



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MAYARA MOTA MARTINS

**INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DE DEPENDENTES QUÍMICOS: A VISÃO DO
DIREITO SANITÁRIO**

Ceilândia/DF
2013

MAYARA MOTA MARTINS

**INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DE DEPENDENTES QUÍMICOS: A VISÃO DO
DIREITO SANITÁRIO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, como requisito para obtenção do Grau de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa^a Dra. Silvia Badim Marques

Ceilândia/DF
2013

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, por me permitir chegar até aqui apesar das incertezas e ter me sustentado durante esses quatro anos e meio.

À minha família que sempre me apoiou e nunca mediu esforços para me proporcionar a melhor educação possível. Em especial à minha mãe Alcineide, com quem eu sempre pude contar, e que sempre lutou incessantemente pela minha felicidade. Sem ela nada disso seria possível.

À minha orientadora Silvia Badim, agradeço pelo auxílio e paciência durante todo o ano, pela disponibilidade e pelos ensinamentos, e por ter ajudado a despertar em mim o interesse pelo Direito.

RESUMO

O Direito à saúde no Brasil é uma conquista recente trazida pela Constituição Federal de 1988, já que antes esse direito era condicionado à trabalhadores formais e à contribuição previdenciária. Com o advento da Constituição a saúde se torna um direito social a ser garantido de forma integral e universal. O Direito Sanitário surge como um campo do direito que versa sobre a regulamentação das ações que envolvam o direito à saúde. Nesse cenário, a judicialização da saúde aparece como um fenômeno importante de busca pelas ações e serviços de saúde, ocorrendo nesse caso pela via judicial. A internação compulsória de dependentes químicos é uma das demandas presentes nesse fenômeno. O objetivo principal desse estudo foi analisar as decisões judiciais nos processos de internação compulsória propostos pela Defensoria Pública do Distrito Federal para verificar como o direito à liberdade e ao consentimento do dependente químico é relativizado nesses casos.

Palavras-chave: Direito à Saúde; Direito Sanitário; Judicialização da Saúde; Internação Compulsória;

ABSTRACT

The Right to Health in Brazil is a recent conquest brought by the Federal Constitution of 1988, since before that right was conditioned on formal workers and social security contributions. With the advent of the Constitution health becomes a social right to be guaranteed full and universal. The Health Law emerges as a field of law that deals with the regulation of actions involving the right to health. In this scenario, the legalization of health appears as an important phenomenon for the actions of search and health services, occurring in this case through the courts. The compulsory hospitalization of drug addicts is one of the demands present in this phenomenon. The main objective of this study was to analyze the judgments in compulsory admission procedures proposed by the Federal District's Public Defender Office to verify how the right to freedom and consent of chemically dependent is relativized in these cases.

Keywords: Right to Health; Health Law; Legalization of Health; Compulsory Hospitalization;

SUMÁRIO

1. Introdução	7
2. Objetivos	14
3. Justificativa	15
4. Metodologia	16
5. Resultados	18
5.1 O que é a internação compulsória.....	18
5.2 Análise das decisões.....	35
6. Discussão	43
a. Internação compulsória e a Reforma Psiquiátrica.....	43
b. Internação compulsória e o conflito de direitos.....	50
c. Programa “Crack, É Possível Vencer!”	51
7. Considerações Finais	52
Referências	54

1. INTRODUÇÃO

O Direito a saúde no Brasil é uma conquista recente, sobretudo no que se refere à sua concepção, que antes da CF/88 se restringia ao acesso a serviços que se relacionavam diretamente com a assistência à saúde, e somente para os trabalhadores formais, que contribuía para a Previdência Social. O direito à saúde antes de 1988, portanto, era garantido de forma condicionada, somente mediante contribuição previdenciária, e abrigava apenas o direito à prestações médicas, que não incluíam outras garantias de saúde como a proteção e à promoção à saúde.

Isso se deve principalmente à visão e prática puramente biomédica que vigorava de forma mais expressiva no Brasil e que não considerava os determinantes da saúde, hoje reconhecidos como aspectos que devem ser observados no momento de elaborar uma política de saúde, por exemplo.

Esses determinantes são alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990). Dessa forma a garantia do direito a saúde não é tarefa simples devido ao fato da saúde não ser a simples ausência de doença, mas sim um estado de bem-estar que é garantido mediante a manutenção dos fatores supracitados.

E, neste sentido, a Constituição Federal de 1988 positiva o direito à saúde no Brasil como um direito social, que deve ser garantido a todos os cidadãos brasileiros, indistintamente, de forma integral e universal, através da elaboração de políticas públicas e prestação de serviços públicos de saúde que garantam a assistência, prevenção e promoção da saúde.

Desta forma, percebe-se que a tarefa do Estado é grande, no que se refere à garantia desse direito. Estudo realizado mostra um aspecto interessante do ordenamento jurídico brasileiro: a Constituição Brasileira garante aos cidadãos o Direito à Saúde, enquanto que outros países garantem o direito aos serviços de saúde. (BELLATO, 2012). Isso mostra o quão complexo é o processo de garantia

desse direito no Brasil, onde o Estado assume o papel de grande garantidor desse direito, devendo prestar serviços de saúde sob a perspectiva integral, universal e que alcance todas as dimensões do processo saúde-doença.

O Direito a saúde no texto constitucional foi um avanço trazido pelo Estado Democrático de Direito. Como salienta Machado (2009, p.358):

A ideia de Estado Democrático de Direito relaciona-se à necessidade de superação das desigualdades sociais e regionais e à instauração de um regime democrático que, efetivamente, realize a justiça social.

Assim rompeu-se com a lógica vigente até então no Brasil, de uma cidadania regulada, onde o acesso às ações e serviços de saúde era vinculado à contribuição previdenciária, e de forma fragmentada na sua concepção de saúde. Hoje esse acesso é garantido a todos os cidadãos, de forma integral, universal e gratuita, independentemente da condição pessoal de quem busca atendimento. Dessa forma é necessário compreender o direito à saúde como um direito de cidadania.

Como já salientado, o Direito a Saúde encontra-se positivado na Constituição Federal de 1988 desde a sua promulgação, se constituindo em um dos Direitos Sociais garantidos a todos (CF Art. 6º, caput).

Esse direito previsto constitucionalmente é regulamentado por diversas Leis como a Lei 8080/90, Lei 8142/90 entre outras. A Lei 8080/90 – Lei Orgânica da Saúde, regula os serviços de saúde no território nacional e institui o Sistema Único de Saúde (SUS). Em seu Art. 2º, estabelece que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (BRASIL, 1990). Dessa forma a lei define as atribuições de cada esfera de governo para permitir que o cidadão exerça efetivamente esse direito.

O tema da saúde é tratado ainda em seção especializada na Constituição Federal, nos artigos 196 a 200. Nesse contexto a CF afirma que a saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantido por meio de políticas instituídas por este (artigo 196). O artigo 198, por sua vez, estabelece as diretrizes do SUS: descentralização, atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, e participação popular, que devem ser alcançadas através da

estruturação de um rede regionalizada e hierarquizada. Paim (2009, p.13) define sistema de saúde como “o conjunto de agências e agentes cuja atuação tem como objetivo principal garantir a saúde das pessoas e das populações”.

Segundo a Lei 8080/90 o Sistema Único de Saúde é constituído por um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.

Nesse âmbito surge o Direito Sanitário, como campo de estudo que versa, entre outros aspectos, sobre a regulamentação das ações que envolvam o direito à saúde. Aith (2007) traz em sua obra conceitos e abordagens referentes ao Direito Sanitário, que se mostra como uma vertente do Direito brasileiro, surgindo em meio à uma comunicação que acontece na sociedade com relação às questões de saúde. Cabe ressaltar que, segundo o autor, o Direito em si é uma ciência que possui função social na medida em que exerce um papel de modificador da realidade, pois possui elemento ligado à ideia de promoção da justiça social, contribuindo para o desenvolvimento da qualidade de vida dos cidadãos. O Direito é um mecanismo utilizado pela sociedade a fim de consolidar seus valores principais.

O Direito Sanitário se apresenta como um campo da ciência jurídica que responde às diversas buscas sociais referentes à saúde. Ele “se destina a compreender como é que se opera a tradução jurídica feita pelo Direito no que se refere às preocupações da sociedade com a saúde” (AITH, 2007, p.43). Representa um conjunto de normas que regulam a promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas.

Alguns princípios norteiam as reflexões que envolvem o Direito a Saúde/ Direito Sanitário, e, portanto, devem ser observados na elaboração das políticas de saúde, e na prestação correspondente desses serviços. O primeiro deles é o Princípio da Proteção da Dignidade da pessoa humana (CF Art. 1º, III) que tem grande importância e deve ser observado pelo aplicador do direito, já que com base nele a pessoa deve ter sua dignidade protegida e isso implica falar também da saúde desse indivíduo. O segundo princípio é o Princípio da Liberdade presente na CF/88 Art. 5º inciso II que também deve ser levado em consideração no processo

que envolve a garantia das ações de saúde, pois de acordo com esse artigo ninguém pode ser obrigado a fazer ou deixar de fazer algo senão em virtude de lei.

Outro princípio é o da Igualdade e Equidade. A igualdade em sua interpretação formal se refere à igualdade de todos perante a lei (CF/88 Art 5º, caput), e a Equidade determina que as pessoas iguais sejam tratadas igualmente, e que os desiguais sejam tratados na medida de suas desigualdades, ou seja, leva em consideração as particularidades de cada indivíduo.

Existem outros princípios que não estão expressos na Constituição, mas que também devem ser aplicados no âmbito do direito a saúde. Um deles é o Princípio da Segurança Sanitária que deve ser observado em todas as atividades de interesse da saúde e diz respeito à importância de trabalhar na redução dos riscos em atividades que se relacionem com a saúde. Outro é o Princípio do Consentimento e da Autonomia, que se relaciona com o princípio da liberdade, porém esse princípio pode ser relativizado em algumas situações específicas (AITH, 2007).

Há ainda o Princípio da Democracia Sanitária que traz a questão da participação popular no SUS, como modo de validação democrática das políticas de saúde. Por fim o Princípio da Informação que diz que todos têm direito de acesso à informação, desde suas informações pessoais coletadas em serviços de saúde, até informações políticas que não sejam protegidas por questões de segurança nacional.

Nesse contexto, a busca pelo Direito à Saúde tem trazido ao cenário atual um fenômeno que está em evidência no Distrito Federal, chamado de Judicialização da Saúde. Este pode ser entendido como “um fenômeno amplo e diverso de reclame de bens e direitos nas cortes: são insumos, instalações, medicamentos, assistência em saúde, entre outras demandas protegidas pelo direito à saúde” (PENALVA et al, 2011, p.8).

O cidadão que busca o serviço de saúde, ao receber uma negativa na via administrativa, pode recorrer ao Poder Judiciário no intuito de ter seu direito atendido. No que diz respeito à judicialização, questões como o acesso a

medicamentos e a leitos de UTI têm chamado a atenção por serem bens frequentemente solicitados na via judicial.

O Judiciário, no exercício de sua função típica, busca solucionar conflitos que são demandados pela população. De acordo com o Princípio da Inércia, o Poder Judiciário só poderá agir na resolução da lide mediante provocação: “Nenhum juiz prestará a tutela jurisdicional senão quando a parte ou o interessado a requerer, nos casos e forma legais”. (BRASIL, 1973). Dessa forma, para que o indivíduo tenha o auxílio do judiciário na garantia do seu direito à saúde é preciso que ele utilize os meios de assistência disponíveis.

Essa assistência pode ser encontrada em instituições jurídicas como a Defensoria Pública. Segundo Asensi (2010, p. 53):

A Defensoria Pública consiste num serviço de assistência judiciária que visa a possibilitar o acesso de hipossuficientes (pessoas menos favorecidas financeiramente) aos seus direitos. Presta, assim, serviços de assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovem insuficiência de recursos.

Nesse sentido a Defensoria Pública trabalha na promoção dos direitos e na defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos. Por isso se constitui como Função Essencial à Justiça, descrita na Constituição, ao lado do Ministério Público e da Advocacia Pública.

No exercício dessas atribuições a Defensoria desempenha papel fundamental na prestação jurisdicional porque permite que pessoas que não têm condições de arcar com os custos de um advogado também possam reivindicar seus direitos e não sejam lesados pela escassez de recursos.

Além disso, contribui para o exercício da cidadania ao facilitar o acesso à justiça e permitir que as pessoas lutem por seus direitos, como ensina Asensi (2010, p.51, grifo do autor): “O esforço para a garantia do direito à saúde remete ao próprio processo de *cidadanização*, ou seja, o processo de tornar garantias formais efetivamente exercidas pelos atores sociais em seu cotidiano”.

Diante desse cenário uma problemática vem surgindo e está cada vez mais em destaque que é o grande número de pessoas que se tornam dependentes de

substâncias químicas e as estratégias que estão sendo adotadas pelo Estado frente a esse assunto.

De acordo com a Lei 10216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, estes têm seus direitos assegurados sem qualquer forma de discriminação. A pessoa com transtorno mental tem direito ao acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, e a ser protegida contra abuso ou exploração. A Lei define ainda os tipos de internação psiquiátrica: a internação voluntária, que se dá com o consentimento do usuário; a involuntária, sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; a compulsória, que é determinada pela justiça.

O Princípio do Consentimento ou da Autonomia (princípio do Direito Sanitário) estabelece que o paciente é protegido contra possíveis atitudes arbitrárias dos agentes de saúde. Por este princípio, revela-se fundamental que o paciente de qualquer serviço de saúde, em condições de firmar seu consentimento, expresse se deseja, ou não, receber uma intervenção em seu corpo, a fim de cuidar de sua saúde.

Para que expresse validamente este consentimento, o paciente-cidadão deve ser maior de idade perante o direito civil (Art. 5º do novo Código Civil reduziu a capacidade civil plena dos 21 anos completos para os 18 anos completos) e possuir condições psíquicas para firmar seu posicionamento. Nos casos de não possuir essas condições, o responsável legal que deve o fazer, sendo os pais ou quem por eles responder no primeiro caso e o tutor ou responsável legal no segundo, que pode decidir validamente pela pessoa sem capacidade de consentimento.

Esse princípio está ligado diretamente ao princípio da dignidade da pessoa humana e ao princípio da liberdade. A internação compulsória desses dependentes tem sido alvo de discussão justamente devido a esse conflito entre a liberdade da pessoa e a determinação que ela seja internada compulsoriamente.

Temos assistido uma crescente internação compulsória de dependentes químicos no Brasil e também no Distrito Federal. E isso nos faz questionar em que ponto essa internação fere ou não a autonomia dos dependentes químicos, principalmente os usuários de álcool e drogas, para firmarem seu consentimento. Como o direito vê os usuários de álcool e drogas e como relativiza seu

consentimento, e como os gestores vem empreendendo cuidados de saúde com esses cidadãos, é ponto indagação e estudo.

Assim, é necessário um amadurecimento dessa discussão que é de grande relevância para o campo da saúde.

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral: Analisar as decisões judiciais nos processos de internação compulsória de competência da Defensoria Pública do DF para verificar como os direitos à liberdade e ao consentimento dos dependentes químicos são relativizados nos casos de internação compulsória.

Objetivos Específicos:

- Realizar levantamento dos processos de internação compulsória propostos pela Defensoria Pública do DF.
- Analisar as decisões levando em consideração o princípio da autonomia e consentimento.
- Analisar as decisões judiciais sob a ótica do Direito Sanitário.
- Apontar a relação entre essas decisões judiciais e a política de saúde mental no Distrito Federal

3. JUSTIFICATIVA

A questão do consumo excessivo de drogas está em evidência no Brasil. O impacto na vida social é inevitável já que essas pessoas deixam o emprego e a família em função das drogas. A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2004, p.5) afirma:

O enfrentamento desta problemática constitui uma demanda mundial: de acordo com a Organização Mundial de Saúde, cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo, consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo.

O consumo abusivo de drogas é um problema de saúde pública no Brasil que requer atenção das mais diversas áreas de competência do poder estatal entre elas a própria área da saúde e a área do direito.

A internação compulsória de dependentes químicos é uma questão que vem tomando espaço nas discussões no Brasil, principalmente no que se refere aos usuários de drogas que causam dependência rapidamente, como o crack. A polêmica surge a partir do momento que se reflete a respeito da autonomia do dependente. Como sua dependência atinge níveis tão graves a ponto de ele ter seu direito relativizado e ser internado contra sua vontade?

Como já explicitado, o direito à saúde está previsto na Constituição Federal como um Direito Social, assim como o direito de não ser obrigado a fazer ou a deixar de fazer algo senão em virtude de lei – Princípio da Liberdade, do qual decorre, também, o princípio do Consentimento e da autonomia. Nos processos de internação compulsória de dependentes químicos esses direitos entram em conflito, já que com a internação ocorre também a relativização da autonomia do usuário.

Sendo assim, é importante fazer uma reflexão sobre como a internação compulsória de dependentes químicos ocorre sob a visão do Direito Sanitário, e como acontece essa relativização nas vias legais, levando em consideração os princípios do Direito Sanitário em associação com os direitos positivados na Constituição e nas leis relacionadas ao tema.

4. METODOLOGIA

A pesquisa apresentada é de abordagem qualitativa-quantitativa, descritiva desenvolvida como análise documental, tendo como documento o texto eletrônico das decisões judiciais em primeira instância de demandas de internação compulsória de competência da Defensoria Pública do Distrito Federal – Núcleo de Saúde.

A pesquisa qualitativa tem caráter exploratório e valoriza aspectos subjetivos e particularidades das informações obtidas pelas amostras, produzindo conhecimento novo. Esta trabalha com aspectos da realidade que não podem ser quantificados. Nesse caso os dados são retratados destacando-se pontos tidos como mais importantes para a pesquisa. De acordo com Turato (2005, p.509):

No contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo a qual não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas.

Já as pesquisas quantitativas se caracterizam por utilizarem instrumentos padronizados para coleta de dados e apuram questões objetivas como opiniões explícitas de entrevistados. Os resultados desse tipo de pesquisa podem ser quantificados. Na pesquisa quantitativa são utilizados métodos estatísticos para auxiliar na interpretação desses resultados. Propõe-se neste trabalho a utilização conjunta da pesquisa qualitativa e quantitativa de forma que as duas abordagens sejam complementares.

Os processos foram selecionados através de uma lista disponibilizada pela Defensoria Pública, de onde foram tirados os processos de Internação Compulsória e seus respectivos números. Por meio do número dos processos foi possível ter acesso às decisões através do site do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (<http://www.tjdft.jus.br/>). Foi elaborado um Formulário de coleta de dados (Anexo) onde constam características relativas aos processos judiciais que fazem parte do objeto de estudo.

As informações do formulário se referem à: tipo de ação pleiteada, decisão (deferido ou indeferido), data da decisão e principais argumentos utilizados pelo juiz. A partir da leitura das decisões foram identificados os principais argumentos a fim de preencher os campos do formulário. A coleta de dados teve duração de um mês.

As decisões judiciais utilizadas neste trabalho fazem parte de processos de domínio público. Decisões de processos sigilosos ou em segredo de justiça não fazem parte do estudo.

5. RESULTADOS

5.1. O que é a internação compulsória

A Lei nº 10216 de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, determina os tipos de internação psiquiátrica as quais o indivíduo está sujeito e em quais circunstâncias elas podem acontecer.

De acordo com essa lei, são modalidades de internação psiquiátrica: a internação voluntária (se dá com o consentimento do usuário); a internação involuntária (se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro); a internação compulsória (determinada pela justiça). De acordo com um dos juízes, por ser determinada pela justiça a internação compulsória não exige autorização de familiares:

Nos casos de internação compulsória, dada a gravidade dos males que acometem o paciente, justifica-se a dispensa da consulta prévia de seus familiares na determinação da internação, pois nesses casos o legislador atribuíra ao Estado-Juiz a competência para determinar a medida quando se afigurar necessária e justificada, já que, mesmo na ausência dos familiares, o Estado não pode se eximir do seu dever constitucional de zelar pela saúde dos cidadãos (CF, art. 196).

O Art. 9º da lei estabelece que 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.

Com a definição clara desses parâmetros a lei impede que a internação compulsória seja determinada de forma arbitrária ou sem a observação de aspectos importantes para o bem-estar do paciente e das outras pessoas que fazem tratamento no local.

É de suma importância que esses pontos sejam observados para que não sejam adotadas medidas abusivas no processo de internamento e no próprio

tratamento. Tendo isso em vista a lei veda expressamente a internação de portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares. A instituição destinada a receber o usuário deve oferecer assistência integral à ele, não se restringindo a cuidados médicos, mas também assistência social, ocupacional, atendimento psicológico entre outros.

Além disso, a instituição deve garantir a proteção dos direitos do paciente, elencados no Art. 2º da Lei 10216, entre eles (BRASIL, 2001):

Ser tratado 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; ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

O Art. 4º afirma que seja qual for o tipo de internação, essa ocorrerá mediante laudo médico e somente quando esgotados os meios de tratamento extra-hospitalares. Afirmam Lima e Sá (2009, p.88):

Este artigo traduz a opção legislativa no sentido de limitar as internações psiquiátricas, inspirado em um movimento da Psiquiatria que defende que a interação do doente na sociedade é considerada parte do processo de tratamento e/ou cura.

Esse ponto reforça ainda mais a relevância que se dá à vida em sociedade, sendo que essa segregação somente poderá ocorrer em casos extremos para que seja considerada legítima.

Como foi visto, a internação compulsória acontece por meio de uma decisão da justiça que determina o confinamento do usuário em uma instituição que ofereça tratamento psiquiátrico. Os indivíduos considerados viciados em substâncias tóxicas, para fins dessa lei, são equiparados a pessoas com transtornos mentais.

De acordo com Fortes (2010, p.322):

Os conceitos de saúde mental abrangem entre outras coisas, o bem-estar subjetivo, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa.

Nesse ponto o conceito de saúde mental não se restringe à ausência de perturbações de ordem mental, abrangendo aspectos diversos.

O impacto do uso de drogas na vida das pessoas que convivem com esse problema é grande. Não são raras as histórias de famílias que são desestruturadas por causa do uso abusivo de drogas. Com o passar do tempo o usuário se torna cada vez mais dependente e esse processo é acompanhado de mudanças em sua personalidade evidenciadas por comportamento agressivo por exemplo. Para sustentar o vício muitos roubam os próprios pais, vendem objetos da casa e começam a cometer furtos e roubos. Na medida em que a situação se agrava alguns não voltam para casa todos os dias e por fim acabam morando na rua.

Acórdão recente do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT) atesta essa situação:

“Narra a autora que seu filho é usuário de drogas ilícitas, apresentando corriqueiramente comportamento agressivo. Relata que seu filho encontra-se em situação precária, pois permanece nas ruas por vários dias e envolve-se com criminalidade.”

É evidente a situação de perigo em que o indivíduo coloca a si e aos outros, como explicitado no mesmo Acórdão:

“Colhe-se também da vestibular que o envolvimento com traficantes veio até mesmo a provocar a morte de outro filho da Agravada, que nem mesmo era usuário de drogas.”

Em outro Acórdão é possível observar as dificuldades pelas quais passam os familiares em um momento de crise do dependente:

A curadora, pessoa idosa, contando atualmente com sessenta e sete anos de idade, não é mais capaz de conter a agressividade do agravado, tendo juntado ocorrências policiais, além de resenhas de comunicação de quando foi necessária chamar a Polícia Militar e o Corpo de Bombeiros para conter o agravado. O agravado chegou a tal ponto que agride sua curadora, destrói sua própria residência e não faz uso dos medicamentos indicados.

Nesse contexto de desespero muitos familiares não enxergam outra solução para o problema se não recorrer a uma internação em instituição psiquiátrica. Porém

o tema da internação envolve algumas questões que precisam ser esclarecidas. Uma dessas questões diz respeito à observância do Princípio do Consentimento e da Autonomia nesses casos.

O Princípio da Autonomia se refere à liberdade do indivíduo de decidir se quer ou não se submeter a determinado tratamento de saúde proposto pelo médico. Como explica Giostri (2003, p. 267): “Isso significa a capacidade que o indivíduo tem de se autogovernar, de poder escolher, de avaliar suas possibilidades, direitos e deveres, sem restrições internas ou externas”.

Esse princípio se relaciona diretamente com o princípio da liberdade e da dignidade da pessoa humana presente na Constituição Federal de 1988 e também na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90) que determina que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados que integram o SUS devem obedecer, entre outros pontos, a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral.

O Consentimento se mostra como uma forma de exercer essa autonomia. Dispõe a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2011) em seu Art. 5º que toda pessoa tem direito a:

O consentimento livre, voluntário e esclarecido a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo nos casos que acarretem risco à saúde pública, considerando que o consentimento anteriormente dado poderá ser revogado a qualquer instante, por decisão livre e esclarecida, sem que sejam imputadas à pessoa sanções morais, financeiras ou legais;

Dessa forma o usuário se encontra protegido de decisões médicas arbitrárias e tem plena liberdade para não dar o consentimento ou retirá-lo posteriormente, sendo sujeito ativo no próprio tratamento. Como ensina Ribeiro (2006, p.1749, grifo do autor) “Fala-se, hoje, em *empowerment health*, apoderamento sobre a saúde, ou seja, o paciente conquistou o poder de tomar decisões sobre sua saúde e sua vida; de sujeito passivo passou a titular do direito”.

Nesse ponto, todos possuem o direito a autonomia e ao consentimento esclarecido, porém nem todos possuem a capacidade de exercício desses direitos. “Capacidade é o critério legal que indica ser um indivíduo capaz de tomar decisão autônoma e válida” (FORTES, 2010, p.327).

O Código Civil brasileiro em seu Art. 4º elenca aqueles que são relativamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil, entre eles estão “os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido”.

Aqui é possível perceber que os dependentes de substâncias entorpecentes não possuem o discernimento necessário para realizar os atos da vida civil sem assistência sendo, portanto, considerados relativamente incapazes. Portanto, essas pessoas não conseguem deliberar sobre seu próprio tratamento nem sobre sua própria vida sem o auxílio de outra pessoa. De acordo com Silva (2003):

O consentimento informado para ter validade depende da capacidade civil para a manifestação da vontade. Ainda que do ponto de vista ético-filosófico possamos reconhecer a capacidade de autodeterminação dos civilmente incapazes, não terá validade jurídica o consentimento manifestado por quem não tenha capacidade civil.

O dependente químico não possui, portanto, essa capacidade de decisão. Aith (2007, p.258) explica:

O paciente deve ter condições para compreender o tratamento que lhe é proposto bem como para expor a sua aprovação de forma esclarecida. O consentimento deve ser dado pelo paciente e apenas quando este não estiver em condições físicas ou mentais para exprimi-lo (ou negá-lo) é que o consentimento poderá ser dado por pessoas próximas ou por representantes legais.

É importante dizer que, nas decisões analisadas, foi verificado que nem todas as pessoas para as quais se pleiteia a internação estão interditadas ou em processo de interdição. Um dos juízes explica que, pelas normas que se aplicam à matéria, a pessoa não precisa estar necessariamente interditada:

Cumprir destacar que a legislação de regência não exige a prévia interdição civil do dependente químico para fins de se proceder à internação compulsória, razão pela qual o genitor é parte legítima a pleitear a internação de filho maior, quando demonstrada a dependência química que macule a manifestação de vontade.

Das decisões analisadas, proferidas entre 2007 e 2013, 26 foram favoráveis à internação (pedido deferido) e 6 foram desfavoráveis (pedido indeferido). Foram analisadas as decisões judiciais em antecipação de tutela dos 32 processos de internação compulsória de competência da Defensoria Pública.

A Antecipação de Tutela é uma decisão interlocutória que antecipa provisoriamente os efeitos do pedido inicial. Tem o objetivo de entregar ao autor, total ou parcialmente a demanda pretendida no processo, ou seus efeitos. “Acarreta, destarte, em uma execução provisória daquilo que se espera de efeito de uma sentença ainda por proferir.” (MAUX, 2002, p. 1).

O Art. 273 do Código de Processo Civil diz que o juiz poderá, a requerimento da parte, antecipar, total ou parcialmente, os efeitos da tutela pretendida no pedido inicial desde que, existindo prova inequívoca, se convença da verossimilhança da alegação e: haja fundado receio de dano irreparável ou de difícil reparação. O juiz, na ocasião da decisão, deverá indicar de modo claro e preciso as razões de seu convencimento.

De acordo com Ventura et al (2010, p.91):

A antecipação de tutela é um tipo de decisão judicial na qual o Juiz, baseado em provas apresentadas pelo reivindicante, deve avaliar se o “perigo da demora” do procedimento judicial, necessário para o julgamento do processo, pode resultar em violação irreparável do direito do autor do processo, p.ex., agravamento de seu estado de saúde. É ato de caráter excepcional na lei processual brasileira, mas é relevante notar que no âmbito da demanda judicial de saúde tem-se transformado em ato de rotina, com significados e efeitos amplos para a efetividade do direito à saúde no Brasil.

Por isso, neste trabalho optou-se pela antecipação de tutela: porque a partir dela já, automaticamente, o Estado é condenado à internar o paciente, e o juiz tem que fundamentar essa decisão da mesma forma que fundamentaria a sentença, que é a decisão final.

O ponto principal da análise das decisões foi identificar quais foram os argumentos utilizados pelos juízes para conceder ou não o pedido de internação; com base em que fundamentos os juízes proferiram a decisão de internar um dependente químico, que é sujeito de direitos; quais foram as questões levantadas e como elas influenciaram na decisão.

Por meio da análise de discurso foram identificados os principais argumentos utilizados pelos juízes para conceder ou não o pedido de internação e assim foi preenchido o Formulário:

Formulário de coleta de dados

Decisão	Ação	Tutela antecipada (Deferido ou Indeferido)	Data da decisão	Principais argumentos do juiz
1	Internação Compulsória	Deferido	7/06/2013	Lei 10.216/01 (art 9º); Decreto n.º 24.559/1934(art 11); Recusa em comparecer ao CAPS; Ausência de condições de manifestar sua vontade em aderir ao tratamento.
2	Internação Compulsória	Deferido	9/10/2007	Existência de recomendação médica; CF (art 196 e 198, II); Obrigação do Estado de providenciar o tratamento necessitado pelo autor.
3	Internação Compulsória	Deferido	13/06/2012	Lei 10.216/01 (arts 5º, 6º, 7º, 8º, 9º); Existência de exame médico mental;

				Necessidade de internação sob pena de expor familiares e pessoas próximas ao perigo de crises, bem como agravamento de seu quadro de saúde.
4	Internação Compulsória	Deferido	22/05/2013	Necessidade de internação sob pena de colocar em risco a própria vida ou a vida de terceiros; Direito amparado em normas de estatura constitucional e na Lei 10.216/01; Situação de extrema gravidade.
5	Internação Compulsória	Deferido	4/07/2013	Lei 10.216/01 (art 4º); Existência de laudo médico recomendando internação com equipe multidisciplinar; Comprometimento da volição e capacidade de autodeterminação; danos sofridos pelo uso de substâncias entorpecentes e receio de danos irreparáveis; O autor não adere ao tratamento terapêutico.
6	Internação Compulsória	Deferido	10/09/2010	Lei 10.216/01 (art 6º); Competência do DF diante dos direitos de segunda geração, geradores de obrigações positivas, prover a necessária reabilitação do cidadão; Prejuízos que a liberdade do réu

				pode trazer;
7	Internação Compulsória	Deferido	14/06/2013	Internação como forma de preservação de sua integridade física e psíquica em razão da dependência química que o acomete; Lei 10.216/01 (art. 5º, 6º, 7º, 8º, 9º); Tratamento compulsório quando o respectivo quadro de saúde indicar que não há mais possibilidade de tratamento voluntário; Exame médico mental;
8	Internação Compulsória	Deferido	29/07/2011	Internação necessária por se tratar de pessoa que já não consegue autodeterminar-se em função dos efeitos deletérios das drogas que consome com frequência; Existência de relatório médico e psicológico; Lei 10.216/01; A debilidade mental deve ser tratada como qualquer outra insuficiência orgânica do ser humano e merece a atenção do Poder Público;
9	Internação Compulsória	Deferido	2/04/2013	Lei 10.216/01; Direito do autor está amparado em normas de estatura constitucional; Dever do Poder Público de disponibilizar os meios necessários para assegurar o direito à vida

				e à saúde, proclamados na Constituição Federal (Art. 196) e na Lei Orgânica do DF (arts. 204 a 216) como direitos fundamentais;
10	Internação Compulsória	Deferido	29/06/2011	Direito a saúde amparado em normas constitucionais (art. 6º e 196 da CF/88), corroboradas pela LODF (art. 204 e 207); O Tribunal de Justiça do Distrito Federal vem decidindo, reiteradamente em favor da salvaguarda do direito à saúde;
11	Internação Compulsória	Deferido	15/07/2013	Lei 10.216/01; Saúde como direito de todos e dever do Estado; Princípio da Dignidade da pessoa humana; Iminência de danos irreparáveis diante do quadro clínico do réu; Relatório médico; Comprometimento da volição e capacidade de autodeterminação do primeiro réu;
12	Internação Compulsória	Deferido	7/01/2013	Presença de relatório médico; Princípio da Dignidade da pessoa humana); CF (art 196); Inviolabilidade do direito à vida e à saúde humana CF art. 5º caput;

13	Internação Compulsória	Deferido	11/07/2013	Presença de relatório médico; Obrigação constitucional do Estado de promover a internação e o tratamento; Lei n.º 10.216/01; Internação como meio de preservação da vida do paciente, nos casos em que nenhum outro tratamento se fizera eficaz; Dependência química grave e ineficácia dos tratamentos medicamentosos, psicológicos e psiquiátricos anteriormente ministrados;
14	Internação Compulsória	Deferido	19/06/2013	Lei nº 10.216/01 (art. 5º, 6º, 7º, 8º, 9º). Presença de exame mental feito por médico psiquiatra; Dever do Estado de destinar tratamento compulsório para dependentes químicos, especialmente quando o respectivo quadro de saúde indicar que não há mais possibilidade de tratamento voluntário;
15	Internação Compulsória	Deferido	5/08/2013	Lei 10.216/01 (art. 9º); Decreto n.º 24.559/1934 (art 11); Presença de relatório médico; Internação como forma de se garantir o direito à saúde e à vida do

				paciente; Paciente foi internado em comunidade terapêutica, porém não aceitou o tratamento voluntariamente;
16	Internação Compulsória	Deferido	24/10/2011	Existência de relatório médico. A saúde é direito de todos e dever inafastável do Estado; CF art. 196; A parte autora necessita de cuidados que só podem ser a ela ministrados em unidade psiquiátrica;
17	Internação Compulsória	Deferido	2/07/2012	Lei nº 10.216/01 (art. 5º, 6º, 7º, 8º, 9º). Internação prescrita em laudo médico psiquiátrico; Necessidade de tratamento sob pena de expor seus familiares e pessoas próximas ao perigo de crises, bem como agravar mais ainda seu quadro de saúde; Responsabilidade do Estado;
18	Internação Compulsória	Deferido	27/11/2012	Necessidade de internação sob pena de colocar em risco a própria vida ou a vida de terceiros; Lei nº 10.216/01; Direito amparado em normas de estatura constitucional; Dever do Poder Público de disponibilizar os meios necessários para assegurar o direito à vida

				e à saúde;
19	Internação Compulsória	Deferido	8/02/2012	Lei 10.216/01; Dever do Estado em destinar tratamento adequado às pessoas portadoras de transtornos mentais; A saúde é direito de todos e dever do Estado, o qual deve fornecer aos cidadãos atendimento integral;
20	Internação Compulsória	Deferido	18/07/2013	Lei nº 10.216/01 (art. 5º, 6º, 7º, 8º, 9º); Internação prescrita em relatório médico psiquiátrico; Quadro de esquizofrenia associada à dependência química impõe graves riscos à sua própria saúde e à dos familiares. Autor se encontra impossibilitado de ser internado voluntariamente;
21	Internação Compulsória	Deferido	29/05/2012	Relatório médico revela necessidade de internação com urgência; Princípio da Dignidade da pessoa humana; CF art. 196; A não concessão da tutela antecipada pode significar o óbito da parte requerente ou pode contribuir para agravar ainda mais seu estado de saúde; Inviolabilidade do direito a vida;
22	Internação	Deferido	5/08/2013	Lei 10.216/01 (art 9º); Decreto n.º 24.559/1934

	Compulsória			(art 11); Necessidade de internação compulsória como forma de se garantir o direito à saúde e à vida do paciente; Paciente foi internado em comunidade terapêutica, mas não aceitou o tratamento voluntariamente;
23	Internação Compulsória	Deferido	16/05/2012	Lei nº 10.216/01 (art. 5º, 6º, 7º, 8º, 9º); Exame mental realizado por médico indica internação; Necessidade de tratamento sob pena de expor seus familiares e pessoas próximas ao perigo de suas crises, bem como agravar mais ainda seu quadro de saúde; Responsabilidade estatal.
24	Internação Compulsória	Deferido	11/07/2012	Relatório médico indica internação com urgência; Princípio da Dignidade da pessoa humana; CF art. 196; A saúde trata-se de direito individual e indisponível; Inviolabilidade do direito à vida e à saúde humana.
25	Internação Compulsória	Deferido	26/08/2013	Lei nº 10.216/01; Necessidade de tratamento especial face ao seu grave estado de debilitação física e mental; CAPS de Santa Maria não tem condições

				de dispensar o atendimento pretendido de forma compulsória; Autor esta impossibilitado de ser internado voluntariamente;
26	Internação Compulsória	Deferido	13/04/2012	Ineficácia de tratamento no CAPS AD; Lei 10.216/01 (art. 6º);
27	Internação Compulsória	Indeferido	29/07/2013	Provas até então produzidas não geraram convencimento inequívoco da verossimilhança do direito pretendido; Necessidade de aprofundamento probatório; Comprovação do direito não se mostra evidenciada o suficiente para a concessão da demanda;
28	Internação Compulsória	Indeferido	19/12/2012	Mostra-se temerário compelir a ré a ser internada, máxime estar em pleno gozo de suas faculdades mentais;
29	Internação Compulsória	Indeferido	6/11/2012	Ainda que haja dependência instalada, não necessariamente o sujeito encontra-se alienado das faculdades mentais, o que torna complexo e com resultados duvidosos qualquer imposição de tratamento; É essencial a participação voluntária do paciente, pois a

				imposição do tratamento forçado produz resultados duvidosos.
30	Internação Compulsória	Indeferido	27/08/2013	Não é possível verificar quem é o profissional que subscreve o relatório; A internação compulsória é medida extrema, não pode ser deferida como mera alternativa de tratamento. Assim, se não há indícios seguros de que é indispensável não cabe determinar sua aplicação;
31	Internação Compulsória	Indeferido	8/10/2012	Lei nº 10.216/01 (art. 5º, 6º, 7º, 8º, 9º); O relatório médico não supre as exigências da Lei nº 10216/01, a fim de configurar a necessidade de medida tão extrema no sentido de impor à demandante uma internação compulsória em estabelecimento psiquiátrico.
32	Internação Compulsória	Indeferido	18/05/2012	Lei nº 10.216/01 (art. 5º, 6º, 7º, 8º, 9º); Não se evidencia a presença de motivos legais para o deferimento da pretendida internação compulsória; Inexiste um laudo médico circunstanciado que efetivamente demonstre a necessidade de medida.

Posteriormente foram criadas as ideias centrais correspondentes. (Tabela 1). As decisões que concederam o pedido de internação (deferidos) representam 81,25% do total enquanto que as decisões desfavoráveis (indeferidos) representam 18,75% das decisões.

Tabela 1 - Ideias centrais

Ideia	O que fala essa ideia	Incidência (sobre os deferidos)
Lei 10216/01	Como e em que circunstâncias a internação compulsória é determinada legalmente.	77%
Recomendação médica	Internação recomendada por relatório médico/ exame médico mental.	65%
Dever do Estado	Dever o Poder Público de oferecer tratamento e assistência à saúde.	54%
CF/88	Direito à saúde como direito social previsto constitucionalmente.	42%
Expor familiar/terceiro a perigo	Risco de expor familiares e outras pessoas ao perigo de suas crises.	38%
Ineficácia de tratamento anterior	Outros tratamentos medicamentosos, psicológicos, psiquiátricos não deram o resultado esperado.	35%
Preservar vida e a	Internação como meio de	35%

saúde	preservar a vida da pessoa, visto a gravidade da situação em que se encontra.	
Dignidade da pessoa humana	Princípio do Estado Democrático de Direito, valor inerente à pessoa humana, esta ligado à vida, à liberdade e justiça.	19%
Lei Orgânica do DF	Lei Fundamental do Distrito Federal que reafirma o dever do Estado de assegurar o direito à saúde.	19%
Perda da autodeterminação	Perda da capacidade de dispor sobre questões que afetam sua própria vida.	15%
Decreto 24559/34	Fala sobre a internação de intoxicados habituais em estabelecimentos psiquiátricos.	12%

Na maioria das decisões favoráveis os magistrados utilizaram a Lei 10.216 de 2001 para fundamentar sua decisão, já que é a base legal da internação compulsória. Destaca-se ainda a necessidade de recomendação médica feita através de laudo circunstanciado que ateste a necessidade desse tratamento, segunda ideia mais presente entre os deferidos.

5.2. Análise das decisões

Indeferidos

Dos 6 pedidos indeferidos, 3 ressaltam a importância do laudo médico: ou o laudo apresentado não estava de acordo com o que preconiza a lei ou o laudo médico era inexistente, motivos que, entre outros fatores, contribuíram para o não

deferimento da demanda. Aqui, a recomendação médica se mostra fundamental. Explica o magistrado:

Apesar do relatório médico evidenciar o quadro de saúde da autora, o referido documento não supre as exigências da Lei nº 10216/01, a fim de configurar a necessidade de medida tão extrema no sentido de impor à demandante uma internação compulsória em estabelecimento psiquiátrico.

Em outra decisão, um fator que colaborou para o indeferimento do pedido foi a necessidade de aprofundamento probatório: para o juiz, somente com as alegações e provas até então produzidas, não foi possível concluir que a internação compulsória se fazia realmente necessária. Em outro caso, o juiz responsável considerou que, pelo fato do indivíduo não se encontrar interditado o tratamento compulsório em clínica psiquiátrica não seria o adequado: “Mostra-se temerário compelir o réu a ser internado, máxime estar em pleno gozo de suas faculdades mentais”. Ele considera ainda que o caso poderia ter desfecho diferente caso houvesse pedido voluntário da parte.

Em outro processo o juiz ressalta que, segundo informações da Diretoria de Saúde Mental do DF, o réu foi inserido em grupos semanais com Plano Terapêutico, mas que até aquele momento não havia comparecido aos grupos. Em sua decisão ele destaca a importância da motivação e do desejo de se inserir na proposta de trabalho, que deve partir da própria pessoa. Por fim, afirma:

Frise-se que, ainda que haja dependência instalada, não necessariamente o sujeito encontra-se alienado das faculdades mentais, o que torna complexo e com resultados duvidosos qualquer imposição de tratamento.

Um ponto que foi considerado importante em uma das decisões desfavoráveis à internação foi o fato de não ter sido demonstrado de forma clara a necessidade do indivíduo ser internado sob pena de colocar em risco a própria vida ou a vida de terceiros. Além disso, segundo o juiz, os profissionais que elaboraram o relatório psicológico e psiquiátrico não noticiaram atendimento pessoal à pessoa, se limitando a reproduzirem os argumentos feitos pela mãe do paciente.

Ao decidir pela não concessão do pedido, destaca que a internação compulsória é medida extrema, não podendo ser deferida como mera alternativa de tratamento. Não restando indícios seguros da sua indispensabilidade, não coube determinar sua aplicação. Dessa forma ele frisa o caráter excepcional da internação compulsória, que deve ser utilizada como ultimo recurso terapêutico.

Ainda com relação aos pedidos indeferidos, em uma das decisões o juiz afirma que não há motivos que permitam a antecipação de tutela visto que, além do relatório médico não estar de acordo com a lei, somente a alegação de que a autora é usuária de drogas não tem o condão de, exclusivamente, permitir a sua internação compulsória em instituição psiquiátrica, não restando motivos para a concessão da antecipação de tutela.

Deferidos

Argumentos com base legal:

- ✓ CF/88;
- ✓ LODF;
- ✓ Lei 10216/01;
- ✓ Decreto 24559/34;

Um dos prontos que foram levantados nos pedidos deferidos foi o respaldo da Constituição Federal de 1988 no que se refere ao direito à saúde. Afirma o juiz: “O direito do Autor está amparado no artigo 196 e 198, II, da Constituição Federal, "a saúde é direito de todos e dever do Estado", que deve prestar aos cidadãos atendimento integral”.

Dessa forma o juiz entende que o direito à saúde está assegurado em “normas de estatura constitucional”, o que torna válida a pretensão do autor. O art. 6º da CF também é considerado nesse contexto, pois coloca a saúde como um dos direitos sociais ao lado do trabalho, da educação entre outros.

O Princípio da Dignidade da Pessoa Humana também foi um dos argumentos colocados nas decisões favoráveis à internação. Este está descrito na CF/88 como

um dos fundamentos da República Federativa do Brasil. De acordo com o magistrado:

A saúde é direito de todos e dever inafastável do Estado. É talvez um dos mais importantes direitos garantidos pela Carta Magna porquanto ligado intimamente ao princípio maior que norteia a nossa Constituição que é o da dignidade da pessoa humana.

Outra norma constitucional colocada foi a Inviolabilidade do direito à vida e a saúde humana, que se qualificam como direito subjetivo inalienável (CF/88 art. 5º caput): segundo o juiz, a não concessão da internação compulsória poderia acarretar na morte do usuário ou no agravamento do seu quadro de saúde, justificando assim sua posição favorável à internação nesse caso concreto.

A Lei Orgânica do Distrito Federal aparece em algumas decisões, mais especificamente os artigos 204 a 216, que dispõem sobre a saúde. Incentivar a instalação e o funcionamento de unidades terapêuticas e educacionais para recuperação de usuários de substâncias que gerem dependência física ou psíquica está entre as competências do Poder Público.

Outra competência é promover e restaurar a saúde psíquica do indivíduo, baseado no respeito aos direitos humanos e à cidadania, mediante serviços de saúde preventivos, curativos e extra-hospitalares. Com relação à internação compulsória, a lei diz que esta será realizada pela equipe de saúde mental das emergências psiquiátricas como último recurso, e que deve ser comunicada aos familiares e à Defensoria Pública.

O dever do Estado de disponibilizar o tratamento necessitado pelo cidadão é determinado pela Constituição e corroborado pelas leis que regem sobre o tema da saúde. Diante disso, afirma a decisão:

Cabe ao Estado, por intermédio de suas políticas públicas de saúde destinar tratamento compulsório para as pessoas portadoras de dependência química, especialmente quando o respectivo quadro de saúde indicar que não há mais possibilidade de tratamento voluntário.

Entre as decisões que concederam o pedido de internação, 3 utilizaram o Artigo 11 do Decreto 24.559 de 1934 como argumento. É um decreto bastante antigo e dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências.

De acordo com o decreto, a internação de psicopatas toxicômanos e intoxicados habituais em estabelecimentos psiquiátricos, públicos ou particulares, será feita por ordem judicial/requisição de autoridade policial ou a pedido do próprio paciente, seu cônjuge, parente até 4º grau, ou, na sua falta, pelo curador tutor, diretor de hospital civil ou militar, diretor ou presidente de qualquer sociedade de assistência social, leiga ou religiosa, chefe de dispensário psiquiátrico ou ainda por algum interessado, declarando a natureza das suas relações com o doente e as razões determinantes da sua solicitação.

A Lei 10216 de 2001 mudou um pouco esses parâmetros e definiu de forma clara quem pode solicitar a internação psiquiátrica e sob quais circunstâncias.

Outros Argumentos

- ✓ Preservação da vida e da saúde;
- ✓ Expor familiares/terceiros a perigo;
- ✓ Perda da autodeterminação/faculdades mentais;
- ✓ Ineficácia de tratamento anterior;

O pedido de internação compulsória foi concedido tendo como base outros fundamentos. Um deles foi a Preservação da vida e da saúde: nesse caso a internação é considerada como uma medida capaz de preservar a integridade física e psíquica do dependente químico, que se encontra debilitado devido aos efeitos deletérios do uso abusivo de drogas. Em um dos casos o juiz chama atenção para o exame mental realizado por médico psiquiatra, em que são destacados alguns desses efeitos:

Foi relatado que o autor é dependente de 'crack' e que apresenta 'sintomas psicóticos secundários ao uso de substâncias entorpecentes como instabilidade afetiva e do humor, irritabilidade, insônia, perda do apetite, perda de 10 kg em 6 meses, ideias delirantes, alucinações, higiene precária, risco de doenças (DST) pelo uso abusivo de várias substâncias psicóticas desde os 17 anos de idade, maconha, cocaína, álcool e crack'. Por fim, prescreve desintoxicação química e internação de forma emergencial.

Dessa forma a internação diminuiria o risco de maiores danos à saúde do sujeito, já que o juiz considera que este se encontra uma situação de urgência e extrema necessidade: "Discorre, ainda, que o filho tentou ceifar a própria vida por quatro vezes, sendo a última em 27/05/2013, sendo socorrido pelo Corpo de Bombeiros e levado ao Hospital São Vicente de Paula em emergência psiquiátrica".

Em outro caso fala-se um pouco mais sobre esse aspecto, atestando as condições em que se encontrava o indivíduo na ocasião em foi realizado relatório pelo Departamento de Atividade Psicossocial - DAP/DPDF:

Vale ressaltar que na ocasião da visita, o demandado estava em pleno uso de substância, desorientado no tempo e no espaço, apresentando discurso confuso e mímica ansiosa. Ainda afirmou fazer 'uso diário e intenso de crack' e não ter consciência dos malefícios da droga, nem desejo de cessar o vício, pretendendo fazer uso da droga 'até a morte'.

Além do próprio indivíduo estar em situação de risco, ele também acaba por colocar a família e pessoas do seu convívio social em perigo, sendo esse um dos argumentos que justificam a internação na visão dos juízes que a consideraram necessária nos processos analisados. Para isso eles levaram em conta os relatos feitos pelos familiares e pessoas próximas: "Sustenta que seu filho é portador de dependência química desde os quinze anos de idade, passando a ser usuário de crack em passado recente".

A questão da agressividade e da situação de rua também é levantada nesse pronto, podendo vir a colocar em risco a vida ou integridade da família e de terceiros devido a envolvimento com a criminalidade:

Narra a autora que seu filho é usuário de drogas ilícitas e portador de déficit cognitivo e traços antissociais, apresentando corriqueiramente comportamento agressivo. Relata que seu filho encontra-se em situação precária, não trabalha ou estuda, permanece nas ruas por vários dias e envolve-se com criminalidade, seja cometendo furtos ou envolvendo-se com traficantes, de quem vem recebendo ameaças.

Outro aspecto que influenciou nas decisões foi “o comprometimento da volição e capacidade de autodeterminação”. Nesse ponto considera-se que por ter sua capacidade de decisão e escolha prejudicada, o pedido se faz legítimo quando quem o pleiteia é o familiar e quando demonstrada a dependência química que macule sua manifestação de vontade.

Em alguns casos destacou-se a tentativa de ministrar outros tratamentos ao dependente, mas segundo os relatos nos processos, não se obteve sucesso. A internação então é concedida como uma ultima alternativa, quando outros tipos de tratamento foram ineficazes. O atendimento ambulatorial é recusado, assim como qualquer forma de ajuda vinda dos familiares ou de profissionais da saúde: “Foi verificado que o dependente recusa-se a comparecer ao Centro de Atenção Psicossocial para tratamento, não aceitando ajuda em sua recuperação”.

Mesmo quando não há a recusa total ao tratamento extra-hospitalar, este não tem o resultado esperado justamente pela falta de adesão:

O relatório informativo do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas noticia em síntese que desde maio de 2010 o autor está em tratamento; contudo, apesar de comparecer em algumas consultas, falta a maioria das consultas individuais; razões que levaram a equipe a concluir pela ineficácia do tratamento.

Em outro caso o paciente foi internado em comunidade terapêutica, mas não aceitou o tratamento voluntariamente.

Conforme mostram as decisões, há uma grande dificuldade por parte do dependente químico em aderir aos tratamentos propostos, sem contar as inúmeras tentativas de tratamento ambulatorial ou voluntário sem adesão: “As tentativas de

tratá-lo foram inúmeras, ele necessita de internação compulsória em uma clínica cuja vigilância dificulte ou impeça a sua evasão”.

Em outro processo o juiz se convence de que “o CAPS de Santa Maria não tem condições de dispensar o atendimento pretendido, de forma compulsória”. A internação compulsória seria então o tipo de serviço que, segundo o juiz, “para além de possuir uma equipe multidisciplinar, precisa se responsabilizar por manter o paciente em tratamento - internação - mesmo que a revelia de sua vontade”.

Dessa forma considera-se que, embora existam informações no sentido de que o autor não tem interesse ou condições de manifestar sua vontade em aderir e colaborar com o tratamento que lhe é recomendado, e como esse fato poderá lhe ajudar a se afastar do vício, a medida se torna necessária e por isso pedido é deferido.

6. DISCUSSÃO

a. Internação compulsória e a Reforma Psiquiátrica

O movimento conhecido como Reforma Psiquiátrica Brasileira teve como principais atores os trabalhadores em saúde mental, trabalhadores integrantes do movimento sanitário, familiares e pessoas com histórico de longas internações psiquiátricas. Segundo Furtado e Campos (2005, p. 110):

O Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil surge no contexto das lutas pela redemocratização do país, a partir do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), no final dos anos 1970, que dará origem mais tarde ao Movimento da Luta Antimanicomial.

O movimento se caracterizou pela luta pelos direitos das pessoas com transtornos mentais, pelas denúncias à violência e condições asilares dos manicômios, pelo fim da mercantilização da loucura, da cronificação dos internos e do modelo hospitalocêntrico de assistência em saúde mental. Foi um processo político e social complexo que surgiu primeiramente em espaços como congressos, associações e sindicatos.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987 recomendou a priorização de investimentos nos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais em oposição à lógica hospitalocêntrica, e no mesmo ano o II Congresso Nacional do MTSM constrói o lema “por uma sociedade sem manicômios”. (MESQUITA et al, 2010).

Surge então o primeiro Centro de Atenção Psicossocial no Brasil (CAPS Luiz Cerqueira) em São Paulo. Este seguiria uma trajetória própria experimentando novas práticas e assimilando conhecimentos de várias experiências históricas alternativas à Psiquiatria Hospitalocêntrica, tendo o ideário e as práticas voltadas para a Atenção Psicossocial (DEVERA e COSTA-ROSA, 2007).

No ano de 1989 em Santos ocorre outro fato importante na história da Reforma Psiquiátrica Brasileira: um processo de intervenção na Casa de Saúde

Anchieta, hospital psiquiátrico em que foram confirmados casos de maus-tratos e mortes de pacientes. O eixo do cuidado é então deslocado para o território organizado em torno dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), que são implantados no município.

O Projeto de Lei apresentado pelo Deputado Paulo Delgado (PT-MG), que propõe a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva de manicômios, dá entrada no Congresso Nacional em 1989, momento em que se inicia o movimento da Reforma no campo normativo, impulsionado também pela criação do SUS no ano anterior. O projeto inspirou outros, similares, elaborados pelos movimentos sociais em vários estados.

O Projeto teve caminho árduo e demorado: depois de aprovado na Câmara ficou doze no Senado, para somente ter aprovação final e homologação pelo Presidente da República em abril de 2001, constituindo-se na Lei 10.216/01. A Lei privilegia a oferta dos serviços de base comunitária e, apesar de não estabelecer claramente as estruturas para a extinção progressiva dos manicômios, é considerada um marco da Reforma Psiquiátrica no âmbito legislativo, já que, até então a única legislação existente era o Decreto 24.559 de 1934 assinado por Getúlio Vargas.

A Reforma conta ainda com outros instrumentos normativos: um deles foi a Portaria SNAS nº189 de 1991 que dispõe sobre a compatibilidade dos procedimentos das ações em Saúde Mental com o modelo assistencial proposto e sobre a necessidade de melhorar a qualidade da atenção às pessoas portadoras de transtornos mentais. A portaria considera ainda a necessidade de mudanças dos métodos e técnicas terapêuticas visando à integralidade da atenção. Como explica Brasil (2004, p.242):

Essa portaria evidenciou que o nível central do SUS, como principal financiador do sistema público, oferecia para os demais gestores a possibilidade de implantar, no campo da atenção em saúde mental, ações e serviços mais contemporâneos à incorporação de conhecimentos e de valores éticos, substituindo o modelo tradicional.

Outra importante foi a Portaria GM nº 336 de 2002 que dispõe sobre as modalidades em que se constituem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) estabelecendo portes diferenciados a partir de critérios populacionais, (definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional) que funcionam segundo a lógica do território. Instituiu inclusive duas submodalidades, uma voltada para o atendimento de crianças e adolescentes e outra voltada para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas.

O movimento da Reforma possibilitou a reflexão sobre o modelo de atenção a saúde mental e o desenvolvimento de novas estratégias no cuidado a pessoas com transtornos mentais. Perseguindo um dos principais objetivos do movimento, a desinstitucionalização do paciente, foram criados serviços extra-hospitalares com base nos princípios da Reforma Psiquiátrica como os Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS); Centro de Atendimento Psicossocial; Centro de Atenção Diária (CADs); Hospitais Dias (HDs); Centros de Convivência e Cultura.

O que são os CAPS

Os Centros de Atenção Psicossocial são instituições destinadas a acolher pessoas com transtornos mentais e oferecer a elas atendimento médico e psicológico, envolvendo família e comunidade nesse processo. Os CAPS fazem parte da rede de atenção à saúde mental, rede essa organizada tendo como base a noção de território (espaço constituído por instituições e pessoas que nele habitam e seus interesses, hábitos entre outros).

Os CAPS são serviços abertos de base comunitária que tem como objetivo atender as pessoas com quadro de sofrimento mental por meio de acompanhamento clínico e reinserção social dos usuários. Como já foi visto, os CAPS foram criados para serem substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos.

O serviço prestado é em regime de atenção diária em que se faz acompanhamento por meio de projetos terapêuticos individuais traçados com os usuários e os profissionais. Desenvolve ainda ações interdisciplinares e intersetoriais referentes à cultura, lazer, trabalho, educação etc. Por ser articulado com a rede básica de saúde, o CAPS tem o papel de regular a porta de entrada da rede de

assistência em saúde mental de sua área de abrangência. O usuário desses serviços pode ter longa história de internação psiquiátrica como também nunca ter sido internado.

A Portaria GM nº 336 de 2002 estabelece as modalidades em que funcionarão os CAPS e que estes somente poderão funcionar em área física independente de qualquer estrutura hospitalar. O regime de tratamento pode ser intensivo, semi-intensivo, e não intensivo dependendo das condições de saúde do usuário.

O CAPS I é destinado a municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; O CAPS II, para municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes; O CAPS III, para municípios com população acima de 200.000 habitantes; Há ainda o CAPSi II, destinado a atendimento a crianças e adolescentes em municípios com população acima de 200.000 habitantes; E O CAPS ad II, destinado a tratamento de pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e drogas em municípios com população acima de 100.000 habitantes.

O CAPS ad oferece atendimento a pessoas com transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e drogas. O serviço é apoiado por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras estratégias. Realiza seus trabalhos por meio de atendimento individual ou em grupo, oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Também oferece atendimento à família e suas ações comunitárias têm enfoque na integração do dependente químico na comunidade.

De acordo com a Portaria GM nº 336 de 2002 o CAPS ad deve funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas, e atender no máximo 45 pacientes/dia. Deve ainda, manter de dois a quatro leitos para desintoxicação e repouso.

Os CAPS nas decisões judiciais

Em algumas decisões favoráveis os juízes desconsideraram o CAPS como um serviço que pudesse ser efetivamente utilizado no caso específico dessas pessoas:

Não colhe êxito a alegação de que inexistente interesse processual para realização de internação compulsória, ao argumento da existência de políticas públicas de saúde mental, desenvolvidas pelo DF, por intermédio dos CAPS - Centros de Atendimento Psicossocial, se a situação descrita nos autos é de extrema gravidade, mormente porque caracterizada pela concomitância de transtorno mental e utilização de drogas ilícitas a exacerbarem o quadro do paciente, demonstrando, de forma inequívoca, a necessidade do provimento judicial almejado.

Aqui, considera-se que o CAPS é uma política pública que não alcança os casos de extrema gravidade, logo a existência desse serviço não poderia ser utilizada para afastar a necessidade da internação compulsória. A suposta concomitância de transtorno mental e abuso de drogas seria um agravante do quadro de saúde da pessoa, fato que tornaria mais difícil o êxito do tratamento nos CAPS.

Então, quais seriam as razões que levam o judiciário à fazer essa interpretação? De acordo com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, o CAPS ad seria o serviço mais indicado para essas pessoas visto que tem a proposta de atender pacientes com transtornos decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas.

Hoje, 2013, o Distrito Federal conta com: CAPS ad Guará; CAPS ad III Rodoviária; CAPS ad Sobradinho; CAPS ad Ceilândia; CAPS ad Santa Maria; CAPS ad Itapoã (BESSA, 2013). Houve ampliação da cobertura desses serviços, mas cabe aqui questionar se a proposta do CAPS se adequa as necessidades das pessoas que fazem uso prejudicial de drogas.

Pitta (2011) diz que a atenção à saúde das pessoas que fazem uso abusivo de álcool e drogas está longe de ser a ideal, principalmente no cuidado das crises psicóticas e de abstinência de usuários em situação de rua, que só podem contar

com os serviços ambulatoriais e comunitários até às cinco da tarde na maioria das vezes. Os CAPS ad funcionam nos cinco dias úteis da semana, das 8h às 18h. Com que tipo de assistência essas pessoas podem contar ao anoitecer? E nos fins de semana?

Na prática o que se observa é que a rede de saúde mental ainda não oferece resposta adequada para pessoas que sofrem de dependência química. As demandas trazidas por elas não encontram espaço nesses serviços porque requerem maior articulação da área da saúde com setores da justiça, educação, sociedade civil. Isso porque o problema do uso prejudicial de drogas afeta vários aspectos da vida do acometido, trazendo muitas vezes o desemprego, envolvimento com a criminalidade, conflitos familiares, perda da autoestima, levando a pessoa à viver em situação de rua, além do enorme e inegável impacto na saúde física e psíquica.

Resta saber como a assistência a saúde dessas pessoas pode ser feita de forma mais eficaz. Em alguns processos fala-se na importância do caráter voluntário do tratamento e isso faz parte de uma perspectiva presente na proposta do CAPS: fazer do paciente sujeito ativo e responsável pelo próprio processo de reinserção social. Porém, isso se torna um desafio muito grande já que a pessoa que está tomada pelo vício transita, na maior parte do tempo, entre a lucidez e a confusão proporcionada pelo mundo das drogas.

Nos casos mais graves, em que já se perderam laços familiares ou expectativa de trabalhar ou estudar, em que já se perdeu a própria qualidade de vida, como despertar nas pessoas a vontade de se tratar diante de um cenário de desesperança como o que a droga traz?

Sabe-se que deixar o vício não é fácil, nem mesmo quando se tem muita vontade em fazê-lo. Por isso é necessário o fortalecimento da atenção à saúde mental, principalmente no que se refere à álcool e drogas. Esse pode ter sido um dos motivos que fizeram esse juízes desconsiderarem o CAPS. Em nenhum momento eles colocam a internação compulsória como mera alternativa de tratamento, pelo contrário, ressaltam sempre que a internação é uma medida tomada quando todos os outros meios se fizeram insuficientes.

Diante dessa falta de reposta do sistema público de saúde os familiares buscam a justiça pra conseguir o tratamento, a chamada judicialização da saúde. Em muitos casos a justiça se constitui como via importante de acesso aos serviços de saúde. Há, no caso da internação compulsória, uma interferência do poder Judiciário no Executivo, por causa da insuficiência da rede para esse público específico. Não conseguindo o serviço esperado pela via administrativa, as pessoas estão recorrendo cada vez mais à justiça. Explica Baptista et al (2009, p.836):

Evidencia-se que a ampliação da atividade jurídica seja ao menos em parte decorrência das deficiências da própria administração pública, podendo ter um efeito benéfico na responsabilização do Estado em desenvolver procedimentos adequados de incorporação, compra e distribuição de procedimentos terapêuticos pela rede pública.

Cabe dizer que a via judicial não deve se constituir como principal meio de acesso aos serviços de saúde. A lógica da garantia do direito a saúde estaria totalmente invertida nesse caso.

Essas questões tornam cada vez mais urgente a elaboração de uma política pública voltada para ao problema das drogas de forma a definir os papéis e os perfis das várias instâncias envolvidas na assistência a saúde mental.

O ideal seria uma rede de atenção fortalecida e articulada com outros setores, trabalhando com responsabilidade compartilhada, estratégias de prevenção e promoção da saúde, ações planejadas com avaliação e monitoramento. É preciso pensar na capacitação dos profissionais que lidam com o problema da dependência química e da saúde mental como um todo, manutenção dos currículos de profissionais de saúde e educação continuada devem ser pontos de trabalho para que isso se reflita em melhoria na assistência á saúde dessas pessoas.

Enquanto esse aprimoramento não ocorre e a rede não funciona em sua plenitude, recorre-se a justiça e a internação compulsória aparece como ultima alternativa para casos mais graves.

b. Internação compulsória e o conflito de direitos

Como já foi colocado, a problemática que inspirou a realização desse trabalho foi: como internar uma pessoa contra sua própria vontade, se a Constituição Federal, lei maior do Estado brasileiro, garante o direito à liberdade?

Aith (2007, p.194) ensina: “a liberdade é um princípio basilar do Estado de Direito, mas, para manter a vida em sociedade, a liberdade poderá ser limitada para a proteção do interesse público, conforme definido pela vontade geral”.

O próprio artigo 5º da CF levanta essa possibilidade de limitação, uma vez que afirma no inciso II: “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei” (BRASIL, 1988). Sendo assim a liberdade pode ser limitada em benefício da coletividade, sempre que houver motivos de interesse público e base legal para fazê-lo.

A base legal da internação compulsória, como se viu, é a Lei 10216/01 que fala da internação especificamente, mas outros dispositivos falam sobre a garantia do direito à saúde e em casos de extrema gravidade a internação é uma forma de preservar a vida da pessoa.

Em uma das decisões emitidas pelos juízes afirma-se: “A internação compulsória foi criada para os casos em que a vontade do doente é desprezada em prol da coletividade”. Diante dos prejuízos que a dependência química trás tanto para o indivíduo quanto para a coletividade, resta a internação como medida viável.

O que se observa nesses casos é que o direito à vida se sobrepõe ao direito à liberdade. Não se pode dizer que absolutamente em todos os casos o direito à vida é mais importante do que o da liberdade. Mas no caso concreto dessas pessoas e especificamente da internação compulsória a preservação da vida está acima da liberdade individual. Esse aspecto é abordado em alguns argumentos quando se fala na possibilidade de colocar em risco a própria vida e de terceiros.

Tendo em vista todos os efeitos deletérios das drogas tanto na saúde como na vida social da pessoa, a preservação da sua vida é mais urgente, como explica Costa (2012, p.21):

Analisando os princípios que norteiam o direito brasileiro, é possível visualizar a nítida violação do princípio da liberdade de ir e vir pela internação compulsória. Entretanto, tal medida tem sido aplicada, pois, com a ponderação de princípios, conclui-se que a internação compulsória deve ser adotada, por proteger princípios preponderantes, como, por exemplo, proteção à vida, a saúde e dignidade da pessoa humana.

c. Programa “Crack, É Possível Vencer!”.

O governo federal lançou em dezembro de 2011, dentro do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, o programa “Crack, É Possível Vencer!”. Esse programa pode dar início a um processo de mudança nas estratégias de combate às drogas e aos agravos ligados à elas. A proposta do programa é pautada em três eixos: cuidado ao usuário, prevenção ao uso de drogas e enfrentamento do tráfico.

Prevê, no eixo do cuidado, a ampliação e qualificação da atenção à saúde dos usuários e familiares com: enfermarias especializadas em hospitais gerais do SUS (para crises de abstinência e intoxicações); criação dos consultórios de rua nos locais com maior incidência de consumo de crack; CAPS ad passa a funcionar 24h sete dias por semana com tratamento continuado; criação de Unidades de Acolhimento para cuidado em regime residencial para manutenção da estabilidade clínica e apoio da reinserção social; apoio às comunidades terapêuticas por meio de repasses de recursos do SUS.

Com relação à prevenção o objetivo é desenvolver Programas de Prevenção do Uso de Drogas: nas escolas com capacitação de educadores, na comunidade com capacitação de líderes comunitários e conselheiros municipais, e desenvolver campanhas publicitárias. No último eixo se concentram as ações policiais no intuito de combater o tráfico de drogas e as organizações criminosas com integração da Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal e polícias estaduais.

Com o desenvolvimento de ações como essa, e o fortalecimento da atenção à saúde do usuário de álcool e drogas é possível a médio e longo prazo disponibilizar um tratamento que atenda às necessidades dessa população e que evite um quadro de saúde que o levaria à ser internado.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O histórico da internação psiquiátrica em geral é carregado de episódios de abusos, asilamento, cronificação e morte social do paciente. Tudo isso faz com que a internação seja vista como um retrocesso, mas no meu entendimento é preciso pensar de forma mais prática.

As pessoas nessa situação, homens e mulheres, jovens e crianças, como as que vivem em “cracolândias” e semelhantes precisam de ajuda. Abandoná-las à própria sorte e esperar que venham delas a iniciativa de se submeter a um tratamento é um crime. Como profissionais de saúde temos o dever de trabalhar para dar uma atenção à saúde digna a essas pessoas, e como cidadãos devemos, no mínimo, refletir sobre o que está acontecendo com elas.

A internação compulsória carrega uma polêmica desde o início das discussões sobre o tema em São Paulo, principalmente porque em alguns casos assumiu um caráter de higienização das ruas. Esse é um uso completamente equivocado de um dispositivo que foi criado para situações específicas porque o objetivo não é simplesmente tirar o problema das vistas da sociedade, mas intervir numa situação de perigo para o próprio dependente e para os outros.

Por “situação de perigo” não pretendo aqui defender uma ideia de que a dependência química está diretamente ligada à criminalidade. Rotular essas pessoas de “violentas” só vai nos afastar ainda mais do propósito de melhorar a atenção à saúde delas. Mas é preciso entender que, em um país como o Brasil, onde o tráfico de drogas ainda é tão presente nas grandes cidades, o usuário dependente fica em uma situação mais vulnerável ainda, porque faz de tudo para conseguir a droga.

Há ainda quem defenda a internação compulsória como política pública. Uma política pública possui caráter social e governamental e tem o papel de oferecer respostas planejadas às demandas da população. Não vejo como a internação compulsória como política pública conseguiria alcançar isso. Primeiro porque se ela fosse adotada, toda a reformulação da rede de saúde mental e a criação dos serviços substitutivos perderiam completamente o sentido. Outro problema seria um movimento de internação em massa e disputa de interesses entre o campo da saúde

e da justiça, sem falar que aí sim correria o risco de se transformar em uma estratégia de higienização.

O que vejo é que o problema das drogas vem se tornando cada vez mais preocupante no Brasil e que o sistema de saúde ainda não está preparado para acolher essas pessoas. Em decorrência dessa falha e de outros fatores sociais essas pessoas acabam na rua, muitas vezes sem perspectiva de melhora.

A internação não é a solução de todos os problemas relacionados ao abuso de drogas e não é mera alternativa de tratamento. Não é o tratamento mais adequado porque, querendo ou não, causa isolamento e desgaste emocional, mas em casos específicos é o único meio de manter a pessoa viva.

A internação compulsória é uma medida extrema para uma situação extrema. É necessária uma adequação do modelo de assistência oferecido pelo SUS a usuário de álcool e outras drogas, aperfeiçoando e qualificando os serviços, até que a internação não seja mais necessária.

O profissional gestor deve estar nesse processo de mudança e qualificação da rede de saúde mental, visto que trabalha com planejamento, gestão e execução das ações em saúde e elaboração de políticas públicas. Os esforços conjuntos dos diversos atores, não somente no âmbito da saúde, mas de outras áreas pode culminar na transformação desse cenário.

REFERÊNCIAS

AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Curso de Direito Sanitário: A Proteção do Direito à Saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Latin, 1 ed. 2007, 406 p.

ASENSI, Felipe Dutra. **Judicialização ou juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 33-55, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 abril 2013.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de. **Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, Junho 2009. p.829-839. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000300018&script=sci_arttext>. Acesso em: 17 nov 2013.

BELLATO, Roseney et al . **Mediação do direito à saúde pelo tribunal de justiça: análise da demanda**. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 21, n. 2, jun. 2012, P.356-62. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a13v21n2.pdf>>. Acesso em: 4 de setembro 2013.

BESSA, Raylayne Ferreira. **Mais saúde mental: informações sobre a rede de atenção psicossocial no Distrito Federal**. 2013. 39 f. Monografia (Bacharelado em Saúde Coletiva). Universidade de Brasília, Ceilândia-DF, 26 Set 2013. Disponível em:<http://bdm.bce.unb.br/bitstream/10483/6134/1/2013_RaylayneFerreiraBessa.pdf>. Acesso em: 11 nov 2013.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 5 out 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 2 maio 2013.

BRASIL. Lei nº 5.869, de 11 de janeiro de 1973. **Institui o Código de Processo Civil**. Brasília, 11 de janeiro de 1973. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5869.htm>. Acesso em: 10 junho 2013.

BRASIL. Lei nº10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Brasília, 6 de abril de 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 5 agosto 2013.

BRASIL. Lei nº10.406, de 10 de janeiro de 2002. **Institui o Código Civil.** Brasília, 10 de janeiro de 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm>. Acesso em: 10 de junho 2013.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.** Brasília, 20 set 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 14 abril 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004.** 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 339 p. Disponível em:<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Legislacao.pdf>> Acesso em: 18 set 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas** - 2.ed. rev. ampl.– Brasília: Ministério da Saúde 2004, 65 p. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 1 out 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde** – 3. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 28 p. Disponível em:<http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF_Carta_Usuarios_Saude_site.pdf>. Acesso em: 1 out 2013.

COSTA, Alice Albino. **Combate às drogas: Internação compulsória.** Rio de Janeiro. 2012. Disponível em: <http://www.emerj.tjrj.jus.br/paginas/trabalhos_conclusao/1semestre2012/trabalhos_12012/alicealbinocosta.pdf>. Acesso em: 17 de setembro 2013.

DEVERA, Disete; COSTA-ROSA, Abílio da. **Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis.** Revista de Psicologia da UNESP, 6(1), 2007, p.60-79. Disponível em:<<http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/46/88>>. Acesso em: 30 out 2013.

FORTES, Hildenete Monteiro. **Tratamento compulsório e internações psiquiátricas.** Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife, v. 10, supl. 2, dez. p.321-330, 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000600009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 outubro 2013.

FURTADO, Juarez Pereira; CAMPOS, Rosana Onocko. **A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços.** Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., ano VIII, n 1, mar 2005, p.109-122. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233017514011>> Acesso em: 15 out 2013.

GIOSTRI, Hildegard Taggesell. **Sobre o consentimento informado: sua história, seu valor.** J Vasc Br 2003, Vol. 2, Nº3. p. 267-270. Disponível em:<<http://www.jvascbr.com.br/03-02-03/simposio/03-02-03-267.pdf>>. Acesso em: 30 set 2013.

LIMA, Taisa M.M. de; SÁ, Maria de Fátima F. de; **Autonomia privada e internação não consentida.** Revista Brasileira de estudos políticos. 2009, p.79-99. Disponível em:<<http://www.pos.direito.ufmg.br/rbep/index.php/rbep/article/view/99/96>>. Acesso em: 25 agosto 2013.

MACHADO, Felipe Rangel de Souza. **O direito à saúde na interface entre sociedade civil e Estado.** Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 355-371, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462009000200009&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 21 maio 2013.

MAUX, Filipe Gustavo Barbosa. **Antecipação de tutela.** Jus Navigandi, Teresina, ano 7, n. 54, 1 fev. 2002. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/2699>>. Acesso em: 2 out. 2013.

MESQUITA et al, José Ferreira de. **A reforma psiquiátrica no Brasil:**

Um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental. XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Minas Gerais, Set 2010. P.1-9. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/eixo_4/abep2010_2526.pdf>. Acesso em: 2 nov 2013.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 1 ed. 2009, 148 p.

PENALVA, Janaína et al. **Judicialização do Direito à Saúde: O caso do Distrito Federal.** Belo Horizonte. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 2010/2011. Disponível em: <http://democraciaejustica.org/cienciapolitica3/sites/default/files/livro_judicializacao_do_direito_a_saude_-_saida.pdf>. Acesso em: 5 jun 2013.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 16, n. 12, Dez. 2011.p. 4579-4589. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001300002&script=sci_arttext>. Acesso em: 13 nov 2013.

RIBEIRO, Diaulas Costa. **Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 22, n. 8, Ago. 2006, p. 1749-1754. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311x2006000800024&script=sci_arttext>. Acesso em: 4 set 2013.

SILVA, Carlos Alberto. **O consentimento informado e a responsabilidade civil do médico. Jus Navigandi,** Teresina, ano 8, n. 63, 1 mar. 2003. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/3809>>. Acesso em: 18 set 2013.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa.** Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 39, n. 3, Junho de 2005, P. 507-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102005000300025&script=sci_arttext> Acesso em: 21 agosto 2013.

VENTURA, Miriam et al . **Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde.** Physis, Rio de Janeiro , v. 20, n. 1, 2010, p.77-100. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312010000100006&script=sci_arttext>. Acesso em: 23 out 2013.