

Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências Jurídicas

**Análise Histórica da Internação Compulsória de Usuários de Drogas
no Brasil: uma Análise Doutrinária e Jurisprudencial**

Helena Ferreira de Macedo

Florianópolis – SC

2022

Helena Ferreira de Macedo

**Análise Histórica da Internação Compulsória de Usuários de Drogas
no Brasil: uma Análise Doutrinária e Jurisprudencial**

**Trabalho de conclusão de curso apresentado no Centro de Ciências
Jurídicas da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito
básico para a conclusão do curso de direito.**

Orientador: Marcus Vinícius Motter Borges

Florianópolis - SC

2022

SUMÁRIO

1. RESUMO	4
2. INTRODUÇÃO	5
3. BREVE HISTÓRICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	9
3.1 PANORAMA MUNDIAL	10
3.2 PANORAMA NACIONAL	16
4. O ABUSO DE DROGAS E A FISILOGIA DO VÍCIO	19
5. JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE	23
5.1. CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)	31
6. ANÁLISE DE PROCESSOS DO TJ DE SC	34
6.1. CASOS DE FLEXIBILIZAÇÃO DE LAUDO MÉDICO	36
6.2 CASO DE INTERNAÇÃO EM COMUNIDADE TERAPÊUTICA	51
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59

1. RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso busca, através de diálogos entre diferentes disciplinas, fazer uma análise de conteúdo, qualitativa, de processos do TJSC no que tange a exigência de laudo médico para a efetivação de internações compulsórias de usuários de drogas. A fim de alcançar esse intento foram feitos alguns recortes, tais quais: a delimitação temporal que excluiu aqueles processos anteriores a 2019, e todos aqueles que não abordassem, apesar de se tratarem de demandas vinculadas à internação compulsória, conflitos vinculados ao uso abusivo de drogas. Nesse sentido, as demais disciplinas mobilizadas serviram ao objetivo de esclarecer o fenômeno da drogadição a partir da psiquiatria e da biologia, analisando assim os processos vinculados à judicialização da saúde à luz dos avanços históricos de tais ciências.

Palavras-chave: laudo médico; internação compulsória; usuário de drogas; análise jurisprudencial.

2. INTRODUÇÃO

Em relatório produzido ainda em 2021, o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes alerta para o aumento de riscos vinculados a dependência química durante a pandemia¹. De outra forma, o UOL publicou no ano de 2018: “Tráfico de droga move R\$ 17 bilhões por ano, diz general que defende legalização²”. Para além do debate vinculado à legalização das drogas, gostaríamos de destacar a partir dessas manchetes a relevância do tema proposto no debate público. Tendo em vista a importância do tema, gostaríamos de expressar a compreensão de que cabe à academia não deixar o assunto apenas nas mãos dos noticiários policiais.

Compreendendo o saber acadêmico desenvolvido nas universidades públicas, como aquele que, em última instância, deve se aproximar da realidade prática da população que o financia, gostaríamos de expressar nosso compromisso não só com um tema reiteradamente caro ao contexto nacional, mas expressar nossa filiação à compreensão metodológica de que ao acadêmico não cabe brandir a falsa bandeira da neutralidade em prol da constituição de um conhecimento pretensamente objetivo. De outra forma, este deve ser capaz de expressar seus pressupostos metodológicos de forma que seu posicionamento esteja claro durante todo o processo de mediação através da linguagem. Como explicita Giansante:

[...] não compartilhamos de premissas que pressupõem a “separação entre o sujeito que conhece e o objetivo que é conhecido”; que colocam o objeto de estudo como algo externo e independente ao sujeito que o conhece; que acreditam que o objeto é de mesmo modo para todos que o observam; e que acreditam que o pesquisador pode, por meio da razão, conhecer a

¹ Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. Relatório Mundial sobre Drogas 2021 avalia que pandemia potencializou riscos de dependência. 2021. Disponível em: https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2021/06/relatorio-mundial-sobre-drogas-2021-do-unodc_-os-efeitos-da-pandemia-aumentam-os-riscos-das-drogas--enquanto-os-jovens-subestimam-os-perigos-da-maconha-aponta-relatorio.html. Acesso em: 11 nov. 2021.

² MILITÃO, Eduardo. Tráfico de droga move R\$ 17 bi por ano, diz general que defende legalização... - Veja mais em <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2018/12/21/trafico-de-droga-move-r-17-bi-por-ano-diz-general-que-defende-legalizacao.htm?cmpid=copiaecola&cmpid=copiaecola>. 2018. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2018/12/21/trafico-de-droga-move-r-17-bi-por-ano-diz-general-que-defende-legalizacao.htm?cmpid=copiaecola>. Acesso em: 12 nov. 2021.

realidade como ela é, através do emprego de um método que garante o acesso neutro e imparcial a esta realidade.

Por esse motivo, não partimos da crença de que “a realidade é um mistério que deve ser revelado pelo pesquisador” e de que “descobrir significa trazer à luz a verdade de uma realidade”, a qual será transmitida por meio da linguagem — precisa e clara — e que funciona como “um espelho do mundo, registro da verdade”

A neutralidade, dessa forma, cede espaço à implicação, tendo em vista que o discurso tradicional não cumpriu com suas promessas emancipatórias, mas, na verdade, possibilitou a imposição de valores de um determinado grupo sobre outros³.

A partir do exposto, gostaríamos já de antemão marcar nossa posição junto aos Direitos Humanos e à efetivação dos dispositivos constitucionais previstos: no art. 1º, II e III que estabelecem a cidadania e a dignidade humana como fundamentos da República Federal do Brasil; no art. 6º que assegura o direito à saúde, enquanto direito social; nos artigos 196 a 200 que abordam a saúde em seus diferentes aspectos; com especial atenção ao art. 200, inciso V, com redação dada pela Emenda Constitucional nº 85, que, em consonância com o proposto nesta pesquisa, prevê que ao Sistema Único de Saúde compete “incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação”.

Nesse sentido, a presente pesquisa se vale de uma análise de conteúdo⁴, de caráter qualitativo de processos do Tribunal de Justiça de Santa Catarina a partir do ano de 2019. Buscamos na base de dados do site JusBrasil (jusbrasil.com.br) por processos do TJSC que contivessem a expressão “internação compulsória” fazendo a seleção de processos envolvendo a internação compulsória de usuários de drogas, a partir do apanhado de processos selecionados, filtrou-se os que abordavam alguns dos elementos presentes na lei nº 10.216/2001; quais sejam: a necessidade de laudo médico circunstanciado para a internação compulsória e o seu caráter extraordinário, devendo ser efetuada apenas após exauridas todas as alternativas extra-hospitalares. Sendo assim, focando na temática internação compulsória de drogaditos, buscamos explorar o

³ GIANANTE, Ana Letícia Valladão. Internação Compulsória de Usuários de Drogas: os reflexos dos estereótipos e discursos nos processos judiciais e na efetivação de direitos fundamentais. 2018. 252 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Direito, Faculdade de Direito de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018. Pg. 29-30.

⁴ BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70. 2011.

material obtido nos processos, fazendo análise das jurisprudências que faziam parte dos julgamentos de internação em questão. A partir daí, foi possível tratar os dados obtidos abordando além da judicialização da saúde e as jurisprudências existentes no Brasil e mais especificamente as utilizadas no Estado de Santa Catarina, bem como os fatores biopsicossociais envolvidos nesses processos.

A partir da bibliografia mobilizada, marcadamente interdisciplinar, buscar-se-á reunir aqueles conhecimentos desenvolvidos junto à disciplina psiquiátrica que são capazes de contribuir substancialmente para o desenvolvimento de uma justiça conectada à sua área de atuação; longe de ser sustada por estereótipos que insistem em invadir o tema aqui abordado — como bem expressa o trabalho de Giasante⁵.

Para além disso, há que se destacar a tentativa reiterada de observar o problema através, principalmente, da biologia, por acreditarmos que o campo consegue abordar de forma muito mais competente a questão — mas sempre buscando um diálogo profícuo com a área da segurança pública, por exemplo.

Nesse sentido, ainda buscamos realizar reflexões que pudessem abarcar outros elementos dispostos na lei 10.216/2001, como a necessidade de se esgotar as alternativas extra-hospitalares e a problemática oriunda da efetivação do direito à saúde através de comunidades terapêuticas; sendo assim, restaram cinco casos a serem analisados de forma qualitativa.

Para que possamos analisar a questão da internação compulsória e os fatores que a perpassam, construiremos um trabalho em que os capítulos irão abarcar questões pertinentes ao uso de drogas, o vício e os tratamentos possíveis, sendo a internação um deles, o histórico e vigência das leis que pautam os direitos e tratamentos possíveis da pessoa com transtornos psiquiátrico (no qual inclui pessoas com vícios), também abordamos os trâmites legais do processo de internação compulsória dos drogaditos e analisamos as jurisprudências em que se baseiam as decisões dos julgamentos nesses casos.

⁵ *Idem, ibidem.*

No início da fundamentação teórica, abarcamos um breve histórico da reforma psiquiátrica no Brasil e no mundo. No primeiro momento um histórico mundial de como a loucura foi tratada desde os primórdios da civilização e como com o passar dos anos o conceito de loucura foi se modificando refletindo nas transformações de como ela era tratada socialmente, abordamos também os diferentes movimentos contra culturais e de oposição ao que vinha sendo praticado antes da reforma psiquiátrica que auxiliaram a construir o que temos hoje, como a assistência médica e judicial de pessoas acometidas por transtornos mentais. No segundo momento, destacamos a linha do tempo do tratamento dos transtornos mentais no Brasil, sendo essa linha do tempo bastante influenciada pelos movimentos internacionais que sucederam o que temos hoje sobre saúde mental. Neste capítulo podemos ver a importância da mudança de conceituação do transtorno mental, para que pudesse ser efetivada a reforma psiquiátrica e para que tornasse realidade a marcante lei nº 10.216/2001, muito importante para salvaguardar os direitos do paciente psiquiátrico e os deveres dos locais de tratamento destes.

Seguindo adiante, discutimos sobre a questão biológica do vício em drogas, apresentando aspectos da fisiopatologia do vício, que explicam o motivo pelo qual as pessoas não conseguem muitas vezes saírem dessa situação sem auxílio, explicitando quais são os fatores desencadeantes, mantenedores e agravantes do vício, bem como os fatores essenciais para reabilitação. Trazendo dados que embasam os laudos médicos a favor ou não de internações e procedimentos médicos em usuários de drogas. Afinal, tratamentos psiquiátricos bem como decisões jurídicas relacionadas à temática levam à ciência como base de suas atuações e decisões.

Nos debruçamos também sobre o evento marcante da criação do Sistema Único de Saúde e destacamos a importância disso para além das outras esferas da área da saúde, a da saúde mental com o surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial, que se transformaram nos locais de tratamento de transtornos mentais não baseados em abordagens hospitalocêntricas, como é previsto na Lei 10.216/2001, mantendo a prioridade no tratamento comunitário do paciente em detrimento de internações,

deixando as internações para casos excepcionais ou exauridas as possibilidades comunitárias de tratamento. Nesta parte do trabalho também abordamos os detalhes da legislação vigente sobre pessoas com transtornos psiquiátricos. Mais precisamente a Lei 10.216/2001 sobre direitos e deveres das pessoas e dos locais de tratamento, sendo uma lei essencial para o julgamento dos processos jurídicos sobre internação compulsória de usuários de drogas.

A diante discutimos sobre a judicialização da saúde, fenômeno crescente desde a criação do Sistema Único de Saúde, sistema que garante o direito e acesso universal à saúde pelos brasileiros. Com o desenvolvimento de toda a estrutura do SUS, questões como tratamentos e cirurgias de alto custo, internações compulsórias, entre outras situações começaram a florescer, se fazendo necessário o poder judiciário entrar em cena e garantir às pessoas o acesso ao que lhes é de direito, quando o que já está posto no sistema não suprime a sua demanda.

A partir das bases construídas nessa fundamentação descrita acima, foi possível fazer a discussão embasada nos conteúdos analisados, e nos processos selecionados do TJSC sobre internação compulsória levando à uma análise jurisprudencial destes, jurisprudências as quais se estruturam nos elementos da Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira, a Lei 10.216/2001.

3. BREVE HISTÓRICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Neste capítulo será abordado um breve histórico sobre as transformações conceituais, sociais e médicas pelos quais os transtornos mentais passaram através dos diferentes períodos da história. A loucura, sendo aqui o primeiro conceito a ser explorado no campo da saúde mental, será analisada por diferentes campos do conhecimento; recebendo diferentes juízos de valor e signos a depender da cultura em que se manifestou. Seu estudo e compreensão foi sendo expandido, até ser vista como uma série distinta de fenômenos, ditos transtornos, com seus sinais e sintomas diversos, porém, cada vez melhor delimitados.

A psiquiatria como área da medicina se expandiu, se inter relacionando com áreas da psicologia, dentre elas a psicanálise. Tratamentos foram desenvolvidos, muitos hoje vistos de modo bastante negativos, mas que passaram por diversas atualizações até chegarmos em um ponto em especial, a Reforma Psiquiátrica. Inspirada por diferentes movimentos internacionais e nacionais, essa mudança de paradigma culminou no Brasil em uma das mais importantes leis para a população brasileira acometida pelos transtornos mentais. Aqui iremos visitar os acontecimentos que antecederam a sua proliferação junto aos profissionais da saúde mental no Brasil a fim de compreender como diferentes movimentos médicos e sociais auxiliaram nesse percurso.

3.1. PANORAMA MUNDIAL

Os antecedentes da reforma psiquiátrica estão intimamente conectados à História da Loucura⁶, ou como ela foi abordada por diferentes povos em diferentes épocas e contextos, até, por fim, alcançarmos o cenário atual, onde a dita “loucura” — abordo o assunto tendo em vista o caráter sócio-histórico associado ao termo, já que em diferentes sociedades e em diferentes períodos históricos, utilizou-se do conceito “loucura” para nomear os mais diferentes fenômenos, da mesma forma que os mais diversos fenômenos já perpassaram o signo “loucura” — foi catalogada como uma série de transtornos psiquiátricos.

Nesse sentido, durante a Antiguidade Clássica, a dita “loucura” foi tida como um poder outorgado pelos deuses; já na Idade Média como algo sobrenatural ou relacionado a manifestações da natureza; enquanto que, no período da história europeia marcado pelo desenvolvimento do racionalismo, a dita “loucura” começa a adquirir aspectos de cunho mais negativo, sendo considerada uma desrazão, uma transgressão moral grave, uma perda de controle, passando a ser paulatinamente compreendida como fenômeno que coloca em perigo a ordem pública.

⁶ FOUCAULT, Michel. História da Loucura: na idade clássica. São Paulo: Editora Perspectivas S. A., 1978. 608 p.

Com a ascensão do mercantilismo, bem como com o advento do modo capitalista de produção, o ser humano passou a ser considerado enquanto força de trabalho para os empreendimentos nascentes, sendo assim, qualquer enfermidade começou a ser observada como um problema; o “louco”, então, começou a ser visto como um sujeito incapaz de exercer corretamente suas atividades laborais, precisando assim ser excluído, alienado da sociedade para não “atrapalhar” o desenvolvimento econômico das cidades.

A exclusão dos “loucos” do convívio social, na maior parte das épocas, era certa, ocorrendo, em um primeiro momento, em cárceres, como jaulas, prisões, e posteriormente em alas hospitalares especialmente construídas para prender e punir comportamentos “transgressores”. Já durante a Revolução Francesa, houveram movimentos inspirados pelo mote revolucionário “*liberté, égalité, fraternité*” [liberdade, igualdade, fraternidade] que objetivavam, por fim, prestar àqueles tidos como “loucos” alguma espécie de tratamento digno; fundamentalmente mais “humano”. Porém, apesar dos pequenos avanços, os Hospitais de Internação permaneceram numerosos e acabaram por perseverar como o protocolo (se não o mais adequado, o mais popular) ao tratamento da dita “loucura”, adquirindo funções de higiene social — higienismo —, relacionando cuidado com segregação.

Através desse brevíssimo resumo, fomos capazes de sobrevoar algumas das principais transformações pelas quais passou o conceito de “loucura” no Ocidente até meados do século XVIII. Com relação a essa trajetória, gostaríamos de destacar que o olhar que perdurou por longo período foi aquele no qual a dita “loucura” foi observada como enfermidade que deveria ser “tratada” de forma exclusivista, mantendo a pessoa “louca” longe da sociedade. O foco era, então, a higiene social dos ambientes e não o tratamento dos enfermos. Segundo Foucault⁷, os Hospitais Gerais, locais onde se era possível internar os ditos “loucos”, não se tratavam apenas de estabelecimentos médicos, mas também (e principalmente) de estruturas de monta semijurídica, espécies de centros administrativos que, juntamente com os poderes já constituídos na sociedade,

⁷ *Idem, ibidem.*

decidiam, julgavam e executavam. A loucura, dessa forma, transcendia a área médica e perpassava outras áreas para, assim, ser “controlada” biológica e socialmente.

Com o transcorrer do tempo, a psiquiatria, em conjunto com a ascendente psicanálise, começou a olhar o sujeito “louco” de maneira mais profunda, analisando os fatores que levavam as pessoas aos diversos estados de enfermidade mental, seja a ter alucinações, vícios, tiques, entre outros transtornos. Em 1793 o psiquiatra francês Philippe Pinel, através do Hospital Bicêtre, alça a loucura ao status social de patologia mental, sendo assim, passível de ser apropriada pela ciência médica e controlada através dos mais diversos fármacos e das mais diversas terapias — é nesse momento que surge e se difunde a eletroconvulsoterapia.

Apesar do claro avanço em se instituir a loucura como uma patologia, abrindo, assim, potencialidades no campo da ciência médica, acabou por se desenvolver uma compreensão estigmatizante acerca do sujeito diagnosticado com transtornos mentais. Sendo assim, reforçaram-se estereótipos vinculados ao possível perigo que esses indivíduos poderiam representar para a sociedade, aumentando o clamor pelo encarceramento e isolamento desses sujeitos. Com isso, os hospitais de internação, os famosos asilos, estabeleceram-se como a melhor maneira para se tratar os enfermos, local visto como terapêutico e disciplinador. Segundo Alves *et al.*⁸ essa alienação do doente, colocou-o como um ser destituído de razão, não sendo considerado cidadão, perdendo, assim, muitos dos seus direitos, restando a ele apenas a interdição civil e a perda do controle de sua própria vida.

Na década de 1950, para iniciar um movimento de contraponto aos asilos, manicômios, onde os enfermos acabavam por serem deixados sem muito cuidado, Maxwell Jones, psiquiatra sul-africano radicado no Reino Unido, montou um projeto para que os doentes psiquiátricos tivessem um tratamento mais humano através de metodologias que buscavam, como fim último do processo terapêutico, a reinserção do sujeito na sociedade. Será ao tratar principalmente transtornos pós-traumáticos de

⁸ ALVES, Carlos Frederico de Oliveira; RIBAS, Valdenilson Ribeiro; ALVES, Eliana Vilela Rocha; VIANA, Marcelo Tavares; RIBAS, Renata de Melo Guerra; MELO JÚNIOR, Lamartine Peixoto; MARTINS, Hugo André de Lima; LIMA, Murilo Duarte Costa; CASTRO, Raul Manhães de. Uma Breve História da Reforma Psiquiátrica. *Neurobiologia*, [s. l.], v. 72, p. 85-96, abr. 2009. Trimestral.

ex-soldados da já finada Segunda Guerra Mundial que essa metodologia, levada a cabo por comunidades terapêuticas, enfrentará os seus primeiros testes de efetividade. Segundo Passos, et al.⁹, a proposta de Maxwell Jones se baseava em três pilares: aceitação, controle e tolerância a comportamentos considerados desviantes.

O foco não era mais em manter os enfermos presos em um local, mas, ao contrário, prepará-los para a reinserção no ambiente público/social, em seus meios de convivência familiar, de trabalho e de amizades. As técnicas para alcançar tal objetivo eram fundamentalmente vinculadas a estratégias educativas e de conscientização — porém, era comum, em relatos vinculando a esses ambientes, a presença de uma forte pressão psicológica (tópico problemático até hoje nos locais onde a técnica de comunidades terapêuticas é utilizada). Ainda assim, para época, tratou-se de enorme avanço no campo da saúde mental e do bem-estar dos enfermos — importante ressaltar que há no Brasil uma proliferação de comunidades terapêuticas vinculadas a Igrejas que, por vezes, desvinculam-se dos elementos científicos de tal proposta para, em seu lugar, abordar o tema a partir de ditames religioso¹⁰.

Na década de 1960, nos EUA, surge um movimento denominado Psiquiatria Comunitária, o qual relacionava a Psiquiatria e a Saúde Pública, buscando a prevenção e promoção da saúde; porém sem grande impacto efetivo na eliminação de práticas estigmatizantes. Na mesma década, na Europa, mais precisamente na Inglaterra, cresce um movimento dito Antipsiquiatria, movimento que fazia grandes questionamentos à psiquiatria em si e a como ela tratava a doença mental. Tal corrente acreditava que a loucura, em última instância, era uma resposta fisiológica do corpo à violência da sociedade conservadora, sendo os delírios e quaisquer outros sintomas, formas utilizadas pela mente humana para criar uma realidade suportável¹¹. Sendo assim, é elaborada a reflexão de que a sociedade adoce o sujeito, julga-o e tenta tratá-lo com o mesmo veneno. Esse grupo de pensadores estava relacionado, em grande medida, com

⁹ PASSOS, R.G.; FARIAS, S.J.; GOMES, T.M.S. & ARAÚJO, G.C.L. . Comunidades terapêuticas e a (re) manicomialização na cidade do Rio de Janeiro. *Argumentum*, v. 12, n. 2, p. 125-140, 2020.

¹⁰ GIANANTE, Ana Letícia Valladão. *Ibidem*.

¹¹ HAN, Byung-Chul. Sociedade do cansaço. Giachini, Enio Paulo. 2. 2017. Vozes, Petrópolis: 128 p.

os crescentes movimentos contraculturais da época, que teciam grandes críticas a vários aspectos da sociedade ocidental, bem como à esfera vinculada à saúde mental.

Ainda na Europa, mais precisamente na Itália, também na década de 1960, em contraste com o movimento anterior, marcadamente radical, temos o desenvolvimento do grupo de teóricos vinculados a uma compreensão de que, doenças mentais existem e não são apenas uma forma elaborada pelo corpo humano para escapar da realidade factual. Conhecida como Psiquiatria Democrática Italiana, essa corrente irá propor um olhar mais aprofundado em direção à complexidade dos transtornos de ordem mental, interrelacionando aspectos biológicos, psicológicos e sociais com o objetivo de explicar tais fenômenos.

Apesar dos avanços na tentativa de tornar mais humanos os tratamentos aos doentes mentais, outros acontecimentos acabaram podando certos avanços na área, como por exemplo, na área de transtornos mentais relacionados à dependência química, sendo os Estados Unidos uma grande influência no que acabou se tornando uma verdadeira “Guerra às drogas”, retirando o foco do tratamento humanizado e médico, para um confronto moralizador dos usuários drogas.

O ano de 1909 foi o começo das ações norte-americanas que tinham como intuito reduzir o consumo do ópio vindo da China. Nesse período, o consumo dessa substância estava causando perturbação social e adoecimento mental da população norte-americana, e se observava que alguma coisa precisava ser feita. Com isso, foi instaurada a “Comissão do Ópio” na China, a fim de reduzir o tráfico. Mais à frente, em 1988, os norte-americanos em mais uma tentativa de reduzir o consumo de drogas no país, criaram a Comissão Contra Tráfico Ilícito de Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas num ato esperançoso de combater o que estava ferindo o “*American way of life*” e o “*self made man*” norte americano, num encontro de países em Viena. O objetivo final dessas iniciativas foram internacionalizar o combate às drogas, pois havia a consciência de que a maior parte da droga consumida nos EUA tinha origem em outros países. Em resumo, o século XX foi marcado por discursos antidrogas, encabeçados principalmente pelos norte-americanos. Lá se criavam estereótipos que até hoje perduram em programas de televisão, entre outros meios de comunicação, de que

drogas estão relacionadas a alguns grupos e etnias, como negros, mexicanos, bolivianos, etc., além de ser um problema de pessoas ociosas e sem perspectiva.

Para respaldar suas teorias racistas, a medicina norte-americana entrou em campo, para atestar que o uso de drogas era uma patologia séria, porém, bastante marginalizante, em que a etnia e a classe social seriam fatores precipitantes¹². Reforçava-se de que o dependente químico sofria de uma doença mental, que o impedia de viver sem a droga e de responder conscientemente sobre questões de sua própria vida, abrindo a discussão sobre internações e tratamentos compulsórios. Sendo assim, foi estruturado um forte discurso médico-jurídico a fim de adquirir o controle da população usuária e o cancelamento do encarceramento sanitário. Ações semelhantes às descritas anteriormente foram realizadas com doentes mentais acometidos por outras patologias. Esse discurso médico-jurídico acerca da patologização dos dependentes químicos foi exportado para outros continentes, com intuito moralizante e de redução do tráfico de drogas para os EUA.

Nos EUA ficou claro que um dos objetivos com a guerra às drogas eram também o controle social de grupos marginais, que na década de 60 estavam em plena ascensão, os movimentos de contracultura eram pintados pelas autoridades norte-americanas e seu discurso político-médico-jurídico como grupos delinquentes, corruptores dos jovens (brancos) da classe média e alta americana. Porém, esse cabo de guerra entre os movimentos minoritários e contraculturais, fez com que os jovens brancos de classes mais altas, se “misturassem” e se solidarizassem e aderissem às reivindicações dos grupos minoritários e aos ideais contraculturais, tornando difícil para as autoridades americanas punirem de forma igualitária seus “inimigos” sociais.

Com isso, novamente a medicina entrou em campo, para “separar” o delinquente de usuário. Uma forma um tanto quanto preconceituosa e racista de dar uma “segunda chance” para os brancos presos em flagrante usando drogas. Foi criado em 1966, o “Narcot Addict Rehabilitation Act”, o qual dava a opção aos usuários de drogas para escolher entre ir preso ou ir para reabilitação.

¹² LIMA, Cláudia Cristiane Victor de. Guerra às drogas e o genocídio da população negra: o papel da política brasileira de drogas como instrumento eugênico. 2022.

Em 1969, se intensificaram as ações dos EUA em internacionalizar seus discursos e sua guerra às drogas, passando a atuar na América Latina com mais furor. Vale lembrar que houve a operação *Intercept*, ocorrida no México no mesmo período, a qual, além de fracassar em combater o tráfico de maconha, aumentou o plantio da droga no país, abriu um novo mercado exportador, a Jamaica, e aumentou a procura e consumo de heroína nos EUA. Entretanto, mesmo com tal fracasso, quiseram expandir seu combate para a América Latina.

O grande erro norte-americano foi a não realização de uma análise sociopolítica adequada e, pois apenas aplicaram as mesmas ações já praticadas em seu território. Sendo assim, foram legislações sem muita base, sem aplicabilidade adequada e sem levar em consideração particularidades de países latinos. Porém, o que se instaurou e perdurou no pensamento latino americano foi o discurso médico-jurídico de que o dependente químico é um doente mental que não consegue responder e escolher por si próprio, necessitando assim de medidas muitas vezes compulsórias relacionadas ao seu tratamento médico. Em outras palavras, internações compulsórias em hospitais e clínicas, assim como aos acometidos com outras doenças psiquiátricas. Ou seja, passando pelos mesmos tratamentos inadequados, cerceamentos, isolamento social, etc.

3.2. PANORAMA NACIONAL

No Brasil a linha do tempo não é muito diferente do que de outros países no que diz respeito ao tratamento de doenças psiquiátricas, apenas um pouco mais lenta e muitas vezes “atrasada”. Os movimentos vinculados à área da psiquiatria têm início com a chegada da Família Real Portuguesa ao Brasil — então colônia de Portugal. Motivo relacionado à crescente urbanização da então capital brasileira (localizada na cidade do Rio de Janeiro), e à tentativa empreendida pela coroa de sanitizar os espaços e garantir a inexistência de “loucos” e “dementes” por entre a população do agora Reino Unido de Portugal e dos Algarves. Sendo assim, seguindo os passos europeus, instalou-se no Brasil uma prática psiquiátrica asilar.

Já em 1830, alguns anos após a consagração do Brasil enquanto país independente, as escolas médicas do país já se organizavam para discutir temáticas psiquiátricas, sendo a Sociedade Médica do Rio de Janeiro o núcleo através do qual irradiavam as ideias progressistas europeias, reivindicando a transformação dos asilos brasileiros, antes insalubres, com punições e aspectos de prisão, em locais mais arejados, higiênicos e com maior função moralizadora, iniciando a era “medicalizadora” da loucura no Brasil. As maiores transformações no campo da saúde mental brasileira só começaram a se intensificar na segunda metade do século XIX, com diversos movimentos em prol da humanização dos espaços asilares ocorrendo na cidade do Rio de Janeiro, causando, por fim, a inauguração do Hospício Dom Pedro II, e em seguida a este, vários outros.

Com o passar dos anos, as influências europeias continuaram a penetrar no território nacional, como demonstra o caso de Juliano Moreira, psiquiatra brasileiro que, tendo estudado fora do país, propôs, no Brasil de 1903, uma prática asilar pautada em bases como: o isolamento, tratamento moral e controle dos espaços terapêuticos com o preenchimento do tempo dos internos.

Porém, a partir de 1923, com a ascensão de ideais eugenistas, racistas e xenofóbicos ao redor do mundo, estas acabaram por influenciar alguns psiquiatras brasileiros, o que tornou um tanto problemáticas as formas de tratamento impostas no país. Dessa forma, durante as décadas seguintes, algumas práticas terapêuticas foram sendo testadas e aprovadas, como a lobotomia, eletroconvulsoterapia e o surgimento dos primeiros fármacos voltados para o tratamento de transtornos mentais. Houve grande furor, pois muitos achavam que essas práticas trariam a cura para os transtornos de ordem mental, porém, com o tempo, percebeu-se em grande parte a sua ineficácia.

Já durante a década de 1960 há uma queda no número de estabelecimentos públicos voltados para os cuidados daqueles que requeriam tratamento de ordem psiquiátrica, crescendo, dessa forma, o número de estabelecimentos privados e locais conveniados à previdência. O resultado foi, além do descaso para com os hospitais públicos, a manutenção dos descabros perpetrados pelas instituições privadas, muitas vezes agindo com a conivência do governo nacional. Sendo assim, apesar do

crescimento dos locais privados, os métodos de tratamento continuaram os mesmos utilizados pela geração anterior, doentes psiquiátricos excluídos da sociedade, vivendo em ambientes insalubres, sem nenhuma preocupação com a sua reinserção na sociedade.

Porém, assim como em outros países, apesar de muito lenta e gradualmente, foram surgindo no Brasil movimentos bastante tímidos que se preocupavam com a qualidade de vida dos internos, bem como com o desenvolvimento de tratamentos psiquiátricos mais humanos. Muito influenciados pela Psiquiatria Democrática Italiana, esses profissionais terminavam por questionar as bases da psiquiatria vigente e seus métodos. Vale lembrar que, na década de 70, a dependência química, umas das doenças mentais tratadas nos hospitais psiquiátricos, já era vista como um verdadeiro *inimigo social*, como o presidente norte americano Nixon disse na época.

Já na década de 80, durante o processo de reabertura democrática e declínio da Ditadura Militar — período marcado pelo descaso com a saúde mental pública; o país buscava reestruturar a saúde pública brasileira sob bases democráticas, dando início ao movimento que culminaria com a Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde.

Antes do estabelecimento da Reforma Sanitária, as internações e cuidados para com os aqueles que necessitavam de atenção psiquiátrica eram feitos, na maioria das vezes, através da assistência psiquiátrica previdenciária em hospitais privados conveniados, havendo assim uma grande lacuna no ambiente assistencial, já que boa parte da população não nutria condições materiais para sustentar sua internação.

Desse modo, as ações realizadas durante a Reforma, culminaram

[...] na inclusão na atual Constituição Federal, promulgada em 1988, em seu artigo 196, da noção de saúde enquanto direito de todos e dever do Estado e, em 1990, na aprovação da Lei 8.080, também chamada de Lei Orgânica da Saúde, a qual institui o Sistema Único de Saúde, que preconiza a criação de uma rede pública e/ou conveniada - de caráter complementar - de serviços de saúde, tendo em vista a atenção integral à população nos níveis de prevenção, promoção e reabilitação.¹³

¹³ ALVES, Carlos Frederico de Oliveira; RIBAS, Valdenilson Ribeiro; ALVES, Eliana Vilela Rocha; VIANA, Marcelo Tavares; RIBAS, Renata de Melo Guerra; MELO JÚNIOR, Lamartine Peixoto; MARTINS, Hugo André de Lima; LIMA, Murilo Duarte Costa; CASTRO, Raul Manhães de. Uma Breve História da Reforma Psiquiátrica. *Neurobiologia*, [s. l.], v. 72, p. 85-94, abr. 2009. Trimestral. Pg. 92.

Por fim, no final da década de 1980, a luta antimanicomial vai paulatinamente ganhando força, espalhando-se por todo o Brasil através de médicos, teóricos entre outros profissionais da área (principalmente) da saúde mental, que acreditavam que os asilos, ditos manicômios, não eram o ambiente propício para os tratamentos de doenças psiquiátricas. Esse movimento, intitulado Luta Antimanicomial

[...] tem na superação do manicômio, não apenas em sua estrutura física, mas, sobretudo, ideológica, seu grande objetivo. Busca-se a desconstrução da lógica manicomial como sinônimo de exclusão e violência institucional, bem como a criação de um novo lugar social para a loucura, dando ao portador de transtorno psíquico a possibilidade do exercício de sua cidadania”.¹⁴

Sendo assim, é iniciado um processo de substituição de hospitais psiquiátricos de modelo tradicional asilar assistencialista, a um modelo estruturado a partir de uma rede de assistência não “hospitalocêntrica” para o tratamento de doenças mentais. Será a partir da estruturação e hierarquização do Sistema Único de Saúde que se desenvolverão os Centros de Atenção à Saúde Mental, centros que foram estruturados para melhor atender as particularidades de cada paciente, seja ele acometido por um transtorno psicótico, um transtorno de ansiedade ou depressivo, uma dependência química, entre outros.

¹⁴ *Idem, ibidem*, pg. 93.

4. O ABUSO DE DROGAS E A FISILOGIA DO VÍCIO

Como vimos no capítulo anterior, o uso de drogas psicoativas existe desde os primórdios da existência humana, sendo usadas muitas vezes em rituais dos mais diversos gêneros, em comemorações, sacrifícios, etc. Desde então já era notável que o uso dessas substâncias causam uma alteração de comportamento e de consciência, sendo essa, por vezes, percebida como algo relacionado a transcendência, ao encontro com um estado mais puro de consciência e de comunicação com seres sobrenaturais — para além disso, já havia em muitas culturas a consciência de seu potencial terapêutico, principalmente no que tange aumento da performance física e sua capacidade de “curar” a fadiga. Até hoje podemos perceber que esse tipo de uso segue presente em nossa sociedade, mas, apesar disso, a relação do ser humano com essas substâncias também adquiriu outros significados a partir das mudanças socioculturais ocorridas com o desenvolvimento dos séculos. O abuso de drogas se coloca, dessa forma, como uma questão tanto biológica — pois envolve toda a fisiologia do vício —, quanto social, já que o ser humano se relaciona com seu ambiente e o ambiente reforça e estimula certos comportamentos.

O álcool e a cannabis são as primeiras drogas a aparecerem na documentação disponível pelos historiadores atuais, sendo utilizadas na antiguidade por povos da Mesopotâmia desde 5000 a.C. Mais à frente no tempo, em 2.500 a. C., o ópio aparece nas documentações como a resina de uma simples planta. Essa resina chega à Europa em 1.600 a. C. onde, para além de seu uso recreativo, foi destacando-se por sua propriedade terapêutica, como um analgésico bastante forte.

Será a partir do ópio que, já no século XIX, serão feitas as primeiras observações e estabelecidas as primeiras teorias relacionadas à dependência física por drogas. Os impulsos para o desenvolvimento do vício estão relacionados aos avanços científicos da época. Já em 1805, o químico Friedrich Serturmer, isolou pela primeira vez o alcaloide do ópio, nomeando-o de “Morfina”. Aliado a isso, no mesmo período foram construídas as primeiras seringas, tornando o uso de morfina por meio intravenoso uma prática “popular” entre determinados meios da sociedade, instaurando-se assim um ambiente

propício para o abuso da substância. A morfina tornou-se um problema biossocial, já que os médicos não estavam preparados para lidar com as consequências do seu abuso. Porém, para além da morfina, em 1887, foram desenvolvidas as primeiras drogas sintéticas, as anfetaminas, as quais tinham efeitos terapêuticos, mas seus efeitos colaterais alteravam os sistemas de prazer e recompensa neurais por serem drogas estimulantes. Esses efeitos foram, em um primeiro momento, apreciados pela população urbana, como a sensação de maior energia e a facilidade em emagrecer, entretanto, a longo prazo, tais sensações davam lugar a exaustão e inapetência prolongada, levando ao adoecimento e alterações neuronais irreversíveis não esperadas.

Sendo assim, é notável que o descobrimento de plantas com substâncias psicoativas e o posterior desenvolvimento de drogas sintéticas causaram furor, euforia e sensações prazerosas por todo o mundo, sendo os séculos XIX e início do XX marcados pelo uso e abuso dessas substâncias psicoativas no intuito de alcançar o bem-estar e o prazer. Como reação surgem as primeiras noções sobre abuso de droga e dependência química, situação impulsionada pelo período moralizante que ocorreu nos EUA, partindo de lá o conceito de "toxicômano e drogado". A partir disso, iniciou-se a observação das consequências não esperadas do uso das drogas, já que o problema estava tomando proporções inimagináveis. A partir da década de 60, a Organização Mundial de Saúde discutia os termos empregados aos dependentes químicos, retirando as nomenclaturas pejorativas como "drogado". Nesse tipo de discussão já era perceptível que as drogas, uma vez vistas como positivas, estavam ganhando um teor negativo, dando destaques às consequências ruins do uso em detrimento dos efeitos "terapêuticos". Os usuários, aos poucos, também vão sendo marginalizados e o preconceito para com eles na sociedade aumenta — antes vistos como pessoas à procura de bem-estar, agora como sujeitos de má fé, preguiçosos e doentes, causadores de um problema social.

Ao se tornar um problema social, automaticamente a dependência química deve ser encarada como um problema de saúde pública, e, para que esse problema seja resolvido ou pelo menos mitigado na sociedade, devemos pensar em tratamentos adequados e efetivos. Para tanto, necessitamos entender como as drogas afetam nosso

organismo. É facilmente observável que as drogas produzem efeitos sistêmicos no ser humano. Quando se utiliza alguma substância psicoativa, o corpo apresenta reações motoras, visuais e sensitivas comandadas por sistemas neuronais presentes no cérebro humano, através de neurotransmissores que, ao se conectarem com seus devidos receptores causam tais reações

Essas substâncias também são classificadas por seus efeitos no corpo humano por estimularem ou deprimir o sistema nervoso, sendo assim, seus efeitos diferem entre estimulantes e depressores (calmantes). As drogas depressoras do sistema nervoso central têm efeitos como: sonolência, lentificação dos movimentos, desatenção e desconcentração, a exemplo: o álcool, hipnóticos (drogas indutoras ou mantenedoras de sono), barbitúricos, ansiolíticos, opiáceos e inalantes ou solventes como cola, tintas, etc. Já as estimulantes do sistema nervoso central possuem como efeito o aumento da vigília (tira o sono) e da atenção, a aceleração de pensamento e a euforia, sendo seus principais representantes as anfetaminas, a cocaína, a nicotina e a cafeína. O terceiro grupo de substâncias psicoativas são as perturbadoras do sistema nervoso central, as quais provocam alucinação ou ilusão visual ou sinestésica. Fazem parte desse grupo: a mescalina (cacto mexicano), psilocibina (presente em alguns fungos como cogumelos), THC (cannabis), lírio (algumas subespécies) e as de origem sintética, como LSD, ecstasy e anticolinérgicos.

Todas as substâncias descritas acima, se usadas de forma crônica e abusiva, irão promover alterações morfológicas e estruturais nos componentes cerebrais, como por exemplo a dessensibilização dos receptores dopaminérgicos (receptores de dopamina, neurotransmissor responsável por sensações prazerosas vinculado ao sistema de recompensa), mudanças da conformação dos receptores, pouca produção de neurotransmissores envolvidos nos sistemas acometidos pelas drogas, alterações na estrutura cerebral como um todo, como atrofia de algumas regiões, alterações no hipocampo (estrutura responsável pelo armazenamento de memórias) e alterações no córtex frontal e pré-frontal (região responsável pela consciência, comportamentos e personalidade), entre outras mudanças nas diferentes regiões do cérebro.

Vale ressaltar que o sistema límbico, região cerebral com estruturas intimamente ligadas às emoções humanas e à sensação de prazer, estando assim relacionada com o sistema de recompensa, é o sistema mais afetado pelo uso de drogas psicoativas. A efemeridade das sensações boas ao se usar as drogas está relacionada às alterações na transmissão dos impulsos elétricos nessa região, além das sensações ruins após o cessamento do efeito positivo. O vício, responsável pelo desejo incontável de usar novamente a substância, origina-se deste mecanismo. A memória recente no hipocampo é distorcida. O córtex frontal, área da consciência, tem a noção de que não é algo saudável, porém, o sistema de recompensa vinculada a sensação de prazer já não consegue se sensibilizar suficientemente com os neurotransmissores em quantidades fisiológicas (produzidas pelo próprio corpo). Cada vez mais é necessária uma quantidade maior de receptores para que as sensações positivas sejam sentidas e assim o vício se instaura e é mantido.

Após a breve explicação fisiológica do vício em drogas, e voltando à questão de saúde pública, fica claro que o tratamento onde o adicto (viciado em drogas) é privado de liberdade e apenas retirado de seu ambiente social, sem pensar nos mecanismos para que o sistema nervoso central seja novamente sensibilizado organicamente, não será capaz de desenvolver a resposta esperada. Por isso, é importante se pensar, quando falamos em internação de usuário de drogas, qual o objetivo dessa internação: será apenas a privação de liberdade?, a higienização social?, a marginalização deste ser humano?, ou será feita realmente uma terapia adequada ao vício, ao tipo de substância consumida, ao grau de dessensibilização neural da pessoa?. São questionamentos fundamentais ao se pensar em internações de usuários: o momento certo para uma internação, qual tipo de tratamento a ser efetuado e a saúde pública.

Vale lembrar que pensar em saúde pública é pensar nas diferentes esferas que compõem a sociedade, nas políticas públicas de prevenção ao uso de drogas, no sistema judiciário que decide se a pessoa é encarcerada ou não por utilizar drogas, se será internado ou não compulsoriamente, na equipe saúde, em como os tratamentos podem ser feitos, que tipo de atendimento será efetuado. A efetividade é também importante para o SUS, afinal, quanto mais efetivo o tratamento, melhor financeiramente ele será

para o sistema. Sendo assim, é importante ressaltar que questões de saúde pública envolvem tudo e a todos. Não se pode pensar em saúde e combate às drogas, sem pensar como um todo, sem interligar poderes e áreas de conhecimento da sociedade.

5. JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

Com a Constituição da República Federativa do Brasil publicada em 1988, muitos direitos foram conquistados, dentre eles o de acesso à saúde, no artigo 196 se estabelece o direito à saúde, nos termos:

[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Para salvaguardar o direito à saúde o Sistema Único de Saúde foi criado pela Lei 8080/1990 tendo o intuito de proporcionar e garantir o direito universal à saúde como dever do Estado.

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

[...]

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

[...]

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;)

Porém, para que o SUS funcione, deve haver investimentos e gestão eficiente. Já que o SUS é dividido em várias regiões e em vários serviços de saúde, para atendimento dos diferentes estágios das doenças, visando também a prevenção do adoecimento por doenças passíveis de serem rastreadas e evitadas. O SUS tem a atenção primária na Unidade Básica, as Policlínicas, o Pronto atendimento, os hospitais e os centros de atenção psicossocial, entre outros estabelecimentos de saúde¹⁵.

Entretanto, nem sempre esse direito é efetivado, pois ocorre, por exemplo, que em certas regiões não estão disponíveis as condições necessárias para realizar determinados procedimentos que a população porventura necessite¹⁶. Dessa forma, há casos que familiares procuram por internação de seus entes por motivos de dependência química e não encontram formas de serem atendidos por diversas razões, entre elas, a falta de clínicas para esse atendimento e, até mesmo por necessitar de respaldo jurídico para a internação, especialmente nos casos em que o paciente não tem mais controle sobre si e/ou quando recusa a internação mesmo estando causando danos a si ou às demais pessoas com as quais convive. Nesse caso temos um segundo problema: o fato do atendimento oferecido pelas instâncias judiciais também ser moroso e de difícil acesso à maioria da população, entre outros fatores, como veremos mais adiante.

A fim de sanar esse problema, há o instituto jurídico da tutela antecipada, ferramenta utilizada em alguns dos processos analisados e que busca sanar a demanda

¹⁵ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpressão – Brasília: Ministério da Saúde, 2013

¹⁶ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Renome 2020 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

antes do fim do trâmite jurídico por compreender que a não satisfação imediata, por exemplo, de uma internação compulsória aos encargos do Estado catarinense, virá a colocar em risco a vida do usuário, impedindo a satisfação de tal demandada futuramente, caso seja julgada procedente.

Essas e outras tantas situações são vivenciadas atualmente no Brasil em relação ao atendimento da população pelo SUS. Considerando tais dificuldades, para que situações como essas sejam discutidas e muitas vezes resolvidas, como exposto acima, o Poder Judiciário Brasileiro se insere na questão. Inicia-se, então, o fenômeno de judicialização da saúde.

Este fenômeno, segundo Stein e Moraes:

[...] está em plena expansão no Brasil, uma vez que crescem as demandas que chegam ao Poder Judiciário buscando a efetivação dos direitos fundamentais à pessoa humana, sendo o principal deles o direito à saúde. [...] A intervenção do Poder Judiciário, mediante determinações à Administração Pública, procura realizar a promessa constitucional de prestação universalizada do serviço de saúde, ainda que se trate de um direito social, de natureza coletiva, ele acaba sendo concretizado de forma individual, em que a população busca o Poder Judiciário para efetivação de direitos fundamentais¹⁷.

Neste trabalho, dirigimos a atenção e analisamos os casos de pedidos de internação compulsória para dependentes químicos, que são procedimentos que só acontecem mediante processo judicial¹⁸. Para que a internação seja realizada de forma compulsória, há requisitos a serem preenchidos, cria-se uma inter-relação médico-judiciária, expressando bem o conceito de judicialização da saúde. Como já discutido anteriormente, com os avanços nos tratamentos de doentes mentais (insere-se aqui os dependentes químicos) acredita-se atualmente que o melhor método de terapia são os atendimentos que se dão em locais extra-hospitalares, ou seja, nos Centros de Atenção Psicossocial.

Segundo Resolução de nº 8, 14 de agosto de 2019:

¹⁷ STEIN, Flávia Thais; MORAES, Maria Valentina de. JURISDIÇÃO CONSTITUCIONAL E DIREITOS FUNDAMENTAIS SOCIAIS: o problema da judicialização da saúde no município de sobradinho. In: DEMANDAS E POLÍTICAS PÚBLICAS NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA, 14., 2018. Seminário Nacional. 2018. p. 3.

¹⁸ CALZA, Jaíne. O dependente químico e a internação compulsória: traçando caminhos para a efetivação do direito à saúde. 2014. p. 21

Considerando que a política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas fundadas na desinstitucionalização e atenção psicossocial representa não apenas uma política de governo, mas uma verdadeira política de Estado, consolidada em quatro conferências nacionais de saúde mental, com ampla participação social e reconhecimento pelas várias instâncias de controle social do SUS¹⁹.

Porém, quando não surtem efeitos de melhora, tais casos devem ser repensados, ou seja, levando em consideração o Artigo nº 4 da Lei 10.216/2001 do código civil, “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”. Vale ressaltar as clínicas de reabilitação/internação, devem se portar como locais onde o doente mental fica por um tempo para se restabelecer e assim poder voltar para seu ambiente social e não mais ficar isolado pelo resto de sua vida ou boa parte dela, condizente com os incisos primeiro e segundo do artigo nº 4 da Lei 10.216/2001:

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

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

Cabe aqui também fazer uma breve apresentação dos tipos de internação previstas na Lei nº 10 216 e como são realizadas atualmente, são três tipos de internação psiquiátrica: 1) a internação voluntária, que é consentida pelo paciente. Para seu ingresso na instituição escolhida deverá ser feito um documento escrito e para seu egresso também será feito outro documento assinado ou alta médica; 2) a internação involuntária, a qual é feita a partir de um pedido de terceiro, geralmente um familiar, mas sem o consentimento do paciente, seguindo o Artigo nº 8 da Lei 10.216/2001 do Código Civil:

¹⁹ BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos/Conselho Nacional dos Direitos Humanos. Resolução nº 8, de 14 de agosto de 2019. Dispõe sobre soluções preventivas de violação e garantidoras de direitos aos portadores de transtornos mentais e usuários problemáticos de álcool e outras drogas.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

E, terceiro temos a internação compulsória que

[...] é determinada pelo Estado, por meio do Poder Judiciário e somente poderá ser determinada a partir de um parecer técnico do profissional competente, em casos em violam interesse e segurança de terceiros²⁰.

Sendo vetada de qualquer maneira a internação em instituições com características asilares.

Nos casos de internação compulsória, haverá de ter, para efetivação do processo de internação, o laudo médico. Na maioria das vezes, este deve ser redigido por profissional competente e devidamente inscrito no Conselho Federal de Medicina e seguindo o Código de Ética Médica brasileiro²¹. O código em seu Artigo 22 estabelece que o alvo da atuação do médico seja a saúde do paciente, em função da qual empenhará todo o seu zelo e capacidade profissional, sendo o seu dever indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no Brasil.

É também dever do médico respeitar a dignidade, a autodeterminação ético-existencial do paciente, sua personalidade e integridade física e psíquica, porém, face a ausência de juízo crítico e iminente risco à vida de si próprio e de terceiros, o Código de Ética Médica em seu Artigo 56 torna obrigatória a atuação médica impositiva. Ou seja, são nesses casos que as internações compulsórias se dão, seja pela

²⁰ STEIN, Flávia Thais; MORAES, Maria Valentina de. op. cit. p. 11.

²¹ Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.

ausência de juízo crítico do dependente químico, que muitas vezes está sob efeito da droga causadora de seu vício, ou por agravos na saúde mental pelo uso crônico da substância e/ou por agressividade para com a família e conhecidos, trazendo assim risco a ele e a terceiros, fatos que tornam o laudo médico apresentado ao processo favorável à internação compulsória.

Para que uma internação compulsória seja efetivada, para além da vontade de um familiar ou responsável pela pessoa em questão, ou outras instituições que porventura tenham contato com o usuário, existem outros fatores importantes, além do laudo médico atestando ausência de juízo crítico, periculosidade para si e para terceiros, acometimentos sérios cognitivos pelo uso crônico ou agudo. O Ministério Público, ao ser notificado da internação, deve, junto à gestão regional do SUS da cidade em questão, ter uma comissão montada, sendo esta uma comissão de revisão de internações involuntárias, a fim de fazer a análise e vigilância do local onde a pessoa será internada, as condições socioambientais e as atividades propostas no local para que a pessoa possa ser tratada e em seguida reinserida socialmente. Relevante assinalar que a comissão deve ser multiprofissional, como fica claro a partir da seguinte portaria:

A Comissão deverá ser multiprofissional, sendo integrantes dela, no mínimo, um psiquiatra ou clínico geral com habilitação em Psiquiatria, e um profissional de nível superior da área de saúde mental, não pertencentes ao corpo clínico do estabelecimento onde ocorrer a internação, além de representante do Ministério Público Estadual. É relevante e desejável que dela também façam parte representantes de associações de direitos humanos ou de usuários de serviços de saúde mental e familiares²².

Entretanto, na realidade, muitas vezes essas comissões não existem em certos locais do Brasil, deixando todo processo menos humanizado e dando margem a certos tratamentos não tão reconhecidos cientificamente como eficazes. Porém, vale ressaltar que a qualidade do local de internação deve ser levada em consideração no processo, a fim de não causar mais dano do que benefício à pessoa em questão. Para além da comissão revisadora, o Ministério Público pode anexar mais dados ao processo,

²² Portaria/SAS N° 2.391, de 26 de abril de 2002, que regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI). Art. 10, que estabelece que o gestor estadual do SUS constituirá uma Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias - PORTARIA N° 798 DE 10/10/2012 O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA

requerer laudo médico com mais informações, entrevistar a direção do local de internação, entrevistar o dependente químico (se em situação possível de tal ato), entrevistar a família ou quem eles julgarem importante ao caso e também autorizar outros profissionais a examinarem o paciente a ser internado, a fim de colher mais informações sobre o seu estado de saúde. No caso de se ter a Comissão revisora, esta tem até sete dias para avaliar a internação e rever a decisão acatada ou dar seu parecer favorável à continuação da internação.

Essas são ações jurídicas para que o processo seja o mais adequado possível seguindo aos ditos da Lei nº 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. É notável que quanto mais informações forem coletadas sobre a situação do dependente químico, seu estado de saúde, a dinâmica familiar instaurada, os perigos que tanto a pessoa quanto a família correm, as situações pelas quais ambos passaram até então, tudo isso é de grande importância para que os processos sejam julgados de forma eficiente e justa. Claro que, dentro do sistema judiciário, tal decisão tem consequências em outras instâncias, sejam elas, federais, estaduais ou municipais, como, por exemplo, o custeio da internação: quem deve pagar pela internação? Nesse sentido, há reiteradamente o apelo, por parte do Estado ou de Municípios chamados a efetivar o direito à saúde consagrado na constituição brasileira, o apelo à responsabilidade solidária entre os entes públicos da federação (Municípios, Estados e União).

Sobre a questão do custeio da internação, vale ressaltar que existem particularidades que devem ser levadas em consideração, como o fato de que internações involuntárias, ou seja, quando um familiar ou responsável decide internar uma pessoa, ela deve ser custeada por aquele que realizou a solicitação, não sendo papel do Estado custear todo o processo. “A atuação do Poder Judiciário não é exigível e nem desejável em casos de internação involuntária e voluntária, posto tratar-se de medida afeta à área de saúde mental e não judicial²³.” Mas quando falamos em internação compulsória que, lembrando, é uma internação que ocorre quando o Estado tem a

²³ MUSSE, Luciana Barbosa. Internações forçadas de usuários e dependentes de drogas: controvérsias jurídicas e institucionais. In: SANTOS, Maria Paula Gomes dos (org.). Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão. Rio de Janeiro: 2018. Cap. 9. p. 211.

tutela por essa pessoa momentaneamente, este deve custear o tratamento. Tal custeio muitas vezes é oneroso ao Estado por questão de quantidade de pessoas internadas nessa modalidade, e vem progredindo.

Porém, quando se dá uma internação compulsória, é irrevogável que o Estado arque com aquela internação, como salienta MUSSE:

“Muitos processos sobre internações forçadas envolvem obrigação de fazer, ou seja, exigem que o Estado forneça atendimento em saúde mental a despeito de haver ou não dispositivos em saúde mental e recursos públicos disponíveis para tal”²⁴.

Com o passar dos anos vem aumentando o número de pedidos de internação compulsória para dependentes químicos, que na realidade deveriam ser tratados como uma internação involuntária ou voluntária. Porém, por questões de falta de recurso financeiro, a família e/ou o próprio dependente químico passam pelo processo de internação compulsória, a fim de conseguir o tratamento adequado para reabilitação, custeado então pelo Estado. MUSSE complementa:

[...] o acionamento do Poder Judiciário, via pedidos de internações forçadas, deve-se, em vários casos, à impossibilidade de o usuário ou dependente de drogas arcar com os custos do próprio tratamento e não porque não queira se tratar ou tenha praticado algum crime. Se a questão é financeira, o que está em jogo é a obtenção do financiamento público do tratamento pretendido, envolve a concretização de um direito humano e fundamental e não uma resposta extrema, de cunho jurídico-punitivo ou biomédico como a internação compulsória²⁵.

Vemos aqui que o aumento de acionamento jurídico para fins de tratamento da dependência química, que não atende a nenhum outro tipo de tratamento ambulatorial, comunitário, etc., não são universalmente por questões de cunho jurídico-punitivo, como alguns casos que acabam por aparecer na mídia, a exemplo os casos das polêmicas internações compulsórias de usuários de crack, entre outras situações que ocorrem dessa maneira. Na realidade, uma grande parcela dos processos são casos de

²⁴ MUSSE, Luciana Barbosa, op. cit. p. 210.

²⁵ *Idem, ibidem*, p. 212.

famílias ou dependentes, em consciência da ausência de recursos financeiros, que se vêem em uma situação complicada por conseguir arcar com o tratamento sem recorrer ou pedir ajuda ao Estado. Dessa forma, buscam o poder judiciário para obtenção do pleno direito à saúde.

Relembrando que perante a lei 10.216/2001, os casos judicializados de internação compulsória se dão a partir de laudo circunstanciado por profissional da psiquiatria e tendo se esgotado as possibilidades de tratamento comunitários previsto na lei. Para se pensar nesse esgotamento, é importante destacar o desenvolvimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e sua atuação no tratamento psiquiátrico pós reforma psiquiátrica.

5.1. CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Será a partir do desenvolvimento dos CAPS, em 1987, que a política de saúde mental brasileira irá tomar uma direção não só antimanicomial, mas também pública, tendo em vista o desenvolvimento do que se convencionou chamar de “indústria da loucura”.

Como escreve Pistelli: “Os empresários do setor privado viam na psiquiatria uma área de serviço de fácil montagem, sem necessidade de tecnologia sofisticada ou pessoal qualificado”. Lucrando a partir de vínculos com a previdência social, alterados na década de 1960, esses ambientes viam nos doentes mentais uma oportunidade de lucro facilitado.

O ambiente começa a alterar-se a partir do desenvolvimento de grupos de médicos dedicados a pensar uma psiquiatria diversa para a população brasileira. Incentivados pelos movimentos já descritos acima, como a Psiquiatria Democrática Italiana, surge em 1978 o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

Sob os auspícios da recente abertura democrática, em 1987 é fundado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no município de Itapeva; dois anos depois, em 1989 é fundado o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) da cidade de Bauru — ambas experiências inovadoras que iriam, em grande medida, servir de base para os próximos avanços na área.

Tal experiência foi de grande importância principalmente em confirmar a viabilidade da construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico e em fortalecer o lema do movimento, caracterizando assim um marco no processo de reforma psiquiátrica brasileira, demonstrando legitimidade e validade de seus ideais. Contudo, este serviço não foi regulamentado por nenhuma portaria.²⁶

Nesse primeiro momento, o CAPS já carregava uma vocação substitutiva do modelo de asilar, propondo-se a intermediar e acompanhar o paciente entre o hospital e o ambulatório na tentativa de promover a reabilitação psicossocial dos usuários do sistema. Já o NAPS não se detinha apenas no âmbito vocacional e buscava tomar efetivamente o lugar do modelo manicomial.

Reflexo do desenvolvimento das reformas psiquiátricas em âmbito internacional, em 1990 é publicada a Declaração de Caracas, documento que visou a estabelecer novos parâmetros para a atenção psicossocial na América Latina. No ano seguinte, em 1991, a Assembleia Geral das Nações Unidas adotou os Princípios Gerais para a Proteção dos Enfermos Mentais e para a Melhoria da Atenção à Saúde Mental.

São publicadas as primeiras portarias e desenvolvidas as primeiras leis nacionais que abordam o assunto. Marcos importantes são: a publicação das portarias do Ministério da Saúde/Secretaria Nacional de Assistência Social nº 189, em 1991, que instituiu os CAPS e os NAPS como procedimentos e dispositivos vinculados à manutenção da saúde mental custeados pela verba pública; nº 224, de 1992, que

²⁶ PISTELLI, Gabriela de Salles Santos. **A trajetória de um (novo) olhar**: a história, o caps e os usuários. 2008. 97 f. TCC (Graduação) - Curso de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2008.

estabeleceu as normas e as diretrizes para o atendimento ambulatorial no âmbito do SUS.

Por fim, em abril de 2001 é aprovada a lei 10.216 após doze anos de tramitação no Congresso Nacional. Intitulada a “Lei da Reforma Psiquiátrica” instituiu os direitos das pessoas com transtorno mental e redireciona o modelo assistencial à saúde mental.

Sendo assim, vem coroar um processo que se desenvolve a partir de intensa luta por parte de amplos setores da população brasileira que acabaram por ser mobilizados em prol da luta antimanicomial. Sua efetivação marca a tomada de posição do estado brasileiro frente aos modelos possíveis de atenção psicossocial, optando por um que busca o tratamento daqueles com enfermidades de ordem mental junto à comunidade na qual estão estabelecidos, preservando a sua agência enquanto sujeitos cidadãos usuários de um sistema estabelecido de forma pública para efetivar o cumprimento do direito à saúde.

Apesar disso, a efetivação desse modelo encontra desafios, alguns vinculados a estereótipos, outros ao simples descumprimento da lei 10.216/2001 que, apesar de carregar em seu Art. 1º e Art. 2º os direitos básicos dos doentes psiquiátricos, destacando o direito de ter o tratamento prioritário sendo o comunitário (CAPS, por exemplo). E o Art. 4º versando sobre a possibilidade de internação de ordem compulsória, sendo somente indicada quando do esgotamento de todos os recursos extra hospitalares (comunitários). Porém, os ditos da Lei enfrentam obstáculos para serem completamente implementados. Por vezes o Poder judiciário entra em cena para que se possa garantir os direitos previstos nesta Lei.

Para além disso, o art. 6º da presente lei advoga acerca da necessidade de laudo médico circunstanciado para, a partir de constatada por profissional da área a necessidade de internação compulsória, se efetivar. Questão que posteriormente será tratada nos processos analisados, sendo que foi possível observar que em alguns casos específicos a entrega deste laudo foi flexibilizada, a obrigatoriedade continuou presente, apenas houve uma flexibilização no tempo de entrega, por vezes se tratar de uma

situação urgente e de risco iminente para a pessoa e seus familiares, como mostrou os processos analisados com essa particularidade..

Nesse sentido, partiremos agora para a análise de alguns processos do Tribunal de Justiça de Santa Catarina, na tentativa de observar de que forma algumas das questões abordadas até aqui materializam-se na prática jurídica estadual.

Para tanto, trazemos trecho de ementa de acórdão do Tribunal de Justiça do Distrito Federal:

CONSTITUCIONAL. ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL. REEXAME NECESSÁRIO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA PARA TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA. NECESSIDADE COMPROVADA. OBRIGAÇÃO DO ESTADO.

(...)

2. Diante da necessidade de pessoa economicamente desamparada ser submetida à internação compulsória em razão de dependência química, deve o Estado ser compelido a assegurar o tratamento indicado, na rede pública, ou custear o procedimento na rede particular.

Deixando mais evidente que as discussões abertas no meio médico-jurídico sobre a internação compulsória hoje visam também à efetivação do direito à saúde e não mais apenas caráter punitivo e de violação dos direitos da pessoa.

Por ser um assunto no qual não há consenso, ainda há muito a ser discutido e é nesse intento que perscrutamos alguns processos do Tribunal de Justiça de Santa Catarina, a fim de analisar pormenorizadamente alguns dos elementos discutidos acima.

6. ANÁLISE DE PROCESSOS DO TJ DE SC

A partir da seleção dos processos do TJSC que abordavam a internação compulsória, vimos que os julgamentos se davam por vezes de maneira flexível, com decisões que iam de encontro com discussões realizadas em nosso trabalho sobre as

variáveis presentes em cada processo analisado, sobre as questões biopsicossociais do sujeito. Segundo Oliveira:

A respeito de a internação ser um ato médico, há jurisprudência consolidada do Superior Tribunal de Justiça no sentido de que há necessidade de um laudo médico com autorização para a internação, ainda que haja declaração de incapacidade civil do indivíduo por perícia médica²⁷.

Entretanto, na questão de internação compulsória, entre os juristas não há consenso. Já existem jurisprudências que contrapõem a citada acima, e, em alguns casos, são utilizadas, como no Agravo de Instrumento 4014656-37.2018.8.24.0900 Curitiba/PR 4014656-37.2018.8.24.0900. Vale destacar que o presente processo aborda vários elementos interessantíssimos para a nossa discussão. Sendo assim pretendemos perpassar o instituto jurídico da tutela antecipada de urgência, elemento corriqueiro quando se trata da judicialização de internações de usuários de drogas, para posteriormente abordar a flexibilização da apresentação do laudo médico — por fim, retomaremos o processo mais à frente, quando o abordaremos junto a outro a fim de analisar o encaminhamento de usuários de drogas a comunidades terapêuticas.

Destacou no parágrafo anterior a presença de tutela antecipada de urgência em processos de internação compulsória. Sendo o conceito de tutela jurídica significativa para: “atividade estatal de se substituir ao particular na solução dos conflitos, prestando a jurisdição, dizendo quem tem razão.”²⁸, “aquela que o Estado-juiz realiza, através de uma decisão proferida em processo judicial em razão de um litígio”²⁹. Temos hoje 3 tipos de tutela jurisdicional: a de conhecimento, a executiva e a cautelar. Na cautelar está inserida a então comentada, tutela antecipada de urgência. Vale ressaltar que:

²⁷ OLIVEIRA, Laila Rainho de. A INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA INVOLUNTÁRIA DE DEPENDENTES QUÍMICOS E O ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO. 2016. 61 f. TCC (Graduação) - Curso de Graduação em Direito, Faculdade de Direito, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2016, pg. 18.

²⁸ DE FÁTIMA SANTOS, Adriana et al. Temas avançados de direito da saúde: Tutelas jurídicas da saúde. Matrioska Editora, 2020. P.2

²⁹ KISZKA, I. O.; ABBAS, S. A.. Classificação de ações e tutelas. Semana Acadêmica. v. 1, ed. 38. 2013. p. 11

O Processo Cautelar foi substituído pela tutela de urgência e tutela de evidência, as quais estão previstas no Título IX, artigos 277 a 296, do projeto do novo Código de Processo Civil.

A tutela de urgência e a tutela da evidência podem ser requeridas antes ou no curso do procedimento, podendo ser de natureza cautelar ou satisfativa.

Para a concessão de tutela de urgência se exige elementos que evidenciem a plausibilidade do direito, bem como a demonstração de risco de dano irreparável ou de difícil reparação.³⁰

Observasse a exigência para que se tenha a tutela antecipada de urgência é a demonstração de risco de dano irreparável ou de difícil reparação, que nos casos analisados que houve essa concessão de tutela, havia elementos que se encaixam nestes quesitos, como risco à vida da pessoa e de terceiros nos momentos de uso das drogas ou períodos de abstinência.

Tal tutela dá a permissão para que o Estado interne compulsoriamente antes mesmo do processo ser finalizado e caso seja indeferido o processo, a pessoa é retirada da internação, mas se deferido o processo, a pessoa permanece no então já posto tratamento. Muitas vezes garantindo a segurança da pessoa e de familiares, já que processo de internação passam na maioria dos casos analisados, pelos momentos de: tentativas anteriores de tratamento do drogadito, depois pedido de familiares pela internação, falta de renda familiar para bancar tal internação por conta própria, pedido para que o Estado faça internação compulsoriamente, análise da pessoa por profissional médico capacitado, laudo escrito pelo mesmo, laudo analisado em processo para assim se caminhar o julgamento, tudo isso leva um tempo que em algumas situações não se têm, o risco à vida é iminente. Para tanto, a existência desse meio jurídico para tratar situações urgentes, como demonstra o caso a seguir.

6.1. CASOS DE FLEXIBILIZAÇÃO DE LAUDO MÉDICO

Seguindo o caso, este trata-se de um agravo de instrumento, interposto pelo Estado de Santa Catarina na tentativa de suspender os efeitos de decisão proferida em

³⁰ _idem_, ibidem, p. 13.

primeira instância, a qual obrigava a federação a realizar internação compulsória de usuário de drogas, sob pena de multa diária.

Na tentativa de abordar todos os pontos contestados pela federação, o desembargador inicia seu voto tratando do instituto jurídico da tutela antecipada a partir da obra do jurista Elpídio Donizetti:

AGRAVO DE INSTRUMENTO. PLEITO INICIAL DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DE TOXICÔMANO. ANTECIPAÇÃO DA TUTELA DEFERIDA. DIREITO À SAÚDE. DISPONIBILIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA NÃO FORNECIDA PELO SUS PARA TRATAMENTO DE TOXICODEPENDÊNCIA. REQUISITOS CONSTITUCIONAIS DE ACESSO À SAÚDE ESTABELECIDOS NO INCIDENTE DE RESOLUÇÃO DE DEMANDAS REPETITIVAS (IRDR N.º 1) DESTA CORTE PREENCHIDOS. LAUDO CIRCUNSTANCIADO. DESNECESSIDADE. DIREITO DE ACESSO AO TRATAMENTO RECONHECIDO. DECISÃO QUE DETERMINOU PAGAMENTO DE MULTA DIÁRIA NO CASO DE DESCUMPRIMENTO DA OBRIGAÇÃO. SEQUESTRO DE VALORES DAS CONTAS BANCÁRIAS DO ENTE PÚBLICO NECESSÁRIOS À OBTENÇÃO DO FÁRMACO MEDIDA MAIS EFICAZ. REFORMA DA DECISÃO. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO.

"Requisitos para a concessão das tutelas provisórias de urgência. A tutela provisória de urgência pode ser de natureza antecipada ou cautelar. Para sua concessão, imprescindível a verificação de dois requisitos: (i) a probabilidade do direito e (ii) o perigo na demora da prestação da tutela jurisdicional (*periculum in mora*). "Requisitos para a concessão das tutelas provisórias de urgência. A tutela provisória de urgência pode ser de natureza antecipada ou cautelar. Para sua concessão, imprescindível a verificação de dois requisitos: (i) a probabilidade do direito e (ii) o perigo na demora da prestação da tutela jurisdicional (*periculum in mora*).

"Probabilidade do direito. Deve estar evidenciada por prova suficiente para levar o juiz a acreditar que a parte é titular do direito material disputado. Trata-se de um juízo provisório. Basta que, no momento da análise do pedido, todos os elementos convirjam no sentido de aparentar a probabilidade das alegações. Em outras palavras, para a concessão da tutela de urgência não se exige que da prova surja a certeza das alegações, contentando-se a lei com a demonstração de ser provável a existência do direito alegado pela parte que pleiteou a medida.

'Perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo. Pode ser definido como o fundado receio de que o direito afirmado pela parte, cuja existência é apenas provável, sofra dano irreparável ou de difícil reparação ou se submeta a determinado risco capaz de tornar inútil o resultado final do processo. Exemplo: A. pretende obter uma tutela de urgência para a realização de uma cirurgia que foi negada pelo plano de saúde. A. corre risco de morte e não pode esperar a longa tramitação processual. Se o juiz deixar para deferir o pedido apenas na sentença, pode acontecer de A. falecer e o processo se tornar inútil. Saliente-se que não basta a mera alegação, sendo indispensável que o autor aponte fato concreto e objetivo que leve o juiz a concluir pelo perigo de lesão. O fato de um devedor estar dilapidando seu patrimônio também pode caracterizar esse requisito e ensejar a concessão de uma tutela

de urgência que será efetivada mediante o arresto de bens (Novo Código de Processo Civil Comentado. 2. Ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Atlas, 2017, p. 238).

São apresentados os argumentos de outro importante jurista para balizar a decisão tomada:

"REQUISITOS EXIGIDOS PARA A CONCESSÃO DA TUTELA DE URGÊNCIA: Diferentemente do CPC/73, que exigia a demonstração da coexistência do *fumus boni juris* e do *periculum in mora* para a concessão da medida liminar (nas ações cautelares) e da prova inequívoca da verossimilhança das alegações e do fundado receio de dano irreparável ou de difícil reparação ou da caracterização do abuso de direito de defesa ou do manifesto propósito protelatório do réu, para a concessão da tutela antecipada, o novo CPC padronizou os requisitos, exigindo a demonstração da **probabilidade do direito** e do **perigo de dano** ou do **risco ao resultado útil do processo** tanto para a concessão da tutela provisória de urgência como da tutela provisória antecipada.

"PROBABILIDADE DO DIREITO: A probabilidade do direito é apurada pelo magistrado através das provas produzidas pela parte que pretende obter a tutela provisória e da análise do direito aplicável ao caso concreto. O legislador infraconstitucional nem usou a expressão *fumus boni juris*, própria das ações cautelares, nem a expressão prova inequívoca da verossimilhança das alegações, própria da tutela antecipada, no regime do CPC/73. A probabilidade (da existência) do direito deve ser apurada através de cálculo a ser realizado pelo magistrado em cada caso, verificando se possivelmente a tutela definitiva será favorável ao requerente da tutela provisória ou se é mais provável o julgamento da ação pela improcedência dos pedidos.

"PERIGO DE DANO OU O RISCO AO RESULTADO ÚTIL DO PROCESSO: Embora o novo CPC nem tenha utilizado a expressão *periculum in mora* (perigo da demora, em tradução livre), própria das ações cautelares, nem a expressão fundado receio de dano irreparável ou de difícil reparação, própria da antecipação de tutela, no regime do CPC/73, nos dois casos estamos diante de uma situação de urgência, a justificar a pretendida concessão da tutela provisória, o que nos permite dizer que esta só pode ser deferida numa situação de urgência, devidamente demonstrada pela parte.

" §1º Para a concessão da tutela de urgência, o juiz pode, conforme o caso, exigir caução real ou fidejussória idônea para ressarcir os danos que a outra parte possa vir a sofrer, podendo a caução ser dispensada se a parte economicamente hipossuficiente não puder oferecê-la.

Por vezes, vários dos elementos necessários para se requerer a tutela antecipada de urgência são preenchidos nos casos de internação compulsória, principalmente no que tange à "probabilidade do direito" e o "perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo". Respectivamente, a probabilidade do direito geralmente se escora no art. 196 da C. F. e, dadas as circunstâncias e colhidas as provas necessárias, a efetivação desse direito passará pela internação do sujeito em clínica especializada sob o risco de

haver “perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo” — e aqui alcançamos o segundo elemento supracitado.

Sendo assim, há a necessidade de internação imediata, a qual não pode esperar até o final do processo. O adicto pode vir a oferecer risco a si mesmo, sob pena de assistirmos a possibilidade de, ao se pronunciar a sentença, não haver mais a possibilidade de efetivação da demanda envolvida.

Esse instituto jurídico, servindo exatamente para garantir a plena consagração das demandas requeridas, acaba por encaixar-se perfeitamente em várias das situações que se formam quando ocorre a necessidade de internação compulsória de adictos. Busca-se a judicialização do direito da saúde apenas quando a situação já alcançou patamares críticos e tentativas de tratamento ambulatoriais já não surtiram efeito.

Agora, abordando os elementos que levaram o desembargador por entender como válido o pedido de tutela antecipada de urgência, cabe citar:

O *fumus boni juris* encontra-se comprovado, com exaustivamente expostos nos pontos acima destacados.

“Quanto ao requisito do *periculum in mora*, verifica-se o seu preenchimento, porquanto, as provas nos autos evidenciam um quadro de evolução da dependência química do paciente, bem como demonstram os riscos sob os quais o paciente e sua família estão submetidos em razão da demora na internação pleiteada, que coloca, de fato, o enfermo em situação de grave risco à Saúde, sua vida e de sua família.

Corroborando com a assertiva, apresenta-se trecho do atestado médico lavrado pelo Dr. Luiz César Didone (Psiquiatra):

"Atesto que o mesmo é doente mental, e dependente químico (Usuário de Crack). Já esteve várias vezes hospitalizado em clínicas de dependência química, sem concluir os tratamentos..."

"Atualmente, segundo familiares, está surtado em casa, Psicótico, agressivo agitado."

"Necessita ser encaminhado para tratamento psiquiátrico com urgência...
"Necessita de internamento compulsório, segundo nossa avaliação... (pág. 194 - processo digital originário)."

Portanto, sem o necessário tratamento, a situação do paciente poderá agravar-se enquanto aguarda a entrega da prestação jurisdicional definitiva e, conseqüentemente, colocar a saúde do enfermo e sua família em risco.

[...]

Portanto, dada a urgência da situação, ante a gravidade da questão, e o prejuízo que poderia sofrer o paciente e a sua família caso tivessem que aguardar a dilação probatória do feito para o deferimento da tutela de urgência, consideram-se configurados os requisitos para a sua concessão:” fumus boni iuris “e o” periculum in mora “e, portanto, há de ser mantida a decisão agravada no ponto referente à necessidade de internação do paciente.

Portanto expreso esse elemento, cabe abordarmos a flexibilização da exigência de laudo médico ancorada, em grande medida, na necessidade de imediata internação do adicto.

Passemos então a outra importante alegação do Estado na tentativa de reverter a sentença obtida em 1ª instância. Nesse sentido, argumenta:

“Afirma que a decisão deve ser reformada, porque inexistente laudo circunstanciado atualizado acerca da necessidade da medida; que a multa diária deve ser afastada e/ou substituída por sequestro de valores.”(TJSC, Al 4014656-37.2018.8.24.0900 Curitibaanos 4014656-37.2018.8.24.0900, rel. Des. Jaime Ramos, Terceira Câmara de Direito Público, j. em 30-04-2019).

Neste trecho o desembargador cursa sobre o indeferimento do pedido do agravamento, argumentando que não há laudo médico atual que justifique a Federação a não pagar o tratamento do sujeito. Por seguinte, o mesmo cursa sobre a necessidade da internação e como esta se dará, nos trechos do seu voto consta:

De outro norte, embora alegue o Estado que no caso dos autos, a inexistência de laudo circunstanciado atualizado, demonstra o não atendimento ao art. 6º da Lei n. 10.216/01, que dispõe "A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos" (pg. 03 - processo digital), a assertiva não merece prosperar. Isso porque, conforme bem destacou o Exmo. Procurador de Justiça, Dr. Jacson Correa:

"Em casos que tais, embora de fato não tenha sido encartado aos autos — até o presente momento — o laudo médico circunstanciado apto a embasar o pedido de internação compulsória, segundo a forma prescrita pelo art. 6º, da Lei n.10.216/2001, é cediço que o Juízo poderá determinar a realização de avaliação médica no curso da ação originária, imediatamente depois de autorizada a internação do paciente.

É dizer: ao contrário do que faz crer o ente estatal, que não tem guardada a tese da indispensabilidade irrestrita do prefalado laudo médico circunstanciado, dado que em casos excepcionais mostra-se premente a intervenção estatal, notadamente quando demonstrados indícios suficientes sobre a premência de aplicação da medida extrema, na salvaguarda da saúde, segurança e dignidade do paciente e de sua família. Assim, prestigia-se não somente a vida do enfermo, mas também a incolumidade física de seus familiares, posto que as medidas adotadas até então se mostraram ineficazes (fls. 16-17 e 79, autos em primeiro grau)". (TJSC, AI 4014656-37.2018.8.24.0900 Curitibaanos 4014656-37.2018.8.24.0900, rel. Des. Jaime Ramos, Terceira Câmara de Direito Público, j. em 30-04-2019).

Neste caso, o sujeito a ser internado possui agravos mentais decorrentes do uso de crack, para além disso, há histórico de violência contra familiares, e já ter sido internado para tratamento e atendimentos ambulatoriais não efetivos. Dado todas essas variáveis, o desembargador flexibilizou o momento de entrega do laudo médico notando que o sujeito em questão necessitava da internação por motivos que entraram em consonância com os ditos do artigo quinto da Constituição Federal, proteção à vida e à saúde de si próprio e terceiros. As jurisprudências que embasam flexibilizações de entrega laudo são polêmicas, como ressalta Oliveira:

Não obstante a Lei 10.216/01 prever expressamente a possibilidade de tratamento psiquiátrico contra a vontade do indivíduo, a questão da internação forçada de dependentes químicos gera divergência entre os juristas brasileiros, no que tange ao conflito entre a proteção da saúde e da vida do dependente e o respeito a sua liberdade e autonomia da vontade³¹.

Em casos como os demonstrados acima, fatores fundamentais à preservação da vida pesaram na decisão. Levando em consideração doutrinas e jurisprudências brasileiras que se baseiam em pensamentos como, sendo a internação compulsória o único meio de preservar a saúde do dependente químico,

[...] Há também aqueles que, independentemente da prevalência de um direito ou de outro, afirmam que o dependente químico se encontra em uma situação em que sua capacidade de determinação está perdida, as alterações nos elementos cognitivos e volitivos retiram seu livre-arbítrio. [...] o dependente químico necessita de socorro, não de consulta à sua opinião, além de ser imperioso seu afastamento do ambiente nocivo em que geralmente vive³².

³¹ OLIVEIRA, Laila Rainho de. Op. cit. Pg.18.

³² *Idem, ibidem*, pg. 18.

O conflito aqui já não seria mais se o laudo ou não constaria no processo anteriormente à internação, mas sim o clamor da família pelo tratamento eficaz para o adicto e o entendimento do desembargador sobre a urgência em tratar aquela pessoa.

Como mais um exemplo de flexibilização de exigência de laudo médico para internação compulsória temos a Apelação Cível (AC 0321884-59.2017.8.24.0038 Joinville 0321884- 59.2017.8.24.0038) do Tribunal de Justiça de Santa Catarina que deferiu a internação compulsória requerida pelo agravante utilizando jurisprudência conhecida.

APELAÇÃO CÍVEL. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA. EXTINÇÃO DO PROCESSO, SEM RESOLUÇÃO DO MÉRITO. PRÉVIA INTERDIÇÃO DO PACIENTE DESNECESSÁRIA. FALTA DE INTERESSE DE AGIR AFASTADA. PREVALÊNCIA DO DIREITO À SAÚDE. DEPENDÊNCIA QUÍMICA.HISTÓRICO DE AGRESSIVIDADE. PECULIARIDADES DO CASO CONCRETO. SENTENÇA CASSADA. RECURSO CONHECIDO E ACOLHIDO.

Seguindo em frente, "esta Corte de Justiça tem decidido que, diante das peculiaridades dos casos em concreto, é possível a internação compulsória quando houverem indícios suficientes que demonstrem a necessidade de aplicabilidade da medida, podendo o laudo médico ser apresentado após o cumprimento da medida". (TJSC, Apelação Cível n 0905985-06.2016.8 24 0038, de Joinville, rel. Des. Pedro Manoel Abreu, Primeira Câmara de Direito Público, j. em 27-11-2018).

Os indícios descritos tratam de que o sujeito em questão seria usuário de drogas a 30 anos, já tendo passado por medidas de tratamento extra-hospitalares, tanto para tratamento do vício quanto para o agravos psiquiátricos advindos da dicção em CAPS-AD E CAPS III, entendendo assim como previsto da Lei nº 10.216/2001 no art. 4º, esgotando-se as possibilidades de tratamento ambulatoriais. Ter histórico de ameaças de violência para com terceiros, com boletim de ocorrência anexado ao caso. Sendo então um caso de uma pessoa com uso crônico, com periculosidade para si e para terceiros, porém, sem o laudo médico presente durante o processo. Pois o desembargador assinala a necessidade de internação compulsória o mais rapidamente possível pelas variáveis apresentadas. Contudo, o desembargador não exige a necessidade da apresentação do laudo médico, apenas flexibiliza a entrega deste, podendo ser realizada após a internação do sujeito mediante visita da equipe médica

responsável pela avaliação e posterior escritura do laudo atestando a permanência do mesmo na reabilitação.

Nesse processo para que a internação fosse deferida, um outro fator também pesou para decisão, segue o trecho do processo:

É de bom alvitre destacar a possibilidade de o paciente necessitar da internação compulsória, no primordial fito de resguardar o direito constitucional e fundamental à saúde, sem olvidar da realização do pedido de tutela provisória.

Pelo exposto, vota-se no sentido de conhecer e dar provimento ao recurso e, por conseguinte, cassar a sentença e determinar o retomo dos autos à origem para o prosseguimento do feito. (TJSC, Apelação Cível n 0321884-59.2017.8.24.0038 de Joinville, rel. Des. Júlio César Knoll, Terceira Câmara de Direito Público, j. em 21-05-2019).

O desembargador aponta que a internação neste caso, deve acontecer até por proteção à saúde do sujeito, garantindo a efetivação do direito à saúde proposto pela Constituição.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Neste caso, ressaltando todo o histórico e luta do sujeito com o vício para tomada de decisão de que a reabilitação em ambiente hospitalar será a melhor que a rede pública de saúde pode oferecer na atual conjuntura.

Seguindo os casos selecionados para análise e comparação, temos o caso de uma jovem, que teve seu pedido de internação compulsória feito pela progenitora, deferido em primeira instância, porém, em meio ao processo, situações conflitantes foram ocorrendo, a jovem alegou ter sido dopada na clínica de reabilitação e ter sido mantida em cárcere privado para também ser examinada para construção de laudo médico anexado ao processo de pedido de internação, indicando um possível comportamento não colaborativo da mesma para internação. O resumo do processo apresenta:

AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO DE INTERDIÇÃO E INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA. DECISÃO QUE DEFERE A TUTELA ANTECIPADA PLEITEADA PELOS GENITORES PARA INTERNAÇÃO

FORÇADA DE SUA FILHA EM RAZÃO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA.
RECURSO DA ACIONADA.

1 JUSTIÇA GRATUITA DEFERIMENTO PARA EFEITO DE
CONHECIMENTO DO RECURSO.

2. PRELIMINAR DE NULIDADE PROCEDIMENTAL PELA
INOBSERVÂNCIA DO RITO DO PROCESSO DE INTERDIÇÃO.
AVENTADO DEFERIMENTO DA TUTELA ANTECIPATÓRIA SEM A
PRÉVIA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PREVISTA NO ART. 751 DO
CPC. TESE REFUTADA. TUTELA DE URGÊNCIA QUE PODE SER
CONCEDIDA INAUDITA ALTERA PARS. INTERNAÇÃO
COMPULSÓRIA QUE, ADEMAIS, NÃO É CONDICIONADA À PRÉVIA
AUDIÊNCIA OU INSTAURAÇÃO DE CONTRADITÓRIO, A TEOR DO
DISPOSTO NA LEI N. 10.216/2001.

3. NULIDADE PROBATÓRIA. ALEGAÇÃO DE QUE EXAMES E
DOCUMENTOS MÉDICOS FORAM OBTIDOS POR MEIOS ILÍCITOS.
INSUBSISTÊNCIA. CARÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO. PROVAS
CONTRÁRIAS AO INTERESSE DA RÉ E EVENTUAL
INCONSISTÊNCIA DOCUMENTAL QUE, SÓ DE SI, NÃO
ACARRETAM A NULIDADE INVOCADA.

4. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DETERMINADA COM ESTEIO EM
ATESTADO MÉDICO RECOMENDANDO TAL PROVIDÊNCIA
DOCUMENTO DISSOCIADO DE EXAMES COMPLEMENTARES E
QUE NADA INFORMA SOBRE A INVIABILIDADE DE TRATAMENTO
AMBULATORIAL. AUSÊNCIA DE LAUDO CIRCUNSTANCIADO
EXIGIDO PELA LEI N. 10.216/01. FRAGILIDADE PROBATÓRIA QUE
IMPEDE A MANUTENÇÃO DA INTERNAÇÃO. MEDIDA
EXCEPCIONAL QUE SÓ TEM CABIMENTO À LUZ DE RELATÓRIO
MÉDICO DETALHADO, QUE DESCREVA PONTUALMENTE SEUS
MOTIVOS E EXPONHA A INSUFICIÊNCIA DOS RECURSOS
EXTRA-HOSPITALARES PARA O TRATAMENTO. DECISÃO
REFORMADA.

RECURSO CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO. (TJSC, AI
4007178-59.2018.8.24.0000 Capital 4007178- 59.2018.8.24.0000, rel. Des.
Jorge Luiz Costa Beber, Segunda Câmara de Direito Civil, j. em 14-03-2019).

No agravo de instrumento solicitado pela jovem consta:

A agravante invoca, ainda, a nulidade das seguintes provas apresentadas
pelos autores:

1) Exames e documentos médicos de fls. 31-35 e parecer psicológico de fl. 55
da origem.

No ponto, sustenta a recorrente que tais escritos foram produzidos mediante
cárcere privado e sem a sua autorização. (TJSC, AI
4007178-59.2018.8.24.0000 Capital 4007178- 59.2018.8.24.0000, rel. Des.
Jorge Luiz Costa Beber, Segunda Câmara de Direito Civil, j. em 14-03-2019).

Apesar da solicitação da agravante, seu pedido foi indeferido, por motivos de:

Não há, porém, prova eloquente para amparar a tese de que tais documentos foram obtidos por meios ilícitos.

O boletim de ocorrência que descansa às fls. fl 219 dos autos de origem, lavrado unicamente a partir da sua versão unilateral e desacompanhado de qualquer outro adminículo probatório, não é apto a demonstrar, de forma segura, que teve efetivamente o seu direito de liberdade violado e que foi submetida a exames e consultas médicas/psicológica contra a sua própria vontade.

Aliás, a própria submissão a consultas no período em questão confronta com a versão que consta no BO, no sentido de que L. M. da R. C. não teve qualquer contato externo no período em que supostamente permaneceu trancada na casa de sua genitora, contra a qual, inclusive, não há registros de instauração de ação penal respectiva, conforme constatei em busca processual junto ao Sistema de Automação do Judiciário.

Não há que se falar, portanto, em provas obtidas por meios ilícitos.

“Apesar de outras provas impugnadas não terem sido valoradas expressamente na origem - até porque são, em parte, posteriores à internação compulsória —, estimo prudente a sua análise, especialmente porque algumas podem efetivamente ter contribuído para a formação do convencimento do togado singular e porque outras são, de fato, relevantes para o exame da pertinência da internação.

Adianto, porém, que a alegada inconsistência probatória e a mera contrariedade aos interesses da acionada não conduzem à sua nulidade. (TJSC, AI 4007178-59.2018.8.24.0000 Capital 4007178- 59.2018.8.24.0000, rel. Des. Jorge Luiz Costa Beber, Segunda Câmara de Direito Civil, j. em 14-03-2019).

Notavelmente o pedido da agravante foi indeferido, pois não houve provas cabais de que seu direito à liberdade foi violado, e sim de que o laudo médico foi realizado e é confiável, apesar da alegada forma com que foi colhido. Fica-se a partir desta situação a discussão de como os laudos médicos a serem anexados nos casos são realizados, até que ponto uma consulta pontual com o adicto é realmente adequada para o conhecê-lo a ponto de laudar sua internação compulsória.

É sabido que apenas profissionais da medicina com registro de especialista em psiquiatria podem fazer tal atividade, mas poderia ser até mesmo mais enriquecedor ao lado ter a análise de outros profissionais da saúde mental os quais poderiam ter mais encontros com o adicto para se obter informações pertinentes ao caso. Não sobrepondo o laudo médico, mas sim complementando com informações que possam auxiliar no

deferimento dos casos. Salvaguardando ainda mais os direitos previstos na Lei nº 10.216/2001 de que a internação está sendo feita para ter cunho reabilitador e não de alijamento.

Consequente a resolução da questão aos moldes em que se deu o último laudo apresentado, o desembargador cursou sobre a atual situação da jovem, votando no sentido de retirá-la da internação:

Destarte, verificada a ausência de laudo médico e exames atuais que indiquem de forma precisa a patologia que acomete a recorrente, com subsunção à categoria científica respectiva; a inexistência de maior elucidação no que tange ao comportamento da paciente e os riscos daí decorrentes e, por fim, a carência de esclarecimentos acerca da inviabilidade ou ineficácia de tratamento psicológico e psiquiátrico ambulatorial, não vejo como manter a tutela antecipada concedida pelo juiz singular.

De todo modo, ainda que a hipótese focalizada converse com a vida e a saúde da acionada, à míngua de provas concretas da dependência química aguda e não tratável ambulatorialmente, não é possível que se atente, ao menos por ora, contra o direito à liberdade desta jovem que, friso, já atingiu a maioridade, contando atualmente com 23 anos de idade (fl. 26 da origem), e está inserida numa conturbada relação familiar, pautada por enormes conflitos de convivência. À luz do exposto, confirmando a decisão monocrática de desinternação, conheço e dou parcial provimento ao recurso. (TJSC, AI 4007178-59.2018.8.24.0000 Capital 4007178- 59.2018.8.24.0000, rel. Des. Jorge Luiz Costa Beber, Segunda Câmara de Direito Civil, j. em 14-03-2019).

Para tal voto se baseou em duas decisões anteriores do Tribunal de Justiça de Santa Catarina, sendo a primeira:

AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA. LEI N. 10.216/2001. EXCEPCIONALIDADE. CUIDADOS EXTRA-HOSPITALARES PRÉVIOS. FALTA DE PROVA DA NECESSIDADE E URGÊNCIA DA MEDIDA REQUISITOS LEGAIS NÃO PREENCHIDOS. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA DE EXTINÇÃO DO PROCESSO, SEM RESOLUÇÃO DO MÉRITO (ART. 185, VI, DO CPC/2015). RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO.

1. É certo que "a internação compulsória deve ser evitada, quando possível, e somente adotada como última opção, em defesa do internado e, secundariamente, da própria sociedade". É claro, portanto, o seu caráter excepcional, exigindo-se, para sua imposição, laudo médico circunstanciado que comprove a necessidade de tal medida" (HC 169.172/SP, Min. Luis Felipe Salomão).

2. Ausentes os requisitos legais para a imposição da medida de internação compulsória, equivalentes a laudos médicos indicando o motivo da

internação ou a demonstração de situação excepcional em que se "dispensa a aplicação dos recursos extra-hospitalares se houver demonstração efetiva da insuficiência de tais medidas" (HC 130.155/SP, Min. Massami Uyeda), deve ser indeferida a internação compulsória do curatelado.(TJSC, AI4007178-59.2018.8.24.0000 Capital 4007178- 59.2018.8.24.0000 , rel. Des. Jorge Luiz Costa Beber, Segunda Câmara de Direito Civil, j. em 14-03-2019).

A segunda sendo:

AGRAVO DE INSTRUMENTO. MEDIDA PROTETIVA COM INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA. DECISÃO QUE DEFERE PEDIDO DE TUTELA PROVISÓRIA DE URGÊNCIA E DETERMINA A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DA RECORRENTE, COM BASE EM DOCUMENTAÇÃO ULTRAPASSADA. FALTA DE COMPROVAÇÃO DOS REQUISITOS LEGAIS. LAUDO PSICOLÓGICO ATUAL QUE ATESTA A POSSIBILIDADE DE TRATAMENTO — AMBULATORIAL. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA AFASTADA. RECURSO PROVIDO.

Em resumo, ausente laudo médico recente acerca da situação psiquiátrica atual da Agravante, não é recomendável a sua internação compulsória por tempo indeterminado; por outro lado, pelos fatos narrados na demanda, é indispensável uma avaliação psiquiátrica compulsória, no hospital em que ela já se encontra, a fim de elucidar a questão, inclusive quanto a sua submissão ao tratamento ambulatorial e administração dos medicamentos. (TJSC, AI4007178-59.2018.8.24.0000 Capital 4007178- 59.2018.8.24.0000, rel. Des. Jorge Luiz Costa Beber, Segunda Câmara de Direito Civil, j. em 14-03-2019).

Aqui notamos que o desembargador baseou sua decisão na necessidade imprescindível do laudo médico, ato em consonância com jurisprudência do Tribunal da Justiça Federal e reforçado também pelos ditos do artigo sexto da Lei nº 10.216/2001, em que versa sobre a obrigatoriedade de laudo médico para internações psiquiátricas. Neste caso, em análise comparativa com o anterior mencionado, vemos que ambos desembargadores levaram em consideração o perfil biopsicossocial do sujeito em questão, no primeiro caso alicerçando a decisão baseada na exaustão dos métodos extra hospitalares para tratamento, e neste caso, na falta de avaliação médica atual para a permanência da jovem internada, sendo que neste processo ainda há o embate familiar entre progenitora e a questão do laudo dito ilícito pela jovem. Em ambas as situações reiteramos a importância de um adequado laudo médico, a fim de retirar possíveis dúvidas da Corte, bem como garantir o direito a tratamento humanizado e reabilitador ao sujeito.

Tal garantia pode ser realizada posteriormente à internação pela Comissão revisora de internações quando esta existir na região do julgamento. Essa Comissão pode obter informações mais completas sobre o estado de saúde do adicto, a fim de corroborar ou não com o tratamento em questão. Todavia, pensando nos locais em que não existe tal Comissão, a única ferramenta que alicerça as decisões e os caminhos tomados pela equipe médica responsável pela internação é o laudo médico presente nos autos do processo. Essa situação abre campo para reflexões acerca da abrangência desse laudo, se este considera as variáveis importantes da adicção do sujeito e seus agravos mentais de forma adequada — demonstrando assim a importância que tal documento tem nesses contextos.

Cabe novamente questionar acerca da capacidade desse documento em aferir os caminhos de tratamento mais efetivos para o sujeito quanto feito de maneira tão pontual. Acreditamos que são avaliações sérias e feitas na maioria das vezes por médicos capacitados, porém é válido dizer que, se este laudo pudesse ser feito de maneira multidisciplinar, ou seja, contando com avaliações de profissionais da psicologia e da assistência social, as variáveis patológicas relacionadas à dependência química seriam melhor compreendidas e auxiliaria tanto na resolução do processo, quanto na obtenção de maior respaldo para o manejo do sujeito na internação.

Há outro caso abordando a exigência de laudo médico, mas somado a algumas peculiaridades como o fato do município não ter local para internação, sendo necessário a busca por locais próximos, a recusa do sujeito em colaborar para que o laudo médico fosse feito, e seus insistentes tratamentos ineficazes na maioria dos locais comunitários e ambulatoriais pelos quais passou. Como consta no relatório por parte da apelante:

Sustenta que a Constituição da República não condiciona a prévia negativa administrativa para atuação do Poder Judiciário, razão pela qual a parte não necessita demonstrar o esgotamento administrativo, assim como que não é possível obter avaliação psiquiátrica em virtude do requerido Dalvaci recusar-se a comparecer voluntariamente a qualquer profissional de saúde. Aduz ainda que não há burla à lista do SUS do sistema SISREG, pois buscou atendimento de internação involuntária, porém houve recusa. (TJSC, PL 50058286220198240039 Lages 50058286220198240039, rel. Des. Vera Lúcia Ferreira Copetti, Quarta Câmara de Direito Público, j. em 27-01-2022).

Com o argumentado pela apelante, a desembargadora salienta o trecho acima, ao assinalar:

(Com efeito, há, no caderno processual, informação da Secretaria Municipal de Saúde de que não conta com equipe técnica disponível e com segurança capaz de realizar a solicitada condução involuntária do paciente para consulta médica psiquiátrica e que o requerido "nunca aderiu efetivamente" ao tratamento ofertado, que foi atendido em 2010, 2013, 2015, 2016, assim como que compareceu em 30-09-2015 sob efeito de SPA e seus familiares, em 2019, relatam que o requerido faz uso abusivo de SPA (Evento 1, OUT4, Eproc 1º Grau).(TJSC, PL 50058286220198240039 Lages 50058286220198240039,rel. Des. Vera Lúcia Ferreira Copetti, Quarta Câmara de Direito Público, j. em 27-01-2022).

Não consta no processo se todas as possibilidades extra-hospitalares se exauriram, mas foi notável que o sujeito não teve sucesso em vários tratamentos que fez, com isso, em consonância com a jurisprudência do Supremo Tribunal de Justiça em um julgamento de Habeas Corpus:

[...] VI - Todavia, a ressalva da parte final do art. 4º da Lei nº 10.216/2001, dispensa a aplicação dos recursos extra-hospitalares se houver demonstração efetiva da insuficiência de tais medidas.

Que faz uma ressalva no dito da Lei nº10 216/2001, que versa sobre a questão de que a internação compulsória só se dará se exaurirem as medidas extra hospitalares.

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

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

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

Pois, neste caso, houve essa flexibilização para garantir a preservação à saúde e vida do sujeito, já que este mantém uso crônico de entorpecentes há 10 anos, já se envolveu em uma briga com armamento sob efeito da droga, já realizou diversas tentativas de tratamento e não é colaborativo com a família ao buscar tratamento e se comprometer a melhorar. Tendo tais motivos, fica claro que a jurisprudência aqui

mencionada é cabível. Mostrando que em processo envolvendo questões que tangem o social e biológico é inadequado se engessar em apenas seguir leis literalmente. Flexibilizações às vezes são necessárias para garantir direitos básicos à pessoa e sua família, como ressalta Oliveira:

Há também aqueles que defendem o tratamento por meio de internação compulsória desde que seja realizado com base nos parâmetros exigidos pela lei e pelos princípios de direitos humanos, apenas quando as possibilidades de tratamento extra-hospitalar se mostrarem inadequadas, e dirigido à recuperação da plena dignidade humana³³.

A preservação da dignidade humana é um fator muitas vezes não mencionado diretamente, mas que permeia as decisões aqui selecionadas. Devolver a dignidade para uma pessoa em adicção é também fundamental. No mundo jurídico segundo Pereira (2020) a dignidade da pessoa humana, [...] não é entendida pela maioria da doutrina como um direito, haja vista que não está conferida exclusivamente pelo ordenamento jurídico. É um princípio construído ao longo da história com o objetivo de proteger todo ser humano, independentemente de qualquer requisito ou condição, seja pela religião, posição social, ou qualquer outra diferenciação³⁴.

Cabe, assim, observar a existência de abordagens bastante distintas frente a demandas de internação compulsória, algumas observando estritamente o disposto na lei 10.216/2001, acentuando o caráter organicista do processo, enquanto outras flexibilizam a exigência do laudo. Apesar da pequena base de dados, o que gostaríamos de asseverar a partir dos quatro processos analisados é a complexidade desse gênero de demanda. A dependência química nunca é um fim em si mesma, ela encerra uma série de elementos que demandam um tratamento, por vezes extremamente complexo. É a partir disso que observamos a variedade de decisões, longe de ser, necessariamente, algo ruim, demonstram na prática a dificuldade em se adotar uma postura intransigente frente a realidade.

Enquanto pesquisamos a temática, esquadrihando os processos do TJ de SC encontramos duas menções às comunidades terapêuticas, o objeto da ação que envolvia a internação de usuário de drogas, sendo que ao final do processo este acabou por ser encaminhado para uma comunidade terapêutica via avaliação do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPQ). Como consta no relatório:

³³ OLIVEIRA, Laila Rainho de. Op. cit. Pg.19.

³⁴ OLIVEIRA, Laila Rainho de. Op. cit. Pg.14.

CONSTITUCIONAL, ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL. APELAÇÃO CÍVEL DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA. PLEITO INICIAL DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DE TOXICÔMANO. ANTECIPAÇÃO DA TUTELA DEFERIDA. MEDIDA SATISFATIVA EXITOSA. EXTINÇÃO DO PROCESSO POR SUPERVENIENTE AUSÊNCIA DE INTERESSE PROCESSUAL. IMPOSSIBILIDADE. SENTENÇA CASSADA. CAUSA MADURA PARA JULGAMENTO (ART. 1.013, § 3º, INCISO 1, CPC). DIREITO À SAÚDE DISPONIBILIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA NÃO FORNECIDA PELO SUS PARA TRATAMENTO DE TOXICODEPENDÊNCIA. REQUISITOS CONSTITUCIONAIS DE ACESSO À SAÚDE ESTABELECIDOS NO INCIDENTE DE RESOLUÇÃO DE DEMANDAS REPETITIVAS (IRDR N. 01) DESTA CORTE PREENCHIDOS. DIREITO DE ACESSO AO TRATAMENTO RECONHECIDO. PEDIDO ACOLHIDO. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. RECURSO PROVIDO.

Às págs. 291/293, o Juiz de Direito declarou a incompetência do juízo, remetendo os autos à Vara da Família, a qual determinou a internação de R. e seu filho G. no Instituto de Psiquiatria com urgência, para que se realize avaliação nos pacientes.

Realizada a avaliação, R. A da S. foi encaminhado à comunidade terapêutica para dar continuidade ao tratamento, contudo, determinou o Juiz de Direito que a requerente deve arcar com os custos do tratamento.(TJSC, Apelação Cível: AC 0814616-78.2013.8.24.0023 Capital 0814616-78.2013.8.24.0023 , rel. Des. Jaime Ramos, Terceira Câmara de Direito Público, j. em 05-02-2019).

Já a segunda menção, está contida nos autos de um processo de agravo instrumento já citado anteriormente neste trabalho ao abordar a questão da flexibilização da entrega de laudo médico em casos de internação, agora, destacamos a parte do processo que aborda as CTs, sendo o processo este:

AGRAVO DE INSTRUMENTO. PLEITO INICIAL DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DE TOXICÔMANO. ANTECIPAÇÃO DA TUTELA DEFERIDA. DIREITO À SAÚDE. DISPONIBILIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA NÃO FORNECIDA PELO SUS PARA TRATAMENTO DE TOXICODEPENDÊNCIA. REQUISITOS CONSTITUCIONAIS DE ACESSO À SAÚDE ESTABELECIDOS NO INCIDENTE DE RESOLUÇÃO DE DEMANDAS REPETITIVAS (IRDR N.º 1) DESTA CORTE PREENCHIDOS. LAUDO CIRCUNSTANCIADO. DESNECESSIDADE. DIREITO DE ACESSO AO TRATAMENTO RECONHECIDO. DECISÃO QUE DETERMINOU PAGAMENTO DE MULTA DIÁRIA NO CASO DE DESCUMPRIMENTO DA OBRIGAÇÃO. SEQUESTRO DE VALORES DAS CONTAS BANCÁRIAS DO ENTE PÚBLICO NECESSÁRIOS À OBTENÇÃO DO FÁRMACO MEDIDA MAIS EFICAZ. REFORMA DA DECISÃO. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO. (TJSC - Agravo de Instrumento: AI 4014656-37.2018.8.24.0900

Nele consta que o sujeito foi encaminhado à uma comunidade terapêutica vinculada ao Estado, no local onde o tratamento foi ineficaz, segundo laudo do próprio responsável técnico pela CT. Como demonstra o trecho do voto do Desembargador no processo:

De outro norte, também não merece guarida a alegação levantada pelo ente Público de que as prestações de saúde padronizadas pelo SUS atendem ao pleito do paciente, pois, pode-se observar dos autos, que o paciente foi transferido para a Comunidade Terapêutica Casa de Recuperação Água e Vida (CRAVI), vinculada ao Estado, todavia, o tratamento foi ineficaz, conforme demonstra a declaração emitida pelo Sr. Ailton Buck (Responsável Técnico do CRAVI), veja-se:

"Comunicamos também, que Gabriel retornou da referida evasão na manhã de quinta feira ainda sobre o efeito de substâncias psicoativas e, em tons de ameaças e agressividade exigiu seus pertences, após solicitarmos autorização da mãe senhora Angelita, entregamos seus pertences e Gabriel imediatamente deixou a CRAVI e até o momento não apareceu na casa da sua mãe"(pág. 168 - processo digital originário)

6.2. CASO DE INTERNAÇÃO EM COMUNIDADE TERAPÊUTICA

Importante ressaltar que as Comunidades terapêuticas, as quais existem inspiradas a partir das primeiras comunidades terapêuticas já construídas na década de 1950, por seu grande idealizador, Maxwell Jones, psiquiatra sul-africano, momento que buscamos relembrar no capítulo da história da Reforma Psiquiátrica. Tem seus modelos atuais, com modelos bastante variados, com filosofias e conceitos de ação distintos e até bastante diferentes das da década de 50. Foram ganhando espaço político e social, conseguindo assim, ser normatizada em 2001, podendo assim ser um possível local de tratamento para dependentes químicos. Como relata Mélo, Moura e Galindo:

[...] o serviço oferecido pelas CTs já havia sido normatizado pela ANVISA (RDC-ANVISA nº 101, de 30 de maio de 2001), caracterizando essas instituições como serviços urbanos ou rurais de regime residencial, para atendimento a pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, seguindo um programa terapêutico adaptado às demandas de cada caso³⁵.

³⁵ MÉLLO, Ricardo Pimentel; MOURA, Morgana; GALINDO, Dolores. Atendimento terapêutico ou modelos que confinam? Comunidades terapêuticas em xeque. *Mnemosine*, v. 14, n. 1, 2018, pg. 152.

Porém, nessa época, apesar de normatizada pela ANVISA, ela não tinha apoio financeiro estatal, apesar disso, poderia ser uma opção de encaminhamento por via judicial, mas não era visto como local mais adequado, sendo escolhida em situações particulares, onde não tinha opções melhores. Todavia, a questão do financiamento foi mudando, em 2012 o Ministério da Saúde abriu uma Portaria, para cursar sobre essa questão.

[...] a Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde, instituiu oficialmente “[...] incentivo financeiro de custeio destinado” a Serviços de Atenção em Regime Residencial, que incluem as CTs.³⁶

E apesar delas se basearem em filosofias e conceitos positivos, elas se firmaram a partir de uma polêmica política antidrogas que permeia a sociedade até hoje, com amplo aspecto proibicionista e criminalizante do uso das drogas. Mélló, Moura e Galindo destaca:

A partir de 2010, com o Decreto nº 7.179, o governo federal investiu, politicamente e financeiramente, por meio de uma série de ações que acabaram por reforçar essa política proibicionista, elaborando o Plano Nacional de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas e tendo, como um dos principais projetos desse plano, o “Crack: é possível vencer”, ação que foi realizada sob pressão da bancada religiosa e de políticos proibicionista. Tais ações incluíram, como serviços de saúde, alguns equipamentos oferecidos geralmente por instituições religiosas, os quais propõem como modalidade de atendimento a internação e a abstinência total. Conhecidas como comunidades terapêuticas, nesse novo planejamento de política, esses equipamentos passaram a receber financiamento estatal, mesmo indo em sentido contrário a toda a luta mundial de acolhimento a usuários de saúde em estratégias de Redução de Danos e em equipamentos que se contraponham a ambientes manicomial de clausura³⁷.

A ideia de internação com abstinência total é bastante agressiva e muitas vezes traz bastante sofrimento para o sujeito por seu caráter que lembra os conceitos usados pelos hospitais psiquiátricos de internação, por isso é um método controverso para se usar contra o vício em drogas atualmente. Pesquisas tentam avaliar a eficácia das CTs, todavia, como relata Damas:

[...] até mesmo estudos internacionais são escassos. Uma revisão sistemática recente sobre o tema encontrou poucos estudos relevantes, e, mesmos estes,

³⁶ *Idem, ibidem*, pg. 152.

³⁷ *Idem, ibidem*, pg. 150.

com sérias limitações metodológicas. Conclui-se que ainda não há evidência científica suficiente que apoie uma superioridade do método das CT em relação a outras formas de tratamento, exceto se comparado a modelos carcerários³⁸.

Apesar de não existirem muitos dados qualitativos e quantitativos de sua eficiência, as comunidades terapêuticas já espalham pelo Brasil sendo em muitas regiões locais de grande influência no tratamento de dependentes químicos, os métodos de fiscalização incluídos na Resolução n.1 de 2015 do CONAD (Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas) apesar de dispostos do texto da resolução não se tem muita informação de como as CTs pelo Brasil estão atendendo ao requisitos de forma idônea. Martins comenta:

[...] as Comunidades Terapêuticas foram adjetivadas como “acolhedoras” pelo próprio texto da Lei 13.840/2019, que desconsiderou as diversas denúncias feitas por órgãos institucionais de controle e fiscalização de ações e serviços em saúde mental, a fim de verificar o respeito à dignidade da pessoa humana sob condições de assistência psiquiátrica, mesmo após a Resolução CONAD n.1 de 2015, considerada um marco regulatório das normas mínimas de funcionamento para esse ambiente de “acolhimento”³⁹.

Sobre a importante Resolução nº1 de 2015, como comenta o trecho anterior, é considerado um marco regulatório das CTs no Brasil, demarca os órgãos pela qual ela deve ser fiscalizada e quais são suas responsabilidades para com o serviço que ela se presta de tratamento de dependência química, como está disposto no Artigo 6º da Resolução.

A temática das comunidades terapêuticas foi abordada no trabalho anteriormente, relembremos seu surgimento e estabelecimento:

[...] geralmente sítios ou fazendas localizadas em zona rural, com a finalidade de receber indivíduos com problemas relacionados ao uso de drogas. Diferem em relação à metodologia empregada no tratamento da dependência química — em algumas prevalece o modelo religioso-espiritual, noutras a base é a atividade laboral, e ainda outras prevalece o modelo médico, assistencialista, ou com abordagem predominantemente psicológica, podendo haver uma mistura de abordagens. Há comunidades terapêuticas especializadas em

³⁸ DAMAS, F.B. Comunidades Terapêuticas no Brasil: Expansão, institucionalização e relevância social. Revista de Saúde Pública de Santa Catarina, v. 6, p. 50-65, 2013. Pg. 55.

³⁹ MARTINS, Laércio Melo. Corpos, instituições e necropolítica: reflexões contemporâneas sobre a internação involuntária das pessoas com deficiência mental e as Comunidades Terapêuticas. Teoria Jurídica Contemporânea, v. 5, n. 1, p. 189-213, 2020. Pg. 202.

determinado tipo de dependência, enquanto outras são focadas a grupos específicos (adolescentes, mulheres, etc.). Porém, há algumas características que unem as diversas CT espalhadas no Brasil. Em primeiro lugar, inexistem empregados para execução de serviços assistenciais (limpeza, alimentação, manutenção, etc.). Nas CT, o processo terapêutico é pautado no rigor do cumprimento das normas internas e nas relações interpessoais ali dentro desenvolvidas — o “paciente” tem papel mais ativo, e seus “terapeutas” são representados por outros indivíduos internos, com maior conhecimento da patologia.⁴⁰

Percebe-se que são locais em que os tratamentos seguem diferentes linhas conceituais, e por isso tem-se métodos diferenciados, pouco reconhecimento científico sobre sua eficácia e, por fim a perpetuação de certos comportamentos do adicto, a transferência da dependência química por uma dependência psicológica, afetiva, emocional à comunidade na qual está inserido, dificultando até sua saída pós tratamento e reinserção no antigo meio social⁴¹. Por não se ter um padrão científico de tratamento, a fiscalização do funcionamento dessas comunidades é prejudicado e abre margem para aspectos bastante negativo, como comenta, Damas:

[...] o que difere as CT das outras formas e ambientes de tratamento é a abordagem comunitária como instrumento primário e facilitador do crescimento e da mudança individual. Enquanto existem instituições com bom padrão de serviços e organização, noutras predominam aspectos negativos, como por exemplo, o fundamentalismo religioso, a exploração de trabalho sob a égide do conceito da “laborterapia”, a gestão por grupos focados no lucro ou por indivíduos com mentes pouco sadias⁴².

Para além desses aspectos negativos, somamos os ditos no artigo vigésimo primeiro da Resolução nº8 de 14 de agosto de 2019:

Art. 21 As internações em comunidades terapêuticas, por meio de internações involuntárias e em instituições fechadas, por longos períodos, e pautadas na abstinência como única meta não deveriam ocorrer segundo legislação vigente que orienta a prioridade para cuidado em serviços comunitários.

[...]

§ 2º O relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas de 2017 (CFP; MNPCT, MPFDC, 2018) destaca que em todos os estabelecimentos visitados foram identificadas práticas que configuram violação de direitos humanos, desrespeitando desta forma os princípios legais definidos pela lei nacional que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de

⁴⁰ DAMAS, F.B., op. cit., pg. 53.

⁴¹ GIANANTE, Ana Letícia Valladão, op. cit. pg.

⁴² DAMAS, F.B., op. cit., pg. 54.

transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (Lei nº 10.216/2001)⁴³.

É nítida a problemática que perpassa o funcionamento das Comunidades terapêuticas no Brasil. Muitas vezes, por seu financiamento ser privado, os métodos ali empregados acabam sendo particulares aos preceitos de cada local. Porém, a partir do ano de 2019, o Governo vem mudando alguns conteúdos contidos nos documentos oficiais, em prol do incentivo à comunidades terapêutica, como relata a notícia da Secretaria Especial do Ministério do Desenvolvimento Social:

[...] o Ministério da Cidadania anuncia uma série de ações para qualificar, reconhecer e fiscalizar o trabalho das comunidades terapêuticas. A pasta assinará contrato com 216 comunidades terapêuticas para ofertar tratamento gratuito em todo o Brasil. Com isso, o número de entidades contratadas chegará a 496. A quantidade de vagas passará de 6.609 mil para 10.883 mil ao custo de R\$ 153,7 milhões por ano. As medidas são parte da nova estratégia da Secretaria de Cuidados e Prevenção às Drogas (Senapred), visando à proteção da vida e da saúde com foco em prevenção, cuidados, tratamento e reinserção social de pessoas com dependência química⁴⁴. (Ministério da Cidadania, publicado em: 18-03-2019)

O que pode explicar em partes porque no processo em questão o sujeito foi encaminhado para uma comunidade terapêutica como meio de se reabilitar. Neste caso após período de um mês na comunidade, este ficou em abstinência das drogas, fazendo com que sua reavaliação cursasse a favor de sua retirada e reinserção no ambiente social. Aqui não cabe um juízo de valor se essa internação foi ou não eficiente, já que não temos mais informações sobre como o sujeito está atualmente. Mas chamou atenção para a temática polêmica das comunidades terapêuticas e a inserção dela como uma opção de encaminhamento via processo jurídico.

Podemos pensar que, com esses incentivos às comunidades, a fiscalização também fique mais rigorosa, pois é o correto a se fazer, porém, ainda não existem dados

⁴³ BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos/Conselho Nacional dos Direitos Humanos. Resolução nº 8, de 14 de agosto de 2019. Dispõe sobre soluções preventivas de violação e garantidoras de direitos aos portadores de transtornos mentais e usuários problemáticos de álcool e outras drogas.

⁴⁴ CIDADANIA, Ministério da. **Com Incentivo do Governo Federal Comunidades Terapêuticas Oferecem Tratamento a Dependentes Químicos**. 2019. Disponível em: <http://mds.gov.br/area-de-imprensa/noticias/2019/marco/com-incentivo-do-governo-federal-comunidades-terapeuticas-oferecem-tratamento-a-dependentes-quimicos>. Acesso em: 18 fev. 2022.

concretos sobre como a fiscalização governamental irá ocorrer após essa injeção de capital. O que temos são artigos científicos apontando as fragilidades desse método de tratamento à drogadição. Sendo assim, um método complicado de ser incorporado a opção de internação por meio de processo jurídico. já que a Lei nº 10.216/2001 prevê em seu Artigo quarto:

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

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

Sendo o Artigo segundo:

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

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

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

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

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

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

Ambos versando sobre a internação sendo feita apenas em instituições em que se preze comprovação científica de que aquele estabelecimento atua como um local de reabilitação psiquiátrica sem características asilares ou exploração e abuso.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vimos que a judicialização da saúde muitas vezes se dá pela busca do cidadão pelo seu pleno direito de acesso universal e igualitário à saúde. Não é em todos os casos algo negativo ou punitivo, por vezes é apenas essa busca. Como o Poder Judiciário maneja essas demandas da área da saúde é onde se concentram as maiores discussões, pois lidar com a vida para além do âmbito médico é complexo, ainda mais no caso das decisões de internações compulsórias de dependentes químicos, pessoas as quais não estão em seu juízo perfeito. Em muitos casos já houveram outras tentativas, já que a inserção primária do usuário de drogas na rede pública de saúde é pelos Centros de Atenção Psicossocial. Com certeza houveram tentativas dos familiares em estabelecer condições de melhora para o sujeito, houve o trabalho da UBS, das agentes de saúde, dependendo dos casos, da assistência social, tantas tentativas, sem sucesso. A vivência familiar, os relatos nos processos, mostram que as dificuldades são inúmeras, e se esgotam os recursos.

O desespero da família leva ao acionamento judiciário, como todo processo que se preze, protocolos e laudos são exigidos, entrevistas são feitas, as partes são ouvidas, busca-se o histórico de tentativas do sujeito em superar o vício, mas às vezes os envolvidos não se sentem ouvidos, a família se sente colocada numa situação onde ela convive com o vício do familiar, corre perigo de vida, por vezes, não tem a colaboração do dependente químico em seu próprio tratamento, o que dificulta o preenchimento de requisitos como o laudo médico, que deve ser anexado ao processo judicial de

internação. Como deixa claro o Guia Estratégico para o Cuidado de Pessoas com Necessidades Relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas:

A trajetória do usuário até a chegada ao serviço, muitas vezes, significa inúmeros pensamentos ambivalentes, até o usuário assumir uma postura de melhoria da sua qualidade de vida em relação às consequências do sofrimento em decorrência do uso de álcool e outras drogas⁴⁵.

De acordo com Monteiro⁴⁶, o laudo médico circunstanciado compreende aquele que traga minuciosamente a situação mental do paciente, seus exames já realizados, elaboração de diagnóstico, prognóstico e a conclusão sobre a necessidade de internação compulsória ou não.

Esse laudo depende de consulta médica com o psiquiatra, ou seja, depende de que o sujeito faça essa consulta, por vezes sem sua anuência, gerando um grande problema processual, já que é requerido o laudo médico na maioria das vezes. Nessas situações, a família se vê de mãos atadas. O poder judiciário, em muitos casos, acaba por não levar em consideração outros fatores circunstanciais importantes para a família do sujeito e para o próprio e acaba por indeferir o processo. Em todas as espécies de internação, deve haver autorização de um médico registrado no Conselho Regional de Medicina, o que caracteriza a internação como ato médico, de competência e prerrogativas exclusivas de médico psiquiatra.

Há uma variedade de doutrinas e jurisprudências sobre o assunto internação, mas a exigência do laudo, em alguns casos particulares pode acabar sendo demasiadamente organicista, não levando em consideração o ambiente social em que o sujeito está inserido, ignorando o sofrimento da família e privilegiando uma avaliação pontual médica. Acreditamos que outras variáveis devem ser levadas em conta em casos nos quais há dificuldade na obtenção do laudo médico, ou que fosse feita uma avaliação mais ampla da situação do sujeito com uma equipe multiprofissional, não sendo apenas uma consulta e sim um acompanhamento por mais dias para assegurar a realidade dos

⁴⁵ BRASIL. Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionais ao consumo de álcool e outras drogas: guia ad. Brasília, 2015. Pg. 16.

⁴⁶ MONTEIRO, Fábio de Holanda. A internação psiquiátrica compulsória na perspectiva dos direitos humanos e fundamentais. Curitiba: Prismas, 2016.

fatos no laudo médico, levando em consideração dados biopsicossociais da pessoa e de dinâmica familiar.

Neste caso, o sujeito a ser internado possui agravos mentais decorrentes do uso de crack, para além disso, há histórico de violência contra familiares, e já ter sido internado para tratamento e atendimentos ambulatoriais não efetivos. Dado todas essas variáveis, o desembargador flexibilizou o momento de entrega do laudo médico notando que o sujeito em questão necessitava da internação por motivos que entraram em consonância com os ditos do art. 5º da Constituição Federal, proteção à vida e à saúde de si próprio e terceiros. As jurisprudências que embasam flexibilizações de entrega laudo são polêmicas, mas em casos como os demonstrados acima fatores fundamentais à vida foram levados em consideração. O conflito aqui já não seria mais se o laudo constaria ou não no processo anterior à internação, mas sim o clamor da família pelo tratamento eficaz para o adicto.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALVES, Carlos Frederico de Oliveira; RIBAS, Valdenilson Ribeiro; ALVES, Eliana Vilela Rocha; VIANA, Marcelo Tavares; RIBAS, Renata de Melo Guerra; MELO JÚNIOR, Lamartine Peixoto; MARTINS, Hugo André de Lima; LIMA, Murilo Duarte Costa; CASTRO, Raul Manhães de. Uma Breve História da Reforma Psiquiátrica. **Neurobiologia**, [s. l.], v. 72, p. 85-96, abr. 2009. Trimestral.
2. BARDIN, L.. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70. 2011.
3. BRASIL. Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionais ao consumo de álcool e outras drogas: guia ad. Brasília, 2015. 100 p.
4. BRASIL. Lei nº 8.080, 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 e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
5. BRASIL. Lei nº 10.216, 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpressão – Brasília: Ministério da Saúde, 2013

7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2020 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

8. BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos/Conselho Nacional dos Direitos Humanos. Resolução nº 8, de 14 de agosto de 2019. Dispõe sobre soluções preventivas de violação e garantidoras de direitos aos portadores de transtornos mentais e usuários problemáticos de álcool e outras drogas.

9. CALZA, Jaíne. O dependente químico e a internação compulsória: traçando caminhos para a efetivação do direito à saúde. 2014.

10. CIDADANIA, Ministério da. Com Incentivo do Governo Federal Comunidades Terapêuticas Oferecem Tratamento a Dependentes Químicos. 2019. Disponível em: <http://mds.gov.br/area-de-imprensa/noticias/2019/marco/com-incentivo-do-governo-federal-comunidades-terapeuticas-oferecem-tratamento-a-dependentes-quimicos>. Acesso em: 18 fev. 2022.

11. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.

12. CUNHA, Brenda Antonia Caldas. Crime e Loucura: as medidas de segurança na contextualização da lei da reforma psiquiátrica. 2018. 60 f. Monografia (Especialização) - Curso de Direito, Instituto de Ciências Humanas e Sociais de Volta Redonda, Universidade Federal Fluminense, Volta Redonda, 2018.

13. DAMAS, F.B. Comunidades Terapêuticas no Brasil: Expansão, institucionalização e relevância social. Revista de Saúde Pública de Santa Catarina, v. 6, p. 50-65, 2013.
14. DE FÁTIMA SANTOS, Adriana et al. Temas avançados de direito da saúde: Tutelas jurídicas da saúde. Matrioska Editora, 2020.
15. DINIZ, Isabel Teresa Pinto Coelho. A interface entre os saberes jurídico e psiquiátrico acerca da internação compulsória de usuários de crack no Rio de Janeiro e região metropolitana entre 2010 e 2015. 2018. 292 f. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.
16. DEL OLMO, Rosa. A face oculta da droga. Rio de Janeiro: Revan, 1990.
17. FOUCAULT, Michel. História da Loucura: na idade clássica. São Paulo: Editora Perspectivas S. A., 1978. 608 p.
18. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. Relatório Mundial sobre Drogas 2021 avalia que pandemia potencializou riscos de dependência. 2021. Disponível em: https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2021/06/relatorio-mundial-sobre-drogas-2021-do-unodc_-os-efeitos-da-pandemia-aumentam-os-riscos-das-drogas--enquanto-os-jovens-subestimam-os-perigos-da-maconha-aponta-relatorio.html. Acesso em: 11 nov. 2021.
19. GIANSANTE, Ana Letícia Valladão. Internação Compulsória de Usuários de Drogas: os reflexos dos estereótipos e discursos nos processos judiciais e na efetivação de direitos fundamentais. 2018. 252 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Direito,

Faculdade de Direito de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

20. HAN, Byung-Chul. Sociedade do cansaço. Giachini, Enio Paulo. 2. 2017. Vozes, Petrópolis: 128

21. KISZKA, I. O.; ABBAS, S. A. Classificação das ações e das tutelas. Semana Acadêmica, v. 1, ed. 38. 2013.

22. LIMA, Cláudia Cristiane Victor de. Guerra às drogas e o genocídio da população negra: o papel da política brasileira de drogas como instrumento eugênico. 2022.

23. MARTINS, Marcio André Conde. A geopolítica das drogas nas américas e a política antidroga brasileira. Revista do Instituto do Direito Brasileiro, p. 17166, 2013.

24. MÉLLO, Ricardo Pimentel; MOURA, Morgana; GALINDO, Dolores. Atendimento terapêutico ou modelos que confinam? Comunidades terapêuticas em xeque. Mnemosine, v. 14, n. 1, 2018.

25. MILITÃO, Eduardo. Tráfico de droga move R\$ 17 bi por ano, diz general que defende legalização... - Veja mais em <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2018/12/21/trafico-de-droga-move-r-17-bi-por-ano-diz-general-que-defende-legalizacao.htm?cmpid=copiaecola&cmpid=copiaecola>. 2018. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2018/12/21/trafico-de-droga-move-r-17-bi-por-ano-diz-general-que-defende-legalizacao.htm?cmpid=copiaecola>. Acesso em: 12 nov. 2021.

26. MONTEIRO, Fábio de Holanda. A internação psiquiátrica compulsória na perspectiva dos direitos humanos e fundamentais. Curitiba: Prismas, 2016

27. MUSSE, Luciana Barbosa. Internações forçadas de usuários e dependentes de drogas: controvérsias jurídicas e institucionais. In: SANTOS, Maria Paula Gomes dos (org.). Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão. Rio de Janeiro: 2018. Cap. 9. p. 187-228.
28. OLIVEIRA, Laila Rainho de. A INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA INVOLUNTÁRIA DE DEPENDENTES QUÍMICOS E O ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO. 2016. 61 f. TCC (Graduação) - Curso de Graduação em Direito, Faculdade de Direito, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2016.
29. SANTOS, Roger Ellwanger dos. Competência e Internação Compulsória: os efeitos da lei nº 13.146/2015. 2017. 69 f. TCC (Graduação) - Curso de Direito, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2017.
30. STEIN, Flávia Thais; MORAES, Maria Valentina de. JURISDIÇÃO CONSTITUCIONAL E DIREITOS FUNDAMENTAIS SOCIAIS: o problema da judicialização da saúde no município de sobradinho. In: DEMANDAS E POLÍTICAS PÚBLICAS NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA, 14., 2018. Seminário Nacional. 2018. P. 1-15.
31. PASSOS, R. G.; ARAUJO, G.C.L.; GOMES, T.M.S.; FARIAS, J.S. Comunidades terapêuticas e a (re)manicomialização na cidade do Rio de Janeiro. Argumentum, v. 12, n. 2, p. 125-140, 2020.
32. PAULIN, L. F. e TURATO, E. R.: ‘Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970’. História, Ciências, Saúde — Manguinhos, vol. 11(2): 241-58, maio-ago. 2004.

33. PISTELLI, Gabriela de Salles Santos. **A trajetória de um (novo) olhar**: a história, o CAPS e os usuários. 2008. 97 f. TCC (Graduação) - Curso de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2008.
34. PITTA, Ana Maria Fernandes; GULJOR, Ana Paula. A violência da contrarreforma psiquiátrica no Brasil: um ataque à democracia em tempos de luta pelos direitos humanos e justiça social. *Cadernos do CEAS: Revista Crítica de Humanidades*, Salvador, n. 246, jan./abr., p. 6-14, 2019. DOI: <https://doi.org/10.25247/2447-861X.2019.n246.p6-14>
35. Portaria/SAS Nº 2391, de 26 de abril de 2002, que regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI). Art. 10, que estabelece que o gestor estadual do SUS constituirá uma Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias - PORTARIA Nº 798 de 10/10/2012 O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA
36. RIBEIRO, Paula de Melo. A “guerra às drogas” e a produção de subjetividades criminalizáveis: notas sobre as engrenagens da prisão e sua seletividade. *Ayvu: Revista de Psicologia*, v. 6, 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
COLEGIADO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

TERMO DE APROVAÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado “**Análise Histórica da Internação Compulsória de Usuários de Drogas no Brasil: uma Análise Doutrinária e Jurisprudencia**”, elaborado pelo(a) acadêmico(a) “**Helena Ferreira de Macedo**”, defendido em 10/03/2022 e aprovado pela Banca Examinadora composta pelos membros abaixo assinados, obteve aprovação com nota **9 (nove)**, cumprindo o requisito legal previsto no art. 10 da Resolução nº 09/2004/CES/CNE, regulamentado pela Universidade Federal de Santa Catarina, através da Resolução nº 01/CCGD/CCJ/2014.

Florianópolis, 22 de março de 2022



Documento assinado digitalmente
Marcus Vinicius Motter Borges
Data: 24/03/2022 14:49:23-0300
CPF: 030.275.029-05
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Marcus Vinicius Motter Borges
Professor Orientador



Documento assinado digitalmente
Lucas Rocha Mendes
Data: 25/03/2022 09:35:12-0300
CPF: 052.452.559-52
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Lucas Rocha Mendes
Membro de Banca



Documento assinado digitalmente
MATEUS STALLIVIERI DA COSTA
Data: 24/03/2022 14:19:47-0300
CPF: 096.905.159-00
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Mateus Stallivieri da Costa
Membro de Banca

DECLARAÇÃO DE AUTENTICIDADE


Eu, HelenaFerreira de Macedo, matrícula 15204729, regularmente matriculado no Curso de Graduação em Direito, turno diurno, declaro que os documentos encaminhados a esta secretaria e apresentados no presente processo são autênticos, assumindo o mesmo poder de prova que os originais, nos termos do Art. 3º, § 2º da Lei 13726/2018 e dos Art. 298 e Art. 299 do Código Penal Brasileiro (Decreto-Lei Nº 2.848/1940).

Art. 3º § 2º Quando, por motivo não imputável ao solicitante, não for possível obter diretamente do órgão ou entidade responsável documento comprobatório de regularidade, os fatos poderão ser comprovados mediante declaração escrita e assinada pelo cidadão, que, em caso de declaração falsa, ficará sujeito às sanções administrativas, civis e penais aplicáveis.

Falsificação de documento: Art. 298 - Falsificar, no todo ou em parte, documento particular ou alterar documento particular verdadeiro: Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa.

Falsidade ideológica: Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena - reclusão, um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

Florianópolis, 21 de fevereiro de 2022.

 Documento assinado digitalmente
Helena Ferreira de Macedo
Data: 21/02/2022 10:12:47-0300
CPF: 084.286.829-17
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Assinatura digital do(a) estudante