Internação Compulsória dos Dependentes Químicos na Cidade de São Paulo

Hospitalización obligatoria de drogadictos en la ciudad de São Paulo

Compulsory hospitalization of drug addicts in the city of São Paulo

Renata Salgado Leme[1]
Doutora, PPG em Direito da Saúde, Universidade Santa Cecília, Santos, SP, Brasil
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-2298-9975

Bruno Fernando Barbosa Teixeira Tasso [2]
Mestrando, PPG em Direito da Saúde, Universidade Santa Cecília, Santos, SP, Brasil
ORCID: https://orcid.org/0009-0006-9518-9193

RESUMO: Contextualização: o problema da cidade de São Paulo acerca dos dependentes de substâncias de abuso que demandam cuidado do poder público para saírem dessa condição. **Problema**: o indivíduo que faz uso de substâncias tóxicas é um problema a ser enfrentado pela segurança pública ou por meio de políticas públicas? Quais políticas públicas devem ser manejadas nessa circunstância? Como denominar o indivíduo que faz uso de drogas? **Objetivos**: conceituar e demonstrar o que é "droga", bem como qual a relevância do tema para a sociedade. **Métodos**: utilizou-se do método dedutivo, direcionando-se para situações particulares, com desdobramentos possíveis nos casos de internação compulsória dos dependentes químicos. **Resultados**: utilizar da abordagem da abstinência pode ser um instrumento eficaz para sensibilização do usuário ao seu cuidado. **Conclusões**: a partir da abstinência, o usuário pode decidir sobre iniciar seu cuidado, entretanto, até que ele entre no estágio da abstinência, a internação compulsória parece ser o único caminho para esse resultado.

PALAVRAS-CHAVE: Droga de abuso. Usuários de drogas. Internação compulsória. Pessoa com deficiencia mental.

***RESUMEN**: **Contextualización**: el problema en la ciudad de São Paulo respecto de las personas dependientes de sustancias de abuso que requieren atención de las autoridades públicas para escapar de esa condición. **Problema**: ¿El individuo que consume sustancias tóxicas es un problema a enfrentar desde la seguridad pública o mediante las políticas públicas? ¿Qué políticas públicas se deben gestionar ante esta circunstancia? ¿Cómo se debe llamar a una persona que consume drogas?. **Objetivos**: conceptualizar*

[1] Graduação na Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas pela Universidade de São Paulo. Graduação em Direito na Universidade Católica de Santos. Mestrado em Direito na Universidade de São Paulo. Doutorado em Direito na Universidade de São Paulo. Doutorado em Direito Reconhecido pela Direção-Geral do Ensino Superior de Portugal. Professora titular da Universidade Santa Cecília, na Graduação da Faculdade de Direito, na Graduação da Faculdade de Relações Internacionais e no Programa de Mestrado de Direito da Saúde: Membro da Comissão de Direito da Saúde da OAB Santos. Lattes: http://lattes.cnpq.br/9305934870432423. E-mail: renataleme@unisanta.br.

[2] Advogado. Bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais pela Universidade Metropolitana de Santos. Pós-graduado em Direito Médico e da Saúde, pela Faculdade Legale. Professor do módulo de Biodireito no curso de Pós-Graduação em Direito Médico e da Saúde da Faculdade Legale. Especialista pela Universidade Cândido Mendes, nos cursos de Pós-Graduação em Direito das Famílias e Sucessões e Pós-Graduação em Direito Civil e Processo Civil, de acordo com o CPC de 2015. Especialista pela Faculdade Legale, em Direito do Consumidor. Mestrando em Direito da Saúde, pela Universidade Santa Cecília (Unisanta). Lattes: http://lattes.cnpq.br/0986936338605239. E-mail: bruno_tasso@hotmail.com

10.5281/zenodo.14510489

*y demostrar qué son las "drogas", así como la relevancia del tema para la sociedad. **Métodos**: se utilizó el método deductivo, apuntando a situaciones particulares, con posibles consecuencias en casos de hospitalización obligatoria de drogodependientes. **Resultados**: utilizar el enfoque de abstinencia puede ser una herramienta eficaz para sensibilizar a los usuarios sobre sus cuidados. **Conclusiones**: después de la abstinencia, el usuario puede decidir iniciar sus cuidados, sin embargo, hasta que ingresa a la etapa de abstinencia, la hospitalización obligatoria parece ser la única forma de lograr este resultado.*

***PALABRAS CLAVE:** Droga de abuso. Usuarios de drogas. Hospitalización obligatoria de personas con enfermedades mentales.*

***ABSTRACT**: **Contextualization**: the problem in the city of São Paulo regarding those dependent on substances of abuse who require care from the public authorities to escape this condition. **Problem**: Is the individual who uses toxic substances a problem to be faced by public safety or through public policies? What public policies should be managed in this circumstance? What should you call an individual who uses drugs? **Objectives**: conceptualize and demonstrate what "drugs" are, as well as the relevance of the topic to society. **Methods**: the deductive method was used, targeting particular situations, with possible consequences in cases of compulsory hospitalization of drug addicts. **Results**: using the abstinence approach can be an effective tool for sensitizing users to their care. **Conclusions**: after abstinence, the user can decide to start their care, however, until they enter the abstinence stage, compulsory hospitalization seems to be the only way to achieve this result.*

KEYWORDS: Drug of abuse. Drug users. Compulsory hospitalization. Mentally ill people.

Introdução

Mesmo o olhar mais desatento pelas ruas de São Paulo é possível enxergar o aumento no número de pessoas que aparentam ser usuárias de drogas ou moradores de área livre.

O noticiário reiteradamente leva ao ar matérias sobre a cracolândia, apresentando medidas de gestões municipais para lidar com essa população e as consequências que essas pessoas causam à sociedade, como aumento da criminalidade associada ao uso de substâncias tóxicas.

Entretanto, as pessoas que fazem uso dessas substâncias devem ser enxergadas além dos seus vícios, como indivíduos dotados de direitos.

O presente trabalho objetiva conceituar e demonstrar o que é "droga", e qual a relevância do tema para a sociedade.

Posteriormente, o artigo discute qual a nomenclatura correta para o indivíduo que faz uso de tóxico, quais as implicações sociais que esse rótulo pode causar e os cuidados no atendimento desse sujeito.

Enfrenta-se a dicotomia do senso comum se a dependência química é um problema a ser enfrentado pela segurança pública, por meio do encarceramento ou se se trata de uma desafio da saúde pública, por meio de políticas públicas, em especial as de saúde.

O trabalho apresenta as diferenças entre os equipamentos de saúde de São Paulo, adentrando nos cuidados prestados pelo Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como meio substitutivo às internações psiquiátricas.

10.5281/zenodo.14510489

A análise é finalizada com a discussão acerca da diferença entre as modalidades de internação constantes na Lei 10.216/2011 e as implicações e desafios da internação compulsória.

Método

Por meio da utilização do método dedutivo, o trabalho se inicia a partir do exame dos aspectos gerais da lei e da prática de saúde do município de São Paulo, direcionando-se para situações particulares, indicando os possíveis desdobramentos nos casos de internação compulsória dos dependentes químicos.

Com a identificação do usuário como um sujeito dotado de direitos, a partir das abordagens da psicologia, fomenta-se a utilização das políticas públicas de saúde para proceder a internação compulsória do dependente químico.

Uma equipe que entenda o usuário como um ser humano, sem cristalizá-lo como alguém irrecuperável, tende a não dificultar o processo de internação do indivíduo, a fim de que um dos três modelos de abordagem do dependente, indicados por Teixeira et al. (2017), possa buscar sua recuperação, em especial o modelo da saúde, onde a abstinência parece ser o melhor momento para a conscientização do usuário acerca do seu estado de saúde e para a sua adesão ao tratamento. A utilização da abordagem moral ou da redução de danos, desagua nas medidas de internação compulsória.

Resultados e Discussão

1. Drogas

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1993) droga é toda substância natural ou sintética, que, introduzida no organismo vivo, modifica uma ou mais das suas funções, independentemente de ser lícita ou ilícita.

A droga é um produto químico que, quando ingerido, provoca reações no organismo, existindo tanto as substâncias farmacológicas, que objetivam prevenir e curar enfermidades, enquadradas como medicamentos e são amparadas pela Lei com livre circulação, quanto as alucinógenas que estão associadas ao uso recreativo, mas seu consumo e circulação são proibidos (Fonte, 2006).

Existem, ainda, substâncias que também são consideradas drogas, mas não possuem efeitos farmacológicos, tampouco são consideradas ilícitas, embora causem prejuízos à saúde do indivíduo, podendo gerar dependência, tais como: álcool, nicotina, cafeína, anabolizantes entre outros (Zeitoune et. al., 2012).

O termo “droga” é bastante amplo e, a depender do contexto, pode direcionar para uma ou mais situações e desdobramentos, possuindo conceitos distintos na esfera penal, em saúde ou na comunidade científica.

10.5281/zenodo.14510489

Segundo o Plano Nacional de Política Sobre Drogas (2022), a comunidade científica costuma, ao invés de usar a terminologia "drogas", que constitui uma palavra com muitas acepções, vale-se de outros termos, tais como: "drogas de abuso", "substâncias psicoativas", "drogas psicoativas", "psicotrópicos" (do grego tropo, que significa "desvio"), "drogas psicotrópicas" ou ainda "substâncias psicotrópicas". No presente trabalho utilizar-se-á o termo droga, ou algum substitutivo indicado pela comunidade científica, como sinônimos.

As drogas atuam sobre o Sistema Nervoso Central (SNC) provocando alterações no seu funcionamento, que variam de um estímulo leve, como o provocado por uma xícara de café, aos mais intensos, com a mudança na percepção de tempo, de espaço ou do próprio corpo, provocados pelas drogas alucinógenas, segundo o Senado Federal do Brasil, (2006).

Ainda segundo o Senado (2006), os efeitos farmacológicos das drogas podem ser classificados em três grupos: depressoras, estimuladoras e perturbadoras.

As drogas depressoras promovem um desligamento do funcionamento cerebral, tornando o indivíduo desinteressado pelas coisas, ou com atuação mais letárgica. As drogas estimulantes, aumentam a atividade do cérebro, fazendo com que ele fique mais "ligado", "elétrico", inibindo o sono. Por fim, as drogas perturbadoras modificam qualitativamente a atividade cerebral, ou seja, o indivíduo não sofre mudança quantitativa com aumento ou diminuição da atividade do cérebro, altera-se seu funcionamento, provocando sua perturbação (CEBRID, 2022, p. 7).

O Brasil, fazendo coro com outros 193 países membros das Nações Unidas, no ano de 2015, ratificou a Agenda 2030, que consiste num plano de ação que busca acabar com a pobreza, proteger o meio ambiente e o clima e garantir que as pessoas, em todos os lugares, possam desfrutar de paz e de prosperidade. A Agenda é composta por 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), contemplando 169 metas, expresso na Resolução 70 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de setembro de 2015 (Nações Unidas, 2015).

O ODS sobre as drogas, está inserida no item 3, na busca pela garantia do acesso à saúde de qualidade, a fim de promover o bem-estar para todos, em todas as idades, onde a meta 3.5 dispõe: "Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool" (Nações Unidas, 2023).

Nesse sentido, o atendimento (compulsório, ou não) dos usuários de droga, revela-se uma preocupação mundial, onde o Brasil ratificou o objetivo global de prevenir e tratar as pessoas que se encontrem nessa condição.

2. Dependente químico, toxicômano ou drogadito

É importante designar uma nomenclatura para designar os indivíduos que fazem uso de substâncias psicoativas, onde os manuais de classificação, como o próprio nome refere, objetivam classificar as doenças de modo a permitir certa padronização, inclusive para propiciar a troca de informações sobre as enfermidades em nível mundial.

10.5281/zenodo.14510489

No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), por exemplo, os termos nele usados são "transtornos relacionados a substâncias" e "transtornos aditivos", noutra senda, para tratar do tema, alguns autores utilizam-se de outras nomenclaturas, tal como os documentos da OMS (Schimith et al., 2019).

Quanto ao uso de determinados termos nos atendimentos aos pacientes, deve existir sempre o cuidado para não o cristalizar na figura de um doente sem possibilidade de cura, inclusive quando busca atendimento em centros especializados, por isso Romanini e Roso (2012, pg. 357), sustentam que:

> um sujeito que frequenta o CAPS/AD [Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas] e recebe o diagnóstico de dependência química pode identificar-se em absoluto com o significante "dependente químico" e, ao mesmo tempo, desresponsabilizar-se por seus desejos, visto que é portador de uma doença crônica e incurável.

Schimith et al. (2019) discorrem que o termo "dependência química", embora seja o mais utilizado nos atendimentos aos indivíduos que fazem uso de substâncias psicoativas, dá margem para uma compreensão que determinado componente químico causa a dependência, ou seja, a dependência química pode ser entendida como uma doença causada pelos efeitos de uma substância, afastando o comprometimento do sujeito com o seu tratamento.

Distanciando-se do aspecto meramente extraído dos manuais ou dos documentos da OMS, mostra-se importante diferenciar também o "usuário de drogas" do "toxicômano".

O usuário é aquele que utiliza da droga como um objeto de consumo numa relação com vários outros objetos, a exemplo da cerveja, cigarro, café, remédios etc. Já o toxicômano estabelece uma relação exclusiva com a droga, impedindo qualquer outro laço social (Schimith et al., 2019).

Segundo Pereira (2008, p. 211) quando o indivíduo possui além da dependência química, uma dependência psíquica, para a clínica psicanalítica ele é um toxicômano.

A razão do indivíduo passar a utilizar substâncias de abuso foi objeto de explanação quando em seu texto "O Mal-Estar na Civilização", Freud (1930) discorreu que o mal-estar que afeta o indivíduo provém da cultura e do desenvolvimento psíquico individual, que impõe a renúncia parcial à sexualidade e agressividade humanas.

Esse mal-estar social, segundo Freud, somente pode ser suportado pelo indivíduo por meio de medidas paliativas, onde, dentro dessas medidas, ele considerou o recurso aos tóxicos como o método mais grosseiro, embora o mais eficaz (1930, p. 86).

Para Freud, o objetivo do indivíduo que se intoxica é evitar o sofrimento humano, pois age de forma a alterar as percepções do corpo, alterando sua química, tornando-nos insensíveis à própria desgraça.

A partir do momento que o indivíduo aumenta o nível de consumo, indicando prejuízo às suas interações sociais, diversas são as opções político-partidárias que aparecem para solucionar o "problema", passando pelo encarceramento, internações, retiros religiosos, comunidades terapêuticas e afins.

10.5281/zenodo.14510489

Entretanto, Santiago (2001, p. 109) expõe em sua obra, que o consumo sendo ele abusivo, ou não, não é determinante como valoração de patologia das drogas. É preciso descobrir do indivíduo, qual o lugar que a droga ocupa em sua vida.

Isso porque, consciente de si e dos prejuízos que o consumo de drogas tem causado em sua vida é que o individuo se implicará no cuidado proposto, por isso, a importância de identificar qual o lugar do consumo de substâncias na vida daquela pessoa.

Tal entendimento advém da psicanálise, que se diferencia da psiquiatria e da psicopatologia onde, esta última, por exemplo, busca diagnosticar transtornos relacionados às substâncias que estão abrangidas em dez classes distintas de drogas, sendo elas: álcool; cafeína; Cannabis; alucinógenos (com categorias distintas para fenciclidina [ou arilciclohexilaminas de ação similar] e outros alucinógenos); inalantes; opioides; sedativos, hipnóticos e ansiolíticos; estimulantes (substâncias tipo anfetamina, cocaína e outros estimulantes); tabaco; e outras substâncias (ou substâncias desconhecidas) (DSM-V, 2014, p. 481).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2014, p. 481) ao explicar as substâncias tóxicas descreve que as drogas quando consumidas em excesso, atuam no sistema de recompensa do cérebro, bem como a forma de atuação no comportamento do usuário:

> Todas as drogas que são consumidas em excesso têm em comum a ativação direta do sistema de recompensa do cérebro, o qual está envolvido no reforço de comportamentos e na produção de memórias. A ativação do sistema de recompensa é intensa a ponto de fazer atividades normais serem negligenciadas. Em vez de atingir a ativação do sistema de recompensa por meio de comportamentos adaptativos, as drogas de abuso ativam diretamente as vias de recompensa. Os mecanismos farmacológicos pelos quais cada classe de drogas produz recompensa são diferentes, mas elas geralmente ativam o sistema e produzem sensações de prazer, frequentemente denominadas de "barato" ou "viagem".

Percebe-se, então, a diferença de tratamento entre a psicanálise e a análise psicodiagnóstica, ao tratar do uso de substâncias tóxicas.

Dessa forma, para a psicanálise, a abordagem principal quanto ao uso das drogas é o sujeito e, portanto, os critérios considerados capazes de diferenciar os tipos de usuários e as formas de uso, pois dizem respeito à modalidade de gozo experimentada e suportada por cada sujeito que escolhe a via da intoxicação (Ribeiro, 2011).

Assim, a partir da psicanálise ocorrerá a escuta de cada sujeito para que seja possível concluir quando uma determinada configuração de uso de drogas poder-se-á constituir uma "toxicomania". Ou seja, o que define se aquele indivíduo é toxicômano ou não é a compreensão acerca da posição das drogas em sua vida, a partir de uma escuta psicanalítica.

E, nesse sentido, é que Nogueira (2006, p. 148) sustenta que "uma toxicomania não pode ser definida somente pela frequência e tipo de droga que o sujeito usa, mas sim pelo lugar que ela ocupa na subjetividade do paciente".

Aqui, a abordagem psicanalítica merece destaque, pois, nos atendimentos da rede pública da cidade de São Paulo, será elaborado um Projeto Terapêutico Singular (PTS), formulado a partir das necessidades e demandas desse sujeito.

10.5281/zenodo.14510489

Noutra senda, a drogadição, como afirma Schimith et al. (2019) tem duas perspectivas dominantes: no campo da saúde, o drogadito é um doente; no aspecto jurídico, ele é um criminoso.

A diferença entre a drogadição e toxicomania é que aqui além da relação entre o objeto e o sujeito, o indivíduo é subjugado pelo objeto, tornando-se seu escravo.

Percebe-se, portanto, que não há consenso no termo utilizado, pois depende da abordagem e ocasião em tratar sobre o tema.

Schimith et al. (2019) concluíram que quando se tratar de relatos de pesquisa, a expressão "dependência química" passa a ser a única utilizada. Noutra senda, predomina o termo "toxicomania" quando o trabalho está embasado na clínica psicanalítica e aborda o relato de uma experiência com o indivíduo que consome drogas. Já a "drogadição" trata do fenômeno das drogas à luz das características da contemporaneidade.

Porém, o termo dependência química encontra maior aceitação, uma vez que é muito vinculado aos critérios estabelecidos pelo DSM-V.

3. Uso de drogas, um problema de segurança pública ou de saúde pública?

A atual sociedade está calcada na cultura do consumo, onde não basta que o indivíduo "seja", é necessário que ele "tenha". E, nesse sentido, é que o uso das drogas é uma das formas que o indivíduo tem de produzir a sua identidade, revelando a fragilidade das referências simbólicas que temos encontrado. Esta busca por referências é uma busca por um lugar social onde o toxicômano toma como resposta o lugar de dependente (Pereira, 2008 p. 211).

Nesse sentido é que a toxicomania se revela como uma forma de submissão à essa norma que rege a sociedade, ou seja, o consumismo em si.

Isso porque, o sujeito que faz uso de substâncias de abuso, é socialmente compreendido como um "vilão". Mas, na verdade, poderia ser compreendido como um legítimo "herói", justamente porque ele exerce a lógica do capitalismo selvagem que hoje domina as sociedades, tendo em vista que consome desenfreadamente um mesmo objeto até o seu limite (Schimith et al., 2019).

O consumo das substâncias consideradas como ilícitas passou a ser tutelado pelo Estado a partir das Convenções Internacionais, especificamente nas Conferências de Shangai (1909) e de Haia (1912) gerando, a partir de então, a adesão crescente dos países nas políticas antidrogas.

Já no século XX, a Convenção Única sobre os Estupefacientes (1961), a Convenção de Viena sobre os Psicotrópicos (1971) e a Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas (1988) foram sendo aderidas de forma quase que global pelos países, com o fito de criar mecanismos de repressão.

No Brasil, até 2006, a legislação de drogas previa a pena privativa de liberdade para aqueles que portassem a droga, ainda que para consumo. Entretanto, com supedâneo na Convenção de Viena de 1971, a Lei 11.343/2006 instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), prescrevendo medidas para prevenção do uso

10.5281/zenodo.14510489

indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, além de estabelecer normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas, bem como definindo crimes.

Referida Lei dispõe em seu artigo 2º a proibição das drogas, bem como o plantio, cultura, colheita e exploração de vegetais e substratos dos quais possam ser extraídas ou produzidas as drogas.

O dispositivo, entretanto, apresenta uma exceção quanto a autorização legal ou regulamentar ou, ainda, o que estabelece a Convenção de Viena, das Nações Unidas, acerca das Substâncias Psicotrópicas, de 1971, a respeito de plantas de uso estritamente ritualístico-religioso.

A Lei, porém, não prescreve as substâncias que são proibidas em território nacional, uma vez que tal atribuição compete à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que apresenta rol taxativo para considerar quais as substâncias são consideradas drogas ilícitas no Brasil, a exemplo da Portaria 344 de 12 de maio de 1998.

Outro aspecto relevante trazido pela Lei 11.343/2006, é a despenalização do indivíduo que para o consumo pessoal tenha adquirido, guarde, deposite, transporte ou leve consigo drogas ilícitas, especificando a aplicação das penas de advertência, prestação de serviços à comunidade ou medida socioeducativa:

No sentido da despenalização do indivíduo foi que o Supremo Tribunal Federal (2024) reconheceu a repercussão geral acerca da tipicidade do porte de droga para consumo pessoal, estabelecendo o Tema 506.

A decisão objetivou enfrentar a disparidade de decisões proferidas em face de indivíduos que estivessem portando determinada quantidade de maconha, onde a tipificação entre usuário ou traficante dependia da discricionaridade investida pelo delegado, membro do ministério público ou do juiz da causa.

Assim, o Supremo Tribunal Federal fixou por meio do Tema 506 que o indivíduo que for pego portando até 40 gramas de maconha sativa ou 6 pés (muda) de planta fêmea será presumidamente considerado um usuário de maconha.

Nesse aspecto, de rigor destacar os principais modelos de regulação das drogas que são alternativos à criminalização. A descriminalização ocorre quando a sanção aplicada à determinada ação perde o caráter criminal. Na despenalização o caráter criminal subsiste, entretanto, deixa de se aplicar uma pena severa, promovendo a redução do quantum de aplicação dessa pena, ou ela é convertida em sanções administrativas. Já na legalização ocorre quando o tipo penal é retirado da legislação punitiva, mas subsiste um controle àquela conduta, via de regra a regulamentação por alguma autoridade administrativa (Godoy, 2016 p. 757).

Em relação a maconha, o STF despenalizou o indivíduo que portar até 40 gramas do entorpecente ou 6 pés (muda) de planta fêmea. É importante o destaque acerca da exceção constante na decisão da suprema corte, pois, a quantidade da maconha presume o usuário, ou seja, se um indivíduo for pego com menos de 40 gramas, mas no momento da apreensão houver outras circunstâncias que caracterizem o tráfico, tal como embalagens, porções individualizadas e balança, o flagrante pode ser invocado.

Quanto ao atendimento aos usuário de substâncias químicas, Teixeira et al. (2017) apontam três modelos de abordagens.

10.5281/zenodo.14510489

No modelo moral/criminal, o uso de determinadas drogas é definido como ilícito e, por isso, passível de punição, remetendo às políticas públicas proibicionistas e combate às drogas. Esse modelo está baseado na ideia moral de associar o prazer ao pecado. Aqui existe a associação entre Justiça e Saúde, por meio das internações compulsórias previstas na Lei 10.216/2011 – que serão posteriormente estudadas – onde referido modelo estabelece como única meta a abstinência total.

O modelo da doença entende a dependência química como uma doença biológica, focando no indivíduo para reduzir a demanda. Utiliza-se das experiências de outros grupos, como os alcoólicos anônimos e narcóticos anônimos. Neste modelo, a única meta possível para o indivíduo também está ancorada na abstinência total.

O modelo da redução de danos é o oposto dos dois primeiros modelos que tem caráter proibicionista, pois rompe com a ideia de uso abusivo das drogas, entendendo que esse consumo pode ser prejudicial, ou não. Essa estratégia é direcionada para as pessoas que não anseiam ou não conseguem diminuir ou cessar o uso das drogas ou, ainda, aos dependentes que não logram êxito em acessar os serviços de saúde. O modelo da redução de danos tem como princípio o respeito à autonomia do sujeito que é contrário às práticas de recolhimento em abrigos ou internações compulsórias.

Aliás, a cidade de São Paulo (2013) já teve um programa para redução de danos, instituído por meio da Portaria PREF nº. 332/2013 de 01/11/2013, denominado de "O Programa de Braços Abertos – Crack é Possível Vencer".

Teixeira et al. (2017) entendem que a redução de danos é uma alternativa da saúde pública aos modelos moral/criminal e de doença, ou seja, não objetificam o sujeito, mas lhe dão autonomia para se autoimplicar em seus cuidados.

Nesse sentido é o entendimento acerca da inimputabilidade do dependente químico, pois o próprio Decreto Lei nº. 2.848 de 7 de dezembro de 1940 (recepcionado pela Constituição Federal de 1988), com redação dada pela Lei nº. 7.209/84, asseverou acerca da isenção de pena ao agente que tenha doença mental, desenvolvimento mental incompleto ou retardado, dispondo que:

> Art. 26 - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Sob o aspecto biológico Capez (2018, p. 560) defende que ao Judiciário compete identificar se o indivíduo que estivesse portando drogas tem alguma doença mental para aferir se ele é imputável ou não:

> A este sistema somente interessa saber se o agente é portador de alguma doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado. Em caso positivo, será considerado inimputável, independentemente de qualquer verificação concreta de essa anomalia ter retirado ou não a capacidade de entendimento e autodeterminação.

O mesmo autor, sob o aspecto psicológico, assevera que o sistema de Justiça não se importa se o agente tem ou não limitação mental, mas, se no momento da ação ou omissão que esteja criminalmente tipificada, se ele detinha ou não condições de aferir que aquela conduta era ou não ilegal:

> Ao contrário do biológico, este sistema não preocupa com a existência de perturbação mental no agente, mas apenas se no momento da ação ou omissão

10.5281/zenodo.14510489

> delituosa, ele tinha ou não condições de avaliar o caráter criminoso do fato e de orientar-se de acordo com esse entendimento.
>
> Pode-se dizer que, enquanto o sistema biológico só se preocupa com a existência da causa geradora da inimputabilidade, não se importando se ela efetivamente afeta ou não o poder de compreensão do agente, o sistema psicológico volta suas atenções apenas para o momento da prática do crime.

O Relatório Global Sobre Descriminalização de Drogas, publicado em 2016, aponta os prejuízos da criminalização: aumento da população carcerária, aumento das doenças infectocontagiosas, bem como o aumento do número de mortes relacionadas às drogas que, em 2013, se aproximou de 200 mil no mundo (Eastwood e Rosmarin, 2016).

Portanto, a conclusão que se chega é que o uso de drogas não se revela um problema de saúde pública ou de segurança pública, mas um desafio governamental, intersetorial e multidisciplinar que não pode contemplar o orçamento de uma ou outra pasta, mas de um conjunto de ações que objetivem o cuidado ao dependente químico além da abstinência, pois, como demonstrado no estudo de Bruce et al. (1980), a socialização é o melhor caminho (senão o único) para enfrentar a dependência química.

4. Diferença entre os equipamentos de saúde na cidade de São Paulo

Quando se fala em saúde mental e os atendimentos especializados, não é incomum que se faça referência ao Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) e ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

No início da década de 90, os munícipes de Santos elegeram o médico sanitarista David Capistrano da Costa Filho como prefeito da cidade, que teve como uma das marcas da sua gestão a luta antimanicomial (desospitalização) e a atenção à saúde mental. Foi em sua gestão que o poder público interveio no hospital psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta, que reiteradamente era denunciado por mortes e maus tratos aos pacientes. Com o objetivo de estruturar serviços territoriais espalhados pela cidade, o hospital foi dividido em cinco equipes multidisciplinares, distribuídas pela cidade de Santos, originando-se, então, o NAPS (Koda e Fernandes, 2007).

Com a alternância de poder na administração municipal no fim dos anos 90, a falta de respaldo ocasionou o empobrecimento das práticas oferecidas pelos NAPS, ocasionando a desarticulação da rede por falta de investimentos e de infraestrutura, limitando o campo de atuação e ações possíveis. Koda e Fernandes (2007) denunciam que, nesse cenário, os atendimentos retornaram para dentro dos nosocômios.

Em 2001, o então Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso, sancionou a Lei 10.216, que representou um novo marco no tratamento dos indivíduos que sofrem com distúrbios, doenças e transtornos mentais, objetivando o fechamento gradual de manicômios e hospícios. Em 2002, o Ministério da Saúde cria os CAPS em todo o país, com o objetivo de ser um espaço para acolhimento de pacientes com transtornos mentais graves, em tratamento não-hospitalar.

O NAPS/CAPS são realidades que surgiram como forma de eliminar a lógica manicomial do sistema arcaico e desumano, que é o sistema psiquiátrico. Trata-se de um

10.5281/zenodo.14510489

serviço que não foi criado para complementar o hospital psiquiátrico, pelo contrário, surgiu com o objetivo de substituí-lo.

A fim de nortear os atendimentos de saúde das pessoas em situação de dependência química, a Prefeitura de São Paulo, por meio da Coordenadoria da Atenção Básica, editou a Nota Técnica nº. 01/2022, dispondo sobre orientações e fluxos acerca dos processos de cuidado, acolhimento noturno, internações voluntárias, involuntárias e compulsórias em saúde mental e o uso nocivo de álcool e outras drogas.

Para o presente estudo é importante destacar que o documento aponta que o município tem os seguintes equipamentos de saúde: 468 Unidades Básicas de Saúde (UBS); 33 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo 17 do Tipo II e 16 do Tipo III; 32 CAPS Álcool e Drogas (AD), sendo 17 do Tipo II, 14 do Tipo III e 1 do Tipo IV; 32 CAPS Infantojuvenis (IJ), sendo 25 do Tipo II e 7 do Tipo III.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil), o CAPS I e II são destinados ao atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, o que diferencia o I para o II é o número de habitantes da cidade ou região, onde o I atende pelo menos 15 mil habitantes e o II pelo menos 70 mil habitantes. O CAPS IJ é destinado às crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistes e o CAPS AD para os transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, ambos os equipamentos se assemelham ao CAPS II quanto ao número de habitantes da cidade ou região. O CAPS III presta atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação, para todas as faixas etárias, aos pacientes com transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atendendo cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

O CAPS AD III possui atendimento com 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação, funcionando 24h todos os dias, para todas as faixas etárias, destinando-se aos transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atendendo cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

O CAPS AD IV presta atendimento às pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Sua implantação deve ser planejada junto a cenas de uso em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de estado, de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população. Tem como objetivos atender pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento 24h, incluindo feriados e fins de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação.

Independentemente do tamanho e da especificação do CAPS, o serviço sempre será formado por, no mínimo, um médico (psiquiatra ou com formação em saúde mental); um enfermeiro com formação em saúde mental; quatro profissionais de nível superior de outras categorias profissionais, tais como: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; e, seis profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Um fato deveras importante é o relacionamento do CAPS com as Unidades Básicas de Saúde tradicionais ou vinculadas ao Programa Saúde da Família (PSF), que atuam nas comunidades, dentro das suas áreas de abrangência.

10.5281/zenodo.14510489

Os profissionais que integram a atenção primária estão próximos e possuem responsabilidade pela atenção à saúde da população daquele território. Nesse sentido, os CAPS devem buscar a integração permanente com as equipes da rede primária de saúde do seu território, para desempenhar o fundamental papel de acompanhar, capacitar e apoiar o trabalho das equipes do PSF com os usuários que tenham transtornos mentais.

As UBS são locais onde os usuários do SUS podem receber atendimento médico para diagnóstico e tratamento de cerca de 80% dos problemas de saúde. Nessas unidades a população tem acesso a medicamentos gratuitos e vacinas, faz atendimento pré-natal, acompanhamento de hipertensos e diabéticos e de outras doenças, como tuberculose e hanseníase. As UBS são a porta de entrada do SUS, contribuindo para o aumento da qualidade de vida e para a redução dos encaminhamentos aos hospitais (BRASIL, 2021).

5. Internação compulsória do dependente químico

A Lei 10.216/2001 estabelece em seu artigo 6º, três tipos de internação psiquiátrica: a internação voluntária, internação involuntária e a internação compulsória.

Cabe destacar, entretanto, que embora a lei expressamente preveja a internação psiquiátrica, o texto legal alerta para a excepcionalidade da medida, pois, "a internação, em qualquer das suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficiente" (Brasil, 2001).

Isso porque, como abordado, o objetivo da Lei 10.216/2001 é a desospitalização do indivíduo e sua reinserção social.

O indivíduo civilmente capaz que voluntariamente optar pela internação, ou consentir com a indicação, nos termos da Lei, deverá assinar uma declaração afirmando que optou por esse regime de tratamento. O fim da internação ocorrerá por determinação do médico assistente ou por solicitação escrita do paciente.

Entretanto, ao analisar o texto legal remanesce a diferenciação prática entre a internação involuntária e a compulsória. Isso porque, ao que parece, em ambos os casos, o sujeito destinatário do cuidado não aceita a internação, ou não está em gozo da suas faculdades mentais.

E, neste ponto, reside um problema a ser investigado: existindo um familiar, ou representante legal, que responda pelo dependente químico, quem define ou não a judicialização e, portanto, a internação compulsória, é a prescrição médica?

A indagação nasce ao analisar os artigos 8º e 9º da Lei 10.216. As internações devem prescindir de indicação médica, nos termos do caput do artigo 8º. Entretanto, a internação involuntária também pode ser solicitada por um familiar, ou responsável legal.

Se o estado de saúde do indivíduo é de difícil controle por seus familiares, por exemplo, eles podem solicitar ao médico assistente a internação involuntária que, negando-se a prescrevê-la, não restará alternativa à essa família senão socorrer-se do judiciário.

Extrai-se tal conclusão da Lei 11.343/2006, que alterada pela Lei 13.840/2019, estabelece no artigo 23-A, que:

10.5281/zenodo.14510489

> 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:
>
> § 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.**
>
> § 4º A internação voluntária:
>
> I - deverá ser precedida de declaração escrita da pessoa solicitante de que optou por este regime de tratamento;
>
> II - seu término dar-se-á por determinação do médico responsável ou por solicitação escrita da pessoa que deseja interromper o tratamento.
>
> § 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. (destacamos)

Além disso, a Nota Técnica 01/2022 da Prefeitura de São Paulo destaca que "o laudo médico é parte integrante da Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária", devendo conter diversas informações, tais como: motivo e justificativa da internação, descrição dos motivos de discordância do usuário sobre sua internação, CID etc.

Vemos, então, que além dos familiares ou representante legal, a Lei incluiu como legitimado para solicitar a internação involuntária, um servidor público da área da saúde, da assistência social ou dos órgãos integrantes do SISNAD, com exceção dos servidores da área da segurança pública.

Entretanto, o texto legal remanesceu a prescrição médica como condição *sine qua non* para efetivação da internação involuntária, admitindo-se, por exemplo, a objeção de consciência, que garante ao médico se recusar a realizar determinado ato, por violar os seus valores pessoais.

10.5281/zenodo.14510489

Como anteriormente sustentado, nesses casos, o familiar, ou representante legal, deverá acionar o Judiciário para análise do caso concreto e julgamento acerca da internação compulsória daquele indivíduo.

Cabe destacar que o Judiciário é moroso e que a situação do dependente químico pode se agravar até que seja proferida alguma decisão judicial. Isso porque, existindo prescrição médica para a internação do indivíduo, o juiz poderia deferir em tutela de urgência sua internação, determinando, posteriormente, a perícia judicial. Entretanto, se o pedido do familiar for requerido sem prescrição médica, o caso parece-nos ainda mais complexo, pois o juiz apenas decidiria sobre a internação após a perícia judicial e a *práxis* jurídica tem revelado o grande lapso temporal entre a decisão que determina a perícia, a data do exame pericial e a entrega do laudo, mesmo nos casos de urgência.

Na cidade de São Paulo, caso a situação tenha sido judicializada e o pedido deferido, a Nota Técnica 01/2022 dispõe que as Supervisões Técnicas de Saúde (STS) deverão articular as equipes necessárias para localização do usuário, realizar sua avaliação clínica, proceder com a remoção, o apoio e vinculação ao longo da hospitalização do sujeito.

Considerações Finais

O dependente químico deve ser incentivado quanto a sua autonomia em escolher seu tratamento, cabendo aos agentes de saúde informarem as opções de acesso ao sistema de saúde na atenção primária. Quando um familiar solicitar ou o médico entender ser o caso, a internação compulsória deve ser utilizada para que o sujeito tenha o adequado cuidado, pelo tempo necessário, sempre norteando seu cuidando pela reinserção social.

Quando o médico assistente entender que o caso de determinado dependente químico não seja indicado sua internação, mesmo que a pedido de algum familiar, o único caminho é a judicialização do caso, revelando uma dificuldade prática nesses casos, ante a morosidade do judiciário e, por vezes, a vulnerabilidade dessas famílias.

Referências

CAPEZ, Fernando. **Curso de direito penal, volume 1: Parte geral** – 22. Ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

EASTWOOD N, FOX E, ROSMARIN A. **A Quiet Revolution: drug decriminalisation across the globe**. Geneva: World Health Organization; 2016.

Freud, S. (1974). **O mal-estar na civilização**. In S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (J. Salomão, trad., Vol. 21). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1930).

10.5281/zenodo.14510489

FONTE, Carla. **Comportamentos aditivos: conceito de droga, classificações de drogas e tipos de consumo**. Revista da Faculdade de Ciências da Saúde. Porto. ISSN 1646-0480. 3 (2006) 104-112. Disponível em: http://hdl.handle.net/10284/533

GODOY, Guilherme Augusto Souza. **Toxicômano-Delinquente Versus Toxicodependente – Regulação Das Drogas Como Fenômeno Destacado Em Desafios Atuais Do Cenário Global**. Revista Jurídica. vol. 02, n°. 43, Curitiba, 2016. pp. 754-770 DOI: 10.6084/m9.figshare.4668841

KODA MY, FERNANDES MIA. **A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial.** Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000600020

Livreto Informativo Sobre Drogas. Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas. Disponível em: https://www.cebrid.com.br/wp-content/uploads/2012/12/Livreto-Informativo-sobre-Drogas-Psicotr%C3%B3picas.pdf

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais- DSM. American Psychological Association. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

Nações Unidas. **ODS: Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.** Disponível em: https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/agenda2030-pt-br.pdf

NOGUEIRA, C. S. P. **A família na toxicomania**. In: CIRINO, O.; MEDEIROS, R. (Orgs.). Álcool e outras drogas: impasses, escolhas e saídas possíveis. Belo Horizonte: Autêntica, 2006, p. 147-156.

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 3: Saúde e Bem-Estar | As Nações Unidas no Brasil. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3 .

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.

PEREIRA, Amanda Schreiner. **A toxicomania enquanto doença incurável e sua relação com um tratamento possível.** Aletheia 27(1), p.210-221, jan./jun. 2008.

Plano Nacional de Política Sobre Drogas – Sistema Nacional de Política Sobre Drogas – SISNAD. Brasília-DF, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/arquivo-manual-de-avaliacao-e-alienacao-de-bens/planad_set_2022.pdf

PREFEITURA DE SÃO PAULO. **Nota Técnica 01/2022.** Disponível em: https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/nota-tecnica-secretaria-municipal-da-saude-sms-1-de-23-de-junho-de-2022#anexos

PREFEITURA DE SÃO PAULO, Portaria PREF nº 332/2013 de 01/11/2013. DISPONÍVEL em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/DBAAGO2015.pdf

RIBEIRO, Cynara Teixeira. **Usuário ou toxicômano? Um estudo psicanalítico sobre duas formas possíveis de relação com as drogas na contemporaneidade**. Estudos e Pesquisas em Psicologia, vol. 11, núm. 2, mayo-agosto, 2011, pp. 633-647

ROMANINI, M., ROSO, A. **PSICANÁLISE, INSTITUIÇÃO E LAÇO SOCIAL: O GRUPO COMO DISPOSITIVO**. PSICOLOGIA USP, São Paulo, 2012, 23(2), pag. 343-365.

SANTIAGO, J. **A droga do toxicômano**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

SCHIMITH, P. B., MURTA, G. A. V., & QUEIROZ, S. S. de . **A abordagem dos termos dependência química, toxicomania e drogadição no campo da Psicologia brasileira.** Psicologia USP, 30, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-6564e180085

10.5281/zenodo.14510489

SENADO FEDERAL. Efeitos das substâncias no sistema nervoso. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/drogas/efeitos-das-substancias-no-sistema-nervoso

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. TEMA 506. Disponível em: https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4034145&numeroProcesso=635659&classeProcesso=RE&numeroTema=506

Zeitoune, R. C. G., Ferreira, V. dos S., Silveira, H. S. da ., Domingos, A. M., & Maia, A. C.. (2012). **O conhecimento de adolescentes sobre drogas lícitas e ilícitas: uma contribuição para a enfermagem comunitária**. Escola Anna Nery, 16(1), 57–63. https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000100008

Informação bibliográfica deste texto, conforme a NBR 6023:2018 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT):

LEME, Renata Salgado; TASSO, Bruno Fernando Barbosa Teixeira. Internação Compulsória dos Dependentes Químicos na Cidade de São Paulo. **UNISANTA Law and Social Science**, Vol. 13, N. 2 (jul./dez. 2024), pp. 350-365. ISSN: 2317-1308.

Recebido em 11/10/2024
Aprovado em 29/10/2024

CC BY

10.5281/zenodo.14510489