçou para criar uma nova sociedade para o homem médio, em 1930, o Ministério da Educação e Saúde centralizou todos os serviços psiquiátricos do país, e a eugenia só crescia.

A crise nesse sistema, no Brasil, iniciou-se em 1978 com a greve de várias unidades da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), seguida de centenas de demissões, e recebeu apoio do Movimento de Renovação Médica (REME) e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Assim, nasceu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o qual teve forte participação popular e se caracterizou pelo perfil não institucional.

As denúncias foram desde crimes cometidos nas unidades, como estupros, maus-tratos, trabalho escravo e mortes não esclarecidas, até precariedade das condições de trabalho, defasagem salarial e falta de recursos humanos.

No ano de 1978, com a realização do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, que trouxe grandes pensadores das reformas ocorridas no exterior, o movimento tornou-se nacional e, dentre as moções lá aprovadas, estava o repúdio à privatização do setor, que vinha ocorrendo com grande desvio de recursos para entidades privadas que prestavam serviços públicos. Daí também se consolidou a questão de que o modelo dos grandes hospitais psiquiátricos públicos é um reduto de marginalizados e não de tratamento.

Após este congresso, vários outros Encontros e Congressos se realizaram até que, finalmente, foi instituída uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) no Congresso Nacional para apurar as distorções na assistência psiquiátrica no Brasil, bem como rever a legislação penal e civil que se relacionava com o tema.

Nesse contexto, no início dos anos 1980, foi estabelecido um novo convênio, denominado cogestão, entre o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Ministério da Saúde, na tentativa de acabar com a priorização de compra de serviços de saúde pública em hospitais privado, pela Previdência Social (Amarante, 1995).

Logo, a cogestão implantou um novo modo de administração de recursos e hospitais públicos, priorizando o tratamento ambulatorial e a reinserção social do internado a longo prazo. Por outro lado, recebia críticas ferozes de seus principais opositores, os ‘empresários da loucura’ — proprietários de hospitais psiquiátricos, os quais se organizaram no Setor de Psiquiatria da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), órgão que acabou por realizar críticas infundadas ao modelo

público, no afã de reaver a grande parcela de lucro que haviam perdido com a implantação do novo modelo. Mesmo assim, o MTSM decidiu pela realização do II Congresso Nacional, lembrado como um momento de ruptura, no qual não só os atores do movimento participavam, mas também as associações de usuários e familiares, pedindo a extinção dos manicômios, com base no projeto de desinstitucionalização italiano.

Foi neste efervescer de ideias e ações concretas, bem como da constatação de maus-tratos e mortes não esclarecidas nos hospitais psiquiátricos, que surgiu o primeiro Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS), na cidade de São Paulo, em 1982, e o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), em 1989, na cidade de Santos, os quais passaram a ser modelos de atuação para todo país.

### **Tratamento da dependência química e legislação aplicável**

No Brasil, atualmente, seguindo o modelo construído durante a Reforma Psiquiátrica, o tratamento deve estar apoiado no Projeto terapêutico singular, que segue as premissas estabelecidas pelo *National Institute on Drug Abuse* (NIDA), dos Estados Unidos,<sup>1</sup> e incluem não apenas os aspectos médicos ou biológicos, mas

345

<sup>1</sup> (1) o tratamento para dependência, por si só, pouco modifica o consumo de drogas em longo prazo; (2) não há um tratamento único que seja apropriado a todos os indivíduos; (3) o tratamento deve estar sempre disponível, visto que os indivíduos com abuso ou dependência de drogas apresentam-se, muitas vezes, ambivalentes quanto a iniciar ou não o tratamento, assim, é importante estar disponível quando eles sinalizam estar prontos para tal; (4) o tratamento efetivo deve contemplar as várias necessidades da pessoa (problemas médicos, psicológicos, sociais, vocacionais e legais associados) e não somente seu uso de drogas; (5) a proposta terapêutica deve ser continuamente avaliada e, se necessário, modificada para assegurar que se mantenha atualizada de acordo com as necessidades do indivíduo; (6) é importante que o indivíduo permaneça no tratamento durante um período adequado, sendo que este depende de pessoa para pessoa; (7) o aconselhamento (individual ou em grupo) e outras terapias comportamentais são componentes indispensáveis para o tratamento eficaz da dependência; (8) medicamentos podem complementar o tratamento; (9) tratamento integrado para tratar comorbidades; (10) o possível uso de drogas durante o tratamento deve ser monitorado continuamente, uma vez que recaídas no uso de drogas fazem parte do processo; (11) os programas de tratamento devem incluir exames para HIV/AIDS, hepatite B e C, tuberculose e outras doenças infecciosas, bem como aconselhamento, para auxiliar o indivíduo a modificar ou substituir os comportamentos que o colocam, e aos outros, em risco de infecção; (12) a recuperação da dependência de drogas pode ser um processo longo e frequentemente requer múltiplas tentativas de tratamento.

prioriza abordagens psicoterapêuticas e psicossociais em tratamento ambulatorial, já que o tratamento visa a reinserção social do usuário.

No caso dos que não têm suporte social e familiar e apresentam problemas psíquicos graves, a internação pode ser necessária, porém, esta deve seguir os preceitos da OMS e Tratados Internacionais de Direitos Humanos, ou seja, apenas em caso de surto ou para desintoxicação, por períodos curtos e sempre tentando uma abordagem voluntária, por meio da técnica de motivação, uma vez que pacientes que têm suas necessidades abordadas e profissionais empáticos alcançam melhores resultados.

Tal abordagem pode ser realizada por equipe multiprofissional por meio da busca ativa, prevista na Portaria n. 336/02, ou ainda pelos profissionais de redução de danos e consultórios de rua para aqueles que não mais residem com sua família (Xavier, 2011).

Atenta a essas premissas, a lei n. 11343 de 2006, mais conhecida no âmbito do direito penal, é um avanço em relação a todas as demais leis que tratam do tema.

A lei em questão instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas.

346

As atividades de prevenção, de acordo com a lei, são todas aquelas direcionadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade e risco, bem como para a promoção e fortalecimento dos fatores de proteção, já que o sistema por ela implantado fundamenta-se nos problemas que levam ao uso de entorpecentes e não ao uso em si.

A lei ainda avança no que se refere ao objetivo do tratamento, adequando-se às recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS). Assim, o intuito final do tratamento pode ser tanto o “não uso”, o “retardamento do uso”, quanto a redução de riscos do uso de drogas, sempre pensando na reinserção do usuário.

O tratamento deve também respeitar as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), de modo que as Portarias que regem o sistema devem ser integradas ao Sisnad.

Há, ainda, de acordo com a Lei n. 11343/06, necessidade de projeto terapêutico individualizado, detectando-se a necessidade de cada paciente.

A Portaria n. 3088, de 23 de dezembro de 2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

De acordo com esta portaria, a rede de atenção psicossocial é formada pela (i) Atenção Básica em Saúde;<sup>2</sup> (ii) Atenção Psicossocial Especializada;<sup>3</sup> (iii) Atenção de

<sup>2</sup> Composta pela Unidade Básica de Saúde, Equipe de Consultório na rua, Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, Centro de Convivência, Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

<sup>3</sup> Composta pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Urgência e Emergência;<sup>4</sup> (iv) Atenção Residencial de Caráter Transitório;<sup>5</sup> (v) Atenção Hospitalar;<sup>6</sup> (vi) Estratégias de Desinstitucionalização;<sup>7</sup> (vii) Reabilitação Psicossocial.

Publicada em 2012, a Portaria n. 148 do Ministério da Saúde traz esclarecimentos quanto à prevenção, tratamento e redução dos danos e riscos advindos do uso de drogas, ampliando o acesso ao tratamento hospitalar, em hospitais gerais, às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas.

A portaria em questão define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, *crack* e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, instituída pela Portaria n. 3088/11, e instituiu incentivos financeiros de investimento e de custeio. Assim, mais uma vez, o Governo Federal enfatiza a necessidade de tratamento em hospital geral, com internação, quando necessária, de curta duração, integrando a rede de atenção psicossocial, incorporando as estratégias singulares de redução de danos.

A Portaria n. 148/12 dispõe, ainda, que os leitos destinados ao tratamento de drogas para crianças ou adolescentes deverão estar localizados em espaço próprio, resguardando-se o direito à permanência de acompanhante em tempo integral, de modo a impedir o isolamento do usuário de álcool e outras drogas da vida familiar.

As Portarias n. 336/02 e 3088/11 estabelecem os CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad, CAPSad III e CAPS i, serviços comunitários ambulatoriais, no molde basagliano, que tomam para si a responsabilidade de cuidar de pessoas com sofrimento mental e dependentes de drogas, especialmente os severos e persistentes, em seu território de abrangência.

Não obstante esse modelo de tratamento ambulatorial mostrar-se adequado para uma parcela considerável de indivíduos, existem casos em que tais recursos se mostram insuficientes e, ainda, há diversos municípios que sequer contam com tal estrutura após mais de dez anos de vigência da Lei e da Portaria que os instituiu.

Outro grande facilitador do tratamento, evitando internações desnecessárias, poderia ser a Estratégia de Saúde da Família (ESF) em comunidades com acentuada vulnerabilidade social, como as periferias das grandes e médias cidades brasileiras.

<sup>4</sup> Composta pelos pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências – SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde.

<sup>5</sup> Composta por Unidades de Acolhimento e Serviços de Atenção em Regime Residencial, dentre os quais Comunidades Terapêuticas.

<sup>6</sup> Composta por Enfermaria especializada em Hospital Geral e Serviço Hospitalar de Referência.

<sup>7</sup> Composta por Serviços Residenciais Terapêuticos e Programa de Volta para Casa.

No entanto, a falta de estrutura e o preconceito, até mesmo dos agentes da ESF, prejudicam o trabalho e muitas dessas ações sequer incluem a atenção ao uso de álcool e outras drogas.

A redução de danos, por sua vez, é um artifício que deve ser levado em consideração, tendo em vista que alguns indivíduos não conseguem manter-se abstinentes em tratamento ambulatorial e apresentam comportamentos de risco à sociedade e à sua integridade física e/ou mental, motivo pelo qual a Lei n. 11.343/2006 e a Portaria n. 3088, de 23 de dezembro de 2011, prescrevem, como medida de atenção, dentre outras atividades, aquelas que visem à redução dos riscos e dos danos sociais e à saúde associados ao uso de drogas.

Vale dizer que o programa de redução de danos vem apresentando ótimos resultados, apesar da política de pânico criada sobre o *crack*,<sup>8</sup> que nada mais é do que a repetição do temor criado há décadas sobre uso do álcool, fazendo com que o Estado muitas vezes opte pelo discurso tradicional, anterior à Reforma Psiquiátrica.

Por outro lado, na perspectiva da redução de danos importa, mais do que a abstinência, a redução dos efeitos prejudiciais do uso, sem deixar de lado a possibilidade de usuário deixar definitivamente de consumir drogas (Moreira, Haiek & Silveira, 2013).

O tratamento, no caso, passa pela diminuição do consumo e, inclusive, pela substituição de uma droga por outra, mesmo que esta seja ilícita.<sup>9</sup>

No entanto, diante do pânico criado em cima do *crack*, a redução de danos vem perdendo espaço para ações imediatistas que são, inclusive, um contrassenso frente ao dispositivo CAPS, como a criação de novos leitos em comunidades terapêuticas e em hospitais especializados, por período relativamente longo, prevista no “Plano *Crack*”, o que vai de encontro com a declaração conjunta de várias agências da ONU,<sup>10</sup> de março de 2012, que insta os Estados participantes da ONU a fecharem os centros de detenção e reabilitação relacionados ao tratamento de dependentes químicos, implantando-se serviços de cuidados à saúde comunitários e de maneira voluntária,

<sup>8</sup> A mídia tende a alardear sobre uma “epidemia de *crack*” que, no entanto, não ocorre, já que pesquisas revelam que apenas 0,5% (meio por cento) dos usuários de drogas são usuários de *crack* contra 12% de dependentes de álcool (Loccoman, 2013).

<sup>9</sup> Há estudos revelando que 68% (sessenta e oito por cento), de uma amostragem de 25 homens, de usuários de *crack* que passaram a utilizar a *cannabis sativa*, vulgarmente conhecida como maconha, para tratar os sintomas de abstinência, tiveram melhoras de comportamento e superaram o vício de *crack* (Labigalini, Rodrigues & Silveira, 2013)

<sup>10</sup> Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura (Unesco), Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância (Unicef), das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), Organização Mundial da Saúde (OMS), dentre outras (Declaración conjunta Centros de detención y rehabilitación obligatorios relacionados con las drogas).

que respeitem os princípios dos direitos humanos. A declaração ainda ressalta que não há comprovação de que os tratamentos contra vontade do paciente são eficazes e que constituem evidente violação a direitos humanos, bem como que as internações são realizadas sem o devido processo legal, o que, por si, fere estes direitos.

Assim, uma interpretação mais abrangente, de forma a abarcar dispositivos Constitucionais e Tratados Internacionais, compatibilizando a norma existente na Portaria 3088 do Ministério da Saúde com os direitos fundamentais, impõe que a única possibilidade de internação em unidades de acolhimento, comunidades terapêuticas ou hospitais especializados seria de forma voluntária.

Aliás, é isso que expressamente dispõe o artigo 2º, §2º, da Portaria n. 121/GM, segundo o qual a “Unidade de Acolhimento tem como objetivo oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo”.

Assim, o SUS trabalha com a lógica do CAPS, ou seja, não se prioriza a internação, mas a reinserção social e o tratamento em meio aberto, sendo a internação utilizada como último recurso, em casos excepcionais e apenas para desintoxicação.

## **Internação involuntária e compulsória**

349

Não obstante, as famílias, na ânsia de acabar definitivamente com o problema da dependência e desacreditadas com o tratamento “demorado” disponibilizado na rede pública, acabam procurando o Judiciário para fazer valer a sua vontade de internar involuntariamente seu parente usuário de drogas.

Porém, muitas vezes, a internação compulsória é utilizada pela parte equivocadamente, já que deveria ser restrita à medida de segurança, pretendendo que o Juízo realize a análise meritória sobre a necessidade ou não de internação (o que não cabe ao Judiciário, mas à equipe técnica de saúde mental), e supra a deficiência dos relatórios médicos apresentados pela família (quando os apresenta), que não constituem laudo médico circunstanciado, não atestam o esgotamento dos recursos extra-hospitalares e, portanto, não são suficientes para a internação involuntária.

De fato, desde 2001, com a publicação da Lei n. 10216/01, a internação involuntária, por período prolongado, deveria ter sido abolida. Aliás, o projeto original da lei em questão, baseada na tradição basagliana, tinha como justificava não ser o hospital psiquiátrico um local adequado para tratamento de pessoas com transtornos mentais em geral, incluindo-se os dependentes químicos.

Após diversas emendas, que modificaram sobremaneira o projeto original, a Lei n. 10216/01 passou a prever três tipos de internação; a voluntária, a involuntária

e a compulsória. Esta última, no entanto, é apenas indicada pela lei como uma das formas de internação, já que a própria legislação tratou de dispor que a internação compulsória somente seria possível na forma da legislação vigente à época de sua edição, ou seja, na forma da lei penal, única, após a Constituição Federal, que dispunha sobre internação por decisão judicial.

Deste modo, um erro gravíssimo que se percebe na atuação judicial atual é fundamentar internações compulsórias na Lei n. 10216/01 combinada com o Decreto n. 24.55/34, revogado expressamente pelo Decreto n. 99.678/90, em seu anexo, e o Decreto-Lei n. 891/1938, que, apesar de não ter sido expressamente revogado, não foi recepcionado pela Constituição de 1988,<sup>11</sup> de modo que ambos não estavam em vigor quando da publicação da Lei n. 10216/01.

Com efeito, a única legislação vigente a respeito de internação autorizada pelo juiz era e continua sendo a legislação que rege a medida de segurança.

Vale dizer que, mesmo que necessária, a internação involuntária para o início do tratamento, se nenhum recurso extra-hospitalar se mostrar suficiente e se houver risco de vida iminente para o usuário ou para terceiro, esta deve se dar apenas para desintoxicação, amparada pela Lei n. 10.216/2001, art. 4º, §§ 1º a 3º.

Vale lembrar, no entanto, que quaisquer das formas de internação dependem necessariamente de laudo médico circunstanciado, que deve apresentar, minuciosamente, os motivos que justificam a internação, além da existência de diagnóstico fechado, com a descrição da intensidade e gravidade da doença, a indicação da necessidade da extrema medida, que somente pode ser realizada após frustrados os recursos extra-hospitalares, de acordo com o artigo 4º da Lei n. 10.216/01, e inclusive os motivos da recusa do usuário em internar-se voluntariamente, conforme prevê o art. 5º da Portaria n. 2391/GM.

<sup>11</sup> A título de exemplo, dispunha o artigo 27 do Decreto-Lei em questão que não era permitido o tratamento de toxicômanos em domicílio e, em seu artigo 29, que tanto os toxicômanos quanto os intoxicados habituais, inclusive por bebidas alcoólicas, eram passíveis de internação obrigatória mediante decisão judicial após representação da autoridade policial ou a requerimento do Ministério Público. A propósito, a internação obrigatória nos moldes daquela legislação permitia a internação por prazo indeterminado, inclusive com fundamento na conveniência da ordem pública.

A Constituição Federal de 1988, em posição diametralmente oposta, trouxe no seu artigo 5º os direitos e liberdades individuais, proibindo qualquer forma de restrição da liberdade individual arbitrária, sendo esta entendida como aquela que ocorre sem o devido processo legal, inclusive trazendo o remédio constitucional do Habeas Corpus para preservar o direito de ir e vir de qualquer indivíduo, de acordo com o Artigo 5º, incisos XV, LIV e LXVIII, da Constituição Federal.

Certamente, a nova ordem constitucional não se coaduna com o Decreto-lei de 1934, que permitia a privação de liberdade de qualquer indivíduo inclusive por conveniência da ordem pública, por tempo indeterminado.

Aliás, a mesma portaria, em seu art. 10, impõe a constituição de uma Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas, composta por profissionais de diferentes áreas de saúde mental, desde que não sejam dos quadros do local de internação, que deve acompanhar as internações involuntárias e rever a internação no prazo de 7 (sete) dias, confirmando ou não sua necessidade.

Conforme asseverado, se o usuário realmente preenchesse os requisitos para a internação involuntária, esta já poderia ocorrer sem intervenção judicial, pois a internação involuntária ocorre a pedido de terceiro e por recomendação médica, mesmo sem o consentimento do paciente, não podendo ser utilizado o sofrimento de familiares, por si só, para fundamentar a internação, mesmo porque há disposições legais que permitem o afastamento de tal pessoa do lar, como o art. 22 da Lei n. 11.340, Lei Maria da Penha, e art. 1777 do Código Civil.

Nesse caso, porém, a legislação não permite a internação em hospital psiquiátrico ou mesmo em comunidades terapêuticas, mas sim o simples afastamento do lar, podendo o dependente, por exemplo, procurar a rede de atenção psicossocial voluntariamente para residir em uma das Unidades de Acolhimento, como prevê a Portaria n. 3088, na qual o regime é de portas abertas e não asilar, que pode ou não ser terapêutica.<sup>12</sup> Não há, portanto, neste caso, necessidade de internação sequer involuntária e, mesmo que assim não fosse, a previsão da Portaria n. 121/GM é de que as Unidades de Acolhimento e Serviços de Atenção em Regime Residencial apenas podem ser disponibilizadas em caso de tratamento voluntário.

Vale dizer que aqui não se defende que aquele que procura o Poder Judiciário por não encontrar vaga no serviço público para internação, quando esta é necessária, voluntária ou involuntariamente, de acordo com laudo médico circunstanciado, não tem direito a ser internado, o que se defende é que a ação a ser proposta não é a internação compulsória contra o dependente, mas sim a ação de obrigação de fazer contra o Estado, para dirimir lide existente entre a pessoa com sofrimento mental e com problemas decorrentes do uso e dependência de álcool e outras drogas e o Poder Público, já que este deve proporcionar o tratamento adequado ao dependente e até mesmo a internação em CAPS III, enfermarias ou hospitais gerais, de acordo com a Lei n. 10216/01 e Portarias que a regulamentam, inclusive as Portarias n. 336/02, 3088/11, 121/12 e 148/12.

Deste modo, a internação compulsória continua sendo restrita às medidas de segurança, enquanto a possibilidade de internação involuntária passa a ser permitida

<sup>12</sup> “Serviços Residenciais Terapêuticos – que são pontos de atenção desse componente – são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros.”

apenas em casos específicos em que o tratamento ambulatorial não funcione como meio de reinserção social do dependente, quando há risco iminente de vida do usuário ou terceiro, sendo que entendimento diverso leva necessariamente a violações constitucionais e de tratados internacionais de direitos humanos, dos quais o Brasil é signatário.<sup>13</sup>

A internação, sendo compulsória, fica a critério do juiz, assim tanto a entrada do paciente no serviço quanto sua saída depende de autorização judicial, o que leva ao absurdo de pessoas com alta médica permanecerem no hospital ou comunidade terapêutica agravando problemas que geraram a procura pelo uso de drogas, gerando irritabilidade, ansiedade e demais problemas psicológicos que levam à recaída.

Defende-se aqui também que o internado, mesmo que involuntariamente, tem direito à defesa, uma vez que, além do art. 8, § 1º, da Lei n. 10216/01,<sup>14</sup> exige o artigo 5º, parágrafo único, inciso VI, da Portaria GM n. 2.391, de 26 de dezembro de 2002, do Ministério da Saúde, que a comunicação de internação involuntária contenha a descrição dos motivos da discordância do usuário sobre sua internação, sendo certo que o paciente deve ser ouvido.

<sup>13</sup> ADMISSÃO INVOLUNTÁRIA. §1. Uma pessoa pode a) ser admitida involuntariamente como paciente em um estabelecimento de saúde mental: ou b) tendo sido admitida voluntariamente, ser retida como paciente involuntário no estabelecimento de saúde mental se, e apenas se, um profissional de saúde mental qualificado e autorizado por lei para este fim determinar, de acordo com o Princípio 4, que a pessoa apresenta um transtorno mental e considerar: a) Que, devido ao transtorno mental, existe uma séria possibilidade de dano imediato iminente à pessoa ou a outros. b) Que, no caso de uma pessoa cujo transtorno mental seja severo e cujo julgamento esteja prejudicado, deixar de admiti-la ou retê-la provavelmente levará a uma séria deterioração de sua condição ou impedirá a oferta de tratamento adequado, que somente será possível, por meio da admissão em um estabelecimento de saúde mental, de acordo com o princípio da alternativa menos restritiva. No caso referido no “subparágrafo 1 b”, um segundo profissional de saúde mental igualmente qualificado, independente do primeiro, deverá ser consultado, onde isto for possível. Se tal consulta ocorrer, a admissão ou a retenção involuntária não se darão, a menos que o segundo profissional concorde. §2. A admissão ou retenção involuntárias deverão inicialmente ocorrer por um período curto, conforme especificado pela legislação nacional, para observação e tratamento preliminar, ficando pendente à revisão da admissão ou retenção, a ser realizada pelo corpo de revisão. A admissão e seus motivos deverão ser comunicados prontamente e em detalhes ao corpo de revisão; os motivos de admissão também deverão ser comunicados prontamente ao paciente, à sua família. §3. Um estabelecimento de saúde mental só poderá receber usuários admitidos involuntariamente se tiver sido designada para isso por uma autoridade competente prescrita pela legislação nacional (Tratado de Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental – Doc. das Nações Unidas n. A/46/49, 1991)

<sup>14</sup> “A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.”

Somado a isso, dispõe o Tratado de Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde que o internado tem direito de ser defendido por defensor público, quando financeiramente hipossuficiente, bem como que tem direito ao devido processo legal e contraditório.

Conclui-se, portanto, que a internação para tratamento contra a vontade do indivíduo, apenas é possível por prazo curto, para desintoxicação ou se houver risco para a vida do usuário de drogas ou terceiros, desde que haja laudo médico circunstanciado para tanto, sem necessidade de ordem judicial, a qual apenas é permitida no âmbito do processo penal.

## Referências

- Amarante, P. (Coord.) (1995). *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. (2. ed. rev. e aum.). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Andrade, T. M. (2011). *Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil*. Recuperado em 4 de janeiro de 2013, de: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232011001300015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011001300015)>.
- Basaglia, Franco (Coord.). (1985). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. (Heloisa Jahn, Trad.). Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Brasil, *Diário Oficial Nacional*, Seção I, Sexta-feira 19 de setembro de 1989, p. 10697. Recuperado em 20 de janeiro de 2013 de: <<http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD29SET1989.pdf#page=10>>.
- Costa, J. F. (2006). *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. (5a ed. rev.). Rio de Janeiro: Garamond.
- Declaración conjunta Centros de detención y rehabilitación obligatorios relacionados con las drogas*. Recuperado em 9 jan. 2013 de: <[http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/JC2310\\_statement-closure-compulsory-drug-detention-rehab-centers\\_es.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/JC2310_statement-closure-compulsory-drug-detention-rehab-centers_es.pdf)>.
- Delgado, P. G. (2012, ago.) Internação involuntária. *Revista Ciência Hoje*, 50(295).
- Doc. das Nações Unidas n. A/46/49*, de 17.12.1991. Recuperado em 4 dez. 2012 de: <<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoespermanentes/cdhm/comite-brasileiro-de-direitos-humanos-e-politica-externa/DirPesDef.html>>.
- Labigalini Jr. E., Rodrigues, L. R., & Silveira, D. X. da. *Therapeutic use of cannabis by crack addicts in Brazil*. Recuperado em 8 de janeiro de 2013 de: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10681113?dopt=Abstract>>.
- Loccoman, L. *A polêmica da Internação Compulsória*. Recuperado em 8 de janeiro de 2013 de: <[http://www2.uol.com.br/vivermente/artigos/a\\_polemica\\_da\\_internacao\\_compulsoria.html](http://www2.uol.com.br/vivermente/artigos/a_polemica_da_internacao_compulsoria.html)>.

Moreira, F.G., Haiek, R., & Silveira, D. X. da. *Redução de danos no Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes – PROAD*. Recuperado em 8 de janeiro de 2013 de: <[http://www.unifesp.br/dpsiq/proad/pdf/artigos/rd\\_proad.pdf](http://www.unifesp.br/dpsiq/proad/pdf/artigos/rd_proad.pdf)>.

National Institute on Drug Abuse (NIDA), dos Estados Unidos. Recuperado em 20 dez. 2012 de: <[http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id\\_conteudo=11416&rastro=TRATAMENTO%2FDepend%C3%Aancia+Qu%C3%ADmica/Defini%C3%A7%C3%A3o](http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11416&rastro=TRATAMENTO%2FDepend%C3%Aancia+Qu%C3%ADmica/Defini%C3%A7%C3%A3o)>.

Silveira, D. X. da. Internação Compulsória: depoimento. [out/2011]. Revista *Caros Amigos*, São Paulo, XV(175). Entrevista concedida a Gabriela Moncau.

Xavier, D. (2011, out.). Internação compulsória: depoimento. *Caros Amigos*, ano XV, 175. Entrevista concedida a Gabriela Moncau.

## Resumos

(Treatment for chemical dependence and the Brazilian legal system)

*This article seeks to re-discuss the process of exclusion caused by drug addiction treatments in Brazil and describes current forms of treatment that focus on the social integration of users. Furthermore, the authors show that failure to comply with public policies in the area, unrealistic beliefs of the population in miraculous cures and their unfamiliarity with alternative forms of treatment and the legislation, are repeating, in new garb, the age-old segregation of persons suffering from such dependence. Among other realities are frequent and unnecessary hospitalization, sometimes by court order and without due process of law.*

**Key words:** Addiction, treatment, compulsory hospitalization, involuntary hospitalization

(Le traitement de la dépendance chimique et le système juridique brésilien)

*Cet article vise à rappeler le cheminement vers l'exclusion provoquée par les types de traitement des toxicomanes au Brésil et présente les traitements actuels qui ont comme but l'intégration sociale de l'utilisateur. En outre, il démontre que la non-conformité avec les réglementations, les croyances irréalistes de la population sur une façon miraculeuse de guérison, la méconnaissance des lois et d'autres formes de traitement, reprennent, sous autre forme, la ségrégation des toxicomanes. Ces phénomènes finissent par légitimer des hospitalisations inutiles par ordonnance du tribunal et sans actions judiciaires correctes.*

**Mots clés:** Toxicomanie, traitement, hospitalisation obligatoire, hospitalisation involontaire

(El tratamiento de la dependencia química y el sistema jurídico brasileño)

*Este artículo busca recordar la trayectoria de exclusión causada por los tratamientos de dependencia química en Brasil y presenta las formas actuales de tratamientos que tienen como objetivo la reinserción social del usuario. Además, demuestra que el incumplimiento de la legislación sobre el tema, creencias irreales de la población en una forma milagrosa de cura y desconocimiento sobre la legislación y las formas alternativas de tratamiento, retoman con una nueva apariencia, la segregación de las personas que sufren de dependencia química, permitiendo internaciones desnecesarias, por orden judicial y sin el debido proceso jurídico.*

**Palabras clave:** Adicción, tratamiento, hospitalización obligatoria e involuntaria

(Die Behandlung der Abhängigkeit von chemischen Drogen und die brasilianische juristische Ordnung)

*In diesem Beitrag wird der allmähliche Ausschluss durch die Behandlungen von Drogensüchtigen in Brasilien aufgegriffen und die aktuellen Behandlungsformen dargestellt, die eine soziale Reintegration des Abhängigen beabsichtigen. Außerdem wird gezeigt, dass die Nichtumsetzung der öffentlichen Politik zu diesem Thema, falsche Vorstellungen der Bevölkerung von der Wunderheilung und mangelnde Kenntnis der Gesetze, sowie von alternativen Behandlungsformen, die Segregation der Drogenabhängigen in neuer Form einführen und folglich, unnötige juristisch angeordnete Internierungen ohne angemessenem legalen Prozess ermöglichen.*

**Schlagwörter:** Abhängigkeit, Behandlung, zwanghafte Internierung, unfreiwillige Internierung

355

**Citação/Citation:** Novaes, P.S. (2014, junho). O tratamento da dependência química e o ordenamento jurídico brasileiro. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 17(2), 342-356.

**Editor do artigo/Editor:** Profa. Dra. Ana Cecília Magtaz

**Recebido/Received:** 16.3.2014/ 3.16.2014 **Aceito/Accepted:** 25.4.2014 / 4.25.2014

**Copyright:** © 2009 Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental/ University Association for Research in Fundamental Psychopathology. Este é um artigo de livre acesso, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte sejam citados / This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

**Financiamento/Funding:** A autora declara não ter sido financiada ou apoiada / The author has no support or funding to report.

**Conflito de interesses/Conflict of interest:** A autora declara que não há conflito de interesses / The author declares that has no conflict of interest.

**PRISCILA SIMARA NOVAES**

Defensora Pública do Estado de São Paulo; Especialização em Ciências Penais junto à Universidade do Sul de Santa Catarina – Unisul (Florianópolis, SC, Br); Especialização em Psicopatologia e Saúde Pública junto à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – USP (São Paulo, SP, Br).

Av. Liberdade, 32, 6º andar, sala 07

01502-000 São Paulo, SP, Br

e-mail: [pnoaes@defensoria.sp.gov.br](mailto:pnoaes@defensoria.sp.gov.br)