

# **INTERNAÇÃO FORÇADA DO USUÁRIO OU DEPENDENTE DE DROGAS: FUNDAMENTOS JURÍDICOS E LIMITES À ATUAÇÃO JURISDICIONAL**

Haroldo Caetano

Mário Henrique Cardoso Caixeta

**Resumo:** com as alterações trazidas pela Lei nº 13.840/2019, a internação do usuário ou dependente de substâncias psicoativas passou a ter regramento próprio na Lei de Drogas. Prevista exclusivamente nas modalidades voluntária e involuntária, não se admite a internação compulsória. Em face dessas mudanças legislativas, bem como das normas que regulam a atenção em saúde mental no Brasil, notadamente aquelas definidas na Lei Antimanicomial, este artigo se propõe a discutir os atuais limites legais definidos para a internação forçada do usuário ou dependente de drogas.

**Palavras-chave:** internação forçada, internação compulsória, lei de drogas, saúde mental.

## **Introdução**

Tem-se observado, com indigesta habitualidade, determinações judiciais impondo a internação psiquiátrica compulsória de pessoas que fazem uso abusivo ou que sejam adictas de substâncias psicoativas, lícitas ou não, casos em que não raro se rebaixa o usuário de drogas à condição de mero dependente, doente. No afã de eliminar o problema do uso abusivo de drogas, afasta-se o adicto do convívio social e familiar mediante a internação, embora seja tal medida prevista como última opção terapêutica, reservada somente para situações excepcionais em que os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

Não se descartam, por óbvio, os efeitos deletérios decorrentes do uso abusivo dessas substâncias, assim como a importância social do tema, que merece a atenção institucional de todos os órgãos do sistema de justiça. Contudo, e este é o objetivo deste artigo, importa questionar os instrumentos escolhidos no plano jurídico para enfrentá-los ou que, de alguma forma, são utilizados para responder às demandas levadas à apreciação

do Poder Judiciário, principalmente a partir de ações promovidas pelo Ministério Público e pela Defensoria Pública.

É inevitável rememorar nesta discussão o referencial histórico do evento da *Grande Internação*, no distante Século XVII. Michel Foucault demarca a fundação do Hospital Geral de Paris, em 1656, como início da prática que colocava sob o mesmo destino os pobres da capital francesa, “*de todos os sexos, lugares e idades, de qualquer qualidade de nascimento, e seja qual for sua condição, válidos ou inválidos, doentes ou convalescentes, curáveis ou incuráveis*” (FOUCAULT, 2014, p. 49). O hospital geral tinha por escopo recolher, alojar e alimentar aqueles que se apresentassem de espontânea vontade, ou aqueles que para lá fossem encaminhados pela autoridade real ou judiciária, de maneira que poucos anos após a fundação já abrigava o impressionante quantitativo de seis mil pessoas, cerca de 1% da população de Paris à época (cf. FOUCAULT, 2014, p. 55).

Assim como há quase quatrocentos anos, também hoje é perceptível, na prática rotineira da internação psiquiátrica em situações as mais variadas (e não somente em face do uso abusivo de drogas), a preocupação das classes sociais mais abastadas de colocar em ordem o mundo da miséria, o desejo dos religiosos de praticar a caridade e a sempre presente necessidade de reprimir populações tidas como indesejáveis. E, tal qual aconteceu no passado longínquo referido por Michel Foucault, o emprego da internação de maneira indiscriminada resulta também hoje desses fatores que expressam basicamente a dificuldade histórica em lidar com problemas sociais profundos e que agora, no Século XXI, podem ser muito bem identificados na extrema desigualdade social brasileira.

A vulgarização dos pedidos de internação psiquiátrica compulsória, para além de refletir o estado de violência ainda tão presente em algumas rotinas psiquiátricas, é a clara evidência de que o sistema de justiça ainda não se desvencilhou de práticas autoritárias historicamente arraigadas ao tratar de forma simplificadora um tema de veras complexidade. Sabemos, porém, que não há soluções simples para problemas relacionados à atenção em saúde mental, notadamente quando envoltos pela questão da drogadição, como também sabemos que, por mais grave que seja o tema levado à apreciação do Poder Judiciário, a solução deve se dar sem voluntarismos e dentro da estrita legalidade.

A atuação dos juízes, assim como dos defensores públicos e dos promotores de justiça, se dá no plano jurídico, sendo descabida a eventual pretensão desses agentes (jurídicos) em imiscuírem-se nas rotinas terapêuticas da saúde mental e da atenção psicossocial, cujos saberes, seja na medicina, na psicologia, na assistência social, na enfermagem etc., devem ser compreendidos na dimensão e na relevância desses valiosíssimos campos do conhecimento e, da mesma forma, devem ser respeitados os vários profissionais envolvidos nas suas respectivas especialidades. Não é sem razão que o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) chegou a editar o Provimento nº 4/2010, no qual definiu medidas visando “à eficácia e ao bom desempenho da atividade judiciária na implantação das atividades de atenção e de reinserção social de usuários ou dependentes de drogas, nos termos do art. 28, § 7º, da Lei nº 11.343/2006” (BRASIL, 2010). Destaca-se daquele Provimento:

Art. 3º. (...)

§ 2º. A atuação do Poder Judiciário limitar-se-á ao encaminhamento do usuário de drogas à rede de tratamento, não lhe cabendo determinar o tipo de tratamento, sua duração, nem condicionar o fim do processo criminal à constatação de cura ou recuperação.

Conforme a oportuna observação da professora Luciana Musse, “o CNJ reassegura, assim, a ênfase na saúde do usuário ou dependente de drogas, ou seja, prioriza o paradigma biomédico adotado pela Lei de Drogas, em relação ao jurídico-punitivo” (MUSSE, 2018, p. 200). Reafirmando essa posição assumida em 2010, a I Jornada de Direito da Saúde do CNJ, realizada no ano de 2014 em São Paulo, aprovou o seguinte enunciado:

Enunciado nº 1 – Nas demandas em tutela individual para internação de pacientes psiquiátricos e/ou com problemas de álcool, crack e outras drogas, quando deferida a obrigação de fazer contra o poder público para garantia de cuidado integral em saúde mental (de acordo com o laudo médico e/ou projeto terapêutico elaborado por profissionais de saúde mental do SUS), não é recomendável a determinação a priori de internação psiquiátrica, tendo em vista inclusive o risco de institucionalização de pacientes por longos períodos.

Embora seja complexa a matéria, para ela estão muito bem definidos, como se percebe, os limites de atuação do juiz. Importa, pois, pensar a atuação jurisdicional e dos demais órgãos envolvidos à luz das normas jurídicas que a regulam e que devem ser necessariamente observadas. Nesse sentido, destacaremos aqui alguns dispositivos da Lei nº 10.216/2001 e da Lei nº 11.343/2006. Vamos a eles.

## **A atenção em saúde mental no Brasil**

A reforma psiquiátrica pode ser considerada como *“um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria”* (AMARANTE, 1995, p. 87). Na Itália, a Lei 180, de 13 de maio de 1978, que ficou conhecida como *Lei Basaglia*, proibiu a construção de novos hospitais psiquiátricos e passou a regular a internação psiquiátrica, assim como estabeleceu serviços de acolhimento para o atendimento das pessoas com transtornos mentais em meio aberto, o que produziu uma transformação no cenário da assistência à saúde mental, antes baseada no atendimento em estruturas asilares.

Pressionado pelo Movimento da Luta Antimanicomial e inspirado na experiência italiana, o Brasil editou a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, mais conhecida como Lei Antimanicomial ou Lei da Reforma Psiquiátrica, que passou a contemplar no plano normativo o modelo historicamente defendido pelos militantes da Luta Antimanicomial, tendo como diretriz a reformulação das políticas de atenção à saúde mental mediante a transferência do foco do tratamento, que antes se concentrava na instituição hospitalar, para uma rede de atenção psicossocial estruturada em unidades de serviços comunitários e abertos. Desde 2001, todo e qualquer atendimento em saúde mental deve necessariamente obedecer à Lei Antimanicomial, estatuto que traz profunda mudança paradigmática e que resgata a pessoa com transtorno mental como sujeito de direitos. Nesse sentido:

“Fundada na dignidade humana e na liberdade como princípios, a assistência em saúde mental passou a ter como objetivo maior a reinserção social do paciente e deve se dar preferencialmente em meio aberto. De meramente psiquiátrica, a atenção em saúde mental foi ampliada para contemplar o amparo psicossocial do indivíduo, e este, antes manejado feito objeto ao talante de interesses diversos, é agora reconhecido como sujeito, com direitos muito bem definidos; e a internação psiquiátrica, outrora utilizada com objetivos pouco nobres, tornou-se dispositivo dos serviços de saúde, de caráter excepcional e utilizado exclusivamente em benefício daquele mesmo sujeito” (CAETANO, 2019, pp. 125-126).

Destacam-se alguns dispositivos da Lei Antimanicomial como pontos de maior interesse para este trabalho, a começar dos direitos da pessoa com transtorno mental, previstos expressamente no seu art. 2º, parágrafo único:

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:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- 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;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

A centralidade das ações no próprio sujeito, que deve ser tratado com humanidade e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde (inciso II), e a preferência pela utilização de recursos terapêuticos em meio aberto (inciso IX) são corolários do objetivo de reinserção social, que constitui-se como *finalidade permanente* do tratamento, conforme definido no art. 4º:

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

§ 1º. O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º. 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.

§ 3º. É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Das disposições aqui destacadas, sem prejuízo dos demais artigos da própria Lei 10.216, resulta que a segregação manicomial historicamente empregada contra as

pessoas com transtorno mental, e amplamente denunciada pelo Movimento da Luta Antimanicomial, dá lugar agora à atenção em liberdade, à vida em sociedade e no território da cidade. Para tanto, devem atuar os equipamentos da denominada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), objeto de política pública desenhada no âmbito do Ministério da Saúde. Torna-se evidente aqui a importância de estruturação da RAPS, no sentido de contemplar uma série de serviços de atenção à saúde mental, em especial para a instituição dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

### **Limites à internação psiquiátrica: terapêutica é a liberdade**

A Lei 10.216 fez do lema do Movimento Antimanicomial um princípio normativo orientador de toda a política de atenção à saúde mental no Brasil. Todavia, a internação é também um dispositivo previsto nessa mesma lei, o que faz da internação psiquiátrica um recurso terapêutico lícito, embora, repita-se, seja de caráter excepcional. Nesta questão delicada não resta dúvida de que a internação deva acontecer preferencialmente de forma voluntária, de sorte que, sempre que possível, seja precedida da expressa aquiescência do sujeito que a ela irá se submeter. Afinal, é sempre questionável a aplicabilidade de tratamentos obrigatórios ao dependente químico, *“por conta do paradoxo que apresentam, por um ângulo intentam proteger a vida, mas por outro constituem violação da liberdade e punição”* (RUIZ e MARQUES, 2015).

Está na Lei: a liberdade é terapêutica!

Entretanto, a internação também está expressamente prevista na Lei 10.216, sendo um recurso terapêutico possível e eventualmente necessário na atenção em saúde mental, embora seja excepcional e somente aplicável quando outros recursos extra-hospitalares não se mostrarem suficientes para o tratamento. Assim dispõe a Lei:

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.

Nos termos da Lei Antimanicomial, a internação poderá ser voluntária, involuntária e compulsória, esta última definida como sendo a que decorre de uma ordem judicial. Convém ressaltar que uma limitação importante – e quase sempre desprezada – em relação à internação na modalidade compulsória é a necessidade de lei expressa que a admita. É o que se pode deduzir do que estabelece o art. 9º da Lei Antimanicomial:

Art. 9º. A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Ao prever que a internação compulsória seja determinada “*de acordo com a legislação vigente*”, o dispositivo em questão remete à necessidade de previsão legal expressa para que seja juridicamente possível essa modalidade de internação. Como se está diante de norma que pode levar à restrição da liberdade por uma ordem judicial, foi prudente o legislador ao estabelecer tal exigência, de maneira que a internação compulsória só poderá ser determinada, observado o estrito respeito ao devido processo legal, quando houver expressa previsão legal. Cabe aqui lembrar que no direito brasileiro há somente duas hipóteses legais em que se admite a internação psiquiátrica por ordem judicial, ambas em matéria criminal: a internação por força de *medida de segurança* (prevista no art. 96, I, do Código Penal) e a *internação provisória*, prevista como medida cautelar alternativa à prisão no processo penal (art. 319, VII, do Código de Processo Penal). Ainda assim, todavia, mesmo nessas hipóteses legalmente admitidas, a internação compulsória deverá observar a integralidade das normas que regulam a atenção em saúde mental no Brasil, em particular a vedação da internação asilar, manicomial (cf. CAETANO, 2019, pp. 130-131).

É que está proibida em qualquer hipótese a internação em instituições com características asilares (art. 4º, § 3º, da Lei), o que expõe desde uma primeira leitura a ilegalidade da segregação manicomial, de longo prazo e muitas vezes perpétua, e por isso incompatível com a atenção em saúde mental e sem nenhuma sintonia com o objetivo permanente agora indissociável do tratamento, que é a reinserção social do paciente.

“A lógica manicomial dá lugar à lógica da inclusão social em toda a sua plenitude, sem espaço para qualquer exceção no atendimento em saúde mental, de forma que a internação psiquiátrica, seja ela voluntária, involuntária ou compulsória, regular-se-á sempre pelos dispositivos da Lei Antimanicomial. Se os laços familiares e sociais são frágeis quando presente um transtorno mental severo, a ruptura causada por uma internação, particularmente

quando de longa duração, pode simplesmente inviabilizar aquele objetivo maior da reinserção social do indivíduo, o que explica a opção do legislador pelos recursos extra-hospitalares e pela estruturação de uma rede psicossocial de atendimento que se volte para a assistência do sujeito no território, de maneira a envolver e fortalecer os seus vínculos familiares e sociais.” (CAETANO, 2019, p. 127).

Contudo, para o tratamento da dependência química ou do uso abusivo de drogas, lícitas ou ilícitas, a utilização do recurso terapêutico da internação sofre maiores restrições ainda. Com a recente mudança promovida na Lei de Drogas em 2019, o que se deveu à edição da Lei nº 13.840, de 5 de junho daquele ano, o uso terapêutico da internação em relação ao usuário de drogas passou a ter regulamento específico, como discutiremos a seguir.

### **A internação do usuário de drogas**

Seguindo os mesmos princípios orientadores da Lei Antimanicomial, também a Lei de Drogas passou a priorizar o tratamento em liberdade para o usuário ou dependente de substâncias psicoativas, reservando a internação para situações excepcionais. De maior relevância para este artigo, destacamos alguns dos novos dispositivos contemplados com as recentes mudanças naquela Lei:

Art. 23-A. O tratamento do usuário ou dependente de drogas deverá ser ordenado em uma rede de atenção à saúde, com prioridade para as modalidades de tratamento ambulatorial, incluindo excepcionalmente formas de internação em unidades de saúde e hospitais gerais nos termos de normas dispostas pela União e articuladas com os serviços de assistência social e em etapas que permitam:

I - articular a atenção com ações preventivas que atinjam toda a população;

II - orientar-se por protocolos técnicos predefinidos, baseados em evidências científicas, oferecendo atendimento individualizado ao usuário ou dependente de drogas com abordagem preventiva e, sempre que indicado, ambulatorial;

III - preparar para a reinserção social e econômica, respeitando as habilidades e projetos individuais por meio de programas que articulem educação, capacitação para o trabalho, esporte, cultura e acompanhamento individualizado;

(...)

§ 2º. A internação de dependentes de drogas somente será realizada em unidades de saúde ou hospitais gerais, dotados de equipes multidisciplinares e deverá ser obrigatoriamente autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento no qual se dará a internação.

§ 3º. São considerados 2 (dois) tipos de internação:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do dependente de drogas;

II - internação involuntária: aquela que se dá, sem o consentimento do dependente, a pedido de familiar ou do responsável legal ou, na absoluta falta deste, de servidor público da área de



saúde, da assistência social ou dos órgãos públicos integrantes do Sisnad, com exceção de servidores da área de segurança pública, que constate a existência de motivos que justifiquem a medida.

(...)

§ 5º A internação involuntária:

I - deve ser realizada após a formalização da decisão por médico responsável;

II - será indicada depois da avaliação sobre o tipo de droga utilizada, o padrão de uso e na hipótese comprovada da impossibilidade de utilização de outras alternativas terapêuticas previstas na rede de atenção à saúde;

III - perdurará apenas pelo tempo necessário à desintoxicação, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, tendo seu término determinado pelo médico responsável;

IV - a família ou o representante legal poderá, a qualquer tempo, requerer ao médico a interrupção do tratamento.

§ 6º. A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

(...)

§ 9º. É vedada a realização de qualquer modalidade de internação nas comunidades terapêuticas acolhedoras.

§ 10. O planejamento e a execução do projeto terapêutico individual deverão observar, no que couber, o previsto na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Convém ressaltar de início a vedação absoluta da internação do usuário de drogas nas conhecidas comunidades terapêuticas, agora redenominadas pela Lei de Drogas como *comunidades terapêuticas acolhedoras*. Essa regra do art. 23-A, § 9º, é de suma importância principalmente quando se tem em conta a precariedade que tem caracterizado o funcionamento dessas instituições por todo o país, conforme denunciado no Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, trabalho de fôlego realizado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) em parceria com o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC/MPF). Uma restrição muito bem-vinda, portanto, a vedação legal da internação nesses estabelecimentos.

O papel das comunidades terapêuticas, agora expressamente proibidas de funcionar como espaços de internação, foi redefinido pela alteração na Lei de Drogas em 2019 e, não obstante os muitos questionamentos que enfrentam por parte de entidades de defesa dos direitos humanos, a elas foi reservado o trabalho de acolhimento do sujeito que, de forma voluntária, pretende alcançar a abstinência (art. 26-A da Lei de Drogas). Embora não seja o trabalho das comunidades terapêuticas o objeto deste artigo, vale aqui

ressaltar que tais estabelecimentos não se caracterizam como unidades de saúde e que, mais uma vez realçamos, não se destinam à internação, muito menos à internação forçada de quem faz uso abusivo de substâncias psicoativas.

Quando necessária, dispõe agora a Lei de Drogas em seu art. 23-A, § 2º, a internação “*somente será realizada em unidades de saúde ou hospitais gerais, dotados de equipes multidisciplinares*”. De tal sorte, caberá à RAPS a tarefa de oferecer recursos e equipamentos apropriados à internação do dependente químico, a qual só será admitida em unidades de saúde ou leitos de hospitais gerais. Tal dispositivo reforça a já referida natureza sanitária da internação psiquiátrica como recurso terapêutico e, logo, só poderá ser utilizada no interesse exclusivo de beneficiar a saúde do próprio usuário (como antes já previa o art. 2º, parágrafo único, inciso II, da Lei Antimanicomial).

Outra regra trazida pela recente mudança na Lei de Drogas, de extrema relevância nesta discussão, é a não previsão da internação compulsória para o usuário de drogas. Para casos de dependência química ou uso abusivo de substâncias psicoativas só se admitem agora dois tipos de internação: a voluntária e a involuntária. A internação compulsória, prevista na Lei Antimanicomial de forma genérica para pessoas com transtornos mentais, foi deliberadamente retirada do leque de opções definidas na Lei de Drogas para o tratamento do usuário ou dependente químico, de maneira que a internação *por ordem judicial* não é alternativa lícita em face desse sujeito. Entretanto, e aqui está uma regra de ouro, uma vez indicada a necessidade clínica da internação por relatório médico circunstanciado sem que haja o consentimento do indivíduo e não havendo quem por este se manifeste, como exige o art. 23-A, § 3º, inciso II, da Lei de Drogas, poderá o juiz ser chamado a atuar não para impor uma internação, pois não se trata de internação compulsória, que não é sequer admitida legalmente, mas para garantir o pleno acesso à saúde e, caso necessário, para obrigar o poder público ao oferecimento do serviço que muitas vezes é negado por deficiências da própria RAPS. A natureza da internação continua sendo involuntária, o que não muda mesmo quando o juiz é acionado para garantir os direitos e o tratamento adequado da pessoa com transtorno mental.

Convém também enfatizar, ainda a respeito dos limites específicos definidos pela Lei de Drogas para a internação involuntária, a nova regra definida pelo seu art. 23-A, § 5º, inciso III, que estabelece o prazo máximo de 90 (noventa) dias para essa modalidade de internação. Fixado tal limite de forma objetiva, o prazo máximo é fatal,

não sendo admitida a sua prorrogação, de maneira que a internação involuntária cessa inexoravelmente ao término do período máximo legalmente definido.

### **Judicialização do tratamento e a Rede de Atenção Psicossocial**

A judicialização de ações voltadas à internação psiquiátrica de usuários de drogas, em especial quando promovida pelo Ministério Público ou pela Defensoria Pública, sob uma perspectiva metaindividual, reflete de certa forma a desarticulação, desorganização e deficiências da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Tais ações também revelam a dificuldade das instituições do sistema de justiça que são chamadas a atuar no campo da atenção em saúde mental, particularmente quando se discute o uso abusivo de drogas. Essa atuação, muitas vezes fundada em interpretação distorcida de dispositivos da Lei Antimanicomial que, de garantidora de direitos, acaba sendo convertida em instrumento contra o próprio sujeito desses mesmos direitos, não raro resulta em medidas ilegais e sem eficácia, a exemplo da equivocada internação compulsória (agora felizmente proibida na Lei de Drogas), utilizada principalmente em grandes centros urbanos, especialmente para fazer face às aglomerações de populações em situação de rua, que ficaram mais conhecidas como *cracolândias*, espaços que, longe de políticas legalmente orientadas, tornaram-se palco, tal qual acontecia na Paris do longínquo Século XVII, de práticas de higienização populistas, vexatórias e violadoras de direitos humanos.

Nessa conjuntura de difícil enfrentamento, muitos juízes, promotores e defensores públicos, ao promover a internação compulsória como principal meio de enfrentamento à drogadição, acabam por se tornar responsáveis pela perpetuação de um círculo vicioso: famílias desesperadas, geralmente pobres, buscam tratamento para o ente drogadicto, que lhes causa graves transtornos; o promotor de justiça ou o defensor público, com base em um simples relatório médico, requer a internação compulsória; o juiz a defere e, então, o poder público providencia uma clínica privada, nem sempre habilitada para o tratamento adequado da dependência química, para que essa internação ocorra; ao final do período de internação, o usuário retorna à realidade anterior e, sem uma RAPS que lhe dê suporte no seu território, o círculo vicioso tende a se repetir indefinidamente. Tudo isso acontece ao arpejo do Sistema Único de Saúde (SUS), das normas que regem a atenção em saúde mental e, agora também, em desrespeito aos

dispositivos legais que regulam o tratamento do usuário de drogas. Essa prática equivocada custa muito caro e consome boa parte do orçamento dos municípios que, com isso, se veem desobrigados de investir nas políticas estruturantes da RAPS.

Mudar essa prática é o desafio para o qual se faz fundamental a estruturação da Rede de Atenção Psicossocial nos municípios. Importa, nesse sentido, canalizar os recursos públicos (que, pela utilização do instituto da internação compulsória, acabam sendo indevidamente aplicados em internações que não oferecem resultados benéficos a ninguém) para o financiamento dos muitos equipamentos que devem compor a RAPS. Esse desafio se apresenta também para o Poder Judiciário, para a Defensoria Pública e para o Ministério Público, instituições que, não se deixando seduzir pelo caminho simplório de providências coercitivas contra o próprio usuário de drogas, medidas essas ineficazes do ponto de vista terapêutico e que se mostram extremamente dispendiosas para o poder público, devem passar a atuar no sentido de compelir os municípios para que estruturem suas respectivas redes de atenção psicossocial. Afinal, é a RAPS a política pública de saúde mental instituída pelo SUS e, seguindo essa linha de ideias, tem-se que qualquer intervenção nos serviços de atenção às pessoas com necessidades decorrentes do consumo abusivo de drogas, lícitas ou ilícitas, deve passar, necessariamente, pelo diagnóstico e compreensão da RAPS, identificando eventuais deficiências de equipamentos, de serviços, da articulação entre os diversos setores envolvidos e suas respectivas potencialidades.

Conforme dispõe a Portaria de Consolidação nº 3 do Ministério da Saúde, de 28 de setembro de 2017, a Rede de Atenção Psicossocial tem por finalidade, no âmbito do SUS, a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção em saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluídas aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A RAPS é constituída pelos seguintes componentes: I – Atenção básica em saúde: unidade básica de saúde (UBS), equipes de atenção básica, equipes de atenção básica para populações específicas, equipe de consultório na rua, núcleo de apoio à saúde da família (NASF) e centros de convivência e cultura; II – Atenção psicossocial: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), equipe multiprofissional de atenção especializada em saúde, unidades ambulatoriais especializadas; III – Atenção de urgência e emergência: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), sala de estabilização, unidade de pronto atendimento (UPA), pronto socorro em de hospital geral; IV – Atenção residencial de caráter transitório: unidade de acolhimento e serviços de

atenção em regime residencial; V – Atenção hospitalar: unidade de referência especializada em hospital geral, hospital psiquiátrico especializado, hospital dia; VI – Estratégia de desinstitucionalização: serviços residenciais terapêuticos; V – Estratégias de reabilitação social: iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

Quanto às comunidades terapêuticas acolhedoras, segundo a nova definição trazida pelas recentes mudanças na Lei de Drogas, convém destacar que, mesmo não tendo a natureza de unidades de saúde, são estabelecimentos que integram a RAPS na condição de serviço de atenção em regime residencial.

Também os serviços do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) integram a política de atenção ao usuário de drogas, devendo atuar, nos dizeres do art. 3º, § 2º, da Lei de Drogas, em articulação com o SUS. O art. 23-A determina que o tratamento do usuário ou dependente de drogas deverá ser ordenado em uma *“rede de atenção à saúde, com prioridade para as modalidades de tratamento ambulatorial, incluindo excepcionalmente formas de internação em unidades de saúde e hospitais gerais nos termos de normas dispostas pela União e articuladas com os serviços de assistência social”*.

O que se tem, portanto, é que a atual Lei de Drogas prevê, explicitamente, o tratamento ordenado em rede de atenção à saúde (e de assistência social), o que fatalmente nos remete à RAPS, entendimento que se reforça pelo disposto no § 2º daquele mesmo artigo 23-A, ao estabelecer que a internação dos dependentes de drogas somente será realizada *“em unidades de saúde ou hospitais gerais, dotados de equipes multidisciplinares”*. Prevê também a mesma Lei que a atenção ao usuário ou dependente de drogas na rede de atenção à saúde dependerá de avaliação prévia por equipe técnica multidisciplinar e multissetorial e da elaboração de um Plano Individual de Atendimento – PIA (art. 23-B), o que realça a importância dos CAPS nesse atendimento.

## **Conclusões**

De todo o exposto, embora sem qualquer pretensão de exaurimento do assunto, podemos extrair algumas conclusões importantes e que merecem ser destacadas:

1. A atenção à saúde do usuário ou dependente de drogas deve ser realizada de forma a respeitá-lo como sujeito de direitos e guardar sintonia com os direitos fundamentais da pessoa humana, não comportando soluções autoritárias ou que não estejam lastreadas na estrita legalidade;
2. A liberdade, a autonomia do sujeito e o respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana são princípios orientadores das políticas sobre drogas, o que faz do tratamento ambulatorial a modalidade prioritária na assistência à saúde do usuário ou dependente de drogas;
3. A internação somente poderá ser utilizada em caráter excepcional e, preferencialmente, de forma voluntária, mediante a expressa aquiescência do sujeito. Porém, quando necessária e indicada por relatório médico que justifique os seus motivos, deverá ser realizada em unidades de saúde, sendo absolutamente vedada a internação em comunidades terapêuticas;
4. Deliberadamente afastada a possibilidade jurídica da internação compulsória, a internação do usuário de drogas só será admitida nas modalidades voluntária e involuntária;
5. A internação involuntária perdurará exclusivamente pelo tempo necessário à desintoxicação e terá o prazo máximo e improrrogável de 90 (noventa) dias;
6. A judicialização da atenção em saúde mental, no plano individual, deve sempre e necessariamente ter em vista que o usuário de drogas ou dependente químico é sujeito de direitos, devendo o tratamento orientar-se no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde. Normas legais garantidoras de direitos, especialmente aquelas que estão previstas na Lei de Drogas e na Lei Antimanicomial, não podem ser utilizadas contra o titular desses mesmos direitos;
7. O juiz não está autorizado por lei a impor a internação compulsória de quem faz uso abusivo de drogas. Contudo, poderá ser acionado para garantir o seu pleno acesso à saúde e, se necessário, para obrigar o poder público ao oferecimento dos serviços de atenção em saúde mental que muitas vezes são negado por deficiências da RAPS;
8. No âmbito da atuação em saúde mental, as ações do Ministério Público e da Defensoria Pública, assim como as decisões proferidas pelo Poder Judiciário, devem priorizar medidas de estruturação da Rede de Atenção Psicossocial.

### **Haroldo Caetano**

Graduado em Direito (PUC-GO), mestre em Ciências Penais (UFG), doutor em Psicologia (UFF). Promotor de Justiça do Ministério Público do Estado de Goiás.

### **Mario Henrique Cardoso Caixeta**

Graduado em Direito (UFU), especialista em Criminologia, Segurança Pública e Política Criminal (Uniderp), mestre em História (PUC-GO). Promotor de Justiça do Ministério Público do Estado de Goiás.

### **Referências:**

AMARANTE, Paulo (coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil (livro eletrônico). 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Provimento nº 4**, de 26 de abril de 2010. Brasília: CCNJ, 17 jun. 2010.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Diário Oficial da União**. Brasília, p. 2, 9 abr. 2001.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.343/2006, de 23 de agosto de 2006. **Diário Oficial da União**. Brasília, p. 2, 24 ago. 2006.

\_\_\_\_\_. Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2017.

CAETANO, Haroldo. **Loucos por liberdade**: direito penal e loucura. Goiânia: Escolar, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. Brasília: CFP, 2018.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura**. 10. ed. São Paulo: Perspectiva, 2014.

MUSSE, Luciana Barbosa. Internações forçadas de usuários e dependentes de drogas: controvérsias jurídicas e institucionais. *In*: **Comunidades terapêuticas**: temas para reflexão. Org. Maria Paula Gomes dos Santos. Rio de Janeiro: IPEA, 2018.

RUIZ, Viviana Rosa Reguera; MARQUES, Heitor Romero. A internação compulsória e suas variáveis: reflexões éticas e socioculturais no tratamento e reinserção do paciente na sociedade. *In: Revista Psicologia e Saúde*. V. 7, n. 1. Campo Grande, jun. 2015.