

LEGALIDADE DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA PARA TRATAMENTO DE DEPENDENTES QUÍMICOS

LEGALIDAD DEL INTERNAMIENTO COMPULSORIO PARA EL TRATAMIENTO DEL DEPENDIENTES QUIMICOS

STRASSER, Francislaine de Almeida Coimbra¹

SANTOS, Jurandir José dos²

RESUMO: Visa o presente trabalho analisar a situação da saúde pública no Brasil e, em especial, a questão que envolve os dependentes de drogas com transtornos mentais e a possibilidade de sua internação, analisando as internações voluntária, involuntária e compulsória trazidas pela Lei nº 10.216/2001, chamada de Reforma Psiquiátrica Brasileira. Discute-se o possível confronto entre o direito à liberdade de que goza qualquer pessoa, inclusive o dependente de drogas e a dignidade da pessoa humana, princípio fundamental da República Federativa do Brasil, cabendo ao Poder Público encetar políticas que cumpram tais princípios. Vê-se que a internação compulsória, longe de afrontar a liberdade do dependente, busca dignificar sua pessoa, preservando o bem maior que é a sua vida. Tratou-se também das responsabilidades de cada seguimento social, Família, Estado e Sociedade, constatando que para atenuar a questão do uso indiscriminado de drogas em nosso país é preciso uma atuação conjunta desses setores, sendo a prevenção o caminho mais adequado para buscar esse controle.

Palavras-chave: Saúde Pública; Princípios da Liberdade e da Dignidade Humana; Internações Involuntária e Compulsória; Lei 10.216/2001.

RESUMEN: Este estudio tiene como objetivo analizar el estado de la salud pública en Brasil y, en particular, la cuestión de la participación de los drogodependientes con trastornos mentales y la posibilidad de su hospitalización, los análisis de las admisiones voluntarias, involuntarias y obligatorias introducidas por la Ley N ° 10.216/2001, llamada la Reforma Psiquiátrica brasileña. Se discute el posible enfrentamiento entre el derecho a la libertad disfrutada por cualquiera, incluyendo a los drogadictos y la dignidad de la persona humana, un principio fundamental de la República Federativa del Brasil, siendo el Gobierno emprenda políticas que cumplan con estos principios. Se ve que la hospitalización obligatoria, lejos de abordar el tema de la libertad, pretende dignificar su persona, preservando el bien que es tu vida. Esta fue también la responsabilidad de cada supervisión fiscal, la familia, el Estado y la sociedad, y señaló que para mitigar el problema del uso indiscriminado de drogas en nuestro país se necesita una actuación conjunta de estos sectores, con la prevención como la forma más adecuada de buscar este control .

Palabras clave: Salud Pública; Principios de la Libertad y la Dignidad Humana; Admisiones obligatoria y involuntaria; Ley 10.216/2001.

¹ Advogada, Especialista em Direito do Trabalho e Direito Processual do Trabalho pela Universidade de Anhanguera-SP, Mestranda em Direito Constitucional pela Instituição Toledo de Ensino de Bauru-SP. E-mail: fran_coimbra_@hotmail.com.

² Promotor de Justiça, Docente do curso de Direito das Faculdades Integradas “Antonio Eufrásio de Toledo” de Presidente Prudente, Especialista em Direito Civil e Processual Civil pela Associação Educacional Toledo de Presidente Prudente, Mestrando em Direito Constitucional pela Instituição Toledo de Ensino de Bauru-SP. E-mail:jurandirjsts@hotmail.com.

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo buscou discorrer sobre a situação da saúde no Brasil. Trata-se de um direito fundamental pela projeção na Magna Carta, a partir do art. 196, alicerçado pela dignidade da pessoa humana e pelo princípio da solidariedade. Além da saúde ser elevada a categoria de direito social e fundamental, está presente em convenções de direitos humanos nas quais o Brasil é signatário, como o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, e na Constituição da Organização Mundial de Saúde.

Para que o Estado brasileiro, pelos entes da federação, possa efetivamente cumprir com eficácia a assistência à saúde, o legislador constituinte regulamentou um sistema com direção única, por intermédio de uma rede descentralizada, regionalizada e hierarquizada.

Foram usados os métodos histórico e dedutivo, para dispor a respeito da história da internação compulsória até a reforma psiquiátrica de 2011. Posteriormente, enquadrou-se o dependente de drogas que venha a apresentar transtornos mentais ou mesmo desvios de comportamento que implique em risco para sua pessoa, família e coletividade, deve ser tratado como doente e, assim, merecer os cuidados do Poder Público.

Também foi exposto a respeito do confronto entre o direito à liberdade de que goza o dependente de drogas e a dignidade da pessoa humana, princípio basilar da República Federativa do Brasil e, nessa situação, pelo bem da coletividade, a internação compulsória, investe na sua dignidade, pois o encaminha a local próprio e adequado ao seu tratamento.

Tratou-se também das responsabilidades de cada seguimento social, Família, Estado e Sociedade, constatando-se que é preciso uma atuação conjunta dos diversos setores da sociedade para assim se obter resultados mais significativos.

É necessário que haja políticas públicas de saúde que visem cuidar da questão do dependente de drogas, mas a principal demanda é a prevenção, a qual deve ser sempre realizada, evitando assim que o indivíduo se torne um dependente.

2 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A saúde, conforme a Magna Carta, em seu artigo 196 nada mais é que direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua proteção, promoção e recuperação.

Dessa forma, a saúde foi elevada como direito fundamental, sendo o Estado o principal garantidor de sua eficácia. Em outras palavras, o dever de assegurar proteção universal, aliado ao princípio da solidariedade impõe-se ao poder público em todas as esferas institucionais.

Ademais, a Constituição da Organização Mundial da Saúde conceitua saúde, em seu preâmbulo, como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade".

Além da Organização Mundial da Saúde, também é relevante focar o conceito de saúde trazido pelo Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, em seu art. 12:

1. Os Estados-partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental. 2. As medidas que os Estados-partes no presente Pacto deverão adotar, com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito, incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar: a) a diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento das crianças, b) a melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente, c) a prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças. d) a criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade.

Sueli Gandolfi Dallari e Vidal Serrano Nunes Júnior (2006, p. 247) realçam a importância da Constituição da Organização Mundial da Saúde, tanto no conceito de saúde, como associá-la a ideia a um bem coletivo:

A saúde de todos os povos é fundamental para se alcançar a paz e a segurança e depende da mais ampla cooperação de indivíduos e Estados. Os resultados alcançados por qualquer Estado na promoção e proteção da saúde são valiosos para todos. A desigualdade dos diferentes países na promoção da saúde e no controle das doenças, especialmente as transmissíveis, constitui um perigo comum.

Para os referidos doutrinadores, a saúde deve ser definida como o "bem fundamental que por meio da integração dinâmica de aspectos individuais, coletivos e de desenvolvimento visa assegurar ao indivíduo o estado de completo bem-estar físico, psíquico e social".

A respeito destas considerações existem doutrinadores criticando a saúde sempre aliado ao bem-estar, como Nadia Rejane Chagas Marques (2012, p. 45):

A esse respeito, cumpre admitir que dificilmente alguém se encontrará em completo bem-estar e que é mais factível predicar que a saúde, em vez de um estado de perfeição pouco realista, abrange uma condição de equilíbrio variável. Resultado de longa evolução na concepção, do que seja a sanidade, em si mesma considerada, a saúde constitui um direito humano e fundamental, passível de proteção e tutela do Estado.

O que é cediço que independente da maneira a se enfocar saúde, sempre estará aliada a concretização da dignidade da pessoa humana.

3 SAÚDE E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

A parte final do aludido art. 196, da Constituição Federal direciona para dois princípios constitucionais relacionados a saúde: do acesso universal e do acesso igualitário.

Segundo Luiz Alberto David Araújo e Vidal Serrano Nunes Junior (2011, p. 526):

O princípio do acesso universal traduz que os recursos e ações na área de saúde pública devem ser destinados ao ser humano enquanto gênero, não podendo, ficar restritos a um grupo, categoria ou classes de pessoas.

O princípio em pauta é completado logicamente pelo princípio do acesso igualitário, cujo significado pode ser traduzido pela máxima de que pessoas na mesma situação clínica devem receber igual atendimento, no que se refere aos recursos utilizados, prazos para internação, para realização de exames, consultas etc.

Sempre é de salutar importância enfatizar que a saúde está inserida no artigo 6º como um dos direitos sociais destacados no Título II da Constituição da República que disciplina os direitos e garantias fundamentais do ser humano. Reveste-se da natureza de direito indisponível, pelo fato de impor ao Estado, o dever de mantê-la, através da efetivação das políticas públicas voltadas à saúde de todos os cidadãos indistintamente.

É neste sentido que os serviços públicos e as ações relativas a saúde são de grande relevância. Devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada que constituem o sistema único. De acordo com art. 198, II da Magna Carta:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

II: atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

A Lei nº 8.080/90 estabelece como princípio geral, em seu art. 2º, que *a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.*

Seguindo o norte imposto pelo aludido art. 196 da Magna Carta, a Lei Orgânica da Saúde, em seu art. 7ª dispõe de forma articulada e autoexplicativa dos princípios aplicáveis a matéria de saúde, dentre os quais se destacam:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art.198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

No que se refere a integralidade do atendimento, o Sistema Único de Saúde deve incluir não apenas a prestação de serviços, mas também a disponibilização de remédios e insumos essenciais na prevenção e na manutenção da saúde.

Sobre o tema esclarecem Reynaldo Mappeli Junior, Mario Coimbra e Yolanda Alves Pinto Serrano de Matos (2012, p. 24):

Assim, sempre que houver uma pessoa doente, caberá ao Estado fornecer o tratamento terapêutico para a recuperação da saúde dessa pessoa de acordo com as possibilidades oferecidas pelo desenvolvimento científico. Assim, não importa o nível de complexidade exigido, a diretriz do atendimento integral obriga o Estado a fornecer todos os recursos que estiverem ao seu alcance para a recuperação da saúde de uma pessoa, desde o atendimento ambulatorial até os transplantes mais complexos.

Logo, o Sistema Único de Saúde foi normatizado pelo art. 198 da Constituição da República, sob as seguintes diretrizes: da descentralização, assistência integral e participação da comunidade.

Para que o Estado brasileiro, pelos entes da federação, possa efetivamente cumprir com eficácia a assistência à saúde, o legislador constituinte regulamentou um sistema com direção única, por intermédio de uma rede descentralizada, regionalizada e hierarquizada.

Dessa forma, isso significa que não é porque exista uma rede descentralizada que um ente da federação não tem responsabilidades, obrigações constitucionais, ao contrário a responsabilidade é permanente e solidária de todos os entes da federação.

4 ASPECTOS HISTÓRICOS DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA

A história da humanidade, segundo nos esclarece Michel Foucault (2004, p. 6), desde sempre foi marcada por conflitos entre grupos sociais, onde os grupos minoritários eram obrigados a seguir um padrão imposto por grupos majoritários, surgindo daí a internação compulsória, para fazer valer esse domínio.

Também se extrai, inclusive da Bíblia³ que os leprosos eram internados em leprosários, instituições que também remontam desde a Idade Média, para impedir a propagação da doença a outras pessoas. Os próximos a serem dissociados foram os portadores de doenças sexualmente transmissíveis, sendo estes em grande número, os quais eram internados em ambiente coletivo para também evitar o contato com outras pessoas. Foi então preciso que se construíssem novos locais para o tratamento do mal, as chamadas casas especiais, de modo que não havia mais exclusão física, mas sim moral passando a ser a doença de cuidado especialmente médico.

Posteriormente surgiu o fenômeno conhecido por “mal da loucura”, também justificador de internações, sobre o qual disserta Foucault:

Fato curioso a constatar: é sob a influência do modo de internamento, tal como ele se constitui no século XVII, que a doença venérea se isolou, numa certa medida, de seu contexto médico e se integrou, ao lado da loucura, num espaço moral de exclusão. De fato a verdadeira herança da lepra não é aí que deve ser buscada, mas sim num fenômeno bastante complexo, do qual a medicina demorará em se apropriar.

³ Livro de Levítico Cap. 13, Vers. 1-45.

Esse fenômeno é a loucura. Mas será necessário um longo momento de latência, quase dois séculos, para que esse novo espantalho, que sucede à lepra nos medos seculares, suscite como ela reações da divisão, de exclusão, de purificação que, no entanto lhe são aparentadas de uma maneira bem evidente. (FOUCAULT, 2004, p. 8).

Segundo Foucault, a internação surge por causa da loucura chamada por ele de “A Grande Internação”. Nessa época a internação dos loucos estava relacionada a questões econômicas e jurídicas, uma vez que essas pessoas representavam um perigo aos avanços econômicos da Europa no Século XVIII, não havendo preocupação com a saúde destes, de modo que o louco era internado com prostitutas, vadios, desempregados, etc.

Também segundo o mesmo Autor, a loucura estava ligada a doença mental até o fim do Século XVII, mas no século XIX houve a separação entre doença mental e outras doenças, período em que surgiu a Psiquiatria, centros para tratamento médico, asilos e manicômios, dando ao doente mental tratamento médico especializado, situação que perdurou até meados do século XIX.

Conforme nos traz Renata Correa Brito (2004, p. 27), em 1838 a França aprovou uma lei regendo a internação do louco e como deveriam ser tratados os seus bens, legislação essa que influenciou o mundo ocidental, sendo que a partir dessa lei a internação compulsória do louco recebeu o nome de Internação Psiquiátrica que, dentre outras coisas, estabelecia a criação e construção de lugares próprios para o fim de internação dos doentes mentais, assim como o procedimento a ser seguido pelo internato, cujos custos eram assumidos pelo Estado.

Vale transcrever parte do texto da mencionada doutrinadora:

A lei francesa de 1838 sobre os alienados exerceu um papel de grande importância na história e no desenvolvimento da psiquiatria. As determinações presentes em seu texto fundamentaram em grande parte a prática psiquiátrica e influenciaram a constituição das leis de diversos países ocidentais. Sua formulação ocorreu no contexto pós-revolucionário e seu texto foi diretamente influenciado pelas concepções alienistas da época. (BRITO, 2004, p. 27)

De se notar que essa Lei veio influenciar a legislação brasileira, tanto que em 1903, foram criadas em nosso ordenamento jurídico as primeiras regulamentações referentes ao tratamento de doentes mentais, através do Decreto nº 1.132/1903.

5 DA SAÚDE MENTAL E INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA COMO A ÚLTIMA RATIO PARA O TRATAMENTO DOS DEPENDENTES QUÍMICOS

Tocante à Internação Compulsória, o Brasil acompanhou o mesmo padrão europeu, tendo início com os leprosos, seguidos pelos portadores de doenças venéreas, até chegar aos loucos e, mais recentemente, aos dependentes de drogas.

Como já exposto, em 1903 foi editado o Decreto-lei nº 1.132, tomando por base a lei Francesa, o qual se tornou a primeira norma a tratar de matérias relacionadas ao doente mental, o qual se compõe de 23 artigos, ditando o procedimento para a internação, conforme destaca Renata Corrêa Brito:

O Decreto Nº 1.132 de 22 de dezembro de 1903 que reorganiza a assistência a alienados foi à primeira lei nacional que abordou a questão dos alienados. Era composto por 23 artigos que tratavam dos motivos que determinam a internação e dos procedimentos necessários para a realização da mesma; da guarda dos bens dos alienados; da possibilidade de alta; da proibição em se manter alienados em cadeias públicas; da inspeção dos asilos feita por comissão a mando do ministro da justiça e negócios interiores; das condições necessárias para o funcionamento do asilo; do pagamento das diárias dos doentes; da composição dos trabalhadores do Hospício Nacional e das colônias de alienados; da penalidade pelo descumprimento da lei. (2004, p.72)

Porém, tal Decreto não se preocupava com a condição do doente e impunha a internação compulsória somente com o fim de assegurar a vida em sociedade e manter a ordem pública. O seu art. 1º autorizava que o Poder Público (mediante requisição ou requerimento de qualquer pessoa – ainda que não parente do doente) recolhesse a pessoa e somente após a internação, eram verificadas as condições de saúde desta, de modo que o bem-estar dos doentes e a saúde ficavam em segundo plano.

As internações compulsórias foram assim praticadas até 1934 quando surgiu o Decreto nº 24.559/1934, o qual revogou o Decreto nº 1.132/1903, mas o novo decreto manteve alguns procedimentos do anterior e trouxe ainda algumas inovações, notadamente o acompanhamento médico e social ao paciente, havendo agora preocupação com a prevenção e o tratamento da doença mental.

Desse Decreto surgiu um Conselho para prevenção e proteção aos psicopatas, criando uma afunilada relação entre psiquiatria e justiça. Outro ponto importante trazido pela norma foi o fato dos alienados serem submetidos a tratamento domiciliar, pois o Decreto fixava alguns regimes de internações, como o aberto, o fechado e o misto, de onde surgiram as internações voluntárias e as internações a pedido do Estado ou de terceiros.

Já por volta dos anos 60, no ápice do Regime Militar, são criados hospitais particulares para internações de doentes mentais, os chamados “manicômios”, mantidos pelo Governo e, na década de 80, com a queda do Regime, esses manicômios foram abertos e expostos à população, oportunizando observar as péssimas condições em que se encontravam em todo o país.

A internação dos doentes mentais seguiu esse caminho até 1989, quando o projeto de lei nº 3.653 (inspirado na lei nº 180/1978 da Itália, chamada de Reforma Psiquiátrica Italiana), de autoria do Deputado Federal Paulo Delgado, apresentou uma nova organização para tratamento, prevenção, e proteção dos alienados, psicopatas, etc., culminando com a edição da Lei nº 10.216, em 2001, denominada de reforma psiquiátrica brasileira, a qual estabelece o procedimento para internação do doente mental.

Uma vez que o projeto previa a extinção progressiva dos manicômios, atingindo interesses empresariais e econômicos, retardou sobremaneira o processo de aprovação da lei, o que somente aconteceu em 2001.

Durante o espaço de tempo entre a apresentação do projeto e a aprovação da lei, vários Estados aprovaram leis próprias tendo por base o projeto do deputado, leis estas, que tiveram vigor até 2001, com a aprovação da Lei Federal 10.216/2001.

De outro lado, é bom que se fixe que a internação compulsória do dependente químico, desde novembro de 1938, estava disciplinada pelo Decreto-lei nº 891 norma que ainda vem sendo utilizada para autorizar esse tipo de internação, pois conforme estabelece em seus artigos, 27, 28 e 29:

Art. 27 A toxicomania ou intoxicação habitual, por substancias entorpecentes, é considerada doença de notificação compulsória, em caráter reservado, à autoridade sanitária local.

Art. 28 Não é permitido o tratamento de toxicomanos em domicílio.

Art. 29 Os toxicômanos ou os intoxicados habituais, por entorpecentes, por inebriantes em geral ou bebidas alcoólicas, são passíveis de internação obrigatória ou facultativa por tempo determinado ou não.

§ 1º A internação obrigatória se dará, nos casos de toxicomania por entorpecentes ou nos outros casos, quando provada à necessidade de tratamento adequado ao enfermo, ou for conveniente à ordem pública. Essa internação se verificará mediante representação da autoridade policial ou a requerimento do Ministério Público, só se tornando efetiva após decisão judicial.

Embora desde 1938 até os dias atuais, tenham ocorrido grandes mudanças na sociedade, como por exemplo, o aumento do número de usuário de drogas, aumento da quantidade de substâncias entorpecentes, isso não foi o bastante para que se criasse uma legislação mais moderna. Desta forma, deve haver uma combinação entre o Decreto-lei de 1938 e a Lei nº 10.216/2001, para o caso de internação do usuário crônico de drogas.

De se louvar a promulgação da referida Lei, marco legal da Reforma Psiquiátrica no país, pois trouxe inovações ao tratamento dos portadores de transtornos mentais, abrangendo também os que desenvolveram quadro patológico decorrente do abuso do uso de substâncias psicotrópicas, uma vez que alcançou os toxicômanos que começaram a apresentar transtornos mentais.

A normatização da saúde mental, além de estar relacionada com os princípios constitucionais expostos, bem como com os princípios estabelecidos pela Lei nº 8080/1990, tem sua base fundamental na Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, servindo como uma espécie de “Lei Maior” aos usuários do SUS que necessitam de assistência na área de saúde mental.

Segundo esclarecem Reynaldo Mappeli Junior, Mario Coimbra e Yolanda Alves Pinto Serrano de Matos (2012, p. 24):

A referida lei, representou no ordenamento jurídico brasileiro, a fixação das pilastras normativas para a reforma psiquiátrica, que priorizou à luz da dignidade da pessoa humana, o tratamento extra-hospitalar do portador do transtorno mental, redirecionando, por conseguinte, o modelo assistencial em saúde mental no Brasil, que gravita em torno dos hospitais psiquiátricos.

Ressalta-se no art. 2º, parágrafo único, da aludida Lei 10.216, alguns direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais:

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

O regulamento do SUS, instituído pela Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011, traz diretrizes e normas reguladoras da prestação de assistência à saúde mental, especialmente aquelas pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Art. 1º Fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes, conforme artigo 5º da aludida portaria:

- I- Atenção Básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade Básica de Saúde: 1. Equipes de Atenção Básica; 2. Equipes de Atenção Básica para populações específicas: 2.1. Equipe de Consultório na Rua; 2.2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- II - Atenção Psicossocial (CAPS), formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;
- III - Atenção de Urgência e Emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:
 - a) SAMU 192;
 - b) Sala de Estabilização;
 - c) UPA 24 horas;
 - d) Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro em Hospital Geral;
 - e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;
- IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:
 - a) Unidade de Acolhimento;
 - b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;
- V - Atenção Hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:
 - a) Leitos de psiquiatria em hospital geral
 - b) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral);
- VI - Estratégias de Desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:
 - a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e
- VII - Estratégias de Reabilitação Psicossocial

A portaria ainda explica que os CAPS (Centro de Alteração Psicossocial) são disciplinados da seguinte forma:

- a) CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para municípios com população acima de 20.000 habitantes;
- b) CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local; indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes.
- c) CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a

outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes.

d) CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes.

e) CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes.

f) CAPS i: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes.

Ademais, a Portaria ainda elucida a respeito das Unidades de Acolhimento:

Unidade de Acolhimento é um ponto de atenção que oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento 24 horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório. O tempo de permanência na Unidade de Acolhimento é de até seis (06) meses. O acolhimento neste ponto de atenção será definido exclusivamente pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial de referência que será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular do usuário, considerando a hierarquização do cuidado, priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde.

As Unidades de Acolhimento estão organizadas nas seguintes modalidades:

- Unidade de acolhimento Adulto, destinados a pessoas que fazem uso do Crack, Álcool e Outras Drogas, maiores de 18 (dezoito) anos; e

- Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil, destinadas a adolescentes e jovens (de doze até dezoito anos completos).

b) Serviços de Atenção em Regime Residencial, dentre os quais Comunidades Terapêuticas - serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove (09) meses para adultos com necessidades clínicas estáveis

Dessa forma, o que se pode sentir com tais disposições normativas que houve uma mudança na política de saúde mental no Brasil. Até nos anos 1990, a política de saúde mental estava concentrada na internação psiquiátrica. Após, o Ministério da Saúde passou a priorizar o tratamento ambulatorial, adotando os princípios da Declaração de Caracas de 1990.

A reforma psiquiátrica no país ocorreu notadamente nos anos 70 e calcou-se nos princípios de sedimentar um modelo de serviços descentralizado, hierarquizado, regionalizado e integrado.

A bem da verdade como afirmam Reynaldo Mappeli Junior, Mario Coimbra e Yolanda Alves Pinto Serrano de Matos, citando Claudio Cohen e José Álvaro Marques Marcolino (2012, p. 197):

Com o advento e o desenvolvimento dos psicofármacos, o modelo “hospitalocêntrico” deu lugar às comunidades terapêuticas, aos hospitais-dia (atendimento ambulatorial), como medida que visa preservar ao máximo a manutenção do paciente em seu meio social. Acompanhando essas transformações o conceito de saúde passou a ser entendido não mais como uma ausência de doença, mas sim bem-estar biológico, psicológico e social, conforme a conceituação admitida pela OMS. Antes havia uma autoridade no assunto, o psiquiatra, cabendo a ele distinguir se alguém era ou não portador de uma doença mental. Na atualidade isto não é mais possível.

Assim, em 2001 o Estado brasileiro aprovou a Lei nº 10216, em 06 de abril de 2001, estabelecendo um tratamento humanitário ao portador de doença mental, com prioridade ao tratamento extra-hospitalar.

Como se não bastasse, o governo adotou os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) como modelo substitutivo ao hospital psiquiátrico e como entes reguladores da porta da entrada da rede de assistência em saúde mental.

Em 2002 ocorreu um processo de agressiva redução dos leitos psiquiátricos inspirada na política de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação.

Tal fato vem sendo criticado de forma veemente pelos profissionais da saúde mental, uma vez que os portadores de transtorno mental grave, além de não conseguirem o devido tratamento nos hospitais psiquiátricos, também não são assistidos de forma eficaz pelas terapêuticas instituídas ambulatorialmente, não obstante a reforma psiquiátrica que introduziu Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar, CAPS, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência e outros já mencionados.

Apesar das críticas, a questão do melhor tratamento para os dependentes químicos tem causado calorosos debates na Doutrina e Jurisprudência.

Na realidade, a dependência às drogas constitui um grande desafio ao Estado brasileiro no que tange à prevenção e a recuperação da saúde das pessoas já dependentes ou envolvidas com o uso abusivo de tais substâncias.

Droga nada mais é que é toda e qualquer substância, natural ou sintética que, uma vez introduzida no organismo, modifica suas funções.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006), define droga como *“sendo qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento”*. E dependência química, como *“um estado caracterizado pelo uso descontrolado de uma ou mais substâncias químicas psicoativas com repercussões negativas em uma ou mais áreas da vida do indivíduo”*.

A distinção entre drogas lícitas e ilícitas merece atenção. A substância quando passa pelo controle laboratorial e pela estabilização de efeitos desejados é “legalizada”. Já as drogas ilícitas, que passam ao largo desse controle, são consideradas potencialmente nocivas, sem interferência da existência de conhecimentos sobre seus efeitos.

Apuram-se alguns critérios diagnósticos para aferição de dependência química, conforme observações de Vilma Aparecida da Silva Fonseca, (2011, p.25):

Critérios para Dependência de Substância:

Um padrão mal adaptativo de uso de substância, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:

(1) tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:

(a) uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou efeito desejado;

(b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância;

(2) abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:

(a) síndrome de abstinência característica para a substância (consultar os Critérios A e B dos conjuntos de critérios para Abstinência das substâncias específicas);

(b) a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência;

(3) a substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido;

(4) existe um desejo persistente ou esforços mal sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância;

(5) muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância (por ex., consultas a múltiplos médicos ou fazer longas viagens de automóvel), na utilização da substância (por ex., fumar em grupo) ou na recuperação de seus efeitos;

(6) importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância;

(7) o uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância (por ex., uso atual de cocaína, embora o indivíduo reconheça que sua depressão é induzida por ela, ou consumo continuado de bebidas alcoólicas, embora o indivíduo reconheça que uma úlcera piorou pelo consumo do álcool).

Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), em seu capítulo V, referentes aos Transtornos Mentais e de Comportamento devido ao uso de substâncias psicoativas, as principais drogas são:

- Álcool;
- Opióides (morfina, heroína, codeína, diversas substâncias sintéticas);
- Canabinóides (maconha);
- Sedativos ou hipnóticos (barbitúricos, benzodiazepínicos);
- Cocaína e seus derivados;
- Outros estimulantes (anfetaminas e cafeína);

É fundamental lembrar que a droga é apenas um dos fatores da tríade que leva à dependência. Os outros dois são o indivíduo e a sociedade.

Conforme levantamento feito pelo LENAD (Levantamento Nacional de Álcool e Drogas), 12% da população, ou seja, 22 milhões de pessoas registram algum tipo de uso nocivo ou dependência de álcool, 10% é dependente de tabaco, 1,2% da maconha e 1% de outras substâncias psicoativas.

O LENAD (Levantamento Nacional de Álcool e Drogas) é um levantamento realizado pelo INPAD (Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas) da UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo), financiado pelo CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) e pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), nos traz dados de uma pesquisa realizada em 2012, sobre o uso abusivo de drogas (lícitas, como o álcool e ilícitas).⁴

Pelos dados coletados, percebe-se a situação alarmante pelo qual passa o País, notadamente na questão de buscar soluções para os dependentes químicos.

Na tentativa de solucionar tal desiderato, foi que a Lei nº 10.216/2011, em seus arts. 4º e 6º, bem como o regulamento do SUS, em seu art. 423, parágrafos 1º ao 4º, definiram:

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

É imperioso observar que em todas as internações deve-se ter o laudo médico, recomendando o tratamento hospitalar.

Ademais, o Ministério Público, pelas disposições do art. 8º da aludida Lei de 2011, foi eleito como o guardião da dignidade da pessoa, pois analisará se de fato o paciente precisa ser internado, bem como se estão ministrando o melhor tratamento para este doente.

Assim sendo, considerando que o interesse público reside na manutenção da segurança e saúde das pessoas, o Ministério Público deve intervir em situações para proteger os que se sentem ameaçados em razão de determinada circunstância, considerando o perigo atual causado à sociedade pelo comportamento do doente e o temor que sua família ou pessoas mais próximas sentem em sofrer eventual agressão.

⁴ Disponível em: <http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>. Acesso: 28/07/2014.

Tal conclusão é obtida pela análise dos dispositivos legais existentes e também pelas jurisprudências a seguir delineadas:

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO PÚBLICO NÃO ESPECIFICADO. **INTERNAÇÃO HOSPITALAR COMPULSÓRIA DE DOENTE MENTAL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. LEGITIMIDADE ATIVA DO MINISTÉRIO PÚBLICO. PESSOA INTERDITADA, CARENTE DE RECURSOS FINANCEIROS. INDICAÇÃO MÉDICA DE TRATAMENTO HOSPITALAR EM UNIDADE PSIQUIÁTRICA. PREVALÊNCIA DO DIREITO CONSTITUCIONAL À VIDA E À SAÚDE. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES DE DIREITO PÚBLICO NA EFETIVAÇÃO DE PRESTAÇÕES POSITIVAS NA ÁREA DA SAÚDE PÚBLICA. INTERNAÇÃO PELO SUS. NA AUSÊNCIA DE VAGA JUNTO À REDE PÚBLICA IMPÕE-SE O CUSTEIO DE LEITO NA REDE HOSPITALAR PRIVADA.** SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA DA AÇÃO A MERECER INTEGRAL CONFIRMAÇÃO. APELAÇÃO DESPROVIDA. POR MAIORIA. (Apelação Cível Nº 70026501882, Segunda Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Miguel Ângelo da Silva, Julgado em 12/08/2009).

EMENTA: AGRAVO DE INSTRUMENTO. ECA. **INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA. TRATAMENTO PARA DROGADIÇÃO. LEGITIMIDADE DO MUNICÍPIO DE CAMPO BOM PARA FIGURAR NO POLO PASSIVO DA DEMANDA. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES PÚBLICOS. DIREITO À SAÚDE ASSEGURADO CONSTITUCIONALMENTE.** ILEGITIMIDADE ATIVA DO MINISTÉRIO PÚBLICO AFASTADA. **AUSÊNCIA DE VIOLAÇÃO DO PRINCÍPIO DA INDEPENDÊNCIA DOS PODERES.** 1) O custeio de tratamento para dependente químico constitui-se em dever e, por tanto, responsabilidade do Estado in abstracto (CF, art. 23, II), considerando-se a importância dos interesses protegidos, quais sejam, a vida e a saúde (art. 196, CF). Desta forma, tem-se a competência comum dos entes federativos para assegurar tal direito. 2) Comprovada, cabalmente, a necessidade de recebimento de assistência médico hospitalar a dependente químico, é devido o fornecimento pelo Município de Campo Bom, visto que a assistência à saúde é responsabilidade decorrente do art. 196 da Constituição Federal. 3) O **Ministério Público** é parte legítima para ajuizar **ação** civil pública em favor do adolescente, visando assistência à saúde, porque lhe compete proteger os interesses individuais, difusos ou coletivos, relativos à infância e à adolescência. 4) Não há falar em violação ao princípio da separação dos poderes, porquanto ao Judiciário compete fazer cumprir as leis. Preliminares rejeitadas. Recurso desprovido. (Agravo de Instrumento Nº 70028292092, Oitava Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: José Ataídes Siqueira Trindade, Julgado em 05/05/2009)

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. **AÇÃO DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA. MINISTÉRIO PÚBLICO. LEGITIMIDADE. DEFESA DE PESSOA IDOSA EM RISCO SOCIAL. ANTECIPAÇÃO DE TUTELA.** I. Visando a demanda garantir o bem estar de pessoa idosa, em situação de risco social, que coabita com o réu, resta configurada a legitimidade do **Ministério Público** para postular em juízo como substituto processual, nos termos do art. 74, III, da Lei n.º 10.741/2003 Estatuto do Idoso. II. **Estando presentes os requisitos do art. 273 do CPC, deve ser concedida a antecipação de tutela.** Apelação provida. Sentença desconstituída. (Apelação Cível Nº 70024294175, Vigésima Primeira Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Marco Aurélio Heinz, Julgado em 20/08/2008). (Grifos nossos)

A internação compulsória é, portanto, legal e uma medida extrema, a última *ratio*, ou seja, somente deve ser usada quando o médico psiquiatra não vislumbrar a eficácia no tratamento ambulatorial ou mesmo detectar que há a necessidade de internação temporária para controlar eventual surto acometido pelo paciente. E aliado a fiscalização do Ministério Público, também como “conditio sine qua non” para a eficácia da medida extremista.

Assim, além de ser levado a efeito no interesse público em prol da recuperação da saúde do indivíduo, mas também pela segurança daqueles que convivem com o cidadão portador de eventual transtorno mental que justifique a internação.

6 A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA EM CONFLITO COM O DIREITO À LIBERDADE

É fora de dúvida que a dignidade da pessoa humana é um direito que deve ser respeitado por todos, sendo o pilar ou o sustentáculo dos demais direitos fundamentais insculpidos na Constituição Federal (art. 1º, III, CF), ratificando o que dispõe o art. 1º da Declaração de Direitos Humanos: “*Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade*”.

A efetivação desse princípio se pauta pelo resguardo da vida digna do homem, de maneira que nada poderá ser mais valoroso do que a humanidade, através de sua intimidade e individualidade, conforme Alexandre de Moraes (2003, p. 50), para quem:

A dignidade da pessoa humana: concede unidade aos direitos e garantias fundamentais, sendo inerente às personalidades humanas. Esse fundamento afasta a ideia de predomínio das concepções transpessoalistas de Estado e Nação, em detrimento da liberdade individual. A dignidade é um valor espiritual e moral inerente à pessoa, que se manifesta singularmente na autodeterminação consciente e responsável da própria vida e que traz consigo a pretensão ao respeito por parte das demais pessoas, constituindo-se um mínimo invulnerável que todo estatuto jurídico deve assegurar, de modo que, somente excepcionalmente, possam ser feitas limitações ao exercício dos direitos fundamentais, mas sempre sem menosprezar a necessária estima que merecem todas as pessoas enquanto seres humanos.

Assim, conclui-se que a dignidade da pessoa humana deve ser entendida de forma ampla e sem sombra de dúvidas é inerente a todo ser humano, por ser um dos fundamentos da República Federativa do Brasil.

De outro lado, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), em seu art. 3º estabelece que “toda pessoa tem direito, à vida, à liberdade e à segurança pessoal”, sendo que o art. 5º, *caput*, da Constituição Federal, ao determinar as garantias e direitos fundamentais também assegura o direito à liberdade, sendo esta um direito fundamental e que, portanto, deve ser respeitado e protegido, tratando-se da liberdade física ou moral, inerente a todos.

Sabemos que o direito à liberdade é visto de maneira ampla, existindo além da liberdade física, diversas outras, com conceitos e tratamentos distintos, como por exemplo: liberdade de locomoção, de opinião, de pensamento, de crença e de culto, de reunião, de associação, dentre outros tipos.

Neste âmbito, é importante definirmos o que é liberdade, assim, apregoa Rodrigo César Rebello de Pinho (2010, p.113):

Liberdade é a faculdade que uma pessoa possui de fazer ou não fazer alguma coisa. Envolve sempre um direito de escolher entre duas ou mais alternativas, de acordo com sua própria vontade. O direito de liberdade não é absoluto, pois a ninguém é dada a faculdade de fazer tudo o que bem entender. Essa concepção de liberdade levaria à sujeição dos mais fracos pelos mais fortes. Para que uma pessoa seja livre é indispensável que os demais respeitem sua liberdade. Em termos jurídicos, é o direito de fazer ou não fazer alguma coisa, senão em virtude da lei. Um indivíduo é livre para fazer tudo o que a lei não proíbe. Considerando o princípio da legalidade (art. 5º, II), apenas as leis podem limitar a liberdade individual.

Foi essa liberdade que levou os homens a buscar seus direitos individuais e coletivos, os quais foram sendo conquistados gradualmente, após muita luta, de maneira que esse direito jamais poderá ser lesado ou desprezado.

Como fica, então, a situação do dependente de drogas que, em razão disso se tornou portador de transtornos que justifiquem sua internação? Como conciliar seu direito à liberdade, com sua dignidade.

Daí, a pretensão do presente artigo, ao atentar para a liberdade de escolha do indivíduo que é a faculdade que ele possui de fazer ou não fazer alguma, coisa de acordo com sua vontade, de ter autonomia sobre seus atos.

Não se ignora que os princípios constitucionais possuem importância e valorização, mas não nos foge à percepção que muitas vezes um princípio pode entrar em conflito com outro, levando-nos a promover uma ponderação dos princípios em conflito, atentando para as circunstâncias peculiares que permeiam o caso concreto.

Essa questão ganha relevo no caso de internação involuntária ou compulsória do dependente de drogas, com o embate entre o seu direito à liberdade – em caso de resistência – e o direito à vida com dignidade pleiteada pelo Estado, pela família e pela sociedade que

lutam veemente para que essas pessoas tenham uma vida saudável. Jogadas nas ruas e frequentando as famigeradas “Cracolândias”, não se pode dizer que a pessoa tem sua dignidade preservada, daí a necessidade de retirá-la desse convívio, sacrificando sua liberdade, em prol de algo maior: a paz social e, claro, a vida do dependente.

Sobre esse impasse, pertinente a análise de Sandra Franco, Presidente da Academia Brasileira de Direito Médico e da Saúde e membro efetivo da Comissão de Direito da Saúde e Responsabilidade Médico Hospitalar da OAB/SP:

Quando a situação fática dos mais de 2 milhões de usuários apresenta um cenário degradado e insustentável, lançados na sarjeta à própria sorte, medidas como a internação compulsória ou involuntária podem ser plenamente adotadas dentro de um Estado de Direito em que todos são iguais perante a lei, garantidos o direito à vida e a liberdade. A privação da liberdade de ir e vir faz-se essencial para que se vislumbre alguma possibilidade de devolver dignidade a alguns dependentes químicos, inconscientes e largados à sua própria sorte nas ruas de muitas cidades do País.

Não há que se falar em ofensa ao princípio da dignidade da pessoa humana, quando nada resta de dignidade à situação dessas pessoas. Não há que se falar em medida higienista - um dos pilares sustentados pelos críticos da política de internação à força -, quando direitos como a vida, a saúde e a dignidade são diuturnamente aviltados fundamentos constitucionais para que o Estado possa tomar medidas que protejam os cidadãos dependentes químicos (2013, s.p.).

Neste mesmo contexto, Elaine Rodrigues (2012, s.p.) preleciona:

[...] Com efeito, a saúde é um elemento para o desenvolvimento da dignidade humana, notadamente no que diz respeito à criança ao adolescente. Nesse particular, inclusive, destacamos o artigo 227 da Constituição, que determina ser dever da família, da sociedade e do Estado, promover meios e oportunidades à vida e à saúde da criança e do adolescente.

Desse modo não se tem nenhuma dúvida acerca da pertinência e da legalidade da internação compulsória.

Um viciado abandonado a própria sorte e, mais ainda, um menor viciado, sem discernimento para aceitar ou não qualquer tipo de tratamento, impõe ao Estado, o dever de acatar a internação compulsória em atendimento ao texto constitucional.

Não se nega razão à corrente psiquiátrica que defende ser o tratamento sem adesão da pessoa viciada, de baixo resultado na reabilitação. No entanto, não se pode negar aquele que não tem condições de decidir sobre sua vida e saúde, a oportunidade de percorrer os caminhos da reabilitação. Deve-se primar pela proteção da saúde e da integridade física e psicológica do viciado, ainda que seu esforço pessoal não enseje bons resultados.

A internação compulsória vem ao encontro da dignidade do ser humano e isso não pode ser negado àquele que, tendo-a perdido nos caminhos da droga, precisa ser reabilitado. Pelo menos, que se dê a chance de reabilitação. Isso é dever do Estado, da família e da sociedade por via reflexa. Digamos SIM à internação compulsória!

O mesmo posicionamento é apresentado por Eudes Quintino de Oliveira (2013, s.p.):

É inquestionável o direito da pessoa de se manifestar a respeito de determinada decisão que lhe aprouver, desde que seja capaz, com plenas condições de discernimento. Não preenchida a condição de autogoverno e autodeterminação, como é o caso de dependente de drogas, a representação passa para os familiares e, na falta para terceiros juridicamente legitimados, como a própria Justiça. Diante de tal permissivo, é lícito ao Estado intervir e determinar medidas coativas para a preservação da vida, de acordo com as balizas estabelecidas pela dignidade humana, opção feita pela Constituição Federal, já que o detentor da cidadania não se encontra mentalmente apto para o exercício de seus direitos e necessita da aplicação de medidas protetivas específicas. Qualquer outra solução que contrarie o interesse maior prevalente, que é o da saúde, do viver, não tem o condão de inverter o pensamento determinado pela lei maior.

Porém, a posição acima esposada não é pacífica, havendo os que discordam de que a internação compulsória é um benefício ao paciente, uma forma para que o dependente químico possa voltar a ter uma vida digna, portanto, não ofenderia direitos fundamentais.

Para os que pensam em contrário, essa medida é uma verdadeira afronta ao direito de liberdade do indivíduo, ofendendo assim direitos fundamentais do ser humano, tratando-se mesmo de medida inconstitucional. Nesse sentido, Dartiu Xavier da Silveira (2011, s.p.):

Não existe respaldo científico sinalizando que o tratamento para dependentes deva ser feito preferencialmente em regime de internação. Paradoxalmente, internações mal conduzidas ou erroneamente indicadas tendem a gerar consequências negativas. Quando se trata de internação compulsória, as taxas de recaída chegam a 95%! De um modo geral, os melhores resultados são aqueles obtidos por meio de tratamentos ambulatoriais [...].
A dependência de drogas não se resolve por decreto. As medidas totalitárias promovem um alívio passageiro, com sua intensidade avassaladora. Assim, qual seria a lógica para fundamentar a retirada dos usuários das ruas, impondo-lhes internação compulsória?
Não seria, por acaso, o incômodo que essas pessoas causam? Seria porque insistem em não se comportar bem, segundo nossas expectativas? Ou porque nos denunciam, revelando nossas insuficiências, incompetências e incoerências?
Medidas “higienistas” dessa natureza não tiveram boa repercussão em passado não tão distante [...]

Ainda caminha na mesma seara Ileno Izildo da Costa (2013, s.p.):

É consenso entre os profissionais de saúde mental e de assistência social que a internação forçada é negativa, de maneira geral. Ela se justifica apenas aproximadamente 5% dos casos, quando o dependente de crack, por exemplo, também apresenta um problema mental grave. A lei não consegue garantir a clareza diagnóstica diferencial. Bem sabemos que o tratamento de usuários de drogas mais efetivo é voluntário e envolve visitas regulares a clínicas e centros especializados. Embora os estudos sobre o tema sejam controversos, os estudos e relatos de tratamento têm demonstrado que a taxa de recuperação dos dependentes é maior em um contexto ambulatorial do que no de uma internação. É relativamente fácil alguém ficar longe da droga quando está internado, isolado, em condições ideais. O difícil é se manter longe da droga quando você volta para o convívio com a família, com o emprego, com todos os problemas que estes dois institutos sociais detêm.

É ponto pacífico no tratamento da drogadição que a grande maioria recai no primeiro mês depois da internação. Além de o custo ser muito maior que um tratamento ambulatorial, a eficácia é menor.

Porém, para nós, sem a internação compulsória faria tabula rasa a possibilidade de tratamento para os dependentes de drogas, uma vez que todos eles resistem à ideia de submeter-se a tratamento e, na maioria das vezes, o tratamento ambulatorial (via CAPS, por exemplo), não surte qualquer efeito.

Com a edição da Lei 10.216/2001, a possibilidade de internação compulsória ficou mais latente, trazendo a Lei os requisitos para que tal ocorra e, a nosso sentir, não há falar em lesão ao direito de liberdade do dependente, uma vez que, conforme discorrem Andrey Borges de Mendonça e Paulo Roberto Galvão de Carvalho (2012, p. 50):

Embora a internação contra a vontade do paciente não seja pacífica entre os especialistas, parece-nos que deve ser admitida em situações excepcionais, temporárias e sempre cercada de cautelas, nos termos da Lei 10.216/2001. Notadamente com o avanço da dependência ao crack e outras drogas de alta lesividade, a questão torna-se cada vez mais premente, pois a internação se mostra, mesmo contra a vontade do agente, a única alternativa para a sua recuperação. Há na internação involuntária e compulsória, verdadeiro balanceamento de valores. A liberdade do agente é restringida, de maneira excepcional, com o intuito de proteger sua integridade e muitas vezes sua própria vida. O que se busca é “detê-lo para libertá-lo” visando garantir a ele um futuro livre da dependência. De qualquer sorte - e nem poderia ser diferente - o usuário que estiver restringido ou isolado deverá ser mantido em condições humanas e estar sob cuidados e supervisão imediata e regular dos membros qualificados da equipe, nos termos do item 11 do princípio 11 as Declaração já mencionada.

Sabemos que é muito difícil que um dependente químico se sujeite voluntariamente ao tratamento, uma vez que o desejo de voltar ao consumo de drogas é muito grande. Portanto, providências de simples controle ou providências de isolamento na maioria dos casos não são suficientes a assegurar a recuperação e ressocialização dessas pessoas. Assim sendo, em diversas ocasiões não resta alternativa a não ser a internação involuntária do dependente, ou a internação compulsória realizada por determinação judicial. Esses tipos de internações, na grande maioria dos casos, são a única alternativa para recuperar e garantir a qualidade ao paciente, fazendo valer a sua dignidade, um dos maiores objetivos do Estado, valor que deve ser perseguido pela sociedade e pela família.

Também é fato que a internação compulsória, por si só resolverá os problemas do dependente, mas se trata de um meio para o processo de tratamento, buscando em um primeiro momento a desintoxicação. Entretanto é imprescindível entender que as etapas seguintes guardam a mesma relevância para o tratamento e recuperação dos dependentes,

como por exemplo, a garantia do direito a moradia, emprego, educação, estruturas capazes de criar uma vida digna ao ser humano, criando perspectivas de construir novos projetos, minimizando assim a importância da droga na vida dessas pessoas e, conforme Ilene Izildo da Costa (2013, s.p.):

Para que haja a reinserção, segundo a própria lei, “o tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros”. A lei proíbe textualmente asilar o dependente. A internação é o meio e não o fim em si, o que não comporta, portanto, somente uma medida de força legal. Se o governo simplesmente internar e esquecer o dependente, ou internar sem promover a estrutura necessária, ele estará descumprindo a lei, e a internação será necessariamente ilegal.

Como a internação não é um fim em si mesma e, nem sempre surte os efeitos almejados, compete ao Estado dar sequência ao tratamento, para que se torne possível a recuperação e readaptação psicossocial dos dependentes, sendo relevante instar que o Poder Público também deve atuar no tratamento propriamente dito, provendo as vagas ou as custeando, em locais dotados de infraestrutura necessária e com pessoal capacitado.

Embora possa ser questionada, a internação compulsória ou mesmo a involuntária é uma maneira de o Estado cumprir sua responsabilidade de cuidado para com o cidadão, visando proteger o bem maior que é a vida, notadamente quando o trabalho de prevenção, não menos importante, seja falho.

7 CONCLUSÃO

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua proteção, promoção e recuperação, tratando-se de direito fundamental, sendo o Estado o principal garantidor de sua eficácia.

O dependente de drogas que venha a apresentar transtornos mentais ou mesmo desvios de comportamento que implique em risco para sua pessoa, família e coletividade, deve ser tratado como doente e, assim, merecer os cuidados do Poder Público.

A internação compulsória que remonta à Idade Média, inicialmente existente para portadores de doenças graves e contagiosas, foi admitida no ordenamento brasileiro, em

proêmio para os doentes mentais, o que passou a ocorrer a partir do ano de 1903, por influência da legislação francesa, havendo evolução no tocante ao tema, culminando com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, pela Lei 10.216/2001.

Assim a internação compulsória do dependente químico passou a ser regida por esta lei, juntamente com o Decreto 891, de 1938, uma vez que tal estabeleceu as condições para o tratamento de tais pessoas e também criou as internações voluntária, involuntária e compulsória.

O confronto entre o direito à liberdade de que goza o dependente de drogas e a dignidade da pessoa humana, princípio basilar da República Federativa do Brasil, compete ao Estado fazer valer aquele que melhor cumpra os princípios fundamentais que informam a Nação brasileira e, nessa situação, entendemos que a internação compulsória, longe de agredir a liberdade do dependente, investe na sua dignidade, pois o encaminha a local próprio e adequado ao seu tratamento.

A responsabilidade é do Estado, da família, e da sociedade no tocante ao uso indiscriminado de drogas, constatando-se que é preciso uma atuação conjunta dos diversos setores da sociedade para assim se obter resultados mais significativos.

É necessário que haja políticas públicas de saúde que visem cuidar da questão do dependente de drogas, mas a principal demanda é a prevenção, a qual deve ser sempre realizada, evitando assim que o indivíduo se torne um dependente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, Luiz Alberto David; JÚNIOR, Vidal Serrano Nunes. **Curso de Direito Constitucional**. São Paulo: Verbatim, 2011.

BRASIL. **Lei Nº. 10.216, de 06 de abril de 2001**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 10 de out. de 2013.

BRITTO, Renata Corrêa. **A internação psiquiátrica involuntária e a Lei 10.216/01. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental**. Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/31/Documentos/tese%20interna%C3%A7%C3%B5es%20involunt%C3%A1ria%20e%20a%20Lei%2010216.pdf>>. Acesso em 24 de out. de 2013.

CAPEZ, Fernando. **Drogas: internação compulsória e educação**. Disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/fsd/opiniaofz1907201108.htm>>. Acesso em 16 de out. de 2013.

CAVALCANTE, Antônio Mourão. **Drogas: Esse barato sai caro: Os caminhos da prevenção**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2003.

COSTA, Alice Albino. **Combate às drogas: internação compulsória**. Disponível em: <http://www.emerj.tjrj.jus.br/paginas/trabalhos_conclusao/1semestre2012/trabalhos_12012/alicealbinocosta.pdf>. Acesso em 17 de out. de 2013.

COSTA, Ileno Izildo da. **Problematização sobre a eficácia da internação compulsória no tratamento da drogadição**. Disponível em: <<http://www.unb.br/noticias/downloads/ATT00013.pdf>>. Acesso em 11 de abril de 2014.

COSTA, Shirley Martins da. **A lei e a internação compulsória**. Disponível em: <<http://asmego.org.br/2013/03/09/a-lei-a-internacao-compulsoria/>>. Acesso em 11 de abril de 2014.

DALLARI, Sueli Gandolfi; JUNIOR, Vidal Serrano Nunes. Políticas de Estado e políticas de governo: o caso da saúde pública. In: BUCCI, Maria Paula Dallari. **Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico**. São Paulo: Saraiva, 2006.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

DIEHL, Alessandra. **Dependência química prevenção, tratamento e políticas públicas**. Disponível em: <<http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=zzivab1phXwC&oi=fnd&pg=PP1&dq=politicasp%C3%BAblicas+para+tratamento+do+dependente&ots=peWtBtje3l&sig=wWAHfTaxIsM9ojiLo84SBKJsvyM#v=onepage&q=politicasp%C3%BAblicas%20para%20tratamento%20do%20dependente&f=false>>. Acesso em 10 de abril de 2014.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2004.

FRANCO, Sandra. **A internação compulsória de dependentes químicos é eficaz?**. Revista Jurídica. Disponível em: <<http://revistavisaojuridica.uol.com.br/advogados-leis-jurisprudencia/84/questao-central-a-internacao-compulsoria-de-dependentes-quimicos-e-290162-1.asp>> Acesso em 10 de abril de 2014.

GALASSI, Almir. **Consumo de drogas e saúde pública, a questão dos dependentes químicos no Brasil**. In SIQUEIRA, Dirceu Pereira; ALVES, Fernando de Brito (org.). **Políticas públicas. Da previsibilidade a obrigatoriedade – uma análise sob o prisma do estado social de direitos**. Birigui: Editora Boreal, 2011.

GOMES, Luiz Flávio. **Lei de drogas comentada artigo por artigo: Lei 11.343, de 23.08.2006**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013.

GRECCO FILHO, Vicente. **Tóxicos: prevenção – repressão**. São Paulo: Saraiva 2009.

JESUS, Damásio E. de. **Lei antitóxicos anotada**. São Paulo: Saraiva, 2005.

LOUGON, Maurício. **Psiquiatria Institucional- do hospício à reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MACHADO, Marcos Henrique. **Prevenção e o combate às drogas ilícitas pela família como fator fundamental de diminuição da violência doméstica**. Disponível em: <<https://www.mpmt.mp.br//storage/webdisco/2011/03/30/outros/908a3ec6c5747c44a11dbaa73ef58eca.pdf>>. Acesso em: 12 de fev. de 2014.

MAPELLI JÚNIOR, Reynaldo; COIMBRA, Mário; MATOS, Yolanda Alves Pinto Serrano de. **Direito Sanitário**. São Paulo: Ministério Público, Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça Cível e de Tutela Coletiva, 2012.

MARCÃO, Renato. **Tóxicos: Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006 – nova lei de drogas**. São Paulo: Saraiva, 2007.

MARQUES, Nadia Rejane Chagas. **O Direito à Saúde no Brasil**. Porto Alegre: Nura Fabris Ed, 2012.

MENDES, Eugenio Vilaça Mendes. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde, 2011.

MENDONÇA, Andrey Borges de; CARVALHO, Paulo Roberto Galvão de. **Lei de drogas: Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006 – comentada artigo por artigo**. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2012.

MOSSIM, Heráclito Antônio. **Habeas corpus**. Barueri: Manole, 2005.

NAVARRO FALLAS, Roman A. **Derecho a la salud: un análisis a la luz del Derecho Internacional, el Ordenamiento Jurídico Costarricense y la Jurisprudencia Constitucional**. San José, Costa Rica: Editorial Juricentro, 2010.

OLIVEIRA, Eudes Quintino de. **A legalidade da internação compulsória de viciados em drogas**. Disponível em: <<http://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI171217,91041-A+legalidade+da+internacao+compulsoria+de+viciados+em+droga>>. Acesso em 15 de abril de 2014.

PEREIRA, Jeferson Botelho. **Tráfico e uso ilícito de drogas: atividade sindical complexa e ameaça transacional**. Leme: J. H. Mizuno, 2012.

PINHO, Rodrigo César Rebello. **Teoria geral da constituição e direitos fundamentais**. São Paulo: Saraiva, 2010.

ROCCO, Rogério. **Organização do crime, comércio das drogas: alternativas à conjuntura**. Rio de Janeiro: DR&A. 1ª ED. 2000.

RODRIGUES, Elaine. **Internação compulsória no caso de drogas**. Disponível em: <http://www.gabinetejuridico.com.br/entrevista_Saude_Lazer.php> Acesso em 10 de abril de 2014.

SANTOS, Maria Ioneide Maciel dos. **Internação compulsória de dependentes de drogas**. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/pdf/cj046167.pdf>> Acesso em 10 de abril de 2014.

SILVA, Amaury. **Lei de drogas anotada**. Leme: J. H. Mizuno, 2012.

SILVA, Antônio Fernando de Lima Moreira da. **Histórico das drogas na legislação brasileira e nas convenções internacionais**. Jus Navigandi, Teresina, ano 16, n.2934, 14 jul. 2011. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/19551>>. Acesso em: 14 de out.2013.

SILVA, César Dário Mariano da. **Lei de drogas comentada**. São Paulo: Atlas, 2011.

SILVEIRA, Dartiu Xavier da. **Deve ser permitida a internação compulsória de viciados em crack?**. Disponível em: <<http://coletivodar.org/2011/06/deve-ser-permitida-a-internacao-compulsoria-de-viciados-em-crack/>>. Acesso em 09 de abril de 2014.

SOARES, Bruno Alexander Vieira. **Ação para internação compulsória**. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:O897qK1wks0J:www-antigo.mpmg.mp.br/portal/public/interno/arquivo/id/32978+&cd=3&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em 11 de abril de 2014.

VALENTE, Manuel Monteiro Guedes. **Consumo de drogas. Reflexões sobre o quadro legal**. 3. ed. Coimbra: Almedina, 2006.

VILELA, Ana Luísa Miranda. **Drogas**. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/Cidasol1/apostila-preveno-as-drogas>>. Acesso em 10 de abril de 2014.