



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO  
PROGRAMA DE MESTRADO

Ilson Idalécio Marques Krigger

**A PROTEÇÃO INTEGRAL DO ADOLESCENTE DEPENDENTE  
DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: O PERFIL DO  
ADOLESCENTE INTERNADO NO INSTITUTO  
PSIQUIÁTRICO DE SANTA CATARINA (IPq/SC) ENTRE 2009  
E 2013.**

Dissertação submetida à defesa pública do Curso de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Direito, Programa de Mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito à obtenção do título de Mestre em Direito.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Josiane Rose Petry Veronese.

Florianópolis

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Krigger, Ilson Idalécio Marques

À proteção integral do adolescente dependente de substâncias psicoativas: o perfil do adolescente internado no instituto psiquiátrico de santa catarina (IPq/SC) entre 2009 e 2013. / Ilson Idalécio Marques Krigger ; orientador, Josiane Rose Petry Veronese - Florianópolis, SC, 2015.  
181 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências Jurídicas. Programa de Pós-Graduação em Direito.

Inclui referências

1. Direito. 2. Proteção integral de adolescente. 3. Dependência de substância psicoativa. 4. Perfil do internado involuntariamente. 5. Santa Catarina. I. Veronese, Josiane Rose Petry. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Direito. III. Título.

Ilson Idalécio Marques Krigger

**A PROTEÇÃO INTEGRAL DO ADOLESCENTE DEPENDENTE DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: O PERFIL DO ADOLESCENTE INTERNADO NO INSTITUTO PSIQUIÁTRICO DE SANTA CATARINA (IPq/SC) ENTRE 2009 E 2013.**

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do Título de “Mestre em Direito” do Programa de Mestrado do Curso de Pós-Graduação em Direito do Centro de Ciências Jurídicas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, \_\_\_ de agosto de 2015.

---

Prof. Dr. Arno Dal Ri  
Coordenador do Curso

**Banca Examinadora:**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Josiane Rose Petry Veronese - Orientadora  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof. Dr. Paulo Eduardo Lépure  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof. Dr.<sup>a</sup> Marli Marlene Moraes da Costa  
Universidade de Santa Cruz do Sul - RS

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Olga Maria Boschi de Aguiar Oliveira  
Universidade Federal de Santa Catarina

*"Não é a liberação das drogas que irá reduzir a dependência química".*  
(Papa Francisco)

## **AGRADECIMENTOS**

A minha esposa Andréia pela compreensão, estímulo e apoio na realização do Mestrado, aos meus filhos Guilherme, Gabriel e Rafael, por entenderem e abdicarem de momentos importantes que poderíamos ter passado juntos e permitirem que fossem dedicados ao estudo, à pesquisa e ao desenvolvimento desta dissertação.

À Professora Doutora Josiane Rose Petry Veronese, pelos belos ensinamentos e segura orientação.

Aos professores, funcionários e colegas do Programa de Mestrado do Curso Pós-Graduação em Direito da UFSC.

Muito Obrigado!

## RESUMO

O presente trabalho tem como foco a internação involuntária e compulsória de adolescente dependente de substância psicoativa para desintoxicação, o objetivo geral é constatar se ela está adequada à Doutrina da Proteção Integral, bem como se existe conflito entre princípios constitucionais, na forma como está ocorrendo. Também tem como objetivo identificar o perfil socioeconômico do adolescente dependente de substâncias psicoativas, internado involuntária e compulsoriamente para desintoxicação no Instituto Psiquiátrico de Santa Catarina, entre os anos de 2009 e 2013, verificando os procedimentos adotados no tratamento e a experiência vivenciada. O resultado da análise da polêmica internação involuntária, que possui defensores e opositores, e de sua legalidade, pois está amparada na Lei 10.216/2001, é amplamente reconhecida pela doutrina e jurisprudência, inobstante ao fato de que na prática ocorrem conflitos entre princípios, porque a medida é protegida por direitos fundamentais diversos, mormente, os direitos à liberdade à saúde e vida digna, e que devem ser ponderados frente ao caso concreto. Por fim, com base nos estudos, pode-se afirmar que as internações, além de não alcançarem os resultados almejados, são contrárias à Doutrina da Proteção Integral. A pesquisa recorre ao método de abordagem indutiva, ao método de procedimento monográfico e quantitativo, por meio da pesquisa bibliográfica em livros, revistas e artigos especializados e documental, especialmente, em prontuários médicos de pacientes do IPq/SC.

**PALAVRAS-CHAVE:** Proteção Integral; Adolescente dependente; Substância psicoativa; Internação involuntária; Dignidade humana.

## ABSTRACT

The present work has as its general goal the psychoactive substance addict teenagers' both involuntary and compulsory admission for detoxification, and aims to certify if such is in accordance with the Integral Protection Doctrine, as well as if there are conflict between constitutional principles such as it has been happening. It also has as goal to identify the psychoactive substance addict teenagers' socio-economical profile, admitted both involuntarily and in compulsory manner for detoxification in the Santa Catarina's Psychiatric Institute, between the years of 2009 and 2013, verifying the procedures used in treatment, as well as the experiences undergone by patients. The results of the analysis of polemical involuntary admission, which has both defenders and opposition, is of its legality, as it is supported within Law 10.216/2001, and is widely recognized by doctrine and jurisprudence, despite the fact that, within practice, conflicts between principles happen, because the measure is protected by diverse fundamental rights and, above all, the right to freedom, health and dignified life, and those have to be pondered facing the concrete case. Finally, with basis on the studies, it can be said that the admissions not only fail to reach its sought goals, but also are contrary to the Integral Protection Doctrine. The research resorts to the inductive approach method, as well as to the monographic quantitative procedure, through bibliographical research in books, magazines and specialized articles and documental, mainly through the patients from IPq/SC's medical records.

**KEYWORDS:** Integral Protection; Addicted teenagers; Psychoactive substance; Involuntary admssions; Human dignity.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Quantidade de processos de internações por ano.....	132
Gráfico 2 - Comarca de origem do processo de internação.....	133
Gráfico 3 - Autores da ação de internação.....	134
Gráfico 4 - Sexo do paciente.....	136
Gráfico 5 - Etnia do paciente.....	136
Gráfico 6 - Situação escolar.....	137
Gráfico 7 - Grau de instrução.....	138
Gráfico 8 - Em que série (ano) parou de estudar.....	139
Gráfico 9 - Estado civil.....	139
Gráfico 10 - Possui filhos.....	140
Gráfico 11 - Características da residência.....	141
Gráfico 12 - Com quem o adolescente morava.....	141
Gráfico 13 - Quantidade de irmãos.....	142
Gráfico 14 - Situação dos pais.....	142
Gráfico 15 - Idade de início do uso de droga.....	143
Gráfico 16 - SPA utilizada no momento da internação.....	143
Gráfico 17 - Frequência do uso.....	144
Gráfico 18 - Diagnóstico (CID Principal).....	145
Gráfico 19 - Comportamento do adolescente.....	147
Gráfico 20 - Problemas decorrentes do uso de SPA.....	148
Gráfico 21 - Apoio na internação para desintoxicação.....	149
Gráfico 22 - Adesão ao tratamento.....	150
Gráfico 23 - Total de dias de internação.....	152
Gráfico 24 - Número de internações por ano e média de dias por interno.....	152



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Levantamento.....	26
Tabela 2 - Componentes da Rede de Atendimento Psicossocial - RAPS.....	80
Tabela 3 - Autores da ação de internação .....	134
Tabela 4 - Grau de Instrução.....	137
Tabela 5 - Relação dos CID secundários, quantidade de registros e percentual.....	147
Tabela 6 - Quantidade de internações por ano, total de dias de internação e média de dias internado.....	151
Tabela 7 - Quantidade de evasões por ano.....	153
Tabela 8 - Municípios de Santa Catarina que possuem CAPS I.....	155
Tabela 9 - Distribuição dos componentes do RAPS nos municípios de Santa Catarina.....	156
Tabela 10- Hospitais Gerais com leitos psiquiátricos para Adolescentes - Santa Catarina.....	158
Tabela 11- Hospitais Gerais com leitos psiquiátricos para Adultos - Santa Catarina.....	159

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Aconselhamento.....	35
Figura 2 - Fluxo de atendimento no CAPS.....	74
Figura 3 - Análise da internação involuntária.....	88
Figura 4 - Análise da necessidade de internação.....	89
Figura 5 - Ilustração da abordagem no CRATOD.....	97

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida  
CAPS ad - Centros de Atendimento Psicossociais Álcool e Drogas  
CAPS i - Centros de Atendimento Psicossocial Infantil  
CF 1988 – Constituição da República Federativa do Brasil, 1988  
CFM - Conselho Federal de Medicina  
CID - Classificação Internacional de Doenças  
Conad - Conselho Nacional Antidrogas  
CONANDA - Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente  
CRATOD - Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas  
CRAS - Centro de Referência em Assistência Social  
CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social  
CRM - Conselho Regional de Medicina  
CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo  
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente  
FUNABEM - Fundação Nacional do Bem Estar do Menor  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana  
INSS - Instituto Nacional de Previdência Social  
IPC - Internação Psiquiátrica Compulsória  
IPI - Internações Psiquiátricas Involuntárias  
IPq/SC - Instituto Psiquiátrico de Santa Catarina  
IPV - Internações Psiquiátricas Voluntárias  
LDB - Lei de Diretrizes e Bases  
LSD - Dietilamida do Ácido Lisérgico (*Lysergic acid diethylamide*)  
MS - Ministério da Saúde  
MTSM - Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental  
NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família  
OMS - Organização Mundial da Saúde.  
ONU - Organização das Nações Unidas.  
ONGs - Organizações Não Governamentais  
Unifesp - Universidade Federal de São Paulo  
ONU - Organização das Nações Unidas  
USP - Universidade de São Paulo  
PeNSE - Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar  
PLC - Projeto de Lei da Câmara  
PGR - Procuradoria-Geral da República  
Proad - Programa de orientação e assistência a dependentes (da Unifesp)  
QI - Quociente Intelectual

RAPS - Rede de Atendimento Psicossocial  
RJ - Rio de Janeiro  
SAME - Serviço de Atendimento Médico  
SAMU - Serviço de Atendimento Médico de Urgência  
SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas  
SC - Santa Catarina  
SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (em Portugal)  
Sisnad - Sistema Nacional Anti-Drogas  
SMAS - Secretaria Municipal de Assistência Social  
STF - Supremo Tribunal Federal  
SUAS - Sistema Único de Assistência Social  
SUS - Sistema Único de Saúde  
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UDQ - Unidade de Dependentes Químicos  
UNESCO - United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization  
UNICEF - United Nations Children's Fund  
UPA - Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>1 AS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E A DOUTRINA DA PROTEÇÃO INTEGRAL DO ADOLESCENTE</b> .....	19
<b>1.1 Aspectos preliminares sobre o uso de drogas</b> .....	19
<b>1.2 O adolescente e as substâncias psicoativas</b> .....	22
1.2.1 O marco legal brasileiro da adolescência .....	23
1.2.2 O contato com a droga.....	24
1.2.3 A legislação brasileira e a drogadição.....	27
1.2.4 O tratamento e suas barreiras .....	33
<b>1.3 Noções sobre a Doutrina da Proteção Integral</b> .....	36
1.3.1 O princípio do superior interesse.....	43
1.3.2 O princípio da prioridade.....	46
<b>1.4 A Doutrina da Proteção Integral no trato com a saúde mental dos adolescentes</b> .....	48
<b>2 INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA: HISTORICIDADE, LEGALIDADE E ASPECTOS CONSTITUCIONAIS</b> .....	56
<b>2.1 Evolução legal da internação hospitalar</b> .....	56
2.1.1 O Decreto nº 1.132 de 1903 que Reorganiza a Assistência a Alienados .....	57
2.1.2 O Decreto nº 24.559 de 1934 que dispõe sobre a profilaxia mental a assistência e proteção aos psicopatas.....	58
2.1.3 O Decreto Lei nº 891 de 1938 que Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes.....	62
2.1.4 O Projeto de Lei 3.657 de 1989 de Paulo Delgado.....	66
<b>2.2 A internação sob o prisma da lei nº 10.216/2001</b> .....	68
2.2.1 A internação voluntária.....	82
2.2.2 A internação involuntária.....	83
2.2.3 A internação compulsória.....	90
<b>2.3 Reflexões sobre a política brasileira em relação aos usuários de drogas</b> .....	93
2.3.1 O modelo de tratamento pela Abstinência .....	94
2.3.2 O modelo de tratamento por Redução de Danos .....	102
<b>2.4 Argumentos pró e contras a internação involuntária</b> ....	104
2.4.1 Argumentos favoráveis à internação involuntária.....	105
2.4.2 Argumentos contrários à internação involuntária.....	111
<b>2.5 A internação involuntária e princípios constitucionais</b> ...120	
2.5.1 O direito à liberdade.....	120
2.5.2 O direito à saúde.....	123

2.5.3	O direito a viver com dignidade.....	125
<b>3</b>	<b>RETRATOS DE INTERNAÇÕES: O PERFIL DO ADOLESCENTE INTERNADO INVOLUNTARIAMENTE NO IPQ/SC.....</b>	<b>130</b>
3.1	O perfil do adolescente dependente de substância psicoativa internado involuntariamente e compulsoriamente no IPq/SC entre 2009 e 2013.....	131
3.1.1	Caracterização dos processos de internação.....	132
3.1.1.1	Ano do processo.....	132
3.1.1.2	Comarca de Origem do Processo de Internação.....	133
3.1.1.3	Autoridade solicitante da internação.....	133
3.1.2	Perfil do adolescente internado.....	135
3.1.2.1	Características dos adolescentes internados.....	135
3.1.2.2	Arranjo conjugal do paciente.....	139
3.1.2.3	História familiar e socioeconômica .....	140
3.1.3	Histórico do uso da substância psicoativa.....	143
3.1.4	Consequências da dependência.....	145
<b>3.2</b>	<b>Experiências de internação involuntária/compulsória, vivenciadas por adolescentes no IPq/SC.....</b>	<b>149</b>
3.2.1	Caracterização do tratamento.....	149
3.2.2	Análise das internações de adolescentes no IPq no período.....	151
<b>3.3</b>	<b>A rede de assistência ao adolescente dependente de SPA, existente em Santa Catarina.....</b>	<b>153</b>
<b>3.4</b>	<b>Algumas reflexões.....</b>	<b>160</b>
	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>164</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>168</b>
	<b>GLOSSÁRIO.....</b>	<b>177</b>
	<b>ANEXO A - Parecer consubstancia do CEP.....</b>	<b>179</b>

## INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como objetivo avaliar os aspectos legais, constitucionais e técnicos na execução da medida de internação involuntária e compulsória de adolescente dependente de substância psicoativa para desintoxicação. Por meio da análise, a intenção é verificar se a Doutrina da Proteção Integral é considerada durante a realização do procedimento, que se configura com o início do tratamento do adolescente dependente de substâncias psicoativas.

Parte-se da premissa de que as substâncias psicoativas ilícitas estão presentes em praticamente todos os lugares do mundo e já fazem parte da rotina de vida de certas pessoas. Aproximadamente 246 milhões de pessoas, ou cerca de 5% da população mundial entre 15 e 64 anos de idade, que usaram algum tipo de droga em 2013, como indica o relatório mundial sobre drogas de junho de 2015<sup>1</sup>.

No Brasil, esta realidade não é diferente, estudos<sup>2</sup> apontam que 22,8% das pessoas entrevistadas em 2005 declararam ter utilizado algum tipo de droga psicotrópica ao longo da vida. Isso equivale a aproximadamente 11.603.000 pessoas. O último levantamento sobre o consumo de drogas psicoativas entre estudantes do Ensino Fundamental e Médio das escolas públicas e privadas brasileiras<sup>3</sup> mostrou que 24,2% dos adolescentes relataram já ter usado alguma droga ilícita na vida.

A preocupação reside tanto na facilidade do contato dos adolescentes com estas substâncias, quanto no poder e rapidez que elas conduzem à dependência. Isto é agravado pela falta de consenso sobre qual política antidrogas o Brasil deve desenvolver: se o de redução de danos ou da abstinência total.

Outro ponto polêmico é sobre o tratamento do adolescente dependente poder iniciar pela internação hospitalar involuntária, que geralmente também é compulsória, e será analisada conforme registros de Daniel Martins de Barros e Antônio de Pádua Serafim, além de reflexões de Rubens Correia Junior e Carla Aparecida Arena Ventura,

---

<sup>1</sup> Relatório Mundial sobre Drogas 2015. Disponível em: <<http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/relatorio-mundial-sobre-drogas.html>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

<sup>2</sup> II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil 2005. <Disponível em <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

<sup>3</sup> VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras 2010. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/328890.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

entre outros, não faltando argumentos tanto do ponto de vista de quem é a favor, quanto para os que são contra este procedimento.

Avaliando-se a intersecção existente entre o direito e a saúde, constata-se que a internação involuntária ou compulsória parece também colidir com o direito à liberdade. Entretanto, é necessário considerar que o adolescente dependente químico, em virtude do abuso no uso das substâncias psicoativas, está fragilizado, tendo afetado totalmente seu livre arbítrio, impedindo-o de se auto determinar e de decidir em iniciar o tratamento pela desintoxicação, a fim de cuidar da sua própria saúde.

Também existem outros princípios e direitos fundamentais envolvidos como o direito à vida, à segurança, à integridade física e à dignidade da pessoa humana, para os quais serão utilizados os preceitos de Ingo Wolfgang Sarlet.

A Doutrina da Proteção Integral da Criança e do Adolescente será analisada sob o ponto de vista de Josiane Rose Petry Veronese e de Tânia da Silva Pereira, as quais lecionam que as crianças e adolescentes têm o direito de serem protegidos, pois são pessoas em condição peculiar de desenvolvimento, mas inexistem políticas públicas preventivas adequadas e suficientes, de modo que a universalização dos tratamentos médico ambulatorial e de internação hospitalar deveria estar ao alcance de todos que necessitam.

É preciso lembrar que o sistema de saúde enfrenta dificuldades para tratar todas as doenças que atingem os indivíduos, bem como é indispensável levar em consideração os princípios da prioridade e do melhor interesse do adolescente.

Também é necessário questionar até que ponto é viável adotar uma medida tão radical como internar compulsoriamente um adolescente dependente de substância psicoativa para desintoxicação, sem que se disponha de serviços ambulatoriais que ofereçam suporte adequado para continuar o tratamento, recuperar e reintegrar o ex-dependente ao convívio familiar e social.

Do ponto de vista da forma de abordagem do problema, foi utilizado o método indutivo e a pesquisa quantitativa. Tecnicamente é uma pesquisa bibliográfica, utilizando-se obras e textos acadêmicos publicado em sites e revistas jurídicas constantes nas referências bibliográficas.

O primeiro capítulo, com o título: "As substâncias psicoativas e a doutrina da proteção integral do adolescente", analisa de maneira sintética e objetiva, a relação existente entre o ser humano e as substâncias psicoativas ao longo dos tempos, a fim de explicar como



ocorrem suas principais motivações e as consequências do uso, abuso, e dependência.

A partir deste contexto, será exposta a situação do adolescente sob o abrigo da Doutrina da Proteção Integral e, notadamente, dos princípios da prioridade e do superior interesse.

Ao final, sob a perspectiva legal, serão exibidos os requisitos e pressupostos do tratamento médico e atendimento humanizado do adolescente, conforme estabelece seu Estatuto.

O segundo capítulo, intitulado: "Internação involuntária: historicidade, legalidade e aspectos constitucionais", tratará dos aspectos estudados, atinentes à origem e ao desenvolvimento da internação hospitalar no tratamento de doentes mentais dependentes de substâncias psicoativas. Em um primeiro momento, discorre-se sobre o embasamento legal, a origem e evolução da medida, sendo elencados os tipos de internações e suas peculiaridades.

Na sequência, serão descritos os aspectos operacionais trazidos pela Lei nº 10.216/2001, em específico, as três modalidades de internação: a voluntária, a involuntária e a compulsória.

Feito isso, será analisada a falta de consenso sobre qual política antidrogas o País deve desenvolver: se a redução de danos ou a abstinência total e, a inexistência de políticas públicas preventivas adequadas e suficientes para reduzir o consumo, culminando com os argumentos de autoridades, favoráveis e contrários ao tratamento iniciar pela internação involuntária de pessoa dependente de drogas.

Por fim, efetivado um breve contraponto com argumentos prós e contras a internação involuntária, se tratará do aparente conflito entre os princípios constitucionais do direito à saúde e à liberdade, ocasionado pela internação involuntária, bem como a forma de dirimir esta colisão.

No terceiro e último capítulo, cujo título é: "Retratos das internações: o perfil do adolescente internado involuntariamente no IPq/SC", versará sobre a pesquisa de campo, na qual se apresenta o estudo observacional, retrospectivo e não intervencionista que, utilizando-se dos dados constantes nos prontuários disponíveis no Serviço de Atendimento Médico (SAME), do Instituto Psiquiátrico de Santa Catarina (IPq/SC), identificou o perfil do adolescente internado no referido hospital, no período de 2009 a 2013, tendo como base a qualificação (sexo e etnia); história familiar e socioeconômica (grau de instrução, estado civil, filhos); histórico das internações (Idade da 1ª internação, número de dias internado por ano/período, média de dias por interno/geral e evasões) e se houve adesão do paciente e apoio de familiar ao tratamento.

Os dados relativos aos pacientes foram colhidos, traduzidos em números e tabulados, utilizando-se os recursos e técnicas estatísticas e, suas incidências, demonstradas por meio de gráficos, para ao final demonstrar se as internações ocorridas estavam de acordo com a Doutrina da Proteção Integral e se a dignidade dos pacientes foi respeitada na prática.

Foram resguardados os direitos dos pacientes participantes da pesquisa, sendo dispensado pelo Conselho de Ética o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), mediante a justificativa de que o levantamento dos dados dos prontuários é retrospectivo e não interferiram no cuidado recebido pelo paciente; não houve riscos físicos e/ou biológicos para o paciente, uma vez que o estudo é meramente observacional; o Diretor do Instituto Psiquiátrico de Santa Catarina (IPq/SC), que tem a guarda do material, consentiu em sua utilização e a confidencialidade da identificação pessoal dos pacientes foi garantida.

A pesquisa obedeceu às disposições éticas e legais brasileiras em relação ao uso e acesso aos prontuários, especialmente à resolução 466/2012 e às diretrizes da Carta Circular nº 039/2011, sendo assumidas todas as responsabilidades pela fidedignidade das informações.

# 1 AS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E A DOCTRINA DA PROTEÇÃO INTEGRAL DO ADOLESCENTE

Neste primeiro capítulo será estudada, de uma maneira sintética e objetiva, a relação existente entre o ser humano e as substâncias psicoativas ao longo dos tempos, a fim de explicar como ela ocorre, quais são as principais motivações para o uso e as consequências do abuso das substâncias psicoativas.

A partir deste contexto, será exposta a situação do adolescente sob o abrigo da Doutrina da Proteção Integral e, notadamente, dos princípios da prioridade e do superior interesse.

Ao final, sob a perspectiva legal, serão exibidos os requisitos e pressupostos do tratamento médico e atendimento humanizado do adolescente, conforme estabelece seu Estatuto.

## 1.1 Aspectos preliminares sobre o uso de drogas

O indivíduo não nasce destinado a usar drogas<sup>4</sup>, mas também não as usa apenas por influência de amigos ou mesmo por interesses de traficantes. O uso de substâncias psicoativas<sup>5</sup> é um fenômeno milenar.

Resíduos de vinho e de cerveja "pão líquido" teriam sido descobertos há mais de cinco mil anos a.C.; cânhamo (maconha), ópio e folhas de coca eram usados entre quatro mil e três mil anos a.C. As tribos utilizavam em seus rituais plantas que entorpeciam e causavam sensação de alegria.

Ervas eram utilizadas para venerar deuses na mitologia grega e em saunas para deleite dos frequentadores.

Na Grécia Antiga, droga era *pharmakon* compreendendo o sentido de remédio e veneno.[...]Temos a considerar, então, que o termo tóxico nasce fora do campo da medicina, relacionado à magia, à religião, ao deleite e à festa, porém, ainda hoje mantém o sentido de

---

<sup>4</sup> Lei 11.343/2006, art. 1º, parágrafo único: "Para fins desta Lei, consideram-se como drogas as substâncias ou os produtos capazes de causar dependência, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União" (BRASIL, 2006).

<sup>5</sup> Também chamadas de substâncias com potencial de abuso "são aquelas que podem desencadear no indivíduo a autoadministração repetida, que geralmente resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo de consumo" (CREMESP, 2003).

veneno e se iguala ao sentido de droga(ROZEK, 2014, p. 45).

O ópio, por exemplo, era largamente utilizado na civilização romana. No final do século XVII e século XVIII o produto entorpecente, produzido em grande escala na Índia, era exportado pela Inglaterra para ser usado pelos chineses. A China, com o grave problema de dependência em parte da população, tentou resistir à entrada da droga em seu território. Porém, diante da proibição e resistência chinesas, os ingleses acabaram declarando guerra e obrigando o governo chinês a aceitar o tráfico (ROZEK, 2014).

No século XIX os cientistas e médicos passaram a verificar a existência de poderes curativos em parte destas substâncias, que passaram a ter fins medicinais. Somente no século XX, após uma sequência de tratados e acordos, foi celebrada pelos países membros das Nações Unidas em Viena, no ano de 1961, a convenção sobre substâncias psicotrópicas, sendo que algumas delas tiveram a comercialização e o uso proibidos. Essa convenção foi emendada em 1972, acrescentando, além do controle da produção de entorpecentes naturais e sintéticos, também a necessidade de tratamento ao toxicômano (ROZEK, 2014).

Também no século XX, o consumo de bebida alcoólica era muito intenso, especialmente nos Estados Unidos e, visando acabar com os problemas sociais atribuídos à ingestão em excesso, em 1920 entrou em vigor a chamada "Lei Seca" que proibiu a fabricação e comercialização de bebidas alcoólicas para consumo humano. Entretanto, a população continuou a ingerir o produto que era adquirido por meio de contrabando de outros países, o que estimulava a criminalidade e a violência, ou fabricado artesanalmente e de forma grosseira sem qualidade e com produtos inadequados, que aumentava os casos de morte por cirrose (DEURSEN, 2007).

Por estas razões, aliadas às questões econômicas da grande depressão de 1929, para estimular a economia e aumentar a arrecadação de impostos, a 18ª emenda à Constituição Americana foi revogada no ano de 1933 (DEURSEN, 2007).

Contemporaneamente, o consumo de bebidas alcoólicas tornou-se fato natural. Formou-se na consciência coletiva a ideia de que a bebida alcoólica pode ser consumida livremente, por ser permitida pelo ordenamento jurídico.

O consumo de álcool por adulto é permitido, porém é necessário destacar que o Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990 criminaliza, com penas de detenção de dois a quatro anos:

art. 243 vender, fornecer, servir, ministrar ou entregar, ainda que gratuitamente, de qualquer forma, a criança ou a adolescente, bebida alcoólica ou, sem justa causa, outros produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica (BRASIL, 1990).

A presença do álcool em locais de diversão é regra. Por muitos ele é considerado o principal elemento para decidir se participa ou não de um evento. A bebida alcoólica é tida como fator de integração social entre as pessoas, está associado a momentos de alegria e comemoração, com belos amigos em lugares paradisíacos. Esta imagem passou a ser veiculada em peças publicitárias, demonstrando que os consumidores de bebidas alcoólicas são, por si sós, pessoas felizes (KRIGGER, 2006). Ser abstermão implica, em certas circunstâncias, a exclusão do grupo.

Ainda sobre a grande influência que a mídia exerce em relação ao consumo de álcool, Marli Rozek indica:

Como exemplo do reforço, a visão moralista e estereotipada pela mídia, citamos a abordagem sobre o álcool, pois se observa que informações importantes sobre os possíveis efeitos prejudiciais do uso inadequado dessa substância, a violência gerada sob o seu efeito são omitidas. Silencia-se sobre questões fundamentais referentes à sua comercialização corriqueira e banalizada, sem controle, inclusive em postos de combustíveis, mesmo destacando o alto índice de acidentes de trânsito em decorrência do seu abuso. A mídia desconsidera a associação do álcool à violência, inclusive doméstica e aos casos de homicídios (ROZEK, 2014, p.41).

Conforme apontam Pratta e Santos (2006, p. 2),

Apesar do uso de drogas ter sempre existido, a toxicomania (primeiro termo empregado para se referir à dependência de drogas) corresponde a um fenômeno da modernidade.

Atualmente, o uso de substâncias psicoativas se constitui em um grave problema de saúde pública, mas temas como saúde, doença e

drogas eram comuns na vida de nossos antepassados (PRATTA; SANTOS, 2006).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as substâncias psicoativas, também chamadas de psicotrópicas, em razão de alterarem o funcionamento das funções cerebrais do indivíduo, podem ser classificadas como depressoras, estimulantes e perturbadoras do sistema nervoso central (BRASIL, 2015).

As drogas depressoras como o álcool, barbitúricos, benzodiazepínicos, inalantes e opiáceos alteram o sistema nervoso central, reduzem a atividade motora e, conseqüentemente, diminuem a atenção, a concentração, a ansiedade e a capacidade intelectual.

Ao contrário das depressoras, o tabaco, a cocaína e as anfetaminas são substâncias estimulantes que aumentam muito a atividade motora do indivíduo e, em consequência, levam-no a um estado de alerta demasiado (BRASIL, 2015).

As substâncias perturbadoras do sistema nervoso central como a maconha, LSD, ecstasy e anticolinérgicos (que inibem a produção da acetilcolina), verdadeiramente perturbam o indivíduo. São também chamadas de alucinógenos, porque ocasionam falsas percepções, alucinações, delírios e psicoses (BRASIL, 2015).

As pessoas que utilizam drogas compulsivamente são chamadas de adicto, que é sinônimo de dependente. Em Roma, era chamado de *addictum* o sujeito que não possuía recurso para pagar uma dívida e precisava se converter em escravo do credor. Portanto, voluntariamente ou não, mas em razão do débito que contraiu, era levado a ter que se inferiorizar perante o outro, demonstrando sua dominação e dependência (ROZEK, 2014).

É importante destacar também que a maioria das substâncias pode ser usada na confecção de medicamentos para tratar doenças, porque sendo bem administradas, produzem efeitos benéficos. Porém, se utilizadas em excesso ou sem os cuidados necessários podem provocar a dependência, especialmente se for adolescente, conforme se analisará adiante.

## 1.2 O adolescente e as substâncias psicoativas

A adolescência é um período muito especial na vida humana. É o momento de descobertas e de conflitos, pois o indivíduo está deixando a fase criança, passando a ingressar em uma etapa intermediária e cheia de dificuldades naturais, porque ele ainda não é adulto.

Para melhor entendimento, serão analisados aspectos que

distingue a adolescência brasileira e como geralmente se dá o contato com a droga nesta fase, cercada de apreensões.

### **1.2.1 O marco legal brasileiro da adolescência**

No Brasil, diferentemente de outros países, existe um marco legal para esse período da vida denominado adolescência, que vai da infância até a fase adulta. O Estatuto da Criança e do Adolescente, previsto na Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990, define no artigo 2º que "Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos e, adolescente, aquela entre doze e dezoito anos de idade". (BRASIL, 1990).

Veronese (2011, p. 30) destaca que a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança de 1989 "situa como criança todo o ser humano com idade inferior a dezoito anos".

Durante a adolescência ocorre uma série de mudanças no ser humano, algumas são visíveis como, por exemplo, as alterações hormonais que provocam o aparecimento de pelos, o desenvolvimento dos órgãos genitais e a revelação de características sexuais. Outras, entretanto, são invisíveis, pois ocorrem no cérebro, que sofre modificações em sua estrutura, adaptando o adolescente para assumir o papel e as responsabilidades do adulto (MARQUES; CRUZ, 2000). Portanto, durante esse período, marcado por conflitos interiores e exteriores, se necessita de maior atenção, porque o indivíduo se encontra na condição especial de pessoa em desenvolvimento

Também ocorrem mudanças comportamentais como o desaparecimento da ingenuidade infantil, o desejo de ser independente dos pais, o surgimento da necessidade de pertencer a um grupo e ser igual a seus pares, cultivando valores específicos e tornando-se mais suscetível às influências dos amigos (MARQUES; CRUZ, 2000).

Conforme salientam Marques e Cruz (2000, p. 32),

Nessa etapa, o jovem não aceita orientações, pois está testando a possibilidade de ser adulto, de ter poder e controle sobre si mesmo. É um momento de diferenciação em que 'naturalmente' afasta-se da família e adere ao seu grupo de iguais. Se esse grupo estiver experimentalmente usando drogas, o pressiona a usar também.

A exposição intensiva à televisão é uma circunstância que pode ser muito prejudicial durante este período. Muitas vezes, a companhia da televisão é a única alternativa para o jovem enfrentar a solidão pela ausência de outros tipos de lazer. A submissão em demasia, com o consequente apelo de marketing, contribui para que o adolescente torne-se um consumidor em potencial, gerando necessidades que nem sempre são verdadeiras e conflitos com a família pelo desejo desenfreado de ter para ser alguém.

### **1.2.2 O contato com a droga**

Estudos mostram que o uso de drogas por adolescentes é fruto de vários fatores e está ligado principalmente ao modo como ele se relaciona com seu semelhante. Esta maneira de se relacionar pode se constituir em um fator de risco ou de proteção para o uso de drogas.

De acordo com Brasil (2010, p. 145),

Fatores de risco são aquelas situações que aumentam a probabilidade do adolescente assumir comportamentos de risco, tais como usar drogas. Fatores de proteção são aqueles que diminuem a probabilidade de o adolescente assumir tais comportamentos de risco.

É importante destacar que os fatores de risco e de proteção estão na própria pessoa (aspectos biológicos e genéticos), na sua família (maneira de interagir e conviver com as drogas), nos seus amigos, na escola, no trabalho, na comunidade em que vive e na sociedade em geral.

De tal modo, é comum que o primeiro contato com a substância psicoativa ocorra durante a adolescência, porque a droga está cada vez mais acessível a eles, tanto as substâncias permitidas, quanto as proibidas. Os adolescentes são vulneráveis às ofertas e influências do ambiente e não possuem a maturidade suficiente para optarem, por si sós, sobre o que é melhor ou mais saudável.

Pratta e Santos (2006, p. 3) consideram que:

A literatura aponta que o primeiro contato com a droga geralmente ocorre na adolescência, uma vez que esse é um período marcado por muitas e profundas mudanças, tanto físicas quanto



psíquicas, que tornam o adolescente mais vulnerável.

Conforme os ensinamentos do curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas<sup>6</sup>, o estímulo ao uso e conseqüente abuso de drogas lícitas se inicia, muitas vezes, no próprio ambiente familiar quando os pais utilizam e estimulam os filhos a experimentar o álcool e o tabaco, por exemplo. Filhos de pais dependentes de álcool e/ou drogas, devido ao fator genético, apresentam risco quatro vezes maior de também se tornarem dependentes (BRASIL, 2010).

O uso indiscriminado de medicamentos por parte dos familiares também é péssimo exemplo para o adolescente, porque faz com que ele tenha a impressão de que para a cura de todos os problemas sempre existem alternativas químicas de ação rápida e sem grandes esforços (BRASIL, 2010).

O papel familiar na formação do indivíduo é de suma importância, porque é a família que deve ensinar a criança a lidar com limites e frustrações. Do mesmo modo, as relações familiares conflituosas e a ausência de referências saudáveis em casa também podem levar o adolescente a despertar o desejo de conhecer e utilizar as drogas ilícitas (BRASIL, 2010).

Crianças e adolescentes em situação de risco que sofreram maus tratos, abuso sexual, negligência parental, estão mais sujeitas ao uso de drogas do que as que não passaram por essas situações, assim como, família grande e carente, em que os filhos acabam por receber menos atenção e cuidados dos pais, rigidez ou permissividade na negociação das regras e falta de limites, também são fatores de risco no grupo fraterno (BRASIL, 2010).

Na escola também existem os riscos inerentes, como o fracasso escolar, baixo QI, ausência de reconhecimento, de premiação, desestímulo e o comportamento violento dos colegas com intimidação e “bullying”, que podem determinar a evasão escolar e o ingresso do adolescente no mundo das drogas (BRASIL, 2010).

Por fim, outro problema constatado é que o fato de ter um familiar condenado ou preso, especialmente pai ou irmão mais velho,

---

<sup>6</sup> Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas foi promovido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) em parceria com o Ministério da Justiça, Ministério da Educação e executado pela Universidade de Brasília (UnB). Teve como proposta capacitar os educadores para realização de atividades preventivas e saber lidar com o uso de substâncias psicoativas no contexto escolar (BRASIL, 2010).

umenta consideravelmente a probabilidade de que o filho ou irmão mais jovem, quando adolescente, possa enveredar para a criminalidade (BRASIL, 2010).

No Brasil, as drogas lícitas como o tabaco e o álcool, bem como as drogas ilícitas: maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança perfume, ecstasy são usadas com frequência também por crianças e adolescentes, conforme se verifica em Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), realizada pelo IBGE em 2012:

Os dados evidenciaram que 7,3% dos escolares já usaram drogas ilícitas. Considerando as Grandes Regiões, os maiores percentuais foram observados nas Regiões Centro-Oeste (9,3%) e Sul (8,8%). Analisando os resultados segundo os Municípios das Capitais, os maiores percentuais foram encontrados em Florianópolis (17,5%) e Curitiba (14,4%), enquanto os menores, em Palmas e Macapá (aproximadamente 5,7% em ambas) (IBGE, 2012, p. 63).

Um estudo realizado por Pratta e Santos (2006, p. 6) entrevistou 568 jovens entre 14 e 20 anos que cursavam o ensino médio em escolas públicas e privadas de São Carlos, São Paulo. Questionados sobre os motivos que os levaram a consumirem drogas sem receita médica pela primeira vez trouxe informações relevantes, conforme se verifica na Tabela 1:

Tabela 1 - Levantamento

**Tabela 2:** Levantamento do principal motivo que levou os adolescentes do presente estudo a consumirem drogas, sem receita médica, pela primeira vez. (n=134)

MOTIVOS	n	%
Não respondeu	60	44,8
Por curiosidade	21	15,7
Outros	16	11,9
Diversão ou prazer	13	9,7
Tratamento de problemas de saúde	11	8,2
Não sei	6	4,5
Alívio de tensão psicológica	3	2,2
Para se relacionar melhor com outras pessoas	2	1,5
Porque os amigos usavam	2	1,5
<b>TOTAL</b>	<b>134</b>	<b>100</b>

Fonte: PRATTA; SANTOS (2006, p. 6).

Sobre o comportamento em relação à droga, Pratta e Santos(2006) orientam que a dependência de substâncias psicoativas gera uma perturbação enorme para toda a família do indivíduo, principalmente quando se trata de uma criança ou adolescente, indicam que:

Além da necessidade de buscar constantemente a droga, a dependência causa mudanças acentuadas na interação do indivíduo com seus familiares, afetando suas relações sociais e até mesmo profissionais. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV, publicado pela Associação Psiquiátrica Americana (2000), a característica primordial da dependência de substâncias corresponde à presença de um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, que evidencia que o indivíduo continua a utilizar uma determinada substância, apesar dos problemas significativos relacionados à mesma — tanto em termos de saúde quanto pessoais e sociais. Sendo assim, existe um padrão de autoadministração repetida, o qual geralmente resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo de consumo da droga (PRATTA; SANTOS, 2009, p. 208).

Por isso, é necessário envolver toda a família e tratar a dependência química como uma doença médica crônica e como um problema social. A seguir discorre-se sobre o que estabelece a legislação brasileira sobre a drogadição.

### **1.2.3 A legislação brasileira e a drogadição**

A atual legislação brasileira, Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006, mantém sua postura proibicionista em relação às drogas. A repressão e a culpabilização são as armas utilizadas por ela para combater a produção, o comércio e o consumo.

Entretanto, pode-se afirmar que a norma que define os crimes relacionados às drogas também trouxe algumas evoluções como, por exemplo, o fato de tratar diferentemente o usuário do traficante.

Deste modo, ela passou a prever penas alternativas à prisão aos que utilizarem a droga para o consumo próprio, como se verifica:

Art. 28. Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, **para consumo pessoal**, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas:  
 I - advertência sobre os efeitos das drogas;  
 II - prestação de serviços à comunidade;  
 III - medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo (BRASIL, 2006, grifou-se).

O legislador estabeleceu os critérios legais para distinguir o tráfico do uso de drogas, conforme se verifica no § 2º do artigo 28,

Para determinar se a droga destinava-se a consumo pessoal, o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente (BRASIL, 2006).

Parte da doutrina<sup>7</sup> tem sustentado que a conduta exposta no artigo 28 da Lei nº 11.343/2006, representa uma despenalização<sup>8</sup>, porque não se aplica pena privativa de liberdade, mas penas que visam auxiliar o usuário na sua recuperação e reinserção social.

Outra parte, no entanto, observando o conceito de crime estabelecido no art. 1º da Lei de introdução ao código penal, Decreto-lei nº 3.914, de 9 de dezembro de 1941, que considera crime somente quando a lei comina pena de reclusão ou de detenção à infração penal, defendem que, pelo fato de não permitir a privação da liberdade do agente, houve uma descriminalização<sup>9</sup>, ainda que de maneira formal, sem que a droga tenha sido legalizada.

<sup>7</sup> Retratado no artigo "Nova lei de drogas descriminalização da posse de drogas para consumo pessoal", de Luiz Flávio Gomes. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/9180/nova-lei-de-drogas#ixzz3n2iugc5W>>. Acesso em 14 maio 2014.

<sup>8</sup> *Despenalizar* [...] significa suavizar a resposta penal, evitando-se ou mitigando-se o uso da pena de prisão, mas mantendo-se intacto o caráter ilícito do fato (o fato continua sendo uma infração penal ou infração de outra natureza). Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/9180/nova-lei-de-drogas#ixzz3n2iugc5W>>. Acesso em 14 maio 2014.

<sup>9</sup> *Descriminalizar* significa retirar de algumas condutas o caráter de criminosas. O fato descrito na lei penal deixa de ser crime. Há três espécies de descriminalização: (a) a que retira o caráter

É importante destacar que o senso comum da sociedade brasileira associa o dependente<sup>10</sup> de drogas ao criminoso, sujeito moralmente desajustado e patrocinador do tráfico. O legislador, porém, entendeu que usuários e dependentes são pessoas doentes e que precisam de tratamento, conforme consta no § 7º do artigo 28 da Lei antidrogas: "o juiz determinará ao Poder Público que coloque à disposição do infrator, gratuitamente, estabelecimento de saúde, preferencialmente ambulatorial, para tratamento especializado" (BRASIL, 2006).

O adulto flagrado na conduta descrita no artigo citado estará cometendo crime, ficando sujeito às penas de advertência, aplicadas na própria audiência, prestação de serviço à comunidade ou ainda frequência a curso educativo, segundo § 5º da referida Lei.

§ 5º A prestação de serviços à comunidade será cumprida em programas comunitários, entidades educacionais ou assistenciais, hospitais, estabelecimentos congêneres, públicos ou privados sem fins lucrativos, que se ocupem, preferencialmente, da prevenção do consumo ou da recuperação de usuários e dependentes de drogas (BRASIL, 2006).

No caso de um adolescente flagrado utilizado ou trazendo consigo droga ilícita para consumo próprio estará cometendo um ato infracional, conforme artigo 103 da Lei nº 8.069/1990, na qual "considera-se ato infracional a conduta descrita como crime ou contravenção penal", ficando sujeito a receber as medidas socioeducativas, previstas no artigo 112 do referido Estatuto (BRASIL, 1990).

---

criminoso do fato mas não o retira do âmbito do Direito penal (essa é a descriminalização puramente formal); (b) a que elimina o caráter criminoso no fato e o proscreeve do Direito penal, transferindo-o para outros ramos do Direito (essa é a descriminalização penal, que transforma um crime em infração administrativa, v.g.) e (c) a que afasta o caráter criminoso do fato e lhe legaliza totalmente (nisso consiste a chamada descriminalização substancial ou total). Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/9180/nova-lei-de-drogas#ixzz3n2iugc5W>>. Acesso em: 14 mai. 2014.

<sup>10</sup> "Quando aplicado ao álcool e outras drogas, o termo implica a necessidade de repetidas doses da droga para sentir-se bem ou para evitar sensações ruins. No DSM-III-R, a dependência é definida como um grupo de sintomas cognitivos, comportamentais e psicológicos que indicam que uma pessoa tem o controle do uso da substância psicoativa prejudicado e continua esse uso a despeito de consequências adversas. É aproximadamente equivalente à síndrome de dependência da CID-10. [...]" (NICOLAU, 2015).

Art. 112 Verificada a prática de ato infracional, a autoridade competente poderá aplicar ao adolescente as seguintes medidas:

- I- advertência;
- II - obrigação de reparar o dano;
- III - prestação de serviços à comunidade;
- IV - liberdade assistida;
- V - inserção em regime de semiliberdade;
- VI - internação em estabelecimento educacional;
- VII - qualquer uma das previstas no art. 101, I a VI.

§ 1º A medida aplicada ao adolescente levará em conta a sua capacidade de cumpri-la, as circunstâncias e a gravidade da infração.

§ 2º Em hipótese alguma e sob pretexto algum, será admitida a prestação de trabalho forçado.

§ 3º Os adolescentes portadores de doença ou deficiência mental receberão tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições (BRASIL, 1990).

Observando as características peculiares do adolescente enquanto pessoa em desenvolvimento, portanto, dignos de proteção especial pela família, sociedade e Estado, nestas situações, como refere o inciso VII do artigo 112 do Estatuto da Criança e do Adolescente, poderão ser aplicadas as medidas de proteção elencadas no artigo 101, inciso I a VI do mesmo diploma legal:

Art. 101. Verificada qualquer das hipóteses previstas no art. 98, a autoridade competente poderá determinar, dentre outras, as seguintes medidas:

- I – encaminhamento aos pais ou responsável, mediante termo de responsabilidade;
- II – orientação, apoio e acompanhamento temporários;
- III – matrícula e frequência obrigatórias em estabelecimento oficial de ensino fundamental;
- IV – inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio à família, à criança e ao adolescente;
- V – requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial;

VI – inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos;  
[...] (BRASIL, 1990).

Essas medidas têm por objetivo prevenir o desrespeito aos direitos por meio de ações que vão desde a orientação e o acompanhamento às crianças, aos adolescentes e a seus pais, com o envolvimento de programas comunitários de apoio à família, até o abrigo em entidades ou a colocação em família substituta.

No que concerne às medidas de proteção, Veronese (2011, p. 226) destaca que são “aplicáveis à criança e ao adolescente cujos direitos, estejam ameaçados ou tenham sido violados, bem como aos adolescentes autores de ato infracional”.

Portanto, no caso de comprovado envolvimento com drogas, o Estatuto prevê o encaminhamento do adolescente a programas de orientação e tratamento do dependente de substância psicoativa, conforme inciso VI do artigo 101 do Estatuto.

Ao comentar o referido diploma legal, Veronese (2011, p. 227) afirma: “Os incs. IV e VI preveem programas comunitários de inclusão social: o primeiro de auxílio à criança e ao adolescente e suas respectivas famílias; o segundo de orientação e tratamento de alcoólatras e toxicômanos”.

Essas medidas superam os preconceitos em torno das crianças e adolescentes pobres e marginalizados, tratados como objetos e vinculados ao Código anterior. Nesta nova perspectiva, elas passam a caracterizar todas as crianças e adolescentes como dignos da proteção da sociedade, que deve fornecer-lhes todos os meios necessários para a promoção do desenvolvimento integral.

Segundo a SENAD, Brasil (2010, p. 44), “em geral, o adolescente tem resistência em admitir que o uso de drogas pode lhe causar problemas e gerar uma dependência, o que dificulta a abordagem da questão”.

Conforme referido anteriormente, vários são os motivos que levam um adolescente a usar drogas. Marques e Cruz (2000, p. 32) afirmam que:

Entre os fatores que desencadeiam o uso de drogas pelos adolescentes, os mais importantes são as emoções e os sentimentos associados a intenso sofrimento psíquico, como depressão, culpa, ansiedade exagerada e baixa autoestima.

Muitas vezes, a droga surge na vida do adolescente como uma possibilidade de fuga das dificuldades. Para outros, um meio de satisfação plena, e ele precisa intensificar cada vez mais o seu uso, pois a droga causa satisfação ilusória e passageira, sendo que o prazer que ela proporciona tende a desaparecer, dando lugar a sensações desagradáveis e, como consequência, leva ao sofrimento, fator que desencadeia um processo de toxicomania que o vincula à dependência (MARQUES; CRUZ, 2000).

A dependência de substâncias psicoativas gera uma perturbação enorme para toda a família do indivíduo, principalmente quando se trata de um adolescente. Sobre o comportamento em relação à droga, Pratta e Santos (2009), indicam que:

Além da necessidade de buscar constantemente a droga, a dependência causa mudanças acentuadas na interação do indivíduo com seus familiares, afetando suas relações sociais e até mesmo profissionais. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), publicado pela Associação Psiquiátrica Americana (2000), a característica primordial da dependência de substâncias corresponde à presença de um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, que evidencia que o indivíduo continua a utilizar uma determinada substância, apesar dos problemas significativos relacionados à mesma — tanto em termos de saúde quanto pessoais e sociais. Sendo assim, existe um padrão de autoadministração repetida, o qual geralmente resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo de consumo da droga. (PRATTA; SANTOS, 2009, p. 208).

Marques e Cruz (2000) alertam que o uso de drogas por adolescentes traz mais riscos do que os enfrentados pelos adultos. A vulnerabilidade leva-os a problemas ainda maiores, pois não costumam buscar ajuda quando estão em dificuldades relacionadas ao uso de drogas, primeiro porque não relacionam a alteração de comportamento com o uso e segundo porque acreditam que podem resolver tudo sozinhos.

Vistas as questões legais, passa-se a tecer considerações sobre o tratamento e suas barreiras.



#### 1.2.4 O tratamento e suas barreiras

Com a tolerância<sup>11</sup> à substância e quando o uso se torna crônico, o adolescente costuma sair de casa e se expor a riscos de acidentes e de violências. O consumo abusivo da droga faz surgir síndromes psiquiátricas como depressão, ansiedade, pânico, esquizofrenia e transtornos de personalidade e a resistência a qualquer tipo de tratamento, muitas vezes em decorrência do medo da síndrome da abstinência<sup>12</sup> (MARQUES; CRUZ, 2000).

Conforme Fontanella e Turato (2002, p. 439)

Existem muitas barreiras para um dependente de substâncias psicoativas chegar a um tratamento. Em países em desenvolvimento, a principal delas deve ser a não universalização, de fato, dos atendimentos pelo sistema público de saúde.

Em pesquisa realizada pelos autores supracitados, que entrevistaram dependentes químicos adultos, foi possível detectar que eles resistiram às possibilidades de tratamento por vários motivos, como: negar a gravidade do problema, não se considerar dependente, não precisar ou não confiar na eficácia do tratamento e na política de serviços que não 'desintoxicam'. Também porque temiam ficar sozinho, tinham dificuldades em compartilhar problemas, não queriam abandonar o prazer de usar ou interromper pequenos tráficos, tinham medo de ser forçado a se abster e da sorologia para HIV, não queriam 'perder tempo' com listas de espera e burocracia (FONTANELLA; TURATO, 2002).

Alguns simplesmente ignoravam os locais de tratamento. Existiam aqueles que até ventilavam a possibilidade de tratarem-se, mas temendo perder o emprego ou causar transtorno aos familiares, achavam que não se adaptariam às regras ou aos modelos de tratamento, em razão da localização dos serviços, por medo do hospital ou do próprio tratamento. Eles também tinham medo de uma recaída e da vergonha

---

<sup>11</sup>Diminuição de resposta a uma dose de determinada substância que ocorre com o uso continuado da mesma. No consumidor frequente ou de grandes quantidades de bebidas alcoólicas (ou de outras drogas), p.ex., são necessárias doses mais elevadas de álcool para alcançar os efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas (NICOLAU, 2015).

<sup>12</sup> Conjunto de sintomas de configuração e gravidade variáveis que ocorrem após a cessação ou redução do uso de uma substância psicoativa que vinha sendo usada repetidamente e geralmente após um longo período e/ou em altas doses. O início e o curso são limitados no tempo e são relacionados com o tipo de substância e com a dose que vinha sendo usada imediatamente antes da interrupção ou da redução do uso. A síndrome pode ser acompanhada por sinais de alterações fisiológicas (NICOLAU, 2015).

que o fato geraria; acreditavam que a família os desestimularia por não conseguir manter a abstinência enquanto esperavam a vaga (FONTANELLA; TURATO, 2002).

Existiam outras motivações, tais como, os homens que tinham receio de não corresponder ao papel masculino socialmente esperado ou mulheres com medo de represálias por parte de companheiros também usuários, não ter quem cuide dos filhos e aquelas que não queriam ser atendidas por homens ou se tratarem junto com pacientes do sexo masculino (FONTANELLA; TURATO, 2002).

É certo que muitas destas circunstâncias também podem ser alegadas pelos adolescentes dependentes de substâncias psicoativas para se esquivarem do tratamento. Em razão disto, uma parcela significativa deles, especialmente aqueles que não têm consciência do problema ou que não conseguem se autodeterminar, necessita iniciar o tratamento por meio de uma medida coercitiva como a internação involuntária para desintoxicação (FONTANELLA; TURATO, 2002).

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) (2003, p. 21) orienta ao profissional de saúde que:

O diagnóstico de dependência consiste na obtenção de três perfis básicos: 1) o padrão de consumo e a presença de critérios de dependência; 2) a gravidade do padrão de consumo e como ele complica outras áreas da vida; e 3) a motivação para a mudança.

Observando que o indivíduo está perdendo o controle sobre o consumo, que há piora progressiva na qualidade ou quantidade de relacionamentos em geral, conflitos familiares e complicações clínicas e ou criminalidade, deve verificar o grau de motivação para o tratamento. Havendo alguma motivação, pode ser indicada a internação voluntária. O CREMESP ainda sugere que se utilize de uma estratégia motivacional, por meio de uma abordagem psicossocial, no caso de existir suspeita de dependência e não haver motivação para o tratamento (CREMESP, 2003).

Esta abordagem pode ser feita em forma de aconselhamento para que o paciente interrompa ou diminua o consumo ou uma intervenção breve, que se constitui em uma técnica mais estruturada que o aconselhamento, na conformidade com a Figura 1.

Figura 1 - Aconselhamento

<b>Aconselhamento</b>	
Aconselhar não é dizer o que deve ser feito. A mudança é do indivíduo. Aconselhar consiste em:	
<b>Chamar à reflexão</b>	"Qual a sua opinião sobre o seu consumo atual de drogas?"
<b>Dar responsabilidade</b>	"O que você pretende fazer com relação ao seu consumo?"
<b>Opinar com honestidade</b>	"Na minha opinião seu uso de álcool está absolutamente fora de controle."
<b>Dar opções de escolha</b>	"Vamos discutir as alternativas que você tem para não chegar embriagado em seu emprego."
<b>Demonstrar interesse</b>	"Conte mais sobre sua semana, como foram suas tentativas para se manter abstinente."
<b>Facilitar o acesso</b>	"Vamos tentar encontrar um horário que se adapte bem a nós dois."
<b>Evitar o confronto</b>	"Ao invés de encontrarmos culpados, podemos juntos buscar soluções para o seu problema."

Fonte: CREMESP, 2003.

Para um tratamento adequado, de acordo com Marques e Cruz (2000, p. 34), "uma avaliação inicial cuidadosa do jovem que procura tratamento pode auxiliar o diagnóstico e melhorar o prognóstico". Eles indicam que nesta oportunidade, deve-se inicialmente estabelecer os vínculos e observar a saúde física e mental do paciente como um todo, verificando o comportamento, o relacionamento social e familiar, o ajustamento escolar ou profissional, assim como sobre seu lazer. Ensinam que na sequência, deve-se investigar sobre o uso de drogas e os problemas a ele associados, estabelecendo uma história sobre o vício na vida dele. Após tudo isso, realiza-se o exame físico e solicitam-se exames laboratoriais, se necessário (MARQUES; CRUZ, 2000).

Os autores supramencionados sugerem ainda que à medida que o adolescente demonstre interesse no tratamento, os resultados dos exames realizados devem lhe ser fornecidos, bem como lhe seja explicado sobre a gravidade do uso de drogas e suas consequências. Por fim, se possível, deve o profissional fazer um plano de intervenção, estabelecendo metas e critérios de sucesso esperados com o tratamento.

A participação dos pais é fundamental, pois o ideal é que a família faça parte do tratamento. Entretanto, a maioria das vezes o adolescente apresenta problemas familiares, ou mesmo não aceita orientação, testando a possibilidade de ser adulto, de ter poder e controle sobre seus atos e sobre si mesmo, resistindo a qualquer tipo de intervenção.

### 1.3 Noções sobre a Doutrina da Proteção Integral

Leciona Pereira (2000, p. 24) que,

Doutrina apresenta-se como um debate de ideias que alarga o conteúdo das regras jurídicas. Os doutrinadores, através de suas opiniões e pareceres, inspiram os juízes na aplicação e os legisladores na elaboração das normas.

A Doutrina da Proteção Integral foi a terceira corrente jurídico-doutrinária que tratou da criança e adolescente em vigor no Brasil. O País experimentou primeiramente a Doutrina do Direito Penal, que se caracterizou por imputar ao menor a responsabilidade pela prática de determinado fato delituoso em função de seu discernimento. A segunda, denominada Doutrina Jurídica da Situação Irregular durou entre os anos 1979 e 1990 e ficou conhecida por elencar uma série de situações de perigo que poderiam levar o menor à marginalização e, para evitar isso, desenvolvia uma política assistencialista fundada na proteção do menor abandonado ou infrator (PEREIRA, 2000).

A proteção integral surgiu de uma série de ações realizadas em âmbito internacional que buscava reconhecer, respeitar e proteger os direitos das crianças, e que culminou com a adoção por parte da Organização das Nações Unidas, na Assembleia de 20 de novembro de 1959 da Declaração Universal dos Direitos da Criança.

No preâmbulo deste instrumento consta que o texto foi baseado na Declaração dos Direitos da Criança de Genebra de 1924, em estatutos das agências especializadas e em organizações internacionais interessadas no bem-estar da criança.

Embora presente universalidade, a Declaração de Genebra na época previa tratamento diferenciado ao órfão e ao abandonado, recomendando seu recolhimento, motivo para não se atribuir o caráter de instrumento fundador da Teoria da Proteção Integral. (VERONESE; CUSTÓDIO, 2013, p. 120)

A Declaração Universal foi redigida em forma de princípios, num total de dez e reconheceu os direitos fundamentais às crianças como o direito à igualdade, sem distinção de raça, religião ou nacionalidade; proteção para o seu desenvolvimento físico, mental e social; direito a

um nome e nacionalidade; à alimentação, moradia e assistência médica adequadas para a criança e a mãe; direito à educação e a cuidados especiais para a criança física ou mentalmente deficiente; direito ao amor e à compreensão por parte dos pais e da sociedade; à educação gratuita e ao lazer infantil; direito a ser socorrido em primeiro lugar, em caso de catástrofes; ser protegido contra o abandono e a exploração no trabalho e o direito a crescer dentro de um espírito de solidariedade, compreensão, amizade e justiça entre os povos (USP, 2014).

Em 1989 foi adotada pela Assembleia Geral da ONU a Convenção sobre os Direitos da Criança que dentre outros pontos, estabeleceu o seguinte:

a) reforçou os princípios proclamados na Carta das Nações Unidas (ONU), reafirmando a fé nos direitos fundamentais do homem e na dignidade e no valor da pessoa humana;

b) reconheceu o que a ONU proclamou e acordou na Declaração Universal dos Direitos Humanos e nos Pactos Internacionais de Direitos Humanos;

c) recordou que nesta Declaração a ONU havia anunciado que a infância tinha direito a cuidados e assistência especiais;

d) reconheceu que a criança deve crescer no seio da família, em um ambiente de felicidade, amor e compreensão; com espírito de paz, dignidade, tolerância, liberdade, igualdade e solidariedade;

e) apontou a necessidade de proporcionar à criança uma proteção especial, como enunciado na Declaração de Genebra de 1924 e na Declaração dos Direitos da Criança de 1959, em virtude de sua falta de maturidade física e mental, necessita proteção e cuidados especiais, inclusive a devida proteção legal, tanto antes quanto após seu nascimento.

O texto original da convenção, com cinquenta e quatro artigos, foi escrito nos idiomas: árabe, chinês, espanhol, francês, inglês e russo, ficou em poder do Secretário-Geral das Nações Unidas e logo foi adotado por várias nações.

A citada Convenção trouxe para o universo jurídico a Doutrina da Proteção Integral. Situa a criança dentro de um quadro de garantia integral, evidencia que cada país deverá dirigir suas políticas e diretrizes tendo por objetivo priorizar os interesses das novas gerações, pois a infância passa a ser concebida não mais como um objeto de "medidas tuteladoras", que implica reconhecer

a criança sob a perspectiva do sujeito de direitos. (VIEIRA; VERONESE, 2015, p. 100, grifo do autor).

Após os trâmites legais, a convenção sobre os direitos da criança foi aprovada pelo Congresso Nacional e expedido o Decreto Legislativo nº 28, de 14 de setembro de 1990, sendo promulgada pelo Presidente da República, por meio do Decreto nº 99.710 em 21 de novembro de 1990.

Conforme destacam Vieira e Veronese (2015), a Convenção é norma interna e possui força infraconstitucional, pois foi introduzida no ordenamento jurídico brasileiro por decreto presidencial, ainda que posterior ao Estatuto da Criança e do Adolescente.

Apesar de ter entrado em vigor somente em 1990, a convenção teria permanecido por cerca de dez anos em discussão e suas ideias influenciaram tanto a confecção da Constituição Federal do Brasil de 1988, quanto o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº. 9.069 de 13 de julho de 1990.

Referem Veronese e Custódio (2013, p. 121) que,

Em 1987, a Emenda Popular denominada Criança Prioridade Absoluta, com milhares de assinaturas, proposta por organizações não governamentais, foi adotada pela Assembleia Nacional Constituinte [...].

Assim, a doutrina da proteção integral que abrange a todas as crianças e adolescentes, sem qualquer distinção, foi incluída no artigo 227 da Constituição Federal de 1988, e prevê:

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988-Redação dada pela E. C. nº 65 de 2010).

Observa-se claramente neste artigo a intenção do legislador em compartilhar a responsabilidade entre família, sociedade e Estado para

assegurar uma gama de direitos fundamentais às crianças e adolescentes, com absoluta prioridade, a fim de protegê-la e de sobrepor-se definitivamente à doutrina da situação irregular do menor.

Veronese e Custódio (2012, p. 29) acrescentam que “Estava traçada a oportunidade histórica para sepultar o menorismo no Brasil”, deixando claro que a doutrina veio mesmo para romper definitivamente, ainda que em âmbito formal, com o modelo assistencialista e coisificante da situação irregular do menor.

A contraposição evidente entre a doutrina da situação irregular e a doutrina da proteção integral trouxe resultados para além do que se esperava, pois o marco referencial dessas transformações não se restringiu exatamente ao enfrentamento político entre as duas doutrinas. Trouxe resultados positivos para além do desejado (VERONESE; CUSTÓDIO, 2012, p. 29)

O fato do artigo 227 da Constituição Federal de 1988 estabelecer as bases do capítulo VII, que se refere à família, à criança, ao adolescente, ao jovem e ao idoso, demonstra a importância que possui no contexto legal. Veronese e Custódio (2012, p. 31) alertam que,

A formulação dessa doutrina da proteção integral não seria objeto de maior interesse, ou seria apenas mais uma teoria de caráter formal e abstrato, se não estivesse radicalmente localizada como o elemento substantivo essencial para a compreensão do direito da criança e do adolescente.

Outra norma que repercutiu a doutrina da proteção integral da Constituição Federal de 1988 foi o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8.069 de 13 de julho de 1990, que de forma expressa no artigo 267 revogou as Leis n.º 4.513, de 1964, e 6.697, de 10 de outubro de 1979, e as demais disposições em contrário, extinguindo assim, a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM) e o Código de Menores.

Assim como a Constituição Federal, o Estatuto da Criança e do Adolescente foi totalmente influenciado pelas ideias dos movimentos sociais dos anos de mil novecentos e oitenta, que exigiam mudanças nas concepções menoristas e surgiu a fim de promover e efetivar os direitos

fundamentais das crianças e adolescentes, e que já no artigo 1º afirma categoricamente: “esta Lei dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente”.

Conforme comentários de Veronese e Silveira:

Dessa forma, a Lei 8.069/1990, ao adotar a Doutrina da Proteção Integral, significou uma verdadeira revolução para o direito infanto-juvenil, estabelecendo no ordenamento brasileiro uma concepção de infância atrelada à nova noção de cidadania estabelecida na Carta de 1988. (VERONESE; SILVEIRA, 2011, p. 27)

Analisando o Estatuto da Criança e do Adolescente verifica-se que ele alude aos princípios constitucionais de liberdade e dignidade humana e, sobretudo, reafirma as garantias de proteção integral com absoluta prioridade, notadamente nos artigos:

**Art. 3º** A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da **proteção integral** de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de **liberdade** e de **dignidade**.

**Art. 4º** É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com **absoluta prioridade**, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à **dignidade**, ao respeito, à **liberdade** e à convivência familiar e comunitária.

**Art. 15.** A criança e o adolescente têm direito à liberdade, ao respeito e à **dignidade** como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis.

**Art. 16.** O direito à **liberdade** compreende os seguintes aspectos:



I - ir, vir e estar nos logradouros públicos e espaços comunitários, ressalvadas as restrições legais;  
[...] (BRASIL, 1990, grifou-se).

Com o Estatuto, o menor de dezoito anos passou a ser sujeito de direitos, assim como os adultos, como enfatiza Pereira (2000, p. 15, grifo do autor) “Ser ‘sujeito de direitos’ significa, para a população infanto-juvenil, deixar de ser tratada como objeto passivo, passando a ser, como os adultos, titular de direitos juridicamente protegidos”.

Por fim, Veronese e Lima (2012, p. 54) resumem que:

A doutrina jurídico-protetiva para a infância e adolescência tem na sua base de estruturação duas premissas específicas: 1) o reconhecimento de crianças e adolescentes como sujeitos de direitos; 2) a condição peculiar de pessoa em desenvolvimento.

Certamente as duas premissas mencionadas pelos autores supracitados são as mais importantes e realmente sintetizam a doutrina da proteção integral.

Portanto, conforme os ensinamentos, pode-se afirmar que a Doutrina da Proteção Integral constitui-se de um conjunto de disposições legais acerca do direito da criança e do adolescente, conferindo-lhes, além de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, também a atenção especial, ampla proteção e absoluta prioridade em razão de sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento.

Para finalizar, convém citar precedente jurisprudencial que ratifica o emprego da Doutrina da Proteção Integral na área da saúde:

Ementa: ADMINISTRATIVO. PROCESSUAL CIVIL. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. SOLIDARIEDADE ENTRE UNIÃO, ESTADOS E MUNICÍPIOS. CRIANÇA. PROTEÇÃO INTEGRAL E PRIORIDADE ABSOLUTA. BLOQUEIO DE VERBAS PÚBLICAS. POSSIBILIDADE. SÚMULA 283/STJ. AGRAVO REGIMENTAL DESPROVIDO.

1 - O Superior Tribunal de Justiça, em reiterados precedentes, tem decidido que o funcionamento

do Sistema Único de Saúde - SUS é de responsabilidade solidária dos entes federados, de forma que qualquer deles ostenta legitimidade para figurar no polo passivo de demanda que objetive o acesso a medicamentos.

2 - Tendo em conta o diferencial, na espécie, de que o beneficiário da prestação se trata de criança, não há dúvida de que o atendimento da sua pretensão à obtenção de remédio, como bem acentuado no acórdão combatido, deve-se à primazia que decorre da doutrina da proteção integral e do princípio da prioridade absoluta, positivados no art. 227 da Constituição Federal e, especificamente no tocante à saúde, nos arts. 11 e seguintes do ECA e, ainda, no art. 24 da Convenção Internacional dos Direitos da Criança, ratificada pelo Decreto Presidencial 99.710/90

3 - A Primeira Seção do Superior Tribunal de Justiça, sob a sistemática de julgamento dos recursos repetitivos (art. 543-C do CPC), firmou o entendimento de que, nos casos "de fornecimento de medicamentos, cabe ao Juiz adotar medidas eficazes à efetivação de suas decisões, podendo, se necessário, determinar até mesmo, o sequestro de valores do devedor (bloqueio), segundo o seu prudente arbítrio, e sempre com adequada fundamentação" (REsp nº 1.069.810/RS, Rel. Ministro Napoleão Nunes Maia Filho).

4 - Razões do agravo regimental que não impugnaram um dos fundamentos que ampararam a decisão recorrida atraem, neste tópico, a incidência do obstáculo da Súmula 283/STF.

5 - Agravo regimental a que se nega provimento. (Superior Tribunal de Justiça. AgRg no REsp 1330012 / RS - Nº 2011/0270297-1. Relator: Ministro Sérgio Kukina. Julgado em 17/12/2013).

É necessário destacar, ainda, que a Doutrina da Proteção Integral possui uma série de princípios fundamentais de suma importância. Alguns tiveram sua origem nos dez princípios da Declaração dos Direitos da Criança de Genebra de 1924 e sofreram alterações e adaptações, outros foram se agregando com a necessidade e a modernidade.

A seguir, serão comentados os dois princípios percebidos como os mais relevantes para debate do tema proposto no título, são eles os princípios do superior interesse e da prioridade da criança ou adolescente.

### 1.3.1 O princípio do superior interesse

A condição peculiar de pessoa em desenvolvimento conferida aos adolescentes, agora titulares dos direitos, repercutiu no Estatuto da Criança e do Adolescente que trouxe uma série de princípios oriundos da doutrina da proteção integral e que devem ser observados em todas as circunstâncias.

Princípios gerais de direito que, conforme ensina Pereira (1999, p. 25), são "dotados de validade positiva, não se reportam a um fato específico, mas atuam como indicadores de uma opção pelo favorecimento de um determinado valor".

Pereira (1999, p. 1) se refere ao princípio do superior interesse da criança e do adolescente na seguinte observação: "Sua origem se prende ao instituto do *parens patriae*, utilizado na Inglaterra como uma prerrogativa do Rei e da Coroa a fim de proteger aqueles que não podiam fazê-lo por conta própria". Na época era utilizado principalmente para tutelar as crianças, os loucos e débeis sem discernimento suficiente para se autoadministrar. As crianças eram coisas e pertenciam a seus pais, mas na época já havia uma preponderância no entendimento de que o bem-estar das crianças deveria se sobrepor aos interesses dos pais (PEREIRA, 1999).

Nos Estados Unidos, o princípio do *best interest* foi transferido ao Estado, cabendo ao Juiz aplicá-lo aos casos concretos. Especialmente nas situações referentes à guarda, as cortes têm o dever de supervisionar e controlar a atuação dos guardiões, assegurando o melhor interesse dos seus pupilos.

É parte integrante da doutrina de proteção integral e foi construído com base solidificada no segundo dos princípios da Declaração de Genebra e 1924 que estabelece:

Princípio 2 - A criança gozará **proteção** social e ser-lhe-ão proporcionadas oportunidades e facilidades, por lei e por outros meios, a fim de lhe facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, de forma sadia e normal e em condições de liberdade e dignidade. Na

instituição das leis visando este objetivo levar-se-ão em conta, sobretudo, **os melhores interesses da criança**. (USP, 2014,grifou-se).

Os precedentes internacionais como a Declaração de Genebra de 1924, Declaração Universal dos Direitos Humanos das Nações Unidas de 1948 e Declaração Universal dos Direitos da Criança de 1959 foram fundamentais para cunhar o princípio do interesse superior da criança, pois sempre apontaram a necessidade de constituir para a criança uma proteção especial, com direitos a cuidados e assistência especiais (PEREIRA, 1999).

Está expresso no Estatuto que tanto a interpretação quanto a aplicação de toda e qualquer norma contida nele deve ser voltada à proteção integral e prioritária dos direitos de que crianças e adolescentes são titulares (art. 100, Inciso II), assim como deve atender ao interesse superior da criança e do adolescente.

Considerando ser um desafio a aplicação do princípio do melhor interesse da criança, Pereira (1999, p.29) ressalta:

Perceber a criança ou adolescente com “sujeito” e não como objeto dos direitos dos adultos, reflete, talvez, o maior desafio para a própria sociedade e, sobretudo, para o Sistema de Justiça.

[...]

O controle dos pais sobre seus filhos menores de 18 anos tem sido, cultural e historicamente, bastante forte e o Estado, através de seus agentes, vem respeitando esta privacidade familiar – a não ser que seja necessária intervenção, como nas situações em que é flagrante a violação dos direitos das crianças e / ou dos adolescentes, por exemplo.

O princípio do superior interesse da criança deve ser observado em todas as situações envolvendo a família, a criança e o adolescente.

Vieira e Veronese (2015) lembram que sob a perspectiva da Proteção Integral, as crianças e adolescentes são capazes de escolher conscientemente e que, outrora, a apreciação se dava exclusivamente por parte das pessoas adultas que avaliavam, sob o ponto de vista delas, o que seria melhor ou pior para as crianças e adolescentes.

O princípio do interesse superior da criança expressa, assim, a noção de um processo dinâmico no qual as decisões que se tomam hão de ser constantemente revisadas não só para atender ao crescimento da criança e do adolescente, como também para atender à evolução da família e do grupo social em que interagem e aos aspectos da vida e de crescimento daqueles que ainda não chegaram à vida adulta (VIEIRA; VERONESE, 2015, p. 141).

No que se refere à adoção e guarda, está plenamente identificado que o melhor interesse da criança é o que deve prevalecer, conforme se verifica no precedente jurisprudencial abaixo colacionado:

MENOR. GUARDA E RESPONSABILIDADE. PLEITO FORMULADO PELOS AVÓS PATERNOS. PAIS BIOLÓGICOS DEPENDENTES QUÍMICOS. PEDIDO DE ENTREGA DA GUARDA À FAMÍLIA AMPLIADA. INVIABILIDADE. ESTUDOS SOCIAIS DESFAVORÁVEIS. AÇÃO DE DESTITUIÇÃO JULGADA POR ESTA CÂMARA, COM A CONFIRMAÇÃO DA SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA, INCLUSIVE, COM TRÂNSITO EM JULGADO. AUSÊNCIA DE MODIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO DA FAMÍLIA EXTENSA. MANUTENÇÃO DA INFANTE NA FAMÍLIA SUBSTITUTA. MELHOR INTERESSE DA CRIANÇA. *DECISUM* MANTIDO. RECURSO DESPROVIDO.

Desfavorável aos avós paternos o panorama retratado nos estudos sociais, tratando-se de família extensa que não estreitou com a menor, laços de afinidade e afetividade, é de se emprestar total primazia ao princípio do melhor interesse da criança e à sua proteção integral, nos moldes do comando constitucional contido no art. 227 da nossa Lei Maior e prestigiado pelo art. 3.º do Estatuto da Criança e do Adolescente, para denegar aos autores do pedido de guarda e responsabilidade a guarda da infante, consolidando-se o seu encaminhamento a outra

família em adoção, situação essa já examinada quando do julgamento por este Tribunal da ação de destituição do poder familiar.

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível n. 2014.042887-8, da comarca de Barra Velha (1ª Vara), em que são apelantes A. A. dos S. e F. A. dos S., sendo apelado Ministério Público do Estado de Santa Catarina e interessada L. A. dos S.: A Segunda Câmara de Direito Civil decidiu, por votação unânime, negar provimento ao recurso. Custas legais.

(Tribunal de Justiça de Santa Catarina, Apelação Cível n. 2014.042887-8, de Barra Velha, Relator: Des. Trindade dos Santos. Julgado em 22 de janeiro de 2015).

Tratando-se do direito à saúde, outro princípio que merece ser analisado com maior profundidade é o da prioridade absoluta do adolescente, eis que na internação para desintoxicação, ponto principal desta dissertação, parâmetros constitucionais e estatutários que colocam os adolescentes na posição de sujeito de direitos também devem ser observados.

### **1.3.2 O princípio da prioridade**

No que concerne ao princípio da prioridade absoluta na efetivação dos direitos da criança e do adolescente, sua presença em no ordenamento jurídico brasileiro está expressa no artigo 4º do Estatuto da Criança e do Adolescente, que no seu parágrafo único estabelece os limites:

Art. 4º [...]

Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:

- a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
- b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
- c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;
- d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude (BRASIL, 1990).

Comentando sobre essas prioridades, Veronese e Silveira (2011, p.34) destacam que as alíneas são meramente explicativas, porque não preveem todas as hipóteses, que abrangem desde a prioridade formulação e execução de políticas públicas até o atendimento.

Viera e Veronese (2015, p. 136) afirmam que "A prioridade constitucional não diz respeito à relação de tempo, [...] mas sim à especialidade dos titulares dos direitos fundamentais: crianças ou adolescentes, ou seja, seres humanos em desenvolvimento".

Explicam que a Doutrina da Proteção Integral quando prioriza o direito das crianças e adolescentes deseja apenas dar segurança e estabilidade a eles que estão em primeiro lugar em relação aos demais, não pretendendo desprezar ou excluir os direitos fundamentais dos outros titulares. Isso apenas reforça o fato de que são pessoas humanas em desenvolvimento, o que por si só justifica a prevalência de seus direitos (VIEIRA; VERONESE, 2015).

Em relação ao direito à saúde do adolescente, justamente por ser um indivíduo em condições peculiares de desenvolvimento e que por sua fragilidade necessita de ter a preferência nesta área. Por isso, é fundamental reforçar que a prioridade deve compreender desde a consignação de políticas públicas e ações preventivas até a execução de medidas curativas à doença.

No que se refere à facilidade com que as substâncias psicoativas estão disponíveis aos adolescentes e, considerando as motivações que levam muitos deles ao experimento das substâncias, entende-se que o Estado deve, prioritariamente, planejar e adotar políticas públicas capazes de prevenir o contato e o uso de drogas, a fim de proteger o adolescente, sua família e a sociedade do problema que certamente levará alguns à dependência e, um significativo percentual deles, à doença mental.

A prevenção deste mal deve ser a primeira das prioridades, pois médicos psiquiatras referem sobre a possibilidade de que algumas drogas como a maconha, antecipem os efeitos da predisposição existente, agravem ou mesmo sejam as causadoras de doença mental.

O uso regular aumenta o risco de crises de ansiedade, depressão e psicoses, em pessoas com vulnerabilidade genética. Uso frequente, em doses elevadas, durante mais tempo, modificam o curso da esquizofrenia, e reduzem de dois a seis anos o tempo para a ocorrência do primeiro surto (VARELLA, 2014).

A política nacional antidrogas tem como pressuposto a priorização da prevenção do uso indevido de drogas, principalmente porque esse tipo de intervenção é mais eficaz e de muito menor custo para a sociedade.

#### **1.4 A Doutrina da Proteção Integral no trato com a saúde mental dos adolescentes**

Como registrado na seção anterior, a doutrina da proteção integral estabelece que o princípio da prioridade absoluta à criança e ao adolescente deve nortear a atuação de todos, em especial do Poder Público, para defesa e/ou promoção dos direitos assegurados a crianças e adolescentes.

Uma vez não tendo êxito na efetivação de medidas preventivas à drogadição e em razão de preceito constitucional estabelecido de que o adolescente tem o direito à saúde e, o Estado, o dever de proporcionar a ele esse direito, é preciso imediatamente priorizar o atendimento e o tratamento do dependente de substância psicoativa.

A dependência química é considerada uma doença crônica que acompanha o indivíduo por toda a sua vida e está atualmente classificada entre os transtornos psiquiátricos. A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, também conhecida como Classificação Internacional de Doenças (CID 10) relaciona na letra "F", a partir do F10 - os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de Álcool; F11 - devidos ao uso de Opiáceos; F12 - Canabinoides; F13 - Sedativos e Hipnóticos; F14 - Cocaína; F15 - Estimulantes; F16 - Alucinógenos; F17 - Fumo; F18 - Solventes voláteis; F19 - Múltiplas drogas e outras substâncias (MEDICINANET, 2015).

Convém salientar que no Brasil, antes da CF/1988, não havia uma política específica para tratar os dependentes químicos, muito menos, a preocupação em criar um programa específico para operacionalizar o que havia sido estabelecido no ordenamento, como afirmam Pratta e Santos (2009, p. 209)

Discutir e cuidar da dependência química na atualidade é encará-la dentro do modelo biopsicossocial de saúde, considerando o paciente em sua totalidade, encarando-o como um ser ativo no processo saúde/doença.



Por outro lado, em razão da condição peculiar de pessoa em desenvolvimento, impor a abstinência ao adolescente, por meio da internação involuntária, merece uma análise detida, avaliando caso a caso e observando os requisitos da internação, pois pode se justificar como uma medida inicial a ser adotada para o tratamento da dependência e até mesmo ser entendida como uma medida de proteção, consoante o art. 101, inciso VI do Estatuto.

Com os direitos fundamentais consolidados no artigo 227 da CF/1988, as crianças e adolescentes passam a ser protegidos, pois são pessoas em condição peculiar de desenvolvimento. Conforme expõe Pereira (2000, p.15), “Ser ‘sujeitos de direitos’ significa, para a população infanto-juvenil, deixar de ser tratada como objeto passivo, passando a ser, como os adultos, titular de direitos juridicamente protegidos”.

É importante referir também que o Estatuto da Criança e do Adolescente, no artigo 7º, estabelece que,

A criança e o adolescente têm direito à proteção, à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso em condições dignas de existência. (BRASIL, 1990).

Nesta mesma esteira, o artigo 11 do Estatuto prevê:

É assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

Ensinam Veronese e Silveira:

O direito à saúde é uma derivação do direito à vida - o mais fundamental dos direitos, o pilar necessário para o proveito das demais garantias constitucionalmente consagradas. No entanto, e, infelizmente, tal premissa não é observada pelo Poder Público. As filas do Sistema Único de Saúde são exorbitantes, e muitas crianças falecem antes mesmo de receberem o devido atendimento. (VERONESE; SILVEIRA, 2011,p. 51).

A jurisprudência é pacífica no sentido de que existe a solidariedade passiva entre os entes federados, no que diz respeito à obrigatoriedade da tomada das providências necessárias à garantia da saúde de crianças e adolescentes, como se verifica:

AGRAVO DE INSTRUMENTO. ECA. INTERNAÇÃO POR DROGADIÇÃO. ILEGITIMIDADE PASSIVA DO MUNICÍPIO. DESCABIMENTO. Em se tratando de pedido de internação compulsória de adolescente para tratamento de drogadição severa, existe solidariedade passiva entre a União, os Estados e os Municípios, cabendo ao necessitado escolher quem deverá lhe fornecer o tratamento pleiteado. O fornecimento de tratamento médico ao menor, cuja família não dispõe de recursos econômicos, independe de previsão orçamentária, tendo em vista que a Constituição Federal, ao assentar, de forma cogente, que os direitos das crianças e adolescentes devem ser tratados com prioridade, afasta a alegação de carência de recursos financeiros como justificativa para a omissão do Poder Público. Aplica-se o "Princípio da Reserva do Possível" quando demonstrada a carência orçamentária do Poder Público e o atendimento solicitado (tratamento médico) não se enquadra entre os casos de extrema necessidade e urgência. RECURSO DESPROVIDO. (TJRS. 8ª C. Cív. Agravo de Instrumento nº 70027420009. Rel. Des. Claudir Fidelis Faccenda. J. em 24/11/2008).

Da mesma forma é o posicionamento para o caso de fornecimento de medicamentos:

AGRAVO DE INSTRUMENTO. ECA. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS. SOLIDARIEDADE ENTRE OS ENTES FEDERATIVOS. Existe solidariedade passiva entre os entes da federação no que diz respeito à obrigatoriedade quanto ao fornecimento de medicação aos menores. A saúde é direito de todos e garantida pela Constituição Federal. É dever dos entes públicos fornecer medicamentos a

quem necessita, mormente aos infantes, pois tutelados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. RECURSO PROVIDO.

(TJRS. 8ª C. Cív. Agravo de Instrumento nº 70027612928. Rel. Des. Claudir Fidelis Faccenda. J. em 24/11/2008).

A lei antidrogas adotou princípios e diretrizes semelhantes aos do SUS e da Política Nacional de Saúde Mental, no que diz respeito às ações de atenção, conforme se verifica no artigo 23 da Lei nº 11.343/2006, está previsto que:

Art. 23. As redes dos serviços de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios desenvolverão programas de atenção ao usuário e ao dependente de drogas, respeitadas as diretrizes do Ministério da Saúde e os princípios explicitados no art. 22 desta Lei, obrigatória a previsão orçamentária adequada.

Especialmente no trato com a saúde mental é necessário destacar que existem normas específicas em vigor que disciplinam os serviços a serem oferecidos à população, particularmente ao adolescente, como é o caso da Resolução nº 41 de 13 de outubro de 1995, do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), que normatizou orientações da Sociedade Brasileira de pediatria, para que sejam observados os:

#### DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE HOSPITALIZADOS

1. Direito e proteção à vida e a saúde, com absoluta prioridade e sem qualquer forma de discriminação.
2. Direito a ser hospitalizado quando for necessário ao seu tratamento, [...].
3. Direito a não ser ou permanecer hospitalizado desnecessariamente por qualquer razão alheia ao melhor tratamento da sua enfermidade.
4. Direito a ser acompanhado por sua mãe, pai ou responsável, durante todo o período de sua hospitalização, bem como receber visitas.  
[...]

8. Direito a ter conhecimento adequado de sua enfermidade, dos cuidados terapêuticos e diagnósticos a serem utilizados, do prognóstico, respeitando sua fase cognitiva, além de receber amparo psicológico, quando se fizer necessário.

[...]

10. Direito a que seus pais ou responsáveis participam ativamente do seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, recebendo informações sobre os procedimentos a que será submetido.

11. Direito a receber apoio espiritual e religioso conforme prática de sua família.

12. Direito a não ser objeto de ensaio clínico, provas diagnósticas e terapêuticas, sem o consentimento informado de seus pais ou responsáveis e o seu próprio, quando tiver discernimento para tal.

13. Direito a receber todos os recursos terapêuticos disponíveis para a sua cura, reabilitação e ou prevenção secundária e terciária.

14. Direito a proteção contra qualquer forma de discriminação, negligência ou maus tratos.

15. Direito ao respeito a sua integridade física, psíquica e moral.

16. Direito a preservação de sua imagem, identidade, autonomia de valores, dos espaços e objetos pessoais.

[...] (CONANDA, 1995).

O Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069/1990, preocupado com as situações desagradáveis que se apresentam para estes indivíduos em situação de vulnerabilidade, principalmente, estabelece três hipóteses de ações ou omissões sujeitas às medidas de proteção devem ser aplicados de forma preventiva ou corretiva, conforme artigo 98:

Art. 98. As medidas de proteção à criança e ao adolescente são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçados ou violados:

I - por ação ou omissão da sociedade ou do Estado;

II - por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável;

III - em razão de sua conduta (BRASIL, 1990).

Nestas situações são exigíveis as medidas de proteção elencadas no artigo 101 do mesmo diploma legal tanto por parte do Conselho Tutelar quanto pelo Poder Judiciário, conforme se verifica adiante, as medidas aplicáveis às doenças mentais:

Art. 101. Verificada qualquer das hipóteses previstas no art. 98, a autoridade competente poderá determinar, dentre outras, as seguintes medidas:

[...]

IV – inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio à família, à criança e ao adolescente;

V – requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial;

VI – inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos.

[...] (BRASIL, 1990).

Ainda no que concerne às medidas de proteção, Veronese (2011, p. 226) explica que são “aplicáveis à criança e ao adolescente cujos direitos estejam ameaçados ou tenham sido violados, bem como aos adolescentes autores de ato infracional”.

Portanto, quando se trata de criança ou adolescente dependente de substância psicoativa, o art. 101, inciso VI, do Estatuto, estabelece a inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos como medidas de proteção destas pessoas.

Ao comentar o referido diploma legal, Veronese (2011, p. 227) afirma:

Os incs. IV e VI preveem programas comunitários de inclusão social: o primeiro de auxílio à criança e ao adolescente e suas respectivas famílias; o segundo de orientação e tratamento de alcoólatras e toxicômanos.

Sobre a promoção da saúde, prevenção do uso de drogas e tratamento da dependência química, Pratta e Santos (2009) concluem:

Portanto, o tratamento da dependência química na atualidade, bem como as intervenções visando a promoção da saúde e a prevenção do uso de drogas, devem romper com o modelo cartesiano, apesar das dificuldades ainda vivenciadas, e assumir que reduzir o fenômeno da drogadição em nossa realidade é algo que depende da interação entre vários grupos, exigindo mudanças substanciais na organização social, diminuindo drasticamente as desigualdades presentes nesse contexto. Também são necessárias mudanças na formação dos profissionais que lidam com essa questão, além de alterações na forma de encarar o paciente ou o indivíduo que apresenta maior vulnerabilidade em relação à droga, encarando os mesmos como seres ativos, que possuem saberes e fazeres próprios, diretamente implicados no processo saúde/doença (PRATTA; SANTOS, 2009, p. 210).

Existem situações que o protocolo do tratamento do adolescente dependente exige uma fase inicial de desintoxicação e de medicalização a ser realizada em estabelecimento hospitalar. Muitas vezes, o dependente químico não concorda com tal medida, que representa uma suspensão do uso da substância da qual ele é dependente e que vai lhe causar uma síndrome de abstinência.

A imposição da abstinência ao adolescente dependente pode ser justificada, através da internação involuntária, desde que seja realizada uma avaliação cuidadosa, bem como sejam observados os requisitos da internação. Desta forma, a internação como medida inicial ao tratamento da dependência poderia ser entendida até mesmo como uma medida de proteção, consoante inciso VI do artigo 101 do Estatuto.

O Conselho Tutelar deve zelar pelo direito à internação de crianças e adolescentes no Sistema Único de Saúde e o conseqüente tratamento da dependência, além de garantir a adoção das medidas necessárias para restabelecer as condições adequadas de saúde da criança e do adolescente, sempre que inexisterem vagas no SUS.

Partindo-se deste pressuposto, valendo-se dos ensinamentos de Custódio e Veronese (2012, p. 66),

Quando essa rede de atendimento apresentar oferta insuficiente ou não oferecer os serviços em quantidade e qualidade necessárias, abre-se a

prerrogativa de atuação do sistema de proteção por meio de ação do Conselho Tutelar.

Sob o ponto de vista da drogadição, a Doutrina da Proteção Integral concebe o reconhecimento, por parte da família, Estado e sociedade, que o adolescente é sujeito de direitos e merece cuidados e atenção especiais. Seus direitos precisam ser garantidos, com absoluta prioridade, cabendo ao Estado o papel de proporcionar políticas públicas para a prevenção às drogas e atendimento ao dependente, regular o processo de internação e oferecer a estrutura necessária para que o adolescente seja adequadamente tratado.

A família tem o papel fundamental de fornecer afeto e cuidado, proporcionar a educação e, por meio do diálogo e do exemplo, evitar o contato e o uso das substâncias psicoativas. Por fim, a sociedade também tem importante papel na redução das desigualdades sociais, das violências contra os adolescentes, criando oportunidades e desestimulando o uso de drogas.

Encerrando o primeiro capítulo, transparece o entendimento de que a medida de internação involuntária ou compulsória jamais pode ser adotada de forma indiscriminada, pois afrontará a Doutrina da Proteção Integral, no que se refere ao respeito do superior interesse do adolescente, assim como será capaz de contrariar outros princípios constitucionais como o direito à liberdade, sendo este retratado mais adiante. Não é comum a discussão judicial a respeito do constrangimento pelo qual a pessoa poderá ser submetida, no caso específico do adolescente, internados contra a vontade.

## **2 INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA: HISTORICIDADE, LEGALIDADE E ASPECTOS CONSTITUCIONAIS**

Concluídos os estudos sobre a relação do ser humano com as substâncias psicoativas, as motivações e consequências do uso e abuso, especialmente em relação ao adolescente sob o abrigo da Doutrina da Proteção Integral e dos princípios da prioridade e do superior interesse, e depois de explicar sobre a internação involuntária, legalidade e aspectos constitucionais, neste capítulo serão estudados os aspectos atinentes à origem e ao desenvolvimento da internação hospitalar no tratamento de doentes mentais dependentes de substâncias psicoativas.

Em um primeiro momento, discorre-se sobre o embasamento legal, a origem e evolução da medida, sendo elencados os tipos de internações e suas peculiaridades.

Na sequência, serão descritos os aspectos operacionais trazidos pela Lei nº 10.216/2001, em específico, as três modalidades de internação: a voluntária, involuntária e a compulsória.

Feito isso, será analisada a falta de consenso sobre qual política antidrogas o País deve desenvolver, se a redução de danos ou a abstinência total e a inexistência de políticas públicas preventivas adequadas e suficientes para reduzir o consumo, culminando com os argumentos de autoridades, favoráveis e contrários ao tratamento iniciar pela internação involuntária de pessoa dependente de drogas.

Por fim, será feito um breve contraponto com argumentos prós e contras à internação involuntária e se tratará do aparente conflito entre os princípios constitucionais do direito à saúde e à liberdade, ocasionado pela internação involuntária, bem como a forma de dirimir esta colisão.

### **2.1 Evolução legal da internação hospitalar**

Para iniciar a análise da questão da origem e evolução legal da internação psiquiátrica no Brasil faz-se pertinente buscar o significado da palavra internar. Consta no dicionário (FERREIRA, 1986, p. 959), internar é: "V.t.d. pôr ou colocar dentro; introduzir. Pôr em colégio, asilo, hospital, etc. internar um aluno; internar um doente".

Existem situações médicas que, por diversas razões, exigem que o tratamento seja realizado em um local adequado. O tratamento precisa ser realizado em um lugar que ofereça condições para enfrentamento do problema e segurança para o paciente, este ambiente especial é o hospital.



No hospital é possível ter um cuidado mais intensivo e utilizar métodos e instrumentos terapêuticos especiais, para tratamento clínico ou cirúrgico, que seriam de difícil execução fora do ambiente hospitalar.

Também para o tratamento psiquiátrico, a internação deixou de ser um fim, passando em uma minoria de casos a ser um meio para o tratamento mais adequado de alguns aspectos das doenças mentais.

Há algum tempo o atendimento psiquiátrico está se tornando uma atividade majoritariamente ambulatorial, mas esta situação da internação psiquiátrica no Brasil é algo recente e fruto de adequação das atividades médicas às condições e exigências da sociedade, como se verifica com a evolução da legislação a respeito.

### **2.1.1 O Decreto nº 1.132 de 1903 que Reorganiza a Assistência a Alienados**

O Decreto nº 1.132 de 22 de dezembro de 1903 foi a primeira norma nacional a regular as internações psiquiátricas no Brasil. Expedido pelo presidente Rodrigues Alves e com a finalidade de reorganizar a assistência aos alienados, baseou-se na lei francesa de 1838, que segundo consta, deu novo enfoque à loucura, passando a tratá-la como doença, reconhecendo aos doentes mentais o direito à assistência, transformando em hospitais os antigos asilos onde anteriormente eles ficavam apenas confinados (BRASIL, 1903).

A norma brasileira ainda evidenciava a preocupação com a ordem pública e a suposta periculosidade do alienado. Deste modo, a autoridade pública podia recolher a pessoa suspeita para avaliar sua condição de saúde e sendo provada a sua alienação, ela poderia ser internada para segurança da sociedade. Entretanto, o decreto proibia expressamente que o alienado fosse encarcerado em cadeias públicas ou mantido entre criminosos, sendo que no caso de alienados delinquentes e condenados, deveriam ser encaminhados aos manicômios criminais e onde não houvesse, aos asilos públicos (BRASIL, 1903).

Também havia uma predisposição para a manutenção do alienado mental afastado do meio social que o prejudicava e influenciava na doença dele, desta forma, protegendo a sociedade e a ordem pública com a retirada daqueles que a ameaçavam sob o pretexto de observar e acompanhar a evolução da doença com o isolamento (BRITTO, 2004).

Esta norma durou aproximadamente 30 anos quando foi revogada pelo Decreto nº 24.559 de 1934, que será analisado adiante.

### **2.1.2 O Decreto nº 24.559 de 1934 que dispõe sobre a profilaxia mental a assistência e proteção aos psicopatas**

O Decreto nº 24.559, de 03 de julho de 1934, regulamentou a internação psiquiátrica para tratamento específico de toxicômanos, referindo-se a respeito da profilaxia mental, da assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, à fiscalização dos serviços psiquiátricos e dava outras providências, como se verifica no art. 1º.

Art. 1 A Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental terá por fim:

- a) Proporcionar aos psicopatas tratamento e proteção legal;
- b) dar amparo médico e social, não só aos predispostos a doenças mentais como também aos egressos dos estabelecimentos psiquiátricos;
- c) concorrer para a realização da higiene psíquica em geral e da profilaxia das psicopatias em especial (BRASIL, 1934).<sup>13</sup>

Britto (2004) enfatiza que o Decreto tinha um propósito prevencionista, abalizado pela Liga Brasileira de Higiene Mental, pois no artigo 1º da norma estabelece a finalidade da assistência a psicopatas e profilaxia mental. Foram estabelecidas duas categorias dignas de amparo médico e social: os predispostos a doenças mentais e os egressos de estabelecimentos psiquiátricos. Também foi criado o Conselho de Proteção aos Psicopatas, composto por representantes dos juizes, médicos psiquiatras, representante do Instituto da Ordem dos Advogados, de instituições privadas de assistência social e da chefia de polícia.

Art. 3 A proteção legal e a prevenção a que se refere o art.1º deste decreto, obedecerão aos modernos preceitos da psiquiatria e da medicina social.

§ 1º Os psicopatas deverão ser mantidos em estabelecimentos psiquiátricos públicos ou particulares, ou assistência hetero-familiar do Estado ou em domicílio, da própria família ou, de outra, sempre que neste lhe puderem ser ministrados os necessários cuidados.

---

<sup>13</sup> Foram mantidas as redações originais.

§ 2º Os menores anormais somente poderão ser recebidos em estabelecimentos psiquiátricos a eles destinados ou em secções especiais dos demais estabelecimentos especiais dos demais estabelecimentos desse gênero.  
[...] (BRASIL, 1934).

Na época, havia também a possibilidade de manter-se até três pessoas alienadas em tratamento domiciliar, sob os cuidados da própria família ou de outra pessoa, desde que estes soubessem proporcionar os cuidados necessários. Entretanto, os menores anormais deveriam ter um tratamento diferenciado, à medida que só podiam ser recebidos em estabelecimentos psiquiátricos específicos (BRASIL, 1934).

Os estabelecimentos psiquiátricos, de acordo com o regime de internação, podiam ser: fechados, abertos ou mistos. Estes últimos eram destinados às pessoas que não se opunham à internação (BRASIL, 1934).

Nos estabelecimentos fechados ou nas partes fechadas dos estabelecimentos mistos, se destinavam à internação dos toxicômanos, intoxicados habituais, psicopatas e indivíduos suspeitos quando apresentassem reações perigosas ou quando a internação houvesse sido determinada por ordem judicial ou enviadas por autoridade policial ou militar (BRASIL, 1934).

A legislação da era Vargas estabelecia que o procedimento para internação poderia ser iniciado por autoridade pública, a pedido do próprio paciente ou de qualquer outra pessoa interessada:

Art.11A internação de psicopatas toxicômanos e intoxicados habituais em estabelecimentos psiquiátricos, públicos ou particulares, será feita:

- a) por ordem judicial ou a requisição de autoridade policial;
- b) a pedido do próprio paciente ou por solicitação do cônjuge, pai ou filho ou parente até o 4º grau inclusive, e, na sua falta, pelo curador, tutor, diretor de hospital civil ou militar, diretor ou presidente de qualquer sociedade de assistência social, leiga ou religiosa, chefe do dispensário psiquiátrico ou ainda por algum interessado, declarando a natureza das suas relações com o doente e as razões determinantes da sua solicitação (BRASIL, 1934).

Havia a previsão de dois tipos de internação, conforme se verifica no artigo 11 do decreto, a voluntária citada na parte inicial da alínea "b" e no parágrafo 1º, quando o pedido fosse feito pelo próprio paciente ou por outra pessoa de suas relações com sua concordância. A internação involuntária, sem concordância do internado, como consta na alínea "a" e parte final da alínea "b" e nos parágrafos 2º, 3º e 4º, que eram concedidas a pedido de outros, ou mesmo por ordem judicial ou por requisição de autoridade policial:

§ 1º Para a internação voluntária, que somente poderá ser feita em estabelecimento aberto ou parte aberta do estabelecimento misto, o paciente apresentará por escrito o pedido, ou declaração de sua aquiescência.

§ 2º Para a internação por solicitação de outros será exigida a prova da maioria do requerente e de ter se avistado com o internado há menos de 7 dias contados da data do requerimento.

§ 3º A internação no Manicômio Judiciário far-se-á por ordem do juiz.

§ 4º Os pacientes, cuja internação for requisitada pela autoridade policial, sem atestação médica serão sujeitos a exame na Secção de Admissão do Serviço de Profilaxia Mental, que expedirá, então, a respectiva guia (BRASIL, 1934).

Os artigos seguintes faziam referência à documentação exigida para a internação, ou seja, o atestado médico e o certificado de idoneidade do internado e tratavam da internação em casos urgentes que necessitava da apresentação de um atestado médico, no qual constassem os distúrbios mentais que justificassem a hospitalização imediata.

Em relação à alta do interno, constava no decreto que ela deveria ser prontamente concedida, mediante solicitação, àquele que se encontrasse internado voluntariamente em serviço aberto. Entretanto, se houvesse perigo iminente para o paciente ou para a ordem pública, a alta não seria concedida.

Art. 19. Ao psicopata, toxicômano ou intoxicado habitual, internado voluntariamente em serviço aberto, será, imediatamente, concedida alta, quando a pedir, salvo o caso de iminente perigo

para o mesmo, para outrem ou para a ordem pública.

Parágrafo único. Negada a alta, o diretor do estabelecimento enviará imediatamente um relatório à Comissão Inspetora, expondo as razões da recusa (BRASIL, 1934).

É importante frisar sobre a saída do interno que só era permitida quando ele não fosse considerado perigoso e quando houvesse alguém responsável por ele e por seu tratamento. O procedimento da alta envolvia um rigoroso controle exercido pela família e pelo juiz, comissão inspetora e direção do estabelecimento.

Poderia ser solicitada licença médica, com duração máxima de seis meses, para o internado que não obtivesse a alta. Era concedida pelo diretor do estabelecimento mediante concordância do médico, a fim de proporcionar a ele uma experiência clínica que possibilitasse a reintegração social e promover a influência curativa, averiguar o estado de cura definitiva ou preveni-lo contra contágio mental iminente.

Art. 22. O diretor do estabelecimento, quando a alta não se justificar, poderá, após informe do médico assistente sobre o estado do psicopáta, conceder-lhe licença pelo prazo máximo de seis meses, se fôr requerida.

§ 1º O médico assistente poderá conceder licença de experiência clínica, até seis meses, justificada a concessão por qualquer dos motivos seguintes:

I - Promover a experiência de reintegração no meio social ou familiar;

II - Promover a influência curativa quer em relação às perturbações mentais, quer em relação a doenças intercorrentes por mudança de clima, regime ou hábitos;

III - Averiguar o estado de cura definitiva colocando o licenciado em condições de amplo exercício de suas faculdades intelectuais e morais;

IV - Precavê-lo contra a eventualidade de contágio mental iminente, dada a sua predisposição individual e a necessidade de subtraí-lo à residência em comum que possa agravar o seu estado psíquico.

[...] (BRASIL, 1934).

Havia também certa preocupação em relação à incapacidade civil da pessoa internada e com a administração e disposição de seus bens. Para tanto, a partir do artigo 27 do decreto 24.559/1934, regras foram estabelecidas para esse fim, como a necessidade de nomear um administrador provisório pelo prazo máximo de dois anos, caso permanesse por mais de 90 dias de internação.

O administrador provisório e o curador, que poderiam ser remunerados, eram obrigados a prestar contas trimestralmente à autoridade judiciária competente.

A interdição do psicopata deveria ser requerida pelo Ministério Público se o sujeito internado, há mais de dois anos, não demonstrasse capacidade para assumir a direção de sua própria vida e bens.

Explicam Correia Júnior e Ventura:

Embora tal lei tenha quase oito décadas, apresente uma perspectiva atrasada sobre transtorno mental e contenha uma série de definições abertas e flexíveis como “psicopatas toxicômanos” e “intoxicados habituais”, alguns juristas da atualidade ainda insistem em sua vigência (CORREIA JUNIOR; VENTURA, 2013, P. 15).

Portanto, esta norma continua em vigor, na parte em que não contraria a Lei de 10.216 de 06 de abril de 2001, pois não foi revogada total e expressamente por ela, apesar de haver controvérsias a este respeito.

### **2.1.3 O Decreto Lei nº 891 de 1938 que Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes**

Em 25 de novembro de 1938, foi editado o Decreto Lei nº 891, conhecido como Lei de Fiscalização de Entorpecentes, com a finalidade de regular eficientemente a fiscalização de entorpecentes. No primeiro capítulo elencava em dois grupos as substâncias entorpecentes em geral. No capítulo II, da produção, do tráfico e do consumo, elencava uma série de substâncias cujo plantio, a cultura, a colheita e a exploração, por particulares eram proibidos no território nacional. E no capítulo III tratava da internação e da interdição civil.

#### *Artigo 27*

A toxicomania ou a intoxicação habitual, por substâncias entorpecentes, é considerada doença

de notificação compulsória, em caráter reservado, à autoridade sanitária local.

#### Artigo 28

Não é permitido o tratamento de toxicômanos em domicílio (BRASIL, 1938).

Nota-se que pela primeira vez o tratamento e a internação de usuários de drogas constaram como preocupações do Estado, exigindo a notificação compulsória. Entretanto, proibia o tratamento em domicílio e, com isso, revogava o artigo 9º do Decreto 24.559 de 1934.

Conforme referem Correia Júnior e Ventura (2013, p. 16), "tal decreto afasta a ideia do usuário como sujeito de direitos e consolida sua estigmatização e estereotipização, como doente".

A internação poderia ser obrigatória, quando houvesse decisão judicial e facultativa.

#### Artigo 29

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

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

§ 2º A internação obrigatória por determinação do Juiz se dará ainda nos seguinte; casos:

- a) condenação por embriaguez habitual;
- b) impronúncia ou absolvição, em virtude de derimento do artigo 27, § 4º, da Consolidação das Leis Penais, fundada em doença ou estado mental resultante do abuso de qualquer das substâncias enumeradas nos arts. 1º e 29 desta lei.

§ 3º A internação facultativa se dará quando provada a conveniência de tratamento hospitalar, a requerimento do interessado, de seus representantes legais, cônjuge ou parente até o 4º grau colateral inclusive.

§ 4º Nos casos urgentes poderá ser feita pela polícia a prévia e imediata internação fundada no

laudo do exame, embora sumário, efetuado por dois médicos idôneos, instaurando-se a seguir o processo judicial, na forma do § 1º deste artigo, dentro do prazo máximo de cinco dias, contados a partir da internação [...] (BRASIL, 1938).

O diretor do estabelecimento tinha o dever de comunicar detalhes da internação às autoridades sanitárias, no prazo de cinco dias. Esta, por sua vez, comunicaria o fato à autoridade policial competente e ao representante do Ministério Público. O diretor também deveria comunicar a alta do toxicômano, para que se necessário, fossem tomadas medidas referentes ao tratamento. O descumprimento das regras estabelecidas o sujeitaria ao pagamento de multa.

Necessariamente, o paciente deveria receber o tratamento, chamado de toxi-privação, e sair do estabelecimento curado. Caso entendesse que estava curado e não obtivesse a alta, o próprio paciente poderia se submeter a exame médico e reclamar ao juiz sua alta do estabelecimento.

A interdição do toxicômano se classificava em plena, quando era equiparado aos absolutamente incapazes ou limitada, quando era igualado aos relativamente incapazes e não acarretaria a perda de cargo público.

§ 1º. Será decretada em procedimento judicial e secreto, a simples internação para tratamento, si o exame pericial não demonstrar necessidade de limitação de capacidade civil do internado.

§ 2º. Em casos de internação prévia, a autoridade que a houver ordenado promoverá, pelos meios convenientes a custódia imediata e provisória dos bens do internado.

§ 3º. Decretada a simples internação para tratamento, o juiz nomeará pessoa idônea para acautelar os interesses do internado. A essa pessoa cuja indicação é facultada ao internado, ficam apenas conferidos os poderes de administração, salvo a outorga de poderes expressos nos casos e na forma do artigo 1.295 do Código Civil, quando o juiz a autorize, de acordo com o laudo médico.

§ 4º. A alta do internado só poderá ser autorizada pelo juízo que houver decretado a internação e mediante novo exame pericial, que a justifique.



§ 5º. A internação limitada importa na equiparação do interdito aos relativamente incapazes, assim como a interdição plena o equipara aos absolutamente incapazes, respectivamente na forma dos artigos 6º e 5º do Código Civil.

#### Artigo 31

A interdição limitada não acarretará a perda de cargo público, mas obrigatoriamente, o licenciamento temporário, para tratamento de saúde, de acordo com as leis em vigor (BRASIL, 1938).

Nota-se que o processo de internação era sumário, mas, mesmo assim, previa a realização de perícias e oportunizava ampla defesa e contraditório, além da obrigatoriedade do Ministério Público atuar como fiscal da lei.

#### Artigo 32

O processo de internação é sumário e da competência do Juízo de Órfãos, que nomeará, para esse fim, um perito, de preferência especializado em psiquiatria, cabendo a nomeação de outro perito ao representante do Ministério Público.

§ 1º. No processo funcionará um curador à lide, sempre que o internado ou interditado, seus representantes legais, cônjuge ou parente até o quarto grau inclusive, não hajam constituído advogado para defendê-la.

§ 2º. No caso de divergência de laudo será permitido ao advogado do internado ou ao curador à lide indicar terceiro perito, também especializado, que falará nos autos, no prazo de cinco dias, a contar da data de sua citação.

§ 3º. Em todos os termos do processo será ouvido o representante do Ministério Público, sob pena de nulidade (BRASIL, 1938).

Destaca-se que a norma em comento trazia no §1º do art. 29, a possibilidade de o Estado internar obrigatoriamente, e quando provada a necessidade, hospitalizar por conveniência da ordem pública. Isto demonstra que naquela época, início do século XX, já havia a preocupação com os prejuízos causados pela dependência das drogas.

### 2.1.4 O Projeto de Lei 3.657 de 1989 de Paulo Delgado

Conforme ensina Britto (2004), o modelo psiquiátrico hospitalocêntrico e manicomial era a regra dos tratamentos psiquiátricos da época, pois a terapêutica só era possível se realizada em instituição fechada, na qual a pessoa ficava isolada de seu meio social.

Havia um grande número de hospitais psiquiátricos privados conveniados ao sistema público de saúde, fruto das políticas de estímulo e de financiamento adotadas pelo governo, que disponibilizavam mais de 100 mil leitos privados remunerados pelo setor público, além de cerca de 20 mil leitos públicos.

A exploração empresarial desta atividade estava se transformando em grande fonte de lucro, sem, contudo, melhorar as péssimas condições dos hospitais psiquiátricos denunciadas e que a maioria das 600 mil internações anuais eram anônimas, silenciosas, noturnas, violentas, na calada obediência dos pacientes.

Segundo Britto (2004, p. 42), "em 1978, na cidade do Rio de Janeiro, alguns médicos psiquiatras realizaram uma série de denúncias sobre as condições de uma unidade hospitalar e as irregularidades ali existentes". Essas denúncias tiveram repercussão fora e dentro do País, onde entidades foram constituídas para reivindicar melhorias, como o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), profissionais foram demitidos e houve a primeira greve no setor público no País.

Enfim, o processo de reforma psiquiátrica brasileira sofreu forte influência de entidades da sociedade civil e de experiências internacionais como a comunidade terapêutica da Inglaterra; a psicoterapia institucional da França; a psiquiatria de setor da França; a Psiquiatria Comunitária dos Estados Unidos; a antipsiquiatria Inglesa e, principalmente, Psiquiatria Democrática Italiana (BRITTO, 2004).

Na década de 1980, vários eventos na área da saúde mental foram realizados como encontros e conferências estaduais e Regionais, sendo definido que as mudanças seriam buscadas expondo a realidade da psiquiatria para a sociedade, a fim de inverter a política privatizante de saúde mental e constituir uma rede de serviços extra-hospitalares.

Transformação importante no âmbito psiquiátrico ocorreu em 1989 quando a prefeitura da cidade de Santos, litoral de São Paulo, interveio em uma clínica particular, culminando com o fechamento do manicômio. Conforme relata Britto (2004, p. 49),

A partir de denúncias de mortes de pacientes e de violências cometidas aos mesmos, houve uma

intervenção numa clínica particular, a Casa de Saúde Anchieta. Este acontecimento permitiu colocar em prática uma experiência inédita e ousada na assistência em saúde mental brasileira.

Durante esse período continuaram a ocorrer os eventos e intensas discussões das questões relacionadas ao tratamento psiquiátrico com críticas à situação vigente e buscando sempre a reforma psiquiátrica, como a extinção dos manicômios, a criação de serviços substitutivos.

Britto (2004) salienta que o movimento antimanicomial brasileiro foi influenciado pela Lei italiana nº 180/1978, e por sua experiência de reforma psiquiátrica naquele País, dando corpo ao projeto de Lei 3.657/1989, apresentado pelo Deputado Federal Paulo Delgado, que dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, que pela sua importância segue na íntegra:

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º - Fica proibida, em todo o território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico.

[...]

Art. 2º - As administrações regionais de saúde (secretarias estaduais, comissões regionais e locais, secretarias municipais) estabelecerão a planificação necessária para a instalação e funcionamento de recursos não manicomial de atendimento, como unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital-dia, hospital-noite, centro de atenção, centros de convivência, pensões e outros, bem como para a progressiva extinção dos leitos de característica manicomial.

[...]

Art. 3º - A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada, pelo médico que a procedeu, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, à autoridade judiciária local, preferentemente à Defensoria Pública, quando houver.

§ 1º - Define-se como internação psiquiátrica compulsória aquela realizada sem o expresse desejo do paciente, em qualquer tipo de serviço de

saúde, sendo responsabilidade do médico autor da internação sua caracterização enquanto tal.

§ 2º - Compete ao Defensor Público (ou outra autoridade judiciária designada) ouvir o paciente, médicos e equipe técnica do serviço, familiares e quem mais julgar conveniente e emitir parecer em 24 (vinte e quatro) horas sobre a legalidade da internação.

§ 3º - A defensoria pública (ou autoridade judiciária que a substitua) procederá à auditoria periódica dos estabelecimentos psiquiátricos com o objetivo de identificar os casos de seqüestro ilegal e zelar pelos direitos do cidadão internado.

Art. 4º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º - Revogam-se as disposições em contrário, especialmente aquelas constantes do Decreto nº 24.559, de 3 de Julho de 1934(BRASIL, 1989).

O projeto passou a ser discutido na Câmara dos deputados e simultaneamente, alguns Estados como o Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco e Rio Grande do Sul, passaram a legislar, observando as diretrizes do projeto de lei. O Ministério da Saúde também editou portarias avançando no processo de firmar a rede de serviços extra-hospitalares (BRITTO, 2004).

No início de 1991, o projeto foi aprovado na Câmara dos Deputados e enviado ao Senado. Lá, enfrentou muitas dificuldade e resistências, recebeu um substitutivo do senador Sebastião Rocha e, após 12 anos e uma série de mudanças fundamentais no texto, finalmente transformou-se na Lei nº 10.216/2001, comentada a seguir.

## **2.2 A internação sob o prisma da Lei nº 10.216/2001**

A Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção aos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, no ordenamento jurídico brasileiro atual.

O artigo 1º da Lei nº 10.216/2001 assegura a todos os doentes mentais o tratamento, sem qualquer forma de discriminação.

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de

discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra (BRASIL, 2001).

Nos nove incisos do parágrafo único do artigo 2º da Lei estão elencados os direitos do portador de transtorno mental.

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 (BRASIL, 2001).

Pela simples leitura dos nove itens deste parágrafo, depreende-se que os direitos expostos referem-se às condições de realização do tratamento, localizando neste campo os riscos aos quais o paciente está sujeito a sofrer. Desta forma, pelo número de incisos, conclui-se que o próprio tratamento pode ser considerado um risco para a integridade da pessoa (BRITTO, 2004).

A Lei é taxativa ao estabelecer que a internação somente deve ser indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes; prima pela reinserção social do paciente e preconiza a assistência integral por meio de uma equipe multidisciplinar.

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

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

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

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º (BRASIL, 2001).

Para regulamentar esta Lei, o Ministério da Saúde expediu a Portaria MS nº 2.391, de 26 de dezembro de 2002, com a finalidade específica de controlar as internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) e os procedimentos de notificação e comunicação destas medidas ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS.

O artigo 2º da Portaria nº 2.391/2002 reitera o caráter excepcional da internação, bem como, alerta para que a duração da hospitalização seja o menor tempo possível.

Art. 2º. Definir que a internação psiquiátrica somente deverá ocorrer após todas as tentativas de utilização das demais possibilidades terapêuticas e esgotados todos os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistencial, com a menor duração temporal possível(SAÚDE, 2002).

A internação é caracterizada como sendo ato médico, na conformidade com o artigo 6º da Lei nº 10.216/2001, e para sua

concretização é imprescindível a apresentação do laudo médico circunstanciado.

Os três tipos de internação psiquiátrica foram discriminados nos incisos I ao III do parágrafo único do artigo 6º, conforme segue:

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

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

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

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

III - internação **compulsória**: aquela determinada pela Justiça (BRASIL, 2001, grifou-se).

O legislador classificou a internação de acordo com a manifestação de vontade do paciente, nos incisos I e II do artigo 6º, podendo ser: voluntária e involuntária. Consta no Dicionário Aurélio (FERREIRA, 1986, p. 1.789), "voluntário. Adj. Derivado da vontade própria, em que não há coação; espontâneo. [...] involuntário. Adj. Não voluntário; contrário à vontade ou independente dela; desintencional, invito".

A internação compulsória consta no inciso III, conforme Dicionário Aurélio (FERREIRA, 1986, p. 443) "compulsório. Adj. Que obriga ou compele". Na prática, isso ocorre quando o juiz decide pela internação.

Observa-se que a internação tanto pode ser compulsória para o paciente quanto para o estabelecimento hospitalar. O paciente não voluntário, mediante uma decisão judicial, poderá ser obrigado a se internar para tratamento. Da mesma forma, a internação poderá ser compulsória para o estabelecimento que, não dispondo da vaga, é forçado pelo magistrado, sob pena de multa, por exemplo, a disponibilizar um leito e receber o paciente, realizando a hospitalização.

Diferentemente da Lei, a Portaria nº 2.391/2002, inova ao criar uma quarta modalidade, a internação psiquiátrica voluntária que se torna involuntária, como se verifica em seu artigo 3º.

Art. 3º. Estabelecer que ficam caracterizadas quatro modalidades de internação:

- Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI);
- Internação Psiquiátrica Voluntária (IPV),
- Internação Psiquiátrica Voluntária que se torna Involuntária (IPVI),
- Internação Psiquiátrica Compulsória (IPC).

§ 1º Internação Psiquiátrica Voluntária é aquela realizada com o consentimento expreso do paciente.

§ 2º Internação Psiquiátrica Involuntária é aquela realizada sem o consentimento expreso do paciente.

§ 3º A Internação Psiquiátrica Voluntária poderá tornar-se involuntária quando o paciente internado exprimir sua discordância com a manutenção da internação.

§ 4º A Internação Psiquiátrica Compulsória é aquela determinada por medida judicial e não será objeto da presente regulamentação (SAÚDE, 2002).

Esta nova modalidade ocorreria sempre que o paciente, internado voluntariamente, discordasse do médico responsável pelo tratamento, que a partir de então, o manteria internado de forma involuntária.

Outro aspecto importante a ser destacado é o fato de que somente o médico local, não necessariamente psiquiatra, terá competência para fazer a internação.

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 (BRASIL, 2001).

O Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas foi instituído por meio da Portaria MS n.º 816, de 30 de abril de 2002, cujos objetivos foram elencados nos incisos do artigo 1º, que são basicamente:

- a) articulação nas três esferas de governo para atender aos dependentes químicos;
- b) implantação da rede de serviços extra-hospitalares;
- c) intervenções preventivas para reduzir os danos causados pelo uso de drogas;



- d) ações de atenção/assistência de forma integral e abrangente aos pacientes e familiares;
- e) regulação das demandas e fluxos assistenciais e
- f) promoção da capacitação e supervisão das equipes de atenção básica e serviços de saúde mental locais.

O Ministério da Saúde reconhecia a necessidade de atender a enorme demanda de assistência aos portadores de transtornos causados pelo uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas e para isso, no artigo 3º da referida portaria, estabeleceu que seriam construídos, em duas etapas, o total de 250 CAPS-AD, entre os anos de 2002 e 2004. Primeiramente, seriam atendidas as capitais e municípios com população igual ou superior a 200 mil habitantes e, logo em seguida, os demais, distribuídos estrategicamente, na proporção de 01 CAPS para cada 500 mil habitantes, em grandes regiões metropolitanas.

Apesar de o Sistema Único de Saúde (SUS) estabelecer como referência o tratamento extra-hospitalar para o dependente químico, devendo ser realizado junto aos CAPS-AD, são poucos os municípios que dispõem deste serviço. Destaca-se que muitos destes centros recebem da mesma forma usuários crianças, adolescentes e adultos.

Os Centros de Atendimento Psicossociais Infantis (CAPS i) foram concebidos sob os mesmos princípios que as demais tipologias de CAPS, para os municípios com 200 mil habitantes ou mais, com a prioridade de atender aos autistas, psicóticos e para todos aqueles cuja problemática incida diretamente em prejuízos psicossociais severos na socialização, inclusão escolar, familiar, comunitária etc. (COUTO et al, 2008).

O Ministério da saúde estabelece que o Sistema Único de Saúde (SUS) deve disponibilizar o tratamento de adultos e adolescentes usuários, por equipe multidisciplinar em ambulatório.

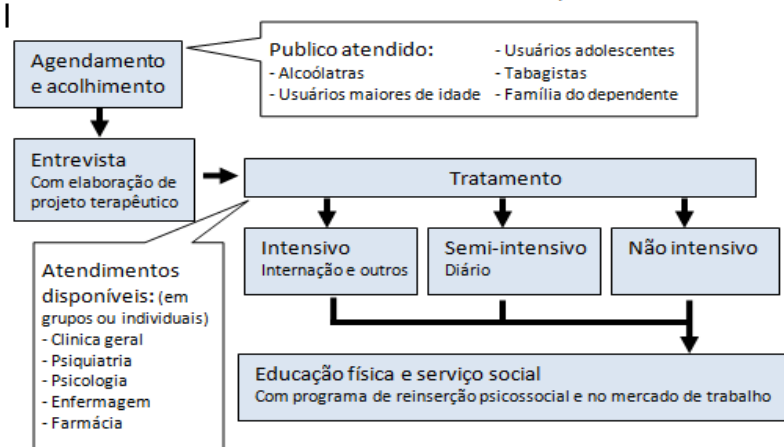
De acordo com o MS, os CAPS devem “oferecer atendimento individual (medicamentos, psicoterapia, orientação etc.), em grupos (psicoterapia, atividade de suporte social), oficinas terapêuticas, visitas e atendimentos domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias para a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social”. (EM DISCUSSÃO, 2011, grifo do autor).

O procedimento a que se refere o Ministério da Saúde, ocorre de acordo com o fluxograma da Figura 2.

Figura2 – Fluxo de atendimento no CAPS

### CAPS fazem diagnóstico e programa de tratamento

Embora ressalte que o CAPS não são a principal estrutura de atendimento da rede, Ministério da Saúde atribui a eles as tarefas iniciais mais importantes



Fonte: Adaptado de Em Discussão(2011).

É importante destacar que a Portaria MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, havia estabelecido o novo modelo de atendimento através dos os Centros de Atenção Psicossocial, classificando-os como:

CAPS I -para municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funcionando entre 08 e 18 horas, em dois turnos, somente nos dias úteis, com equipe técnica mínima de um médico com formação em saúde mental, um enfermeiro, três profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo) e quatro profissionais de nível médio, prestando atendimento individual e a grupos, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social, sendo inclusive prevista a oferta de refeições, de acordo com a duração do atendimento (SAÚDE, 2002).

CAPS II - com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, podendo funcionar em um terceiro turno, até as 21horas, prestando as mesmas atividades e com a mesma equipe do anterior e ampliando para seis os profissionais de nível médio (SAÚDE, 2002).

CAPS III - para municípios com população acima de 200.000 habitantes, serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas

diariamente, todos os dias da semana; prestando além das atividades do anterior, ainda o acolhimento noturno, em feriados e finais de semana, com cinco leitos, para eventual repouso e/ou observação, limitada a sete dias corridos ou dez dias intercalados em um período de trinta dias, ampliando a equipe para dois médicos psiquiatras, um enfermeiro com formação em saúde mental, cinco profissionais de nível superior e oito profissionais de nível médio (SAÚDE, 2002).

CAPS i II - para atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais, em municípios com população com cerca de 200.000 habitantes, com a mesma equipe e funcionamento nos três turnos, nos cinco dias úteis da semana, como o CAPS II, porém desenvolvendo atividades específicas para as crianças e adolescentes.

CAPS ad II - para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, com funcionamento em três turnos e com a possibilidade de manter de dois a quatro leitos para desintoxicação e repouso. Ampliando a equipe técnica para seis os profissionais de nível médio, suficiente para atender vinte e cinco pacientes por turno, e limite máximo quarenta e cinco pacientes/dia (SAÚDE, 2002).

O CAPS ad III -redefinido em 2012, por meio da Portaria MS nº 130, de 26 de janeiro de 2012, para ser o ponto de atenção, componente da RAPS, funcionando durante as 24 horas do dia, também nos feriados e finais de semana. Destinado a proporcionar atenção integral e contínua a pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo e da dependência de álcool e outras drogas, podendo atender adultos ou crianças e adolescentes, conjunta ou separadamente,adequando-se ao previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente,forneendo inclusive a alimentação. Poderá ser referência regional para uma população de 200 a 300 mil habitantes, com as seguintes características:

O CAPS ad III observará as características de funcionamento: I - ser serviço aberto e que forneça atenção contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, durante as 24 horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados; II - ser lugar de referência de cuidado e proteção para usuários e familiares em situações de crise com maior gravidade (recaídas, abstinência, ameaças de morte, etc.); III - acolher sem agendamento, todos os dias,inclusive finais de semana e feriados, das 07 às 19 horas; IV - recebimento de usuários transferidos; V - produzir Projeto Terapêutico Singular, promovendo e ampliando as possibilidades de vida e mediando suas relações sociais; VI - regular o

acesso aos leitos de acolhimento noturno; VII - promover reabilitação psicossocial; VIII - organizar o processo de trabalho, priorizado espaços coletivos; IX - estabelecer profissionais de referência para cada usuário; X - adequar a oferta de serviços às necessidades dos usuários; XI - ofertar cuidados às famílias de usuários; XII - promover junto aos usuários e familiares a compreensão das políticas públicas ligadas à saúde mental álcool e outras drogas; XIII - orientar-se pelos princípios da Redução de Danos; XIV - responsabilizar-se pelo manejo e cuidado de situações envolvendo comorbidade psiquiátrica ou clínica; XV - compartilhar a responsabilidade pelos usuários nas internações em Hospital Geral e outros Pontos de Atenção; XVI - realizar ações de apoio matricial na Atenção Básica; XVII - funcionar de forma articulada com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), com vistas a minimizar o sofrimento e a exposição, de acordo com pactuação prévia e XVIII - articula-se com a Rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) da Região de Saúde a que pertença, para acompanhamento compartilhado de casos, quando necessário (SAUDE, 2012).

A atenção integral ao usuário no CAPS AD III inclui: I - trabalhar de portas abertas, com plantões diários de acolhimento; II - atendimento individual; III - oferta de medicação assistida e dispensada; IV - atendimento em grupos para psicoterapia, etc.; V - oficinas terapêuticas; VI - visitas e atendimentos domiciliares; VII - atendimento à família, individual e em grupo; VIII - atividades de reabilitação psicossocial, tais como resgate e construção da autonomia, alfabetização, etc.; IX - estimular o protagonismo dos usuários e familiares; X - fornecimento de refeição diária aos pacientes assistidos. A permanência no máximo por catorze dias, no período de 30 (trinta) dias, devendo ser encaminhado a uma Unidade de Acolhimento para tempo superior (SAUDE, 2012).

Para atender às demandas, a equipe técnica mínima para o atendimento de quarenta até o máximo de sessenta pacientes por turno, será composta por: um médico clínico; um médico psiquiatra; um enfermeiro com formação em saúde mental; cinco profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo e educador físico; quatro técnicos de enfermagem; quatro profissionais de nível médio e um técnico administrativo (SAUDE, 2012).

Para cada período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta, por: um profissional de nível superior; três técnicos de enfermagem, sob a supervisão do enfermeiro

do serviço e um profissional de nível médio da área administrativa (SAÚDE, 2012).

Para cada período de 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ter plantões composta por: um enfermeiro; três técnicos de enfermagem, sob a supervisão do enfermeiro do serviço e um profissional de nível médio da área administrativa (SAÚDE, 2012).

É necessário destacar que o Brasil sempre teve uma forte cultura de hospitalização para tratamento de doentes mentais, e para reforçar esta nova concepção, o Ministério da Saúde editou a Portaria MS nº 52, de 20 de janeiro de 2004, que Instituiu o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS, visando garantir uma transição segura para o modelo assistencial, onde a redução dos leitos hospitalares fosse planejada e acompanhada da construção concomitante de alternativas de atenção no modelo comunitário.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria MS nº 1608, de 3 de agosto de 2004, constituiu o Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, para articulação intersetorial; estabelecer diretrizes; promover a integração das instituições e produzir conhecimento nos diversos âmbitos de gestão (SAÚDE, 2004).

Também, por meio da Portaria MS nº 2.197, de 14 de outubro de 2004, o Ministério da Saúde instituiu, no âmbito do SUS, o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo próprio Ministério e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (SAÚDE, 2004a).

A Rede de Atenção Psicossocial - RAPS foi instituída pelo Ministério da Saúde com a Portaria MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, republicada com modificações em maio de 2013, com a finalidade de instituir a Rede para atender às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme estabelece o artigo primeiro:

Art. 1º Fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS (SAÚDE, 2011).

Neste documento também ficou definido que a RAPS têm como diretrizes o respeito aos direitos humanos, à promoção da equidade, o combate a estigmas e preconceitos, o acesso integral aos serviços de qualidade em sua base territorial, a inclusão social visando à autonomia e cidadania, educação permanente, desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos e construção do projeto terapêutico singular.

Os objetivos são de: promover o acesso universal da população necessitada de forma articulada e integrada dos pontos de atenção das Redes; proporcionar cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis; prevenir o consumo e a dependência de drogas, assim como de reduzir os danos provocados pelo uso delas em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil; desenvolver a reabilitação e a reinserção social, formação permanente e qualificação dos profissionais de saúde; informar aos familiares dos usuários sobre medidas de prevenção e cuidado e serviços disponíveis na rede; regular e organizar as demandas e monitorar e avaliar a qualidade dos serviços (SAÚDE, 2011).

A referida Portaria prevê que a rede deve ser constituída por sete componentes, a saber:

a) Atenção básica - formada Unidade Básica de Saúde, com equipe multiprofissional de saúde individual e coletiva para promoção e proteção da saúde, tendo Equipes de Atenção Básica geral e para populações específicas, como o Consultório na Rua que é destinado a ofertar cuidados em saúde mental para a população em situação de rua em geral com transtornos mentais e usuárias de drogas. Equipe de apoio aos serviços Residencial, transitório, dando suporte, coordenando e prestando serviços de forma articulada, além dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com profissionais de saúde de diferentes áreas e os Centros de Convivência e Cultura, com espaços de inclusão e sociabilidade, produção e intervenção na cultura (SAÚDE, 2011).

b) Atenção Psicossocial - formada pelos Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades, isto é, os CAPS I, CAPS II, CAPS III, que com pequenas variações, são indicados para atenderem às pessoas, prioritariamente, que apresentem intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes em Municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil, setenta mil e cento e cinquenta mil habitantes, respectivamente. O CAPS AD especificamente para usuários de drogas em Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes. O CAPS AD III, com atendimento vinte e quatro horas, inclusive feriados e finais de semana, para medicar e acolher os usuários em municípios ou

regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes. Por fim, o CAPS i, com a finalidade de atender às crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas (SAÚDE, 2011).

c) Atenção de Urgência e Emergência -responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo por uso de drogas. Formada pelo SAMU, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, hospitais de atenção à urgência/pronto socorro e Unidades Básicas de Saúde (SAÚDE, 2011).

d) Atenção Residencial - que possui caráter transitório, formada pelas Unidades de Acolhimento adulto e infanto-juvenil, que funcionam vinte e quatro horas e oferecem cuidados contínuos de saúde e acompanhamento terapêutico e protetivo por até seis meses, para as pessoas de ambos os sexos com necessidade decorrentes do uso de drogas e acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar. Também pelos Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais as Comunidades Terapêuticas, que atendem nas mesmas circunstâncias que o anterior, adultos com necessidades clínicas estáveis, por até nove meses(SAÚDE, 2011).

e) Atenção Hospitalar - formada pelos leitos de psiquiatria em hospital geral, que oferecem tratamento para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas e Serviço Hospitalar de Referência em drogas, que proporcionam internações de curta duração, com equipe multiprofissional e sempre acolhendo os pacientes em articulação com os CAPS e outros serviços da Rede (SAÚDE, 2011).

f) Estratégias de Desinstitucionalização - formada pelos Serviços Residenciais Terapêuticos, que são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia.

g) Estratégias de Reabilitação Psicossocial -composta por iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais, para garantir a melhoria das condições de vida, ampliação da autonomia e inclusão social de usuários da rede e de seus familiares (SAÚDE, 2011).

Para melhor visualização da rede, apresenta-se a Tabela2.

Tabela 2 - Componentes da Rede de Atendimento Psicossocial - RAPS<sup>14</sup>

Atenção Básica	- Unidade básica de saúde, equipes de atenção básica, NASF e equipes específicas (consultório na rua e apoio) - Centros de convivência
Atenção Psicossocial	Centros de atenção psicossocial (CAPS, I, II e III; AD; AD III e i)
Atenção de Urgência e Emergência	- SAMU - Sala de estabilização; - UPA 24 horas; - Hospitais de urgência/pronto socorro; - Unidades básicas de saúde
Atenção Residencial	- Unidade de acolhimento - Serviços de atenção em regime residencial
Atenção Hospitalar	- Leitos de psiquiatria em hospital geral; - Serviço hospitalar de referência (drogas)
Desinstitucionalização	- Serviços residenciais terapêuticos (moradias inseridas na comunidade)
Reabilitação Psicossocial	- Iniciativas de geração de trabalho e renda

Fonte: Elaborado pelo Autor, a partir da Portaria 3.088/11 (república em 21/05/2013).

Sobre Internação hospitalar, necessário citar que o Ministério da Saúde publicou a Portaria MS nº 148, de 31 de janeiro de 2012, que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, entre outros.

A referida portaria estabelece como diretrizes para o Serviço Hospitalar de Referência em saúde mental: I -função precípua de preservação da vida;II -integração à Rede de Atenção Psicossocial;III - articulação com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à

<sup>14</sup>Normativas do Ministério da Saúde decorrentes da Portaria MS nº 3.088/2011 que regulam os pontos de atenção da RAPS. Portaria MS nº 121/2012 (unidades de acolhimento), Portaria MS nº 122/2012 (consultórios na rua), Portaria MS nº 130/2012 (CAPS ad III), Portaria MS nº 131/2012 (serv. residenciais terapêuticos), Portaria MS nº 132/2012 (reabilitação psicossocial),Portaria MS nº 148/2012 e Portaria MS nº 1.615/2012 (serviços hospitalares de referência),Portaria MS nº 336/2002 (modalidades de CAPS) e Portaria MS nº 3.089/2012 (que dispõe sobre o financiamento dos CAPS).



Saúde na Região de Saúde;IV -oferta de suporte hospitalar para situações de urgência/emergência decorrentes do consumo ou abstinência de álcool, crack e outras drogas, bem como de comorbidades psiquiátricas e/ou clínicas advindas da Rede de Atenção às Urgências, da Rede de Atenção Psicossocial e da Atenção Básica;V - competência da Rede de Saúde local para regulação do acesso aos leitos; e,VI - funcionamento em regime integral, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana, finais de semana e feriados inclusive, sem interrupção da continuidade entre os turnos (SAÚDE, 2012).

São referências do serviço: I - internações de curta duração, até a estabilidade clínica do usuário;II - adoção de protocolos técnicos para o manejo terapêutico dos casos;III - estabelecimento de fluxos entre os pontos de atenção da RAPS e Rede de Atenção às Urgências e o sistema de regulação;IV -incorporação da estratégia de redução de danos como norteadora de projetos terapêuticos singulares;V -articulação com outros pontos de atenção da RAPS para continuidade do tratamento;VI - estabelecimento de mecanismos de integração do Serviço Hospitalar de Referência com outros setores do Hospital Geral;VII - garantia de transferência do usuário para estruturas hospitalares de maior complexidade, quando necessário; VIII -avaliação permanente, por equipe multiprofissional, dos indicadores de qualidade e humanização da assistência prestada (SAÚDE, 2012).

A configuração do Serviço Hospitalar para dependentes de drogas deverá observar os seguintes parâmetros:I - até 10 (dez) leitos implantados, poderá funcionar em:a) leitos de clínica médica qualificados para o atendimento destinado a pessoas adultas ou b) leitos de pediatria qualificados para o atendimento destinado a crianças e adolescentes;II - mais de 10 (dez) leitos implantados, o serviço funcionará em enfermaria especializada.Os leitos destinados ao atendimento de crianças e adolescentes deverão estar sempre localizados em espaço próprio, resguardando-se o direito à permanência de acompanhante em tempo integral (SAÚDE, 2012).

A equipe técnica multiprofissional mínima para o cuidado de 21 a 30 leitos será de: a) seis técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno; b) um enfermeiro por turno; c) três profissionais de saúde mental de nível superior; d) um médico clínico responsável pelos leitos e, e) um médico psiquiatra responsável pelos leitos (SAÚDE, 2012).

A implantação do Serviço Hospitalar de Referência deve ser feita em Hospitais Gerais, preferencialmente de natureza pública ou filantrópica, e serão de preferência utilizados como espaços de atuação docente assistencial.Terá como parâmetros e critérios: I - um leito para

cada 23 mil habitantes; II - o número de leitos não deverá exceder o percentual de 15% (quinze por cento) do número total de leitos do Hospital Geral, até o máximo de 30 (trinta) leitos (SAÚDE, 2012).

Concluídas as análises das portarias do Ministério da Saúde, que culminou com a do serviço hospitalar de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, será estudado de forma mais detalhada os três tipos de internações, a voluntária, a involuntária e a compulsória, observando os aspectos da Lei 10.216/2001 e as portarias.

### **2.2.1 A internação voluntária**

A internação voluntária, conforme já referido, é aquela em que a própria pessoa solicita sua internação e, de acordo com o artigo 7º da Lei 10.216/2001, deve assinar uma declaração de que optou por esse regime de tratamento, sendo que o término da mesma pode suceder também por solicitação ou por determinação médica.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente (BRASIL, 2001).

Ratificando o que consta no artigo 7º da Portaria nº 2.391/2002, a possibilidade de uma internação voluntária tornar-se involuntária, e neste caso, serão necessariamente adotadas algumas medidas:

Art. 7º. Determinar que, se no decurso de uma internação voluntária o paciente exprimir discordância quanto à sua internação, após sucessivas tentativas de persuasão pela equipe terapêutica, passando a caracterizar-se uma internação involuntária, o estabelecimento de saúde envie ao Ministério Público o Termo de Comunicação de Internação Involuntária, até 72 horas após aquela manifestação, devidamente assinado pelo paciente (SAÚDE, 2002).

Após análise superficial sobre a internação voluntária, passa-se a examinar com maior profundidade a modalidade involuntária, objeto desta dissertação.

### **2.2.2 A internação involuntária**

A internação involuntária é aquela em que o paciente é hospitalizado pelo médico contra a vontade dele, e costuma ser justificada na perda da autonomia do indivíduo em razão da doença mental ou decorrente dos efeitos da dependência de drogas, haja vista que o paciente não consegue discernir o que é melhor para sua saúde.

É necessário lembrar que o Código de Ética Médica, Resolução CFM nº 1931/2009, no capítulo IV - Direitos Humanos prevê que é vedado ao médico:

Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte (CREMERS, 2009).

O código de ética reconhece o domínio do paciente sobre a própria vida e exige respeito à sua intimidade, restringindo, com isso, a intromissão alheia no mundo daquele que está sendo submetido a um tratamento. Ordena que o profissional de saúde respeite a vontade do paciente, ou de seu representante, nos casos em que não puder expressar sua vontade ou não tiver capacidade plena para tal, situação do adolescente.

Tratando-se da capacidade do indivíduo, Veronese (2015, p. 68) alerta que,

Capacidade de direito é a aptidão, conferida à pessoa, para contrair direitos, portanto é a condição determinada pela lei a uma pessoa conferindo-lhe a possibilidade de ser titular de direitos segundo o Código Civil, art. 1º.

Em relação à internação involuntária de adolescente dependente de substância psicoativa deve-se atentar para o fato de que legalmente ele não possui capacidade civil plena.

Essa capacidade não deverá ser confundida com a capacidade de fato, uma vez que essa última é o poder de exercer seus direitos, também chamada capacidade de exercício, equivalendo às condições legais de que necessita para dar validade a um ato. E é, justamente, esse nível de capacidade que o "menor" não possuiria. Assim, o menor de idade, por possuir uma capacidade restrita, não pode exercer seus direitos pessoalmente, necessário, por isso, de representação ou assistência. Neste contexto é possível questionar se o termo "incapacidade" está devidamente aplicado à situação concreta, uma vez que, para existir a não suficiência, faz-se necessário que tenhamos a presença de uma qualidade em um nível não satisfatório a certo fim. O que difere em muito da incapacidade que implica na ausência da capacidade (VERONESE, 2015, p. 68).

A capacidade civil será adquirida com a idade, conforme artigos 3º e 4º do Código Civil<sup>15</sup>:

Art. 3º São **absolutamente** incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil:

I - os menores de dezesseis anos;

II - os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos;

III - os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade.

Art. 4º São incapazes, **relativamente** a certos atos, ou à maneira de os exercer:

I - os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos;

II - os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido;

III - os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo;

IV - os pródigos.

---

<sup>15</sup> Necessário destacar que foi publicada a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), que altera os incisos I, II e III do Código Civil, mas que só entrará em vigor em 180 dias e por essa razão não será abordada neste trabalho.

Parágrafo único. A capacidade dos índios será regulada por legislação especial (BRASIL, 2002, grifou-se).

Conforme Veronese (2015, p. 69)

O Código Civil gradua a 'incapacidade' diferenciando-a a partir da idade. De um lado, há aquela em que o 'menor' é, na sua totalidade, incapaz de agir na vida civil; e, de outro, aquela em que o 'menor' é incapaz quanto a alguns direitos ou à forma de seu exercício.

Assim, no caso de imperativa internação involuntária, a vontade do adolescente poderá ser suprida por seu representante legal, posto que ainda não é totalmente capaz para os atos da vida civil, conforme o Código Civil.

A incapacidade relativa, no caso do adolescente dependente de substância psicoativa, segundo artigo 4º do Código Civil, poderá ocorrer por duas situações: ser relativamente incapaz devido à idade, inciso I; e em razão de ser viciado em tóxico, inciso III. A incapacidade pode induzida ou antecipada pela ocorrência de uma doença mental pré-existente, ou ser consequência do uso intensivo e crônico da substância psicoativa.

A capacidade plena, por sua vez, será alcançada pelo jovem, nos termos do artigo 5º do Código Civil:

Art. 5º A menoridade cessa aos dezoito anos completos, quando a pessoa fica habilitada à prática de todos os atos da vida civil.

Parágrafo único. Cessará, para os menores, a incapacidade:

I - pela concessão dos pais, ou de um deles na falta do outro, mediante instrumento público, independentemente de homologação judicial, ou por sentença do juiz, ouvido o tutor, se o menor tiver dezesseis anos completos;

II - pelo casamento;

III - pelo exercício de emprego público efetivo;

IV - pela colação de grau em curso de ensino superior;

V - pelo estabelecimento civil ou comercial, ou pela existência de relação de emprego, desde que,

em função deles, o menor com dezesseis anos completos tenha economia própria (BRASIL, 2002).

Avançando na análise da Lei nº 10.216/2001, se faz necessário destacar outros requisitos fundamentais:

- a) a apresentação do laudo médico circunstanciado com os motivos pelos quais a internação é aconselhável ao paciente (artigo 6º);
- b) a comunicação ao Ministério Público Estadual no prazo de 72 horas (§ 1º do artigo 8º).

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 (BRASIL, 2001).

Portanto, para a efetivação da internação hospitalar é necessária a apresentação prévia do referido laudo. É fundamental também, que o estabelecimento hospitalar tome ciência de quais tratamentos o paciente já foi submetido, para melhor eficácia do tratamento.

No caso da internação compulsória, é indispensável a ordem ou determinação judicial

A Portaria MS nº 2.391/2002, artigo 5º, reitera a necessidade da comunicação das internações voluntárias e involuntárias ao Ministério Público, no prazo de 72 horas, e oferece modelos de formulários próprios para isso, anexos à portaria. Acrescenta que o documento deverá estar acompanhado do laudo de médico especialista pertencente ao quadro de funcionários do estabelecimento de saúde responsável pela internação, integrante ou não do SUS.

Art. 5º Estabelecer que a Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária deverá ser

feita, no prazo de 72 horas, às instâncias referidas no artigo anterior, observado o sigilo das informações, em formulário próprio (Termo de Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária, modelo constante do Anexo desta Portaria), que deverá conter laudo de médico especialista pertencente ao quadro de funcionários do estabelecimento de saúde responsável pela internação.

Parágrafo único. O laudo médico é parte integrante da Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária, a qual deverá conter obrigatoriamente as seguintes informações:

I - identificação do estabelecimento de saúde;

II - identificação do médico que autorizou a internação;

III - identificação do usuário e do seu responsável e contatos da família;

IV - caracterização da internação como voluntária ou involuntária;

V - motivo e justificativa da internação;

VI - descrição dos motivos de discordância do usuário sobre sua internação;

VII - CID;

VIII - informações ou dados do usuário, pertinentes à Previdência Social (INSS);

IX - capacidade jurídica do usuário, esclarecendo se é interditado ou não; e

X - informações sobre o contexto familiar do usuário;

XI - previsão estimada do tempo de internação (SAÚDE, 2002).

A avaliação médica é fundamental em todo o processo, não apenas para verificar se há necessidade de internação, mas também para construir o projeto de tratamento do dependente de substâncias psicoativas. Deve-se considerar que, em se tratando de adolescente, pessoa em situação especial de desenvolvimento, o procedimento decisório torna-se ainda mais complexo, porque, também, é portadora de transtornos mentais. Estas circunstâncias ampliam a vulnerabilidade, pois em razão da dependência da substância ele tem a autonomia reduzida e necessita ter preservado seu bem maior, a própria vida.

O médico precisa ser capaz de interpretar as necessidades de seus pacientes. Para isso, ele realiza uma anamnese detalhada, sempre que

possível com o aval de outros profissionais e de familiares, para ser hábil e decidir sobre o futuro de seus pacientes.

Para facilitar esta tarefa, Barros e Serafim (2009) elaboraram um esquema, Figura 3, onde elencaram uma série de condições que estando presentes indicam que a internação involuntária pode ser necessária. A análise foi construída para justificar a internação de um doente mental adulto, mas observando as peculiaridades, acredita-se que pode ser aplicada também aos pacientes adolescentes.

Figura3 - Análise da internação involuntária

**Tabela 1. Condições que podem justificar internação involuntária e transtornos que ocorrem mais frequentemente**

Diagnóstico \ Sintoma	Agressividade	Risco suicida	Promiscuidade sexual	Gastos excessivos	Intoxicação com risco de morte	Recusa alimentar	Não adesão ao tratamento
Transtornos psicóticos	X	X	-	-	-	-	X
Mania	X	-	X	X	-	-	X
Depressão grave	-	X	-	-	-	X	-
Anorexia	-	X	-	-	-	X	X
Demência	X	-	-	-	-	X	X
Dependência química	X	-	-	-	X	-	X
Síndrome de abstinência	X	X	-	-	-	-	-

Fonte: Adaptado de Barros; Serafim (2009, p. 176).

Outra questão complexa para o médico que precisa intervir na crise do paciente dependente de substância psicoativa e controlá-la, a fim de evitar colocar em risco a vida dele ou de outras pessoas, ocorre no caso do tratamento psiquiátrico involuntário, pois é necessário que ele observe o previsto na Resolução nº 1.598/2000 do Conselho Federal de Medicina (CFM).

Art. 6º - Nenhum tratamento deve ser administrado a paciente psiquiátrico sem o seu consentimento esclarecido, salvo quando as condições clínicas não permitirem a obtenção desse consentimento, e em situações de emergência, caracterizadas e justificadas em prontuário, para evitar danos imediatos ou iminentes ao paciente ou a outras pessoas.

Parágrafo único – Na impossibilidade de obter-se o consentimento esclarecido do paciente, e ressalvadas as condições previstas no caput deste

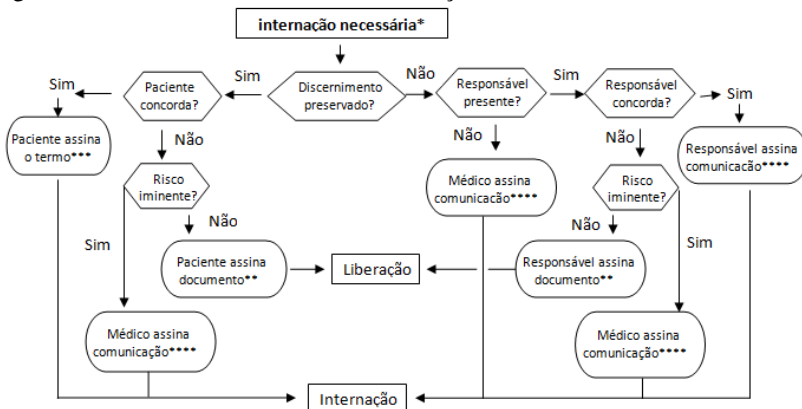


artigo, deve-se buscar o consentimento de um responsável legal (MEDICINA, 2000).

Quando o paciente a ser internado for adolescente e estiver, na ocasião da hospitalização, acompanhado por pessoa adulta responsável, o consentimento é a ela será solicitado. Entretanto, situação muito é a de que o jovem compareça desacompanhado, assim como não informe com precisão os dados de seus pais ou responsáveis.

Barros e Serafim (2009) desenvolveram um fluxograma, Figura 4, para internação de paciente doente mental adulto, simulando situações e indicando a conduta a ser adotada, de acordo com cada um dos casos, que, naturalmente, também podem ser adequadas às condições do adolescente em crise.

Figura 4 – Análise da necessidade de internação



Fonte: Adaptado de Barros; Serafim (2009, p. 177).

Assim como a internação involuntária, também a alta hospitalar do paciente deverá ser informada em formulário próprio, conforme modelo anexo na referida Portaria, contendo no mínimo os campos informados no artigo 8º:

Art.8º Definir que caberá à instituição responsável pela internação involuntária a comunicação da alta hospitalar, conforme modelo de formulário anexo, do qual deverão constar, obrigatoriamente, as seguintes informações:

I - numeração da IPI;

- II - data;
- III - condições da alta;
- IV - encaminhamento do paciente (SAÚDE, 2002).

Oportuno destacar que o *National Institute on Drug Abuse* (NIDA)<sup>16</sup> estabeleceu treze princípios para o tratamento eficaz. O princípio nº 9 afirma que a "Desintoxicação médica é apenas o primeiro estágio do tratamento e por si mesma contribui pouco para mudança em longo prazo de uso de droga" e, o princípio nº 10 reforça que: "o tratamento não precisa ser voluntário para ser eficaz".

A internação Involuntária, que geralmente é associada à compulsória, pode ser aqui destacada também por suas implicações para a clínica de enfermagem.

### 2.2.3 A internação compulsória

A Lei nº 10.246, no art. 6º, inciso III conceitua que a internação compulsória é aquela determinada pela justiça e no artigo 9º do mesmo diploma legal, foi consignado que deverá ser observada a segurança de todos os envolvidos.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários (BRASIL, 2001).

A Portaria nº 2.391/2002 não trata da internação compulsória. Entretanto, a Resolução nº 1.598 de 2000 do CFM, detalha e complementa o tema, assim como divide em dois tipos a internação compulsória: por motivo clínico e por ordem judicial, senão vejamos:

Art. 15 - A internação de um paciente em um estabelecimento de assistência psiquiátrica pode ser de quatro modalidades: voluntária, involuntária, compulsória por motivo clínico e por ordem judicial, após processo regular.  
[...]

---

<sup>16</sup> Disponível em: < <http://infodrogasdotnet.wordpress.com/13-principios-nida/>>. Acesso em: 07 set. 2014.

Parágrafo segundo – A internação involuntária é realizada à margem da vontade do paciente, quando este não tem condições de consentir mas não se opõe ao procedimento.

[...]

Parágrafo quarto – A internação compulsória por decisão judicial resulta da decisão de um magistrado (MEDICINA, 2000).

Outra constatação importante é se o portador de transtorno mental oferece risco para si, para sua família ou para sociedade, deve ser internado de forma compulsória. Ela é indicada tanto para as situações em que o doente mental esteja praticando ou tenha risco de autoagressão, de heteroagressão, de agressão à ordem pública ou de exposição social, assim como por incapacidade grave de autocuidados.

A internação compulsória, que era para ser uma exceção entre as internações, tornou-se regra, principalmente em razão da falta de leitos hospitalares para internação de adolescentes, obrigando que a família busque socorro no judiciário, por meio da ordem judicial ou do chamado mandado de internação hospitalar.

Ao ingressar com uma ação em que se busca uma decisão judicial de mérito, é necessário, primeiramente, avaliar se estão presentes alguns requisitos processuais necessários para a existência da ação. Nossa norma processual acolheu a divisão tríplice das chamadas condições da ação, previstas no inciso VI do artigo 267 do Código de Processo Civil, Lei nº 5.869/1973<sup>17</sup>:

Art. 267. Extingue-se o processo, sem resolução de mérito:[...]

VI - quando não concorrer qualquer das condições da ação, como a possibilidade jurídica, a legitimidade das partes e o interesse processual.

[...] (BRASIL, 1973).

Para melhor entendimento, é necessário discorrer brevemente sobre cada uma delas, ainda que superficialmente sem, contudo, esgotar o assunto.

Conforme leciona Gonçalves (2012, p. 100), as condições da ação “são aquelas necessárias para a própria existência da ação”. Acrescenta o autor que “A carência é matéria de ordem pública, que deve ser

---

<sup>17</sup> Salienta-se que foi publicada a Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015, que institui um novo Código de Processo Civil e que entrará em vigor em março de 2016.

reconhecida de ofício”. Assim, como o preenchimento ou não dessas condições pode ser verificado a qualquer tempo. Observando o juiz que alguma delas não está presente, extinguirá o processo sem julgamento do mérito.

Conforme o autor acima mencionado, a legitimidade de parte ou *ad causam*, significa basicamente que só tem o direito de obter uma resposta do judiciário o legítimo interessado, defendendo interesses próprios, confirmando o previsto no artigo 6º, norma fundamental da lei processual, que em regra ninguém pode em nome próprio, isto é, na qualidade de parte, postular ou defender direito alheio.

Como possibilidade jurídica do pedido, pode-se dizer que para que o juiz possa examinar o mérito do pedido formulado pelo autor, é necessário que esse pedido não contrarie o ordenamento jurídico. Acrescenta Gonçalves (2012, p.101) que “para que o juiz verifique o preenchimento dessa condição da ação, não basta que ele examine, isoladamente, o pedido, mas também a causa de pedir, cuja ilicitude contaminará o pedido”.

Concluindo o entendimento doutrinário é de que apesar de fazer referência apenas ao pedido, é necessário observar, também, a causa de pedir, pois ambos são inseparáveis e, para isso, o magistrado terá que ler a petição inicial como um todo.

Gonçalves (2012) comenta o que é ‘Interesse de agir’:

É constituído pelo binômio necessidade e adequação. Para que se tenha interesse é preciso que o provimento jurisdicional seja útil a quem o postula.

A propositura da ação será necessária quando indispensável para que o sujeito obtenha o bem desejado. Se o puder sem recorrer ao Judiciário, não terá interesse de agir (GONÇALVES, 2012, p. 102).

Portanto, precisa haver a necessidade do ingresso em juízo para o autor alcançar aquele bem, e a adequação é basicamente a correspondência lógica entre o que se está querendo e o tipo de ação escolhida.

Por fim, na prática forense é comum a propositura de ações cautelares, em regra pelo Ministério Público, buscando a internação compulsória de pessoas dependentes químicos e obrigando o poder executivo a custear a internação, seja para desintoxicação ou em alguns

casos o tratamento do usuário, conforme colacionamos o julgado abaixo:

AGRAVO DE INSTRUMENTO. INTERNAÇÃO PARA TRATAMENTO CONTRA DROGADIÇÃO. Caso concreto Internação compulsória para tratamento contra drogadição (Crack). Direito à Saúde. A condenação do Poder Público para que forneça tratamento médico contra drogadição encontra respaldo tanto em questão de justiça como na Constituição da República. Urgência. Caso em que a urgência na internação para tratamento contra a drogadição está devidamente demonstrada por meio de atestado médico que registra inclusive o avançado estado de desnutrição da paciente. RECURSO PROVIDO. EM MONOCRÁTICA. (TJRS. Oitava Câmara Cível. Agravo de Instrumento n. 70044138329. Rel.: Des. Rui Porta nova. J27/07/2011. DJ 02/08/2011).

Tal tratamento pleiteado insere-se no contexto do art. 196, da Carta Republicana, que prevê a obrigação estatal de prover a saúde a todos os cidadãos.

### **2.3 Reflexões sobre a política brasileira em relação aos usuários de drogas**

Ao examinar a internação como uma forma de tratamento do dependente de substância psicoativa, é necessário se adentrar, ainda que de modo superficial, na atual política brasileira antidrogas que segue o modelo norte americano de 'Guerra às Drogas', ou seja, o modelo proibicionista e criminalizador, principalmente em relação ao traficante.

Conforme indica Martins (2013, p. 337) "deve-se ressaltar também que é preciso evitar o equívoco de se confundir descriminalização com legalização". A legalização significa permitir a produção, a venda, a posse e o uso da droga em geral, enquanto que descriminalizar é apenas fazer com que uma determinada conduta deixe de ser crime.

Também existe a despenalização em que o consumo pode continuar sendo tipificado como crime, embora não seja imposta a pena de prisão para a posse ou uso de drogas.

### 2.3.1 O modelo de tratamento pela Abstinência

O constituinte de 1988 adotou uma postura rigorosa em relação ao traficante, à medida que já no artigo 5º da atual carta brasileira, tornou o tráfico ilícito de drogas um crime hediondo e uma das poucas causas para a extradição de brasileiro naturalizado.

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, [...] XLIII - a lei considerará crimes inafiançáveis e insuscetíveis de graça ou anistia a prática da tortura, o tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins, o terrorismo e os definidos como crimes hediondos, por eles respondendo os mandantes, os executores e os que, podendo evitá-los, se omitirem;  
[...]  
LI - nenhum brasileiro será extraditado, salvo o naturalizado, em caso de crime comum, praticado antes da naturalização, ou de comprovado envolvimento em tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins, na forma da lei (BRASIL, 1988).

A Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, atual lei antidrogas, prevê penas que variam de 5 (cinco) a 15 (quinze) anos de reclusão e o pagamento de 500 (quinhentos) a 1.500 (mil e quinhentos) dias-multa para o traficante.

Em relação ao usuário, aquele que utiliza a droga para consumo próprio, ela estabelece somente penas alternativas à prisão, exatamente visando auxiliar o dependente na sua recuperação e reinserção social.

Art. 28. Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, **para consumo pessoal**, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar, será submetido às seguintes penas:  
I - advertência sobre os efeitos das drogas;  
II - prestação de serviços à comunidade;  
III - medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo (BRASIL, 2006, grifou-se).

Entretanto, a política brasileira antidrogas há muito tempo é questionada em relação ao usuário. Inclusive existem grupos de pessoas que constituíram organizações não governamentais (ONGs), com a finalidade de realizar eventos e chamar a atenção das autoridades brasileiras para o equívoco que está sendo cometido em relação à forma de tratamento para com os usuários. Exemplo disto é o coletivo denominado Marcha da Maconha<sup>18</sup>, que possui núcleos em diversas cidades do País, que planeja e realiza as atividades locais com o apoio de um núcleo central que divulga e orienta os manifestantes sobre a melhor forma de realizá-las.

Conforme noticiado<sup>19</sup> em 15 de junho de 2011, o Supremo Tribunal Federal (STF) julgou ação proposta pela Procuradoria-Geral da República (PGR) e garantiu o direito de os cidadãos realizarem manifestações pela descriminalização das drogas, sem que isso seja considerado apologia ao crime.

Outro registro importante é o documentário: Quebrando o Tabu, do cineasta Fernando Grostein Andrade, tendo como personalidade importante o ex-presidente Fernando Henrique Cardoso, de 82 anos, que a certa altura do filme afirma: “Viver num mundo sem drogas é utópico, isso nunca existiu, mas podemos trabalhar para reduzir os danos”. O filme realizado em 2011 conclui que a descriminalização da maconha representaria um passo importante para diminuir o poder dos criminosos do narcotráfico.

Com entendimento oposto à descriminalização, o médico psiquiatra Ronaldo Laranjeira, virou porta-voz dos que não apoiam a flexibilização da Lei.

Laranjeira foi entrevistado no programa Roda Viva, assim chamado porque tem uma dinâmica em que os entrevistadores ficam ao redor do convidado que é interrogado, no dia 20 de maio de 2013, sobre a política antidrogas e a epidemia do crack no Brasil.

Participaram do referido programa jornalistas da imprensa falada e escrita de São Paulo e profissionais que lidam com o tema drogas, sendo que na oportunidade Laranjeira disse estar convencido de que, em se tratando de substâncias ilícitas, não há negociação possível, é preciso haver proibição total (VIVA, 2013).

No referido programa sobre o tema em comento, ele inicia citando os números de usuários de drogas no Brasil, conforme ele:

---

<sup>18</sup> Disponível em: <<http://marchadamaconha.org/>>. Acesso em: 09 fev. 2015

<sup>19</sup> Disponível em: <<http://g1.globo.com/politica/noticia/2011/06/supremo-libera-protestos-favor-da-legalizacao-das-drogas.html>>. Acesso em: 09 fev. 2015.

"temos pelo menos um milhão de usuários de crack, dois milhões e meio de usuários de cocaína e três milhões e seiscentos mil usuários de maconha".

Explica que o projeto que coordena em São Paulo, envolve quatro eixos:

- a) prevenção;
- b) rede de tratamento com 1.100 leitos para desintoxicação e estabilização da pessoa dependente, que funciona junto com a rede assistencial dos CAPS;
- c) Recuperação: com o programa "Recomeço", em que o Estado vai financiar por até seis meses o tratamento em uma rede assistencial composta por comunidades terapêuticas, moradias assistidas, repúblicas de recuperação ou casas transitórias, bancando até R\$ 1.850,00 mensais, em convênio com os municípios;
- d) Justiça terapêutica, modelo semelhante às cortes de drogas americanas, visa tirar do judiciário ou sistema prisional e levar para tratamento. Exemplifica com a experiência desenvolvida no fórum de Santana, parceria entre Judiciário, Ministério Público, serviço de saúde da vila Maria e Universidade Federal de São Paulo que propõe aos usuários que cometem crimes leves e pequenos tráficos a suspensão do processo, mediante compromisso com o tratamento (VIVA, 2013).

Quanto ao Brasil, ele afirma acreditar na solução comunitária e em experiências de outros países, como a americana, sueca e japonesa. "Você tem vários países que não permitem essa rede de tráfico. O maior problema do Brasil, no meu modo de ver, é a falta de políticas de drogas nos últimos vinte anos" (VIVA, 2013).

A Figura 5 apresenta uma ilustração sobre o procedimento de abordagem realizada pelo usuário no Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD)<sup>20</sup>, em São Paulo:

Figura5 – Ilustração da abordagem no CRATOD

---

<sup>20</sup> Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/cratod-centro-de-referencia-de-alcool-tabaco-e-outras-drogas/> Acesso em 15/05/2015.





Fonte: Adaptado de Direito (2013).

Especialmente sobre a política brasileira de combate às drogas, Laranjeira é enfático:

No Brasil só tivemos guerra às drogas, não houve políticas e o maior problema é uma cultura permissiva em relação ao consumo de drogas e uma cultura omissa em relação à política de prevenção às drogas, especialmente entre os adolescentes. Política para deter a chegada da droga no Brasil, qual a política de tratamento? Você não tem nenhuma política e como nada deu certo, se abandona tudo para liberar, que o melhor não é liberar a droga. Se puder plantar maconha no quintal, o Brasil vai virar um grande maconhal (VIVA, 2013).

A Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976, estabelecia medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinassem a dependência física ou psíquica, também trazia em seu bojo o capítulo II, do tratamento e da recuperação. No artigo 10 se referia às circunstâncias subjetivas, em que o dependente seria internado obrigatoriamente para tratamento.

Art. 10. O tratamento sob regime de internação hospitalar será obrigatório quando o quadro

clínico do dependente ou a natureza de suas manifestações psicopatológicas assim o exigirem. § 1º Quando verificada a desnecessidade de internação, o dependente será submetido a tratamento em regime extra-hospitalar, com assistência do serviço social competente.

§ 2º Os estabelecimentos hospitalares e clínicas, oficiais ou particulares, que receberem dependentes para tratamento, encaminharão à repartição competente, até o dia 10 de cada mês, mapa estatístico dos casos atendidos durante o mês anterior, com a indicação do código da doença, segundo a classificação aprovada pela Organização Mundial de Saúde, dispensada a menção do nome do paciente (BRASIL, 1976).

A Lei Antitóxicos, como era chamada, vigorou por cerca de 30 anos, quando foi revogada pela Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad); prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.

A Lei atual tem como princípios básicos: o respeito aos direitos individuais e às diversidades, a participação social, a responsabilidade compartilhada, a intersetorialidade<sup>21</sup> dos fatores e a integração de estratégias, articulação dos órgãos, abordagem multidisciplinar e equilíbrio, conforme se verifica no art. 4º da Lei nº 11.343/2006.

Art. 4º São princípios do Sisnad:

I - o respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana, especialmente quanto à sua autonomia e à sua liberdade;

II - o respeito à diversidade e às especificidades populacionais existentes;

III - a promoção dos valores éticos, culturais e de cidadania do povo brasileiro, reconhecendo-os

---

<sup>21</sup>Conforme Schutz e Miotto. **Intersetorialidade e política social: subsídios para o debate.** Existem três conceitos e enfoques possíveis: a intersetorialidade como complementaridade de setores; intersetorialidade como prática e intersetorialidade como princípio do trabalho com redes. (Disponível em: <<http://www.rsd.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/viewFile/337/295>> Acesso em: 15 jul. 2015).

como fatores de proteção para o uso indevido de drogas e outros comportamentos correlacionados;  
IV - a promoção de consensos nacionais, de ampla participação social, para o estabelecimento dos fundamentos e estratégias do Sisnad;

V - a promoção da responsabilidade compartilhada entre Estado e Sociedade, reconhecendo a importância da participação social nas atividades do Sisnad;

VI - o reconhecimento da intersetorialidade dos fatores correlacionados com o uso indevido de drogas, com a sua produção não autorizada e o seu tráfico ilícito;

VII - a integração das estratégias nacionais e internacionais de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao seu tráfico ilícito;

VIII - a articulação com os órgãos do Ministério Público e dos Poderes Legislativo e Judiciário visando à cooperação mútua nas atividades do Sisnad;

IX - a adoção de abordagem multidisciplinar que reconheça a interdependência e a natureza complementar das atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas;

X - a observância do equilíbrio entre as atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao seu tráfico ilícito, visando a garantir a estabilidade e o bem-estar social;

XI - a observância às orientações e normas emanadas do Conselho Nacional Antidrogas - Conad (BRASIL, 2006).

No artigo 5º da referida Lei estão elencados os objetivos: a inclusão social e a redução das vulnerabilidades do cidadão, a construção e socialização do conhecimento sobre drogas, a integração das políticas públicas de prevenção, atenção e reinserção de dependentes e a repressão à produção e ao tráfico ilícito de entorpecentes.

A lei antidrogas não faz menção expressa à possibilidade de internação voluntária, involuntária ou compulsória, como parte integrante do tratamento do dependente, mas define princípios quanto à atenção e reinserção social, conforme se verifica no artigo 22, dos quais se destaca o projeto terapêutico individualizado (inciso III) e o tratamento de forma multidisciplinar (inciso IV).

Art. 22. As atividades de atenção e as de reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares devem observar os seguintes princípios e diretrizes:

I - respeito ao usuário e ao dependente de drogas, independentemente de quaisquer condições, observados os direitos fundamentais da pessoa humana, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Assistência Social;

II - a adoção de estratégias diferenciadas de atenção e reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares que considerem as suas peculiaridades socioculturais;

III - definição de projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde;

IV - atenção ao usuário ou dependente de drogas e aos respectivos familiares, sempre que possível, de forma multidisciplinar e por equipes multiprofissionais;

V - observância das orientações e normas emanadas do Conad;

VI - o alinhamento às diretrizes dos órgãos de controle social de políticas setoriais específicas (BRASIL, 2006).

Sobre a inserção da internação na lei antidrogas, merece destaque a redação final do Projeto de Lei nº 7.663-C de 2010, do Deputado Federal Osmar Terra, que altera diversas normas, especialmente a Lei nº 11.343/2006, e que dentre outras modificações, altera as condições de atenção aos usuários e institui novidades com a introdução da internação compulsória na lei antidrogas, na Seção IV, artigo 23-A:

**Art. 23-A.** O tratamento do usuário ou dependente de drogas deverá ser ordenado em uma rede de atenção à saúde, com prioridade para as modalidades de tratamento ambulatorial, incluindo excepcionalmente formas de **internação** em unidades de saúde e hospitais gerais nos termos de normas dispostas pela União [...]

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

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

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

II - **internação involuntária**: aquela que se dá, sem o consentimento do dependente, a pedido de familiar ou do responsável legal ou, na absoluta falta deste, de servidor público da área de saúde, da assistência social ou dos órgãos públicos integrantes do Sisnad, com exceção de servidores da área de segurança pública, que constate a existência de motivos que justifiquem a medida (BRASIL, 2010, grifou-se).

Nesse viés, e pelo que se depreende da leitura do dispositivo, a internação permanece como recurso excepcional, necessitando que o usuário se encontre com a saúde profundamente comprometida, que seja autorizada por médico e possua justificativas para ser internado.

Ileno Izídio da Costa (2013) advertiu que a área técnica de saúde mental, álcool e outras drogas do Ministério da Saúde teria externado posição contrária ao PL 7663/2010, do Deputado Federal Osmar Terra, em relação às internações porque (2013, p. 7), "o texto do projeto de lei como um todo é constituído de forma a priorizar esta modalidade de atenção", o que contaria a Lei 10.216/2001, que somente indica a internação como último expediente, isto é, quando os demais recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

Convém referir que na redação final também consta uma proposta de inclusão do artigo 53-A, no Estatuto da Criança e do Adolescente, com o seguinte teor:

Art. 16. A Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 53-A:  
Art. 53-A. É dever da instituição de ensino, clubes e agremiações recreativas e de estabelecimentos congêneres assegurar medidas de conscientização, prevenção e enfrentamento ao uso ou dependência de drogas ilícitas (BRASIL, 2010).

O projeto de Lei nº 7663/2010, aprovado pelo plenário da Câmara dos Deputados foi remetido ao Senado em junho de 2013, onde passou a denominar-se Projeto de Lei da Câmara - PLC nº 37/2013<sup>22</sup>.

### **2.3.2 O modelo de tratamento por Redução de Danos**

A política de redução de danos prega, ao invés de exigir a abstinência total, estimular o dependente a continuar usando drogas com menores consequências no seu uso. A respeito disso, Laranjeira explica que a Inglaterra utilizava esta política, mas como apenas 4% dos dependentes teriam deixado de usar drogas está mudando para estimular a parar de usar drogas. Em Portugal, onde houve a descriminalização do usuário, passando do sistema criminal para o administrativo, existem comissões que verificam cada situação e decidem o que deve ser feito com o usuário, podendo: mandá-lo para casa, aplicar uma multa ou encaminhar para tratamento, mas que em razão desse tipo de abordagem, teriam notado um aumento do consumo de drogas entre os anos de 2001 a 2011 e que os países europeus estão mudando o modelo (VIVA, 2013).

Vera Lúcia Martins, em artigo intitulado: A política de descriminalização de drogas em Portugal, aponta as principais mudanças ocorridas com a Lei nº 30/2000, que entrou em vigor em julho de 2001. Conforme a autora, o consumo, a aquisição e a detenção de plantas, substâncias ou preparos indicados nas tabelas da referida lei são tratados como contraordenação, desde que não excedam à quantidade necessária para o consumo médio individual durante o período de 10 dias (MARTINS, 2013).

---

<sup>22</sup>Disponível em: <[http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p\\_cod\\_mate=113035](http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=113035)>. Acesso em: 15 mai. 2015.

Tomando por base os dados constantes na revista Dependências de 2010, ela informa que em Portugal (2013, p. 340),

[...]o consumo de drogas entre a população mais jovem diminuiu, da mesma forma que a mortalidade decaiu de 400 para 290, no período de 1999 a 2006, incluindo, na estatística, a diminuição de doenças correlatas.

Dados atuais foram divulgados na revista portuguesa Dependências, de janeiro de 2015, afirmando que o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) apresentou à assembleia da República, no dia 7 de janeiro, o Relatório anual sobre a situação do País em matéria de drogas e toxicodependências, em 2013, e que, também, aponta para a redução de consumo.

Entre 2007 e 2012 verificou-se, para quase todas as drogas, uma descida das prevalências de consumo ao longo da vida e de consumo recente, bem como uma diminuição das taxas de continuidade dos consumos. Os jovens adultos (15-34 anos) apresentaram prevalências de consumo mais elevadas do que a população total. Em 2012, Portugal continuava a apresentar prevalências de consumo de substâncias ilícitas abaixo dos valores médios europeus (DEPENDÊNCIAS, 2015, p. 4).

Outro ponto muito importante em relação à política de redução de danos é que ela também alcança outros problemas e doenças decorrentes do uso de drogas como, por exemplo, a AIDS. Conforme Laranjeira, o sistema de redução de danos funciona bem para controlar a epidemia, mas que no caso do uso de drogas mais pesadas, como o crack não funciona e a estratégia da abstinência é a melhor maneira para o tratamento.

Há mais de 15 anos foi realizada observação em trocar o crack pela maconha. Estudo foi feito e não repetido. Os comitês de ética não permitiriam. Parte significativa dos usuários de crack possui transtornos mentais, surto psicótico, não tem

como reduzir danos. Há outras estratégias consistentes que funcionam (VIVA, 2013).

Em relação à família, destaca-se a fala de Mara Menezes que trabalha com dependentes há 30 anos e faz parte da Fundação Amor Exigente. Sobre as consequências do modelo de redução de danos ela observa que "as mães querem ter filho livre de drogas e não dependente de outra menos perigosa". (VIVA, 2013)

Para finalizar a breve análise sobre os modelos: da abstinência e de redução de danos, considerando as características de cada um, pode-se concluir que a utilização de um modelo de política antidrogas não deve, necessariamente, excluir o outro. De tal modo, visando alcançar resultados de pequeno, médio e longo prazo, parece ser possível se adotar ambos os modelos simultaneamente, com a redução de danos no primeiro momento, estimulando a abstinência em seguida, a fim de efetivamente reduzir o consumo de todas as drogas e não apenas das mais perigosas.

## **2.4 Argumentos prós e contras a internação involuntária**

Após a análise da internação sob o prisma da Lei nº 10.216/2001 e refletir sobre a política brasileira antidrogas, entende-se por oportuno analisar os argumentos de autoridades do direito e da medicina, favoráveis e desfavoráveis à internação involuntária de adolescentes.

Sobre a necessidade e dificuldade de interface entre a Psiquiatria e o Direito, Barros e Serafim (2009) destacam que ela é ao mesmo tempo necessária, complexa e difícil:

[...] enquanto a linguagem médica descreve o estado do paciente em uma escala que vai de grave a completamente saudável, a linguagem jurídica é binária: o doente é capaz ou incapaz, necessita ser internado ou não, oferece ou não perigo (BARROS; SERAFIM, 2009, p. 175).

A polêmica que envolve a internação compulsória merece ser abordada e será iniciada com os argumentos de autoridades favoráveis à internação involuntária.



### 2.4.1 Argumentos favoráveis à internação involuntária

Do mesmo modo que Antônio Sbrano<sup>23</sup>, outros profissionais da área do direito e defensores das internações em qualquer das modalidades justificam a adoção da medida de internação, sobretudo, nos artigos 6º e 196 da Constituição Federal de 1988, que garantem ser a saúde um direito de todos e dever do Estado, elevando-a a categoria de direito social, fundamental, inalienável e indisponível.

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta 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 (BRASIL, 1988).

A possibilidade de viver com dignidade é igualmente argumento essencial na esfera dos direitos fundamentais, porque em muitas situações os tratamentos médicos psiquiátricos de doentes mentais são percebidos como medidas imprescindíveis para que a pessoa tenha um pouco de dignidade, conforme preceitua o artigo 1º, inciso III e 5º, X, da CF/1988:

Art. 1º. A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado democrático de direito e tem como fundamentos:

[...]

III - a dignidade da pessoa humana (BRASIL, 1988).

Portanto, a internação hospitalar deve ocorrer em razão da obrigação do Estado em providenciar tratamento de saúde ao paciente,

---

<sup>23</sup> Juiz presidente da Associação Nacional dos Magistrados Estaduais (ANAMAGES).

que também é um direito fundamental, nos termos dos artigos da carta magna citados.

No município do Rio de Janeiro (RJ), a Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS), adotou uma medida polêmica e editou a Resolução nº 20 de 27 de maio de 2011, que criou o protocolo do serviço especializado em abordagem social, na perspectiva das ações da proteção social especial de média complexidade. Nesta normativa, foi criado o chamado “abrigo compulsório”, conforme prevê o artigo 5º e parágrafos:

Art. 5º - São considerados procedimentos do Serviço Especializado em Abordagem Social, devendo ser realizados pelas equipes dos CREAS/Equipe Técnica/Equipe de Educadores:  
[...]

§ 3º A criança e o adolescente que esteja nitidamente sob a influência do uso de drogas afetando o seu desenvolvimento integral, será avaliado por uma equipe multidisciplinar e, diagnosticada a necessidade de tratamento para recuperação, o mesmo deverá ser mantido abrigado em serviço especializado de forma compulsória. A unidade de acolhimento deverá comunicar ao Conselho Tutelar e à Vara da Infância, Juventude e Idoso, todos os casos de crianças e adolescentes acolhidos.

§ 4º Não obstante o previsto nos §§ 2º e 3º deste artigo, a criança e o adolescente acolhidos no período noturno, independente de estarem ou não sob a influência do uso de drogas, também deverão ser mantidos abrigados/acolhidos de forma compulsória, com o objetivo de garantir sua integridade física (RIO DE JANEIRO, 2011).

A defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro entendeu que a medida violava os direitos fundamentais e ingressou com uma Ação Civil Pública<sup>24</sup> pedindo liminarmente, dentre outros, que a secretaria municipal se abstivesse de recolher compulsoriamente e restringir a liberdade indiscriminada de crianças e adolescentes em período noturno que não estivessem consumindo drogas ilícitas.

---

<sup>24</sup> Petição disponível em: <[http://www.portaldpge.rj.gov.br/Portal/sarova/imagem-dpge/public/arq\\_pdf/cdedica/protetivo/Acpresolucao20smas.doc](http://www.portaldpge.rj.gov.br/Portal/sarova/imagem-dpge/public/arq_pdf/cdedica/protetivo/Acpresolucao20smas.doc)>. Acesso em: 17 mai. 2015.

Sbano (2011) explicou as medidas adotadas pelo município do Rio de Janeiro em artigo intitulado: Internação compulsória de viciados, prisão ilegal ou proteção? Na referida peça, o autor inicia seus argumentos apontando que na Constituição Federal, o direito à vida vem elencado antes do direito à liberdade e que sem garantir a vida não se deve falar em liberdade. Ainda conforme o autor, "o vício o conduz para condição psíquica a lhe reduzir o discernimento, condicionando toda sua conduta para a obtenção de dinheiro com o fito de adquirir mais e mais droga" (SBANO, 2011).

Depreende-se que a dependência tem como consequência o desejo desenfreado de usar drogas e, para isso, o dependente passa a subtrair bens e valores de familiares em sua própria casa, passando a praticar pequenos furtos até participar de ações maiores utilizando-se da violência contra aqueles que tentarem impedi-lo.

Sbano (2011) entende que a educação em todos seus sentidos é o melhor caminho para combater este mal, mas tal medida só trará resultados a médio e longo prazo, sendo necessárias medidas protetivas imediatas, ainda que muito próximo de repressão, para atenuar o problema.

Após citar o princípio II da Declaração de Genebra e o artigo 227 da Constituição Federal de 1988, o autor afiança:

Com toda certeza, deixar a criança ou o adolescente, e mesmo os maiores, na sarjeta e entregue à própria sorte, destruindo de forma inconsciente sua vida e todas as perspectivas para uma vida saudável, não é o melhor que se possa ofertar (SBANO, 2011).

O autor comenta ainda sobre a impotência da família e da sociedade em proteger suas crianças e adolescentes e do dever do Estado em substituí-los, entendendo ser a medida adotada pelo município do Rio de Janeiro de relevante cunho social, e que a atuação do Poder Judiciário impondo toque de recolher e impedindo que crianças e adolescentes permanecerem em lugares impróprios, visa especialmente zelar pela vida deles, pois:

Ao determinar a internação compulsória de jovens e adultos para avaliação e tratamento, o juiz não está invadindo a seara médica, nem privando ilegalmente quem quer que seja de sua liberdade está sim, agindo para dar eficácias aos princípios

fundamentais garantidores da vida e da paz social (SBANO, 2011).

Sbano (2011) cita alguns julgados em que magistrados fluminenses têm decidido que não existem impedimentos legais para a condução de dependente químico para realização de exame médico, bem como, ser internado em estabelecimento especializado no tratamento, visando salvar a vida, assim como é perfeitamente possível que a mãe encaminhe o filho dependente de drogas, mesmo contra vontade do mesmo, para exames médicos e psicológicos.

O autor afirma que o Ministério Público daquele Estado apoia a medida adotada pelo Prefeito e em relação à internação compulsória, assevera que, “a Justiça está agindo em suporte à família e ao cidadão, não raro, esquecidos e rejeitados pelo Poder Público, em flagrante violação a seus direitos” (SBANO, 2011).

Para finalizar, o autor cita informações da prefeitura que em aproximadamente 75 dias foram realizadas 13 operações, sendo retiradas das ruas e encaminhadas a exames e tratamento 932 pessoas, 747 adultos e 185 crianças e adolescentes, afirmando que:

As medidas adotadas pelo Rio de Janeiro e por diversos juízes estaduais, Brasil afora, merecem todo o apoio, demonstrando-se como forma, imediata e eficaz, para minimizar em curto prazo os efeitos daninhos das drogas, sem prejuízo a que o Poder Público, como um todo, crie políticas educacionais e culturais voltadas às nossas peculiaridades regionais para erradicar o mal a médio e longo prazo. (SBANO, 2011).

O médico psiquiatra Ronaldo Laranjeira, coordenador do programa de combate ao crack do governo do Estado de São Paulo, também defende a internação involuntária. Ele o faz baseado em experiências internacionais de países desenvolvidos e cita como exemplo a Suécia, onde 30% das internações seriam involuntárias, e a Inglaterra, cuja maioria das internações ocorre de forma coercitiva, variando na maneira como se processa a coerção, mas que em todos os casos, são observados os direitos humanos e garantidos os direitos individuais.

Laranjeira é enfático ao afirmar que no Brasil há muito tempo existe a internação involuntária: "Quem tem dinheiro faz a internação involuntária, há anos a Lei de 2001 permite isso" (VIVA, 2013). Basta

comunicar ao Ministério Público em 48 horas, argumentando inclusive que cerca de 90% das internações involuntárias, depois de uma ou duas semanas se tornam voluntárias.

O médico salienta que o SUS tem como princípio de que cada pessoa deva receber a assistência conforme as necessidades e que é necessária a internação para os casos extremos: "Se alguém está muito desorganizado, psicótico e em risco para si mesmo, não adianta levar para um tratamento ambulatorial, marcar uma consulta [...] as pessoas podem morrer". (VIVA, 2013). Conforme Laranjeira, 1/3 dos usuários de crack morre ao longo de 12 anos, e que isso foi comprovado por meio de acompanhamento que fez com 130 pessoas que usavam crack, em São Paulo.

O impacto não é só em relação ao indivíduo, o consumo de drogas estimula o tráfico e impacta na família. Segundo o entrevistado cerca de 30% dos dependentes têm filhos e sofrem com isto e que o governo havia criado um programa específico para grávidas, pois quando uma mulher, dependente de crack, fica grávida, não se pode deixar que ela continue a usar crack, pois ela estará prejudicando outra vida. Por isso, Laranjeira tem o entendimento que isso não é desrespeito à liberdade da pessoa (VIVA, 2013).

Durante a entrevista, quando questionado sobre a atuação da família que possui jovens dependentes de drogas, o especialista orienta:

Chega um momento que a família precisa buscar recurso externo [...] o primeiro conselho é buscar núcleos de ajuda mútua, alcoólicos anônimos, narcóticos anônimos, amor exigente, [...]. Se obviamente não funcionar deve buscar o sistema instalado de saúde [...] a família não tá capacitada para lidar com uma doença complexa e precisa de recursos mais sofisticados quer seja na saúde, inicialmente, ou depois na recuperação [...].

Quando tudo falhar (a família, o sistema de autoajuda, o sistema ambulatorial de serviço) e o filho continuar usando drogas, têm as internações. Têm três tipos de internação por lei: voluntária [...], involuntária (que depende só da família e de um médico) e compulsória, quando é determinada pelo Juiz (VIVA, 2013).

Especificamente sobre a internação Laranjeira afirma: "A internação por pouco tempo visa à estabilização. A recuperação pode ser

feita após, em um CAPS, mas nem sempre funciona, a doença é grave" (VIVA, 2013).

Outro grande estudioso da área da medicina e que defende o modelo desenvolvido em São Paulo é o médico oncologista Draúzio Varella, que possui muitos anos de experiência no trato com o problema das drogas. Ele se diz favorável à internação compulsória dos usuários de crack que perambulam pelas ruas feito zumbis:

A você, que considera essa solução higienista e antidemocrática, comparável à dos manicômios medievais, pergunto: se sua filha estivesse maltrapilha e sem banho numa sarjeta da cracolândia, você a deixaria lá em nome do respeito à cidadania, até que ela decidisse pedir ajuda? De minha parte, posso adiantar que fosse minha a filha, eu a retiraria dali nem que atada a uma camisa de força.

Para lidar com dependentes de crack é preciso conhecer a natureza da enfermidade que os aflige. Crack é droga de uso compulsivo causadora de uma doença crônica caracterizada pelo risco de recaídas.

É de uso compulsivo, porque vai dos pulmões ao cérebro em menos de 10 segundos. Toda droga psicoativa com intervalo tão curto entre a administração e a sensação de prazer provocada por ela, causa dependência de instalação rápida e duradoura - como a que sentem na carne os dependentes de nicotina (VARELLA, 2013).

Sobre as recaídas, o autor supracitado afirma serem comuns, porque os neurônios envolvidos são ativados toda vez que o dependente lembra o prazer que a droga lhe trazia. Faz analogia aos pacientes com câncer avançado, que muitas vezes se submetem a tratamentos agressivos, mas que não deixam de ser medicados porque sofrerão recidivas. Dependência química é patologia incurável e todos os dias ocorrem muitas internações involuntárias em presídios, onde são trancados aqueles que roubam para ter acesso à droga que os escravizou (VARELLA, 2013).

Outros estudiosos da área da saúde, como Elisângela M. M. Pratta e Manoel A. dos Santos, se amparam no fato de que atualmente o uso e abuso de substâncias psicoativas pela população em geral tornou-

se um problema mundial, considerado uma questão de saúde pública e que:

Esses tipos de tratamentos implicam em intervenções terapêuticas específicas, a saber: desintoxicação (considerado apenas o primeiro passo), farmacoterapia, psicoterapias (individual, em grupo e com os familiares), terapias (ocupacional e cognitivo-comportamental), além dos grupos de ajuda mútua. (MACIEIRA, 2000 apud PRATTA; SANTOS, 2009, p. 209).

Na visão de Pratta e Santos (2009, p. 209):

É necessário pontuar que o atendimento a dependentes químicos envolve dois aspectos centrais: primeiro, a desintoxicação com a finalidade de retirada da droga e seus efeitos, e segundo, a manutenção, ou seja, a reorganização da vida do indivíduo sem o uso da droga.

Concluídas as exposições dos defensores da medida, serão abordados os posicionamentos daqueles que discordam da adoção de internação contra a vontade do paciente.

#### **2.4.2 Argumentos contrários à internação involuntária**

Do lado oposto, juízes, advogados e médicos que se manifestam contrariamente à internação nas modalidades involuntária ou mesmo compulsória, afirmam que a medida se opõe radicalmente ao movimento da reforma psiquiátrica, estabelecido pela Lei 10.206/2001, pois ela estabelece a internação como última medida a ser adotada, quando outros meios falharam. Também criticam a internação quando ela é empregada apenas como solução higienista, em relação aos dependentes de drogas.

É o caso de Ileno Izídio da Costa<sup>25</sup>, que publicou artigo denominado: Problematizações sobre a eficácia da internação compulsória no tratamento da drogadição, em que avalia as medidas

---

<sup>25</sup> Médico e professor adjunto do instituto de psicologia da Universidade de Brasília (UnB), coordenador do centro regional de referência para o enfrentamento do crack e outras drogas da UnB, participou de debate sobre Internação Compulsória, realizado pela Ordem dos Advogados do Brasil(OAB/DF), no dia 1 de Abril de 2013.

adotadas em São Paulo e Rio de Janeiro, destacando que a internação compulsória de crianças e adolescentes no Rio de Janeiro está surtindo pouco efeito na recuperação dos pequenos usuários de crack e outras drogas.

Levantamentos junto à Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social revela que apenas cerca de 25% das crianças levadas forçadamente para abrigos tiveram êxito no tratamento. Ou seja, das 200 crianças já acolhidas, apenas 50 alcançaram a reinserção social. Os dados indicam ainda que outros 60% fugiram dos abrigos mantidos pela prefeitura do Rio para onde foram levados. Outra parcela - 15% - refere-se aos transferidos para abrigos de outras cidades (COSTA, 2013, p 5).

O autor também alertou para os perigos da judicialização das políticas de saúde, do endurecimento penal e da repressão nas escolas, e se posiciona no sentido de que, por ser um fenômeno complexo, necessita de mais discussão, pesquisas e mobilizações sociais sobre o tema, no que complementa:

Ênfase a necessidade de estudos, pesquisas e levantamento epidemiológicos consequentes para consideração das diferenças das pessoas a serem “internadas compulsoriamente”, posto que feito de forma maciça e sem cuidados psicossociais, a população em situação de rua será, por certo, em sua grande maioria, a penalizada. Estas populações não precisam de internação, mas sim de implementação de políticas eficazes garantidoras de seus direitos mais fundamentais como saúde, moradia, trabalho, apoio familiar, dentre outras. Não vamos reduzir tais direitos a uma ação compulsória (COSTA, 2013, p. 8, grifo do autor).

Em relação à questão legal ele também argumenta que a internação involuntária fere direitos fundamentais, especialmente a liberdade de ir e vir, conforme inciso XV do artigo 5º da Constituição Federal de 1988, pois ela se constitui numa forma de segregação, semelhante à prisão e passível inclusive de *habeas corpus*.



Art. 5º. Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

XV - é livre a locomoção no território nacional em tempo de paz, podendo qualquer pessoa, nos termos da lei, nele entrar, permanecer ou dele sair com seus bens (BRASIL, 1988).

Costa (2013) lembra o princípio da legalidade, presente no artigo 5º, inciso II da Constituição Federal, que apresenta a garantia de que ninguém poderá ser obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude da lei.

Especificamente em relação à internação involuntária Costa adverte:(2013, p. 2):

Deste modo, a privação de liberdade sem motivo justificável e sem autorização judicial, sem a anuência ou vontade própria afronta o princípio da legalidade e configura violação ao direito a liberdade de ir e vir.

Complementa o autor supracitado(2013, p. 6) que:

Por fim, temos que entender que o combate às drogas deve estar amparado pelos pilares da prevenção, do acompanhamento, da ressocialização e do tratamento, e não apenas da repressão.

Para Pinheiro (2011), a internação involuntária da maneira como está estabelecida na Lei nº 10.216/2001, sem o devido processo legal, está em dissonância com os parâmetros constitucionais, pois afronta o artigo 5º, inciso LIV da CF/1988: “Art. 5º. [...], LIV - ninguém será privado da liberdade ou de seus bens sem o devido processo legal”. (BRASIL, 1988).

Pinheiro (2011) argumenta que para a privação do direito à liberdade é obrigatório o devido processo legal, com ampla defesa e contraditório, e isto não pode ser diferente em relação ao paciente psiquiátrico, sendo passível de *habeas corpus*.

Temos, portanto, que o paciente psiquiátrico tem o direito constitucional de um devido processo legal de internação involuntária (sem o consentimento), ou compulsória (quando ordenado por juiz), que deverá obedecer a prévios padrões normativos, uma vez que se trata de evidente restrição ao direito fundamental à liberdade, e não apenas de “ato médico”. (PINHEIRO, 2011, p. 128, grifo do autor).

O autor supramencionado afirma que a internação psiquiátrica se configura em limitação civil ou administrativa e, por isso, tem natureza restritiva de direitos fundamentais por parte do Estado, em relação ao paciente, e que não há previsão desta exceção na Constituição brasileira.

Assim, a limitação ao direito fundamental à liberdade de ir e vir imposta pela internação psiquiátrica involuntária somente poderia encontrar respaldo constitucional se fosse expressamente prevista no texto da Carta Magna ou se estivesse fundada em restrições legais, entendendo estas como aquelas limitações que o legislador impõe a determinados direitos individuais, respaldado em expressa autorização constitucional (PINHEIRO, 2011, p. 129).

O autor deixa claro que: "Perceba-se que não se está afirmando a inconstitucionalidade da modalidade interventiva, haja vista ser ela constitucionalmente admitida por outros fundamentos". Admite que a internação sem processo possa ocorrer, caso haja risco de danos para o paciente ou para terceiros. (PINHEIRO, 2011, p. 131).

Embora a Lei Federal nº 10.216/2001 não tenha autorização constitucional expressa para restringir o direito à liberdade dos pacientes psiquiátricos involuntários, é notório que a internação sem consentimento pode existir plenamente diante, dentre outros fatores posteriormente examinados, de possibilidade de danos para si ou para terceiros, ou seja, violação a direitos fundamentais próprios (tentativa de suicídio, por exemplo) ou de outrem (vida, integridade física, propriedade etc.) (PINHEIRO, 2011, p. 131).

Pinheiro (2011) adverte ainda que a internação deve ser cercada de cuidados para que sejam evitados excessos contra os pacientes, alertando que não consta na Lei nº 10.216/2001 quem seriam os terceiros que poderia pedir a internação (art. 6º, parágrafo único, inciso II), por isso, somente podem ser os legitimados para a interdição (Art. 1.177 do CPC). Crítica a inexistência de uma rede extra-hospitalar ampla e eficiente, permitindo que o hospital psiquiátrico seja a porta de entrada do sistema, quando deveria ser uma exceção.

O referido autor alerta para a perigosa falha na legislação brasileira, de permitir que interne alguém de forma involuntária sem a apreciação de um Magistrado. O autor comenta que:

Esse risco, o sistema constitucional de proteção à pessoa portadora de transtorno mental dos Estados Unidos, Argentina, África do Sul, Portugal, Espanha, entre outros países, expressamente eliminou. (PINHEIRO, 2011, p. 134).

Em relação à internação compulsória, embora também seja involuntária, já existe previsão do processo legal para se proceder à hospitalização, que garante o direito de liberdade da pessoa portadora de transtorno mental (PINHEIRO, 2011).

Por fim, ele utiliza-se dos ensinamentos do jurista argentino Alfredo Jorge Kraut, e expõe oito princípios básicos para preservar as garantias na internação involuntária:

- 1) deve existir uma enfermidade mental verificada como passível de internação;
- 2) deve existir possibilidade de danos para si ou para terceiros;
- 3) o tratamento psiquiátrico prescrito deve considerar imprescindível a internação, por não existirem alternativas terapêuticas mais eficazes e menos restritivas do direito de liberdade;
- 4) existência de um decreto judicial de internação, devidamente fundamentado, emitido com todas as garantias substanciais e procedimentais;
- 5) o término da internação não implica o fim do tratamento, que pode continuar na condição de voluntário;
- 6) direito a *habeas corpus*, de modo que o internado possa recorrer ao órgão judicial para

que em um prazo breve se pronuncie pela legalidade de sua privação de liberdade;  
 7) direito a reparação dos danos sofridos e  
 8) a reclusão involuntária não deve se constituir, *per se*, um motivo suficiente para restringir a capacidade legal (PINHEIRO, 2011, p. 133).

Importante análise sobre a questão constitucional e legal da internação involuntária foi realizada por Correia Junior e Ventura em artigo publicado na Revista de Direitos Fundamentais e Democracia, no qual afirmam "A insegurança continua sendo perpetuada em relação às internações involuntárias, devido a não revogação expressa dos diplomas anacrônicos da década de 30 do século passado". (CORREIA JUNIOR; VENTURA, 2013, p. 274).

Os autores criticam e classificam como repressiva a Resolução do município do Rio de Janeiro SMAS nº 20 de 27 de maio de 2011, que criou o abrigo compulsório e que atinge crianças e adolescente indiferentemente se são ou não usuárias de drogas, bastando que estejam na rua para serem recolhidas.

Correia Junior e Ventura (2013, p. 275) advertem que atualmente no Brasil não existe

uma legislação suficiente que garanta os direitos fundamentais e a dignidade humana do usuário de drogas, assim como não há diplomas legais plenamente em vigência que autorizem as internações involuntárias.

E complementam que isso fragiliza os profissionais de saúde e confunde os profissionais do direito, pois as leis não evoluem.

Ideologicamente podemos entender que discurso atual terapêutico é repressor e segregador e se organiza, em relação às drogas, na seguinte perspectiva: tratar de maneira efetivamente desigual os desiguais, podendo se selecionar livremente, desde que o alvo da estigmatização seja composto pelas minorias (CORREIA JUNIOR; VENTURA, 2013, p. 275).

Afirmam que, como resultado disso, há uma aproximação das ciências médicas e sociais com o direito penal repressor e segregador,

indicando e distinguido de forma técnica quem é vulnerável, desviante, viciado e louco, que deve ser excluído e estigmatizado. Os autores entendem que "sem a discussão política, os usuários de drogas estão entregues a decisões e medidas arbitrárias, ao arrepio da Constituição" (CORREIA JUNIOR; VENTURA, 2013, p. 275).

Para os autores a interpretação atual da lei equivocada à medida que equipara a dependência, isto é, a sujeição total da pessoa às drogas, com transtorno mental ou psicopatia. Assim o fazendo, se retira do dependente ou doente a condição de sujeito de suas escolhas e se reforça a necessidade de adotar medidas terapêuticas e tratamentos simplistas que não buscam a mudança de paradigma do sujeito frente às drogas (CORREIA JUNIOR; VENTURA, 2013).

Sem a discussão política, os usuários de drogas estão entregues a decisões e medidas arbitrárias, ao arrepio da Constituição. Os operadores do Direito preferem sepultar e resumir a discussão objetiva sobre o tratamento dos usuários de drogas aos artigos 27 a 29 do Decreto-lei de 1938, assim como o Decreto Federal nº 24.559/1934 e a Lei 10.216 de 2001, diplomas que ou tratam equivocadamente o usuário ou são leis destinadas a outros sujeitos de direitos (CORREIA JUNIOR; VENTURA, 2013, p. 275).

Finalizam os autores acreditando que:

Assim, optar pela redução de danos, pela inconstitucionalidade da privação de liberdade discricionária e arbitrária é admitir que o uso de drogas deve ser interpretado na perspectiva da responsabilidade geral da sociedade em relação a seus usuários. (CORREIA JUNIOR; VENTURA, 2013, p. 276).

A inexistência de lei que ampare tal procedimento também foi referida em sentença proferida em 12 de setembro de 2013, por Isabel Teresa Pinto Coelho, juíza de direito da comarca de Queimados/RJ, publicada no site Juízes para a Democracia.

Conforme se verifica na decisão de revogação de internação compulsória de dependente químico, a magistrada afirma:

Atualmente, as leis que contém essa autorização são os art. 99 da LEP, bem como o art. 319, VIII do CPP, que tratam da aplicação da medida de segurança de internação provisória para a hipótese de uma pessoa semi ou inimputável cometer um ato definido como crime.

Diz-se atualmente, pois, está tramitando no Senado o PLC 37/13 (antigo PL 7663/11), que altera a lei de drogas (Lei nº 11.343/06) e passará a autorizar a internação forçada de usuários de drogas, o que leva a uma conclusão óbvia: se a lei de drogas irá passar a prever a internação forçada de usuários de drogas, logo, atualmente não há qualquer dispositivo legal que autorize tal ato.

Desse modo, considera-se ilegal qualquer pedido nesse sentido (pedido juridicamente impossível), pois, não há, no ordenamento jurídico brasileiro qualquer norma que autorize a internação compulsória de um dependente químico que não tenha cometido um crime ou tenha sido interdito para esse fim (COELHO, 2014).

Ainda na referida sentença, a magistrada assevera que, não seria possível equiparar o dependente químico a um doente mental porque, baseada na psiquiatria crítica, entende se tratar apenas de um transtorno comportamental.

Desta forma, o deferimento de internações compulsórias de dependentes químicos violaria os direitos constitucionais da liberdade de locomoção, da dignidade da pessoa humana e, especialmente, da saúde. Acrescenta que a ONU não recomenda a internação forçada, pois a equipara à tortura.

Sobre a internação compulsória generalizada de dependentes químicos, Dartiu Xavier<sup>26</sup>, quando entrevistado por Dráuzio Varella, se posiciona contra a internação compulsória em massa de dependentes químicos, porque ela tem uma taxa de recaída muito alta, em torno de 98%. Argumenta que apenas uma parcela dos dependentes precisaria de internação compulsória, por volta de 10 a 15 %, e não concorda que toda a população de rua seja tratada, inclusive, diante da falta de estrutura do sistema de saúde (VARELLA, 2011).

---

<sup>26</sup> Psiquiatra e diretor do Programa de orientação e assistência a dependentes (Proad), da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

Xavier afirma também que muitos dos defensores da internação têm inclusive interesse financeiro sobre a medida. Por fim, questionado sobre o sistema adotado pelo Proad, ele esclarece que o modelo de atendimento utilizado no Hospital Geral de Diadema, SP, se baseia no modelo francês, com internação de curto prazo, apenas para desintoxicação, isto é, a internação dura de 15 a 30 dias, no máximo (VARELLA, 2011).

Posição totalmente contrária à internação compulsória foi manifestada por José Gomes Temporão<sup>27</sup>, em entrevista ao jornal Estadão, que criticou a política do governo de São Paulo de implementar o programa de incentivo à internação compulsória de dependentes de crack. Para Temporão (2015), "pode-se correr o risco de se caminhar nesse sentido (da política higienista) e que se esteja desrespeitando direitos individuais".

No mesmo sentido, Siro Darlan<sup>28</sup> publicou artigo intitulado: Acolher é Proteger, Recolher é Crime, em que critica o vilipêndio acintoso aos direitos das crianças e garante que o Ministério Público detém atribuições legais para impor a adequada realização de políticas públicas em prol de crianças:

Nem se afirme que se estaria adentrando o mérito administrativo. Isso porque o resguardo do mérito administrativo presume a sua legalidade. No caso de recolhimento de crianças, não tendo por ótica o seu melhor interesse, mas tão somente a maquiagem social, verifica-se a ilegalidade, sendo de atribuição do Judiciário a sua apreciação para fins de expurgar o equívoco do ato (DARLAN, 2013, p. 273).

Darlan (2013) conclui:

Dessa forma, conclui-se que as ações de recolhimento de adolescentes realizadas ao arrepio do ECA com a aplicação subsidiária do parágrafo único do art. 313 do CPP, e a implementação do famigerado "Protocolo do

---

<sup>27</sup> Médico sanitaria e ex-ministro da saúde do governo Lula. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/geral,temporao-critica-internacao-compulsoria-de-viciado,986987>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

<sup>28</sup> Desembargador do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro e Membro da Associação Juízes para a Democracia.

Serviço Especializado em Abordagem Social”, em detrimento dos interesses superiores dos adolescentes, são incabíveis, inconcebíveis e flagrantemente ilegais, uma vez que afrontam a doutrina da proteção integral e contrariam os princípios de interpretação insculpidos no art. 6º da Lei 8.069/90 e no art. 227 da Constituição Federal (DARLAN, 2013, p. 274).

Na série de argumentos de autoridades, em relação à internação involuntária, verificou-se que em muitas situações ou autores aludiram os direitos e garantias constitucionais. Para aqueles favoráveis à medida, era dito que ela visava garantir determinados princípios e para os contrários à medida, era alegado o oposto, isto é, que a internação violava, desrespeitava esses direitos. Desta forma, vislumbra-se, portanto, a possível existência de conflitos entre esses princípios constitucionais e que serão analisados na sequência.

## **2.5 A internação involuntária e os princípios constitucionais**

No Brasil, são raros os estudos e pesquisas sobre as internações involuntárias de dependentes de drogas, principalmente no tocante à legalidade, constitucionalidade e respaldo jurídico de tais medidas, sendo ainda mais escasso o trato específico do adolescente.

Por isso, é importante a reflexão a respeito da internação compulsória dos adolescentes dependentes de substância psicoativas, considerando a proteção constitucional do direito à liberdade, à vida e à dignidade humana, e as possíveis colisões entre estes direitos fundamentais, que podem ocorrer no caso concreto quando determinada situação é protegida por direitos fundamentais diversos, devendo-se decidir qual direito irá preponderar.

### **2.5.1 O direito à liberdade**

A liberdade é um dos preceitos basilares do ordenamento jurídico na sociedade moderna e sua definição consta na Declaração de direitos do homem e do cidadão de 1789.

Art. 4º. A liberdade consiste em poder fazer tudo que não prejudique o próximo. Assim, o exercício dos direitos naturais de cada homem não tem por limites senão aqueles que asseguram aos outros



membros da sociedade o gozo dos mesmos direitos. Estes limites apenas podem ser determinados pela lei (USP, 2015).

A liberdade está fundamentada no poder de atuação do ser humano em busca de realização e de felicidade, conforme nos ensina o professor José Afonso da Silva(1999, p. 236), "o conceito de liberdade humana deve ser expresso no sentido de um poder de atuação do homem em busca de sua realização pessoal, de sua felicidade".

[...] propomos o conceito seguinte: liberdade consiste na possibilidade de coordenação consciente dos meios necessários à realização da felicidade pessoal (SILVA, 1999, p. 236).

Na Constituição Federal de 1988, o art. 5º, que trata dos direitos e garantias fundamentais, confere base jurídica às liberdades individuais e coletivas ao dispor que:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes. (BRASIL, 1988).

O direito à Liberdade está previsto em vários incisos deste artigo, porém com conotações diferentes. Os incisos IX e X do artigo 5º tratam da liberdade do exercício da atividade intelectual, artística, científica; o inciso XII prevê o livre exercício profissional; assim como os incisos XIV e XXXIII contemplam a liberdade de informação.

Tratando-se de internação involuntária e compulsória, objeto deste estudo, deve ser analisada especificamente a liberdade de locomoção, prevista nos incisos XV do artigo 5º da CF/1988.

Art. 5º. [...]

LXI - ninguém será preso senão em flagrante delito ou por ordem escrita e fundamentada de autoridade judiciária competente, salvo nos casos de transgressão militar ou crime propriamente militar, definidos em Lei. (BRASIL, 1988).

O direito constitucional à liberdade estabelece que, salvo na vigência dos estados de defesa ou de sítio, previstos respectivamente nos artigos 136, §3º, I e 139, I, todos são livres para se locomoverem, nos termos da lei, somente podendo ser presos em caso de flagrante delito ou por ordem escrita e fundamentada da autoridade judiciária competente, consoante ao artigo 5º LXI. Esta garantia estende-se a todos, sob pena de interposição de *Habeas Corpus*, previsto no inciso LXVIII do mesmo artigo 5º da CF/1988.

Art. 5º. [...]

LXVIII - conceder-se-á "habeas-corpus" sempre que alguém sofrer ou se achar ameaçado de sofrer violência ou coação em sua liberdade de locomoção, por ilegalidade ou abuso de poder (BRASIL, 1988).

Atualmente, tanto a doutrina quanto a jurisprudência admitem a utilização de *habeas corpus* contra atos de particular, no caso da internação os diretores de clínicas ou hospitais psiquiátricos, como precedente jurisprudencial a seguir:

Habeas Corpus. Internação involuntária em clínica psiquiátrica. Ato de particular. Ausência de provas e/ ou indícios de perturbação mental. Constrangimento ilegal delineado. Binômio poder-dever familiar. Dever de cuidado e proteção. Limites. Extinção do poder familiar. Filha maior e civilmente capaz. Direitos de personalidade afetados. - É incabível a internação forçada de pessoa maior e capaz sem que haja justificativa proporcional e razoável para a constrição da paciente. - Ainda que se reconheça o legítimo dever de cuidado e proteção dos pais em relação aos filhos, a internação compulsória de filha maior e capaz, em clínica para tratamento psiquiátrico, sem que haja efetivamente diagnóstico nesse sentido, configura constrangimento ilegal. Ordem concedida. (STJ, Relator: Ministra NANCY ANDRIGHI, Data de Julgamento: 03/08/2004, T3 - TERCEIRA TURMA).

Questionando a legalidade, assim como a constitucionalidade das normas que tratam das internações, o dependente de drogas merece ter garantidos seus direitos fundamentais, especialmente o direito de ir e vir, conforme asseveram Correia Junior e Ventura (2013):

O drogodependente é sujeito de direitos e, assim, deve ter respeitado seus direitos e garantias fundamentais, tais como a dignidade da pessoa humana, e o direito de não ser privado de sua liberdade, senão em flagrante delito ou por ordem judicial escrita e fundamentada (leia-se fundamentada com leis vigentes, que coadunam com os preceitos constitucionais e sejam específicas no tratamento de drogodependentes, assim como patrocinem a redução de danos e não o proibicionismo) (CF art. 5º inciso XV, o inciso LXI) (CORREIA JUNIOR; VENTURA, 2013, p. 276).

Internar alguém involuntariamente, desnecessariamente ou sem observar os ditames legais, poderá ser inconstitucional, conforme se verifica com a simples leitura dos artigos anteriores.

Na mesma temática constitucional, fazendo um contra ponto ao direito à liberdade de ir e vir, será estudado na sequência outro direito fundamental, o direito à saúde.

### **2.5.2 O direito à saúde**

A Constituição Federal de 1988 também coloca que a saúde é direito de todos e dever do Estado, artigo 196, erigindo tal direito à categoria de direito social, fundamental, inalienável e indisponível, conforme previsto no artigo 6º.

Art. 6º. São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta 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 (BRASIL, 1988).

Sobre saúde, Sarlet afirma (2003, p. 315)

Não nos esqueçamos de que a mesma Constituição que consagrou o direito à saúde estabeleceu – evidenciando, assim, o lugar de destaque outorgado ao direito à vida–uma vedação praticamente absoluta [...] da pena de morte.

Ainda no entender de Sarlet (2003):

[...] o reconhecimento de um direito originário a prestações, no sentido de um direito subjetivo individual a prestações materiais (ainda que limitadas ao estritamente necessário para a proteção da vida humana), diretamente deduzido da Constituição, constitui exigência inarredável de qualquer Estado (social ou não) que inclua nos seus valores essenciais a humanidade e a justiça (SARLET, 2003, p. 315).

Para José Afonso da Silva, o direito à saúde, trata-se de um direito positivo, que exige uma prestação do Estado, seja na prevenção das doenças ou no tratamento delas (SILVA, 1999).

O Estatuto da Criança e do Adolescente, no capítulo I, é tratado do direito à vida e à saúde.

Art. 7º A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

[...]

Art. 11. É assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

[...]

Art. 12. Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a

permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente(BRASIL, 1990).

O SUS tem por obrigação cuidar da saúde das crianças desde o início da vida, estimulando nelas o desenvolvimento emocional, cognitivo e social. Nos adolescentes, a preocupação gira em torno dos maus hábitos e comportamentos que acabam prejudicando a saúde deles e lhes colocando em situações de violência. Por isso, nesta fase, prioriza-se estratégias relacionadas ao desenvolvimento saudável, saúde sexual e reprodutiva, saúde mental e, especialmente, aquelas voltadas para a prevenção contra o álcool e outras drogas e a redução de morbimortalidade por violências e acidentes (SAÚDE, 2004).

Em relação à saúde mental do adolescente, é preciso considerar as dimensões biológica, psíquica e social dos indivíduos. Se uma criança ou um adolescente apresenta algum grau de sofrimento (com angústias, medos, conflitos intensos, por exemplo), não será possível *tratar* sua saúde sem considerar esse componente emocional/relacional significativo(SAÚDE, 2004, grifo do autor).

Embora a política nacional de saúde mental, álcool e drogas trabalhe com a perspectiva de tratamento em âmbito ambulatorial, é necessário compreender que, nos casos de intoxicação aguda por substâncias psicoativas, muitos psiquiatras recomendam a internação para desintoxicação, como a forma adequada para iniciar o tratamento do dependente.

Nesta perspectiva da internação involuntária, após analisar o direito à liberdade e à saúde, será estudado na sequência, o direito de viver com dignidade.

### **2.5.3 O direito a viver com dignidade**

O direito à vida é o principal direito dos seres humanos. É o primeiro dos cinco direitos fundamentais dispostos na cabeça do artigo

5º da CF/1988 e abrange o direito de não ser morto, ou privado da vida de modo artificial com a proibição da pena de morte<sup>29</sup>.

Art. 5º. Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes (BRASIL, 1988).

Sobre a vida humana, José Afonso da Silva instrui:

A "vida é intimidade conosco mesmo, saber-se e dar-se conta de si mesmo, um assistir a si mesmo e um tomar posição de si mesmo". Por isso é que ela constitui a fonte primária de todos os outros bens jurídicos. De nada adiantaria a Constituição assegurar outros direitos fundamentais como a igualdade, a intimidade, o bem-estar, se não erigisse a vida humana num desses direitos (SILVA, 1999, p. 201, grifo do autor).

Sbano(2013, p.1) também lembra "o direito à vida vem elencado em primeiro lugar, seguindo-se-lhe o direito à liberdade. [...] Sem se assegurar o direito à vida, inócuo é se falar em liberdade".

Contudo, não basta apenas permanecer vivo, além disso, a vida deve ser digna, proibindo o tratamento indigno como a tortura, penas de caráter perpétuo, trabalhos forçados e penas cruéis, sendo que os tratamentos médicos de saúde podem ser entendidos como medidas imprescindíveis para que a pessoa tenha uma vida digna.

Importante acrescentar que o princípio da dignidade da pessoa humana também é princípio fundamental e está elencado no inciso III do artigo 1º da Constituição, servindo como orientador aos demais.

Art. 1º. A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado democrático de direito e tem como fundamentos:  
[...]

---

<sup>29</sup> Artigo 5º Inciso XLVII da Constituição Federal: não haverá penas: a) de morte, salvo em caso de guerra declarada, nos termos do art. 84, XIX. (BRASIL, 1988).

III - a dignidade da pessoa humana;  
(BRASIL, 1988).

Inobstante à dificuldade de apresentar uma definição abstrata e genérica de dignidade da pessoa humana, segundo Sarlet (2008, p. 60), "[...] não significa que não se possa ou deva buscar uma definição, que, todavia, acabará alcançando pleno sentido e operacionalidade em face ao caso concreto". Em sua proposta de conceituação ele procura reunir a dupla perspectiva ontológica e instrumental.

A qualidade intrínseca e distintiva reconhecida em cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os outros demais seres humanos (SARLET, 2008, p. 60).

Ao estabelecer os quatro direitos sociais: salário mínimo, assistência social, previdência social e saúde, Sarlet (2003, p.300) entende que o constituinte também assegurou a

necessidade de preservar a própria vida humana, não apenas na condição de mera sobrevivência física do indivíduo [...], mas também de uma sobrevivência que atenda aos mais elementares padrões de dignidade.

Importantes considerações sobre a dignidade da pessoa humana nos programas de Saúde Mental e Psiquiatria, são trazidas pela Declaração de Caracas de 1990, que faz um alerta para a necessidade de adaptar-se aos princípios e orientações que fundamentam essas estratégias e os modelos de organização da assistência à saúde, ao declarar que:

1. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no

quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais;

2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;

3. Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem:

a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis;

b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados;

c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário;

4. Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que:

a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais;

b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento;

5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação;

6. Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais (VENEZUELA, 1990).

Quando se trata da aplicação da medida de internação involuntária para tratar o adolescente dependente de substância psicoativa, deve-se avaliar, primeiramente, se a constrição à sua liberdade visa apenas protegê-lo ou se tem potencial para atingir a dignidade humana dele.



Neste particular é fundamental observar o que estabelece o artigo 18 do Estatuto da Criança e do Adolescente:

Art. 18 É dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor (BRASIL, 1990).

Comentando o referido dispositivo do Estatuto, considerado ponto crucial da Doutrina da Proteção Integral, Veronese salienta que:

Enfim, apesar de tantas afirmações no sentido de que o Estatuto da Criança e do Adolescente seria o grande responsável pela impunidade e aumento da criminalidade entre a parcela infantojuvenil, acreditamos que esses males acontecem exatamente por ainda não haver sido plenamente aplicado o Estatuto. O instrumento “Direito da Criança e do Adolescente” clama por sua eficácia, e ela somente será alcançada se forem conjugados esforços por parte da família, da sociedade e do Poder Público. (VERONESE, 2011, p. 67).

Assim, depreende-se que, impor a abstinência ao adolescente, por meio da internação involuntária, de forma indiscriminada, aprofunda a exclusão social e pode afrontar o princípio da dignidade da pessoa humana.

Após a explanação de todos os princípios da liberdade, saúde e viver com dignidade, resta avaliar se esses direitos e garantias estão sendo observados na prática, por ocasião das internações de adolescentes catarinenses.

### **3 RETRATOS DE INTERNAÇÕES: O PERFIL DO ADOLESCENTE INTERNADO INVOLUNTARIAMENTE NO IPQ/SC**

Concluídos os estudos sobre a origem e o desenvolvimento da internação hospitalar no tratamento de doentes mentais dependentes de substâncias psicoativas; discutido sobre as três modalidades de internação: a voluntária, involuntária e a compulsória, atualmente reguladas pela Lei nº 10.216/2001, que resultou em breve contraponto de argumentos de autoridades, favoráveis e contrários ao tratamento iniciar pela internação involuntária de pessoa dependente de drogas, necessário demonstrar, por meio de uma pesquisa de campo, como acontecem as internações dos adolescentes catarinenses.

Segundo Vergara (2003, p.47)

Pesquisa de campo é a investigação empírica realizada no local onde ocorre ou ocorreu um fenômeno ou que dispõe de elementos para explicá-lo. Pode incluir entrevistas, aplicação de questionários, testes e observação participante ou não.

Neste capítulo será revelado estudo observacional, retrospectivo e não intervencionista, que utilizou dados pessoais constantes nos prontuários, arquivados no Serviço de Atendimento Médico (SAME) do Instituto Psiquiátrico de Santa Catarina(IPQ/SC).

A unidade básica de amostragem foi a totalidade dos adolescentes internados involuntariamente no referido estabelecimento de saúde no período de cinco anos, especificamente entre 2009 e 2013, inclusive, e, dessa forma, pode-se afirmar que foi obtida boa representatividade das diversas características sócio demográficas dos adolescentes internados.

A base de dados utilizada foi disponibilizada pela direção do hospital e a coleta foi realizada pelo próprio pesquisador, por meio da consulta direta aos prontuários digitais e físicos existentes no SAME.

Os dados relativos aos pacientes foram colhidos, traduzidos em números e tabulados em planilha de Excel, especialmente desenvolvida para esse fim, utilizando-se os recursos e técnicas estatísticas e suas incidências demonstradas por meio de gráficos.

Inicialmente, foram identificadas as características comuns nos adolescentes internados e estabelecidos o perfil, a fim de servir como parâmetro para, ao final, esclarecer se as internações ocorreram de

acordo com a Doutrina da Proteção Integral e se os pacientes tiveram ou não ofendidas suas dignidades na prática.

A pesquisa de campo foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, conforme Parecer Consubstanciado nº 1.054.397, anexo.

### **3.1 O perfil do adolescente dependente de substância psicoativa internado involuntariamente e compulsoriamente no IPq/SC entre 2009 e 2013**

Para garantir a confiabilidade de uma pesquisa de campo é fundamental que o investigador demarque e indique exatamente o caminho que percorreu para chegar ao resultado.

Dessa forma, a primeira medida adotada foi a de verificar junto ao setor jurídico do hospital, onde ficam arquivadas todas as ordens de internação judicial, e separar os processos que tratavam de adolescentes internados de forma compulsória e em razão de dependência de substância psicoativa, durante o período de 2009 a 2013.

No referido setor é feito o controle dos processos judiciais e da documentação relativas às internações compulsórias no estabelecimento, porque o Instituto Psiquiátrico Santa Catarina é uma instituição de internação de adultos e não está adequadamente preparada para a internação de adolescentes, somente o fazendo em razão de ordem judicial.

O próximo passo do pesquisador, estando de posse da relação nominal dos adolescentes dependentes de substâncias psicoativas, internados compulsoriamente entre os anos de 2009 e 2013, foi buscar o prontuário individual dos pacientes junto ao SAME. A investigação adotou como base de dados a qualificação (nascimento, sexo e etnia); história familiar e socioeconômica (grau de instrução, estado civil, filhos, onde e com quem residia, se tinha irmãos e situação dos genitores); histórico do uso da substância psicoativa (idade de início, qual substância, frequência do uso, sintomas e problemas); histórico das internações (idade da 1ª internação, número de dias internado por ano/no período, média de dias por interno/geral e evasões) e se houve adesão do paciente e apoio de familiar ao tratamento.

Finalmente, os dados foram traduzidos em números e tabulados em planilha de Excel e suas incidências apresentadas nas tabelas e gráficos nas seções seguintes, com as considerações do pesquisador.

### 3.1.1 Caracterização dos processos de internação

A pesquisa realizada levantou que as ordens de internação resultaram de decisões em ações judiciais com pedido de antecipação de tutela ou medida liminar.

Os adolescentes foram hospitalizados de forma involuntária, isto é, não queriam se submeter ao tratamento e de maneira compulsória, pelo Magistrado, que na mesma decisão também obrigou o Estado de Santa Catarina a recebê-los e interná-los, ainda que o estabelecimento fosse unicamente para adultos e/ou mesmo não tendo vaga.

Nos prontuários consultados no SAME do hospital psiquiátrico de Santa Catarina constatou-se que foram internados 134 adolescentes no total, sendo que alguns deles por mais de uma vez, entre janeiro de 2009 e dezembro de 2013.

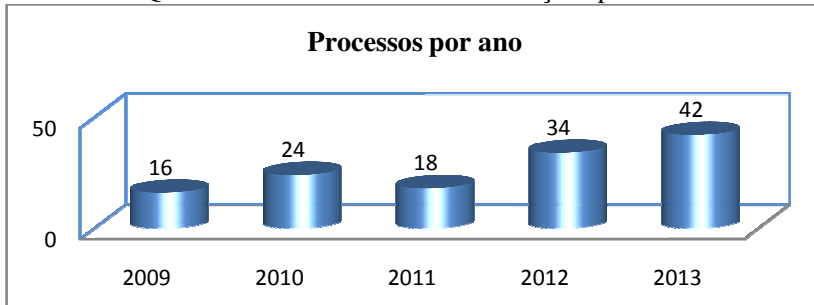
Os gráficos e tabelas descrevem o perfil do interno segundo o ano de início do processo, a comarca de origem e o autor da ação pedindo a internação involuntária e compulsória.

#### 3.1.1.1 Ano do processo

Os resultados apresentados no Gráfico 1 refletem um crescimento gradativo no número de internações de novos pacientes adolescentes, com exceção para o ano de 2011.

Partindo de 2009, em comparação com o ano de 2013, constata-se que houve um aumento na ordem de 160% em quatro anos.

Gráfico 1 – Quantidade de Processos de Internações por Ano

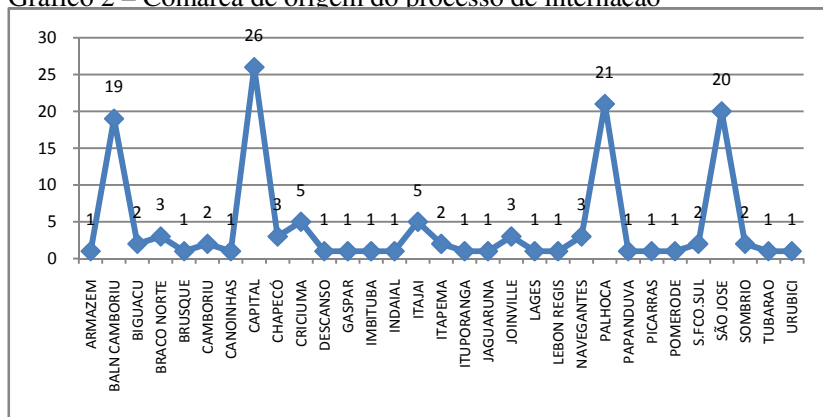


Fonte: Elaborado pelo Autor, a partir dos dados da pesquisa(2015).

### 3.1.1.2 Comarca de origem do processo de internação

Os processos de internação foram originados em diversos municípios do Estado de Santa Catarina, com predominância dos municípios de Florianópolis, Palhoça e São José, que naturalmente se destacam justamente pela proximidade com o estabelecimento de saúde, que está situado na Colônia Santana, em São José, conforme se verifica no Gráfico2.

Gráfico 2 – Comarca de origem do processo de internação



Fonte: Elaborado pelo Autor, a partir dos dados da pesquisa (2015).

Observa-se que Balneário Camboriú, embora distante, cerca de 80 km de São José, também tem grande representação no número de internações. Nos anos de 2009 e 2010 foram internados 12 dos 19 adolescentes hospitalizados, ou seja, 63% dos casos. Outros 27 municípios, que possuem sedes de poder judiciário, também estão representados.

### 3.1.1.3 Autoridade solicitante da internação

Em relação às pessoas que buscam o poder judiciário para propor a ação de internação, destaca-se o fato de o Ministério Público ser o principal autor da ação, com mais de 85 % dos pedidos. Isso ocorre em razão da inexistência de defensoria pública em Santa Catarina na

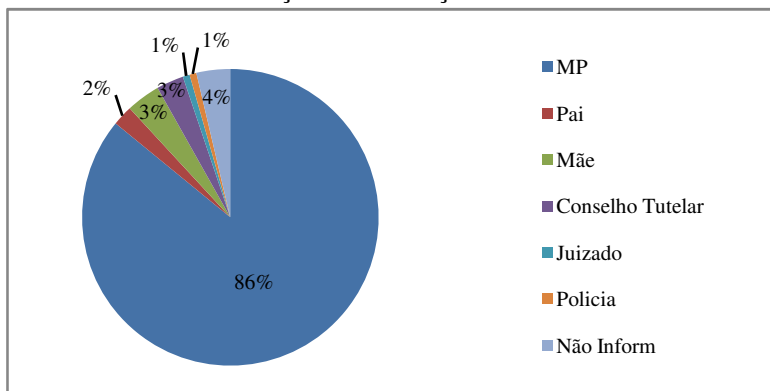
época<sup>30</sup>, consoante Tabela 3.

Tabela 3 – Autores da ação de internação

<b>Autor da Ação</b>	
MP	115
Pai	3
Mãe	5
Conselho Tutelar	4
Juizado	1
Polícia	1
Não informado	5
<b>Total</b>	<b>134</b>

Fonte: Elaborado pelo Autor, a partir dos dados da pesquisa (2015).

Gráfico 3 – Autores da ação de internação



Fonte: Elaborado pelo Autor, a partir dos dados da pesquisa (2015).

De tal modo, o Ministério Público iniciava o processo, por vezes como promotor da vara da infância e da juventude, e demandava pela internação involuntária para desintoxicação de adolescente infrator para que, posteriormente, fosse possível interná-lo em uma instituição para cumprimento de Medida Sócio Educativa.

Constam nos registros que, em algumas oportunidades, o MP também foi obrigado desempenhar a tarefa de defensor público,

<sup>30</sup> A Defensoria Pública Estadual foi criada pela Lei Complementar n° 575, de 02 de agosto de 2012. A cerimônia de instalação do órgão ocorreu em 09 de abril, quando foram nomeados 45 defensores.

auxiliando e demandando em prol dos hipossuficientes, que se constituem grande parte das famílias dos internos.

Não foi possível identificar a autoria de cinco ações, por falta de informações no setor.

### **3.1.2 Perfil do adolescente internado**

Ao ingressar no estabelecimento, normalmente em crise, o paciente era submetido a uma avaliação médica e à anamnese, isto é, uma entrevista a fim de se estabelecer as bases diagnósticas do indivíduo. Quando o paciente não estava mais em crise, a profissional da assistência social também realizava uma entrevista com o adolescente e familiar ou responsável, se houvesse, perguntado uma série de questões para compor o perfil, divulgar regras e esclarecer o modo de trabalho da instituição.

Naquela oportunidade, o profissional se utilizava do seguinte roteiro:

a) registrava quem estava acompanhando no momento da internação, quem havia trazido o paciente e se havia encaminhamento de alguma unidade de saúde.

b) questionava sobre a história do grupo familiar de origem e seus relacionamentos.

c) caracterizava a situação socioeconômica e familiar atual do paciente internado;

d) perquiria a história da doença e sobre a existência de tratamentos antecedentes;

e) anotava a percepção do paciente com o grupo familiar e o empenho deles com a solução do problema;

f) coletava informações e telefones para contatos.

A pesquisa foi realizada basicamente sobre estas entrevistas, observando que algumas vezes, por circunstâncias desconhecidas, o roteiro não era seguido na totalidade pelo profissional que as realizava, ou não havia registro de respostas a determinadas questões, de modo que a obtenção de dados foi prejudicada. Nestas ocasiões o pesquisador tabulou como o dado não informado - NI.

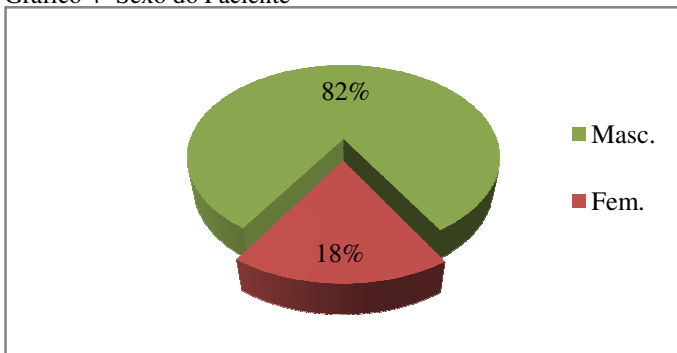
#### **3.1.2.1 Características dos adolescentes internados**

Observa-se que predominam os pacientes do sexo masculino, num total de 110, representando 82% dos adolescentes internados.

Foram internadas para tratamento por uso de drogas 24

adolescentes do sexo feminino. Embora no estabelecimento somente exista uma unidade de tratamento químico para os pacientes adultos e do sexo masculino, as jovens internadas eram medicadas e permaneciam na ala de tratamento junto com as demais doentes mentais.

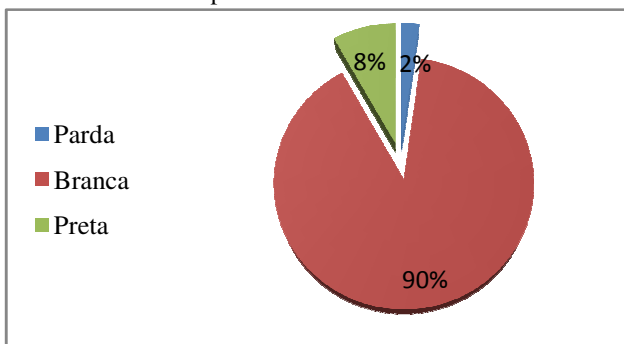
Gráfico 4- Sexo do Paciente



Fonte: Elaborado pelo Autor, a partir dos dados da pesquisa (2015).

Em relação à etnia, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população brasileira possui representante das etnias branca, negra, indígena, pardo, mulato, cafuzo e caboclo. Entretanto, no banco de dados do IPq/SC verificou-se apenas a existência das etnias: branco, negro e pardo. Com base nestas informações, constatou-se que 90% da população adolescente internada no estabelecimento no período designado, pertence à raça branca, enquanto que 8% à preta e apenas 2% à etnia parda.

Gráfico 5 - Etnia do paciente



Fonte: Elaborado pelo Autor, a partir dos dados da pesquisa (2015).

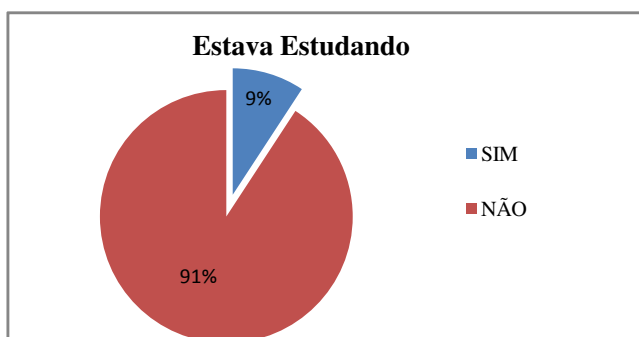


Uma das demandas que foram consultadas era referente à situação do adolescente frente à escola, se estava ou não estudando antes da crise e da internação.

Na totalidade dos casos os pacientes não estavam frequentando a escola na semana antecedente à internação. Porém, para fins de tabulação, observando as respostas, quando caracterizado que o tempo de não frequência às aulas ocorreu há poucos dias, menos de um mês, em que ainda havia o vínculo com o estabelecimento escolar, foi considerado pelo pesquisador que o paciente estava estudando.

Em algumas oportunidades essa informação não constava no prontuário, sendo tabulado como não informado - NI.

Gráfico 6 - Situação escolar



Fonte: Elaborado pelo Autor, a partir dos dados da pesquisa (2015).

O Grau de instrução em que o paciente estava estudando ou em que havia parado de estudar, quando identificado, foi tabulado em quatro categorias: Fundamental Incompleto - FI; Fundamental Completo - FC; Médio Incompleto - MI e Médio Completo- MC.

Quando não constava nenhuma informação sobre o item consultado, registrou-se como não informado - NI.

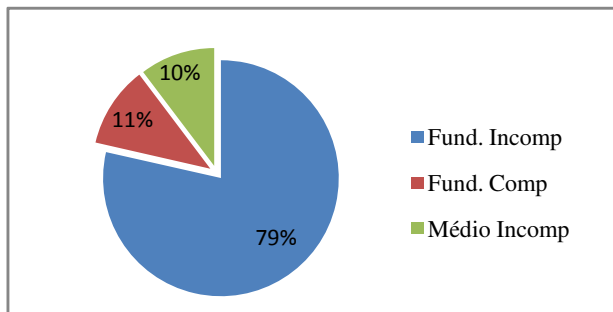
Tabela 4 – Grau de Instrução

Instrução	Quantidade
<b>Fundamental Incompleto</b>	99
<b>Fundamental Completo</b>	14
<b>Médio Incompleto</b>	13
<b>Não informado</b>	8
<b>Total</b>	<b>134</b>

Fonte: Elaborado pelo Autor, a partir dos dados da pesquisa (2015).

Observa-se que em apenas oito prontuários, do total de 134 adolescentes internados, não havia anotações sobre o grau de instrução do paciente. Nenhum dos entrevistados declarou ter completado o ensino médio.

Gráfico 7 - Grau de Instrução



Fonte: Elaborado pelo Autor, a partir dos dados da pesquisa (2015).

Em razão de que predominantemente os adolescentes internados haviam parado de estudar no nível fundamental incompleto, entendeu-se por bem verificar em que séries efetivamente ele estava matriculado na escola ou em que havia abandonado os bancos escolares.

Observa-se que, em razão da mudança da LDB<sup>31</sup>, a 1ª série equivale na atualidade ao 2º ano, para a organização do ensino fundamental em nove anos. Em virtude de ainda estar em fase de implantação na época dos registros, depreende-se que os apontamentos nos prontuários ainda foram realizados como série e não como ano.

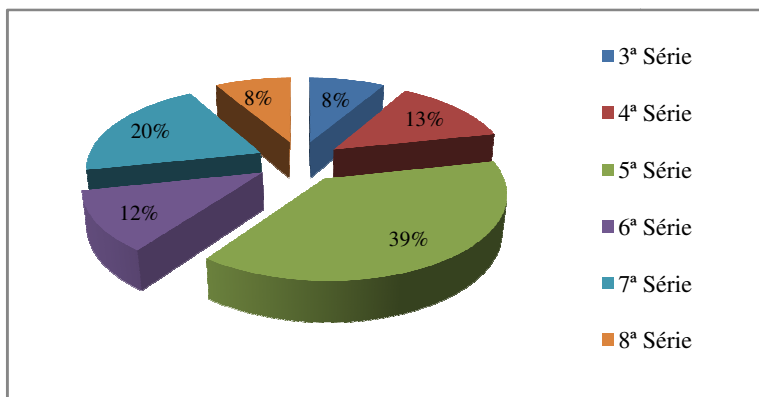
Ressalta-se que a maior parte dos jovens abandonou os estudos pela influência das drogas, quando estavam frequentando a 5ª série do ensino fundamental.

Constata-se que 39% dos adolescentes internados no IPq/SC, abandonaram a escola durante a 5ª série, sendo que a maioria deles, 60% parou de estudar nas séries iniciais, ente 3ª e 5ª série.

Isto demonstra que para serem mais efetivas, as políticas preventivas devem priorizar ações que contemplem estudantes nas séries iniciais do ensino fundamental e preferencialmente que estejam em situação de vulnerabilidade.

<sup>31</sup> A Lei nº 11.274, de 6 de fevereiro de 2006 – altera a LDB e ampliou o Ensino Fundamental para nove anos de duração, com a matrícula de crianças de seis anos de idade e estabeleceu o prazo de implantação, pelos sistemas, até 2010.

Gráfico 8 - Em que série (ano) parou de estudar



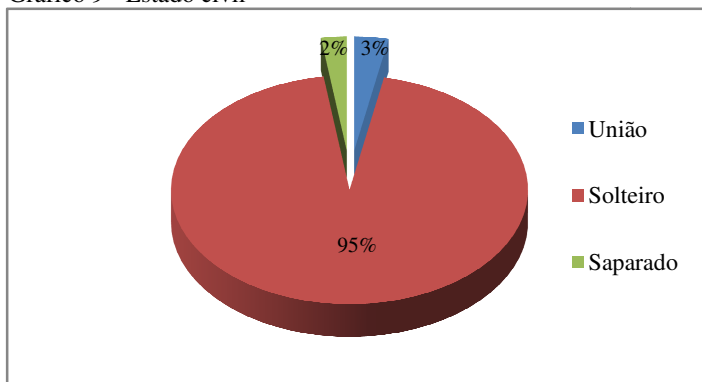
Fonte: Elaborado pelo Autor, a partir dos dados da pesquisa (2015).

Para definir com maior precisão as características dos pesquisados e inobstante ao fato de terem um perfil bastante jovem, procurou-se verificar o estado civil dos internos, anotando como: solteiro; união estável, quando houvesse qualquer tipo de relação conjugal e casado, quando isso constasse formalmente.

Observou-se que a quase totalidade dos adolescentes era solteira, com 95% dos assentamentos.

### 3.1.2.2 Arranjo conjugal do paciente

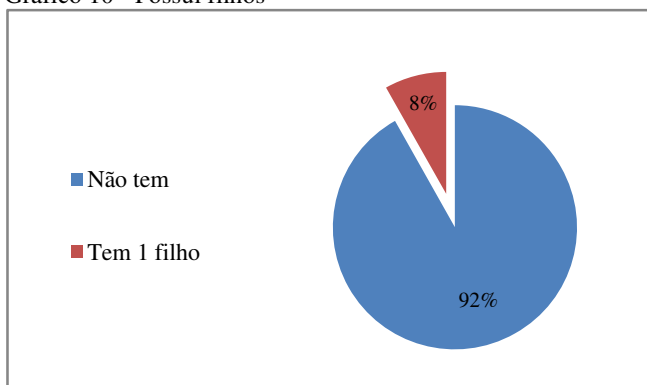
Gráfico 9 - Estado civil



Fonte: Elaborado pelo Autor, a partir dos dados da pesquisa (2015).

Também no roteiro havia questionamento quanto à existência de prole. Do total de adolescentes internados no período, somente 10 adolescentes informaram que possuíam filhos. Destes, cinco eram adolescentes do sexo feminino e cinco adolescentes do sexo masculino. Interessante foi verificar que todas as adolescentes do sexo feminino que tinham um filho se declararam solteiras, enquanto que dos adolescentes masculino, dois comunicaram que viviam em união estável, dois eram separados e apenas um solteiro. Os filhos, via de regra, permaneciam sob os cuidados da família, geralmente a mãe.

Gráfico 10 - Possui filhos



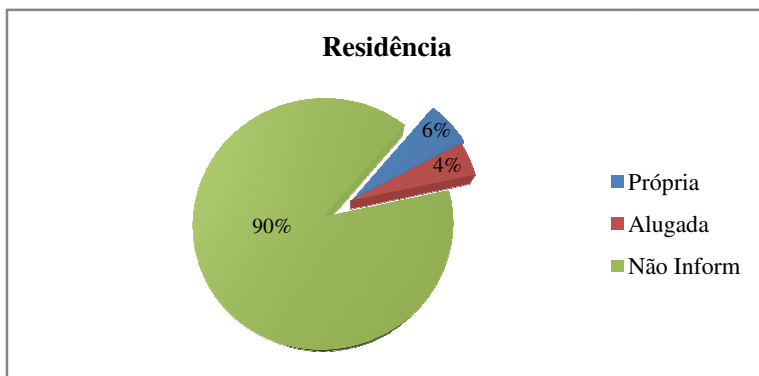
Fonte: Elaborado pelo Autor, a partir dos dados da pesquisa (2015).

### 3.1.2.3 História familiar e socioeconômica

Observa-se que na quase totalidade dos registros, os locais de residência dos adolescentes era o mesmo local em que o processo de internação havia tramitado, com pequenas diferenças, como por exemplo, havia registro de que o adolescente morava em Correia Pinto, Descanso, Gravatal, Lebon Régis, Piçarras e Tijucas e, os processos foram propostos em outros locais. Isto ocorreu em razão de que havia ou não sede do Poder Judiciário nestas cidades ou porque o adolescente encontrava-se em situação de rua e fora encaminhado pelo Ministério Público destes locais.

O questionamento existente no roteiro da assistente social sobre a caracterização da residência (se própria ou alugada), que poderia ser utilizada para inferir a situação socioeconômica do adolescente internado, ficou prejudicado, pois em 90% dos prontuários esta informação não foi registrada.

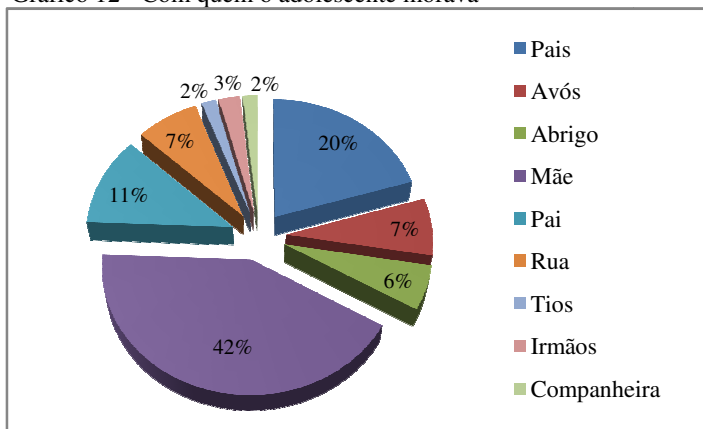
Gráfico 11 - Características da Residência



Fonte: Elaborado pelo Autor, a partir dos dados da pesquisa (2015).

Observa-se, no entanto, que havia registros mensuráveis sobre qual pessoa o adolescente partilhava a casa onde residia, sendo que em 42% dos casos ele declarou que morava com a mãe e somente 11% com o pai. Apenas 7% declararam que efetivamente que moravam na rua, apesar de que havia vários registros de que o adolescente fugia de casa para usar drogas e ficava por dias em situação de rua, voltando para casa apenas para se alimentar, trocar de roupa e assim que possível retornavam para a rua.

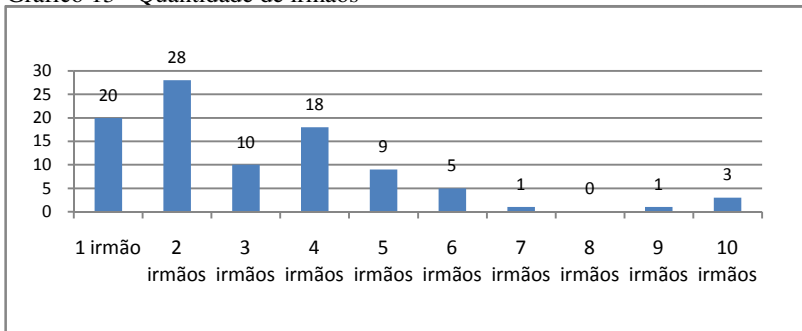
Gráfico 12 - Com quem o adolescente morava



Fonte: Elaborado pelo Autor, a partir dos dados da pesquisa (2015).

Sobre a existência de irmãos, 39 dos adolescentes ao serem entrevistados não informaram ou não foi registrada a existência de irmãos. Dos que informaram, cerca da metade disseram possuir apenas um ou dois irmãos.

Gráfico 13 - Quantidade de irmãos

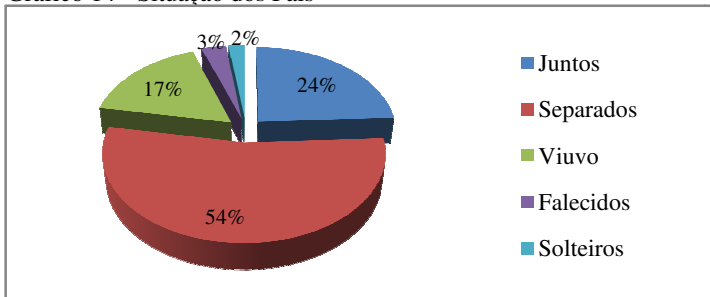


Fonte: Elaborado pelo Autor, a partir dos dados da pesquisa (2015).

Para aferir a concepção de que os adolescentes que enfrentam e convivem com problemas em âmbito familiar estão mais propensos ao uso de drogas, buscou-se dados constantes nos registros sobre a situação conjugal dos genitores dos pacientes. As opções foram: se viviam juntos, independentemente se casados ou união estável, se estavam separados, se havia somente um vivo, enfim.

Foi constatado que somente em 24% dos casos os pais viviam juntos. Ressalta-se que em 30% dos registros não constava esta informação a respeito dos pais do adolescente.

Gráfico 14 - Situação dos Pais

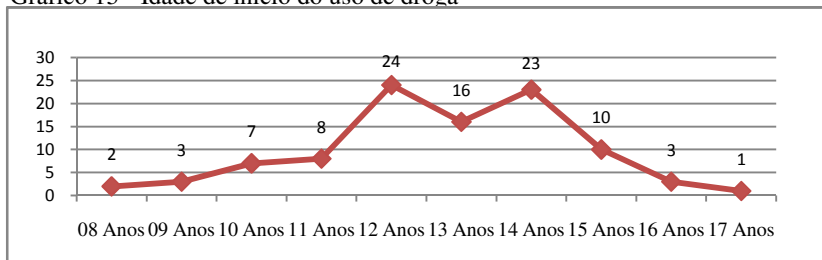


Fonte: Elaborado pelo Autor, a partir dos dados da pesquisa (2015).

### 3.1.3 Histórico do uso da substância psicoativa

Sobre o histórico do uso de substâncias psicoativas verificou-se em consulta às informações disponíveis, geralmente na anamnese dos pacientes, realizada pelos profissionais médicos, sendo possível apurar com que idade o adolescente iniciou o uso da substância psicotrópica.

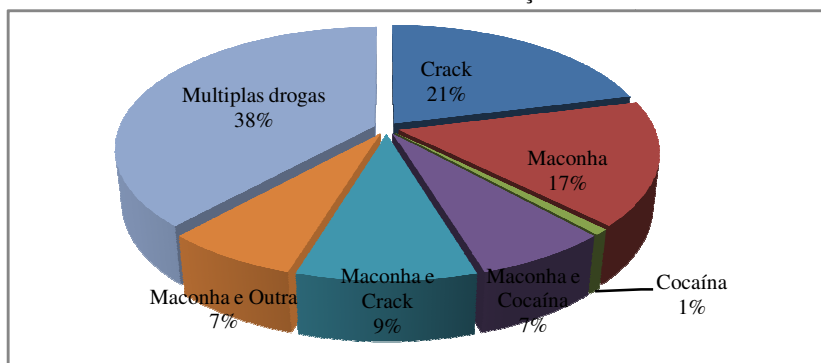
Gráfico 15 - Idade de início do uso de droga



Fonte: Elaborado pelo Autor, a partir dos dados da pesquisa (2015).

As informações deste quesito podem ser comparadas aos subsídios contidos no Gráfico 8, no qual consta a série que o adolescente se afastou da escola. Verifica-se que à medida que o adolescente passa a usar drogas, a maioria entre 12 e 14 anos, presumindo-se o desenvolvimento natural do ensino fundamental de oito anos, estaria cursando entre a 4ª e a 6ª série, hoje equivaleria do 5º ao 7º ano.

Gráfico 16 - SPA utilizada no momento da internação



Fonte: Elaborado pelo Autor, a partir dos dados da pesquisa (2015).

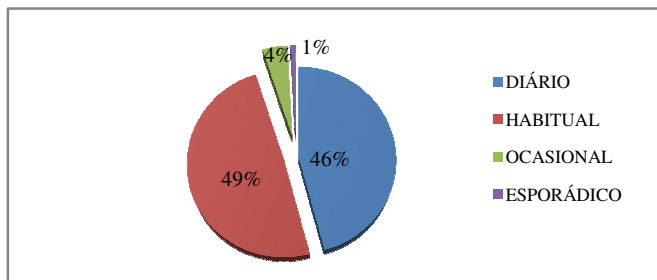
Tanto na anamnese do médico, quanto na entrevista da assistente social, o adolescente foi questionado sobre qual substância psicoativa fazia uso no momento da internação.

Em muitas entrevistas foi citada a utilização do álcool concomitantemente ao uso de outras drogas. Entretanto, foram tabuladas apenas as substâncias ilícitas como Maconha, Cocaína, Crack e Sintéticas, como o Ecstasy e LSD, mas não aparecem individualmente porque foram citadas como tendo sido usadas eventualmente e em conjunto com as demais.

Em praticamente todos os apontamentos constava a utilização da maconha. Normalmente, o adolescente dependente usava outra droga e também maconha, para muitos dos pacientes a primeira droga ilícita que usaram foi a maconha. Quando ficou caracterizado que ele utilizava mais de três tipos diferentes de substâncias, simultaneamente ou não, foi padronizado como múltiplas drogas.

O pesquisador encontrou especial dificuldade para tabular a frequência com que o adolescente utilizava as substâncias psicoativas. Para tanto, foi padronizado que o uso seria: Diário, quando o adolescente declarasse que fazia uso todos os dias; Habitual: quando ele referisse que não utilizava todos os dias, mas usava com certa frequência, sempre que podia, ou tinha recursos financeiros, ou quando saía de casa; Ocasional: quando o uso não era rotineiro, ele utilizava em momentos específicos como estar com os amigos; e Esporádico: quando ele indicasse que somente usava em situações especiais, como por exemplo, quando ia a uma festa.

Gráfico 17 - Frequência do uso



Fonte: Elaborado pelo Autor, a partir dos dados da pesquisa (2015).

No levantamento realizado, observou-se que 95% dos internados usavam a droga diariamente ou sempre que possível.



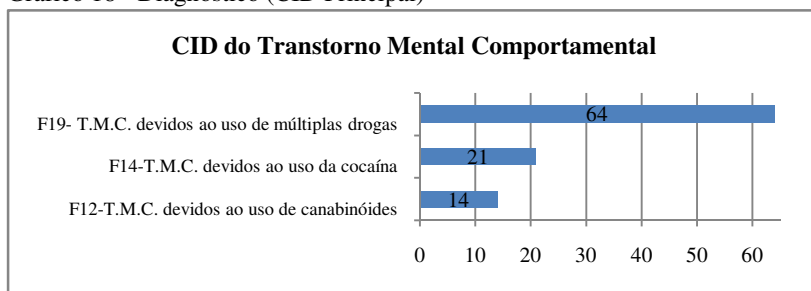
### 3.1.4 Consequências da dependência

A dependência de drogas traz uma série de consequências. Do ponto de vista do médico, existem transtornos mentais e comportamentais ocasionados pelo uso ou abuso das substâncias psicoativas.

Nem todos os adolescentes internados possuíam o registro do diagnóstico com precisão. Verificou-se que, por vezes, o médico indicava que havia constatado o transtorno, porém preliminarmente. Observou-se, também, que nesses casos havia o sinal de interrogação ao lado, provavelmente porque ele precisava de mais elementos para confirmá-lo.

Daqueles em que tiveram o diagnóstico registrado, em 64% o transtorno mental ocorria devido ao uso de múltiplas drogas.

Gráfico 18 - Diagnóstico (CID Principal)



Fonte: Elaborado pelo Autor, a partir dos dados da pesquisa (2015).

Outra consequência do uso e abuso de drogas é a existência de comorbidades<sup>32</sup>. Foi constatado nos prontuários diversas doenças psiquiátricas associadas nos adolescentes dependentes químicos internados no IPq/SC. Conforme Laranjeira (2003), o abuso de substâncias é o transtorno coexistente mais frequente entre portadores de transtornos mentais e que a identificação correta desta associação de doenças mentais é fundamental para o prognóstico do tratamento adequado.

Os transtornos mais comuns incluem os transtornos de humor, como a depressão, tanto uni como bipolar, transtornos de ansiedade,

<sup>32</sup> "Comorbidade pode ser definida como a ocorrência de duas entidades diagnósticas em um mesmo indivíduo" (LARANJEIRA et al, 2003, p. 7).

transtornos de déficit de atenção e hiperatividade, e, numa extensão menor, a esquizofrenia. Transtornos alimentares e transtornos de personalidade também apresentam estreita correlação com o abuso de substâncias (LARANJEIRA, 2003,p,6).

Não constava nos prontuários se a doença psiquiátrica associada era pré-existente, coexistente ou posterior ao uso de drogas. Foi anotado somente que em 40% dos adolescentes internados havia o registro, por parte do profissional de saúde, de uma doença psiquiátrica associada ao quadro psíquico do paciente.

Citando Kaplan e Feinstein, Laranjeira refere-se à existência de três classes de comorbidades:

[...] a **patogênica**, quando um determinado transtorno leva ao desenvolvimento de outro, e ambos podem ser etiológicamente relacionados; a **diagnóstica**, (dois ou mais transtornos cujos critérios diagnósticos se baseiam em sintomas não específicos); e a **prognóstica**, quando a combinação de dois transtornos facilita o aparecimento de um terceiro, como por exemplo, a maior chance de que um paciente com diagnóstico de depressão e ansiedade venha a apresentar abuso ou dependência de álcool ou drogas (LARANJEIRA, 2003, p.7, grifo do autor).

Laranjeira (2003) aponta a dificuldade em dar um diagnóstico inicial, devido às pequenas diferenças existentes entre as doenças psiquiátricas associadas e o quadro psicótico, pois muitas drogas reproduzem os mesmos sintomas, e não são claros os efeitos das substâncias, não se podendo apontar a real influência das drogas psicoativas sobre a psicopatologia.

A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10)<sup>33</sup> é publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e tem por objetivo padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde. Para melhor compreensão, segue Tabela 5, onde estão relacionados por ordem crescente, os códigos e transtornos e, indicados as quantidades e percentuais, identificados nos prontuários dos pacientes.

---

<sup>33</sup> Disponível em: < <http://www.medicinanet.com.br/cid10.htm> > Acesso em 15/01/2015

Tabela 5 - CID secundários, quantidade de registros e percentual

CID Secundário	Quant.	%
F14-Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína	3	6
F16- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos	1	2
F20- Esquizofrenia	6	11
F23-Transtornos psicóticos agudos e transitórios	3	6
F25-Transtornos esquizoafetivos	1	2
F29- Psicose não orgânica não especificada	6	11
F31-Transtorno afetivo bipolar	12	23
F32 - Episódios Depressivos	1	2
F60-Transtornos específicos da personalidade	10	19
F63-Transtornos dos hábitos e dos impulsos	1	2
F71-Retardo mental moderado	1	2
F90-Transtornos hiperinéticos	2	4
F91-Distúrbios de conduta	5	9
F92-Transtornos mistos de conduta e das emoções	1	2

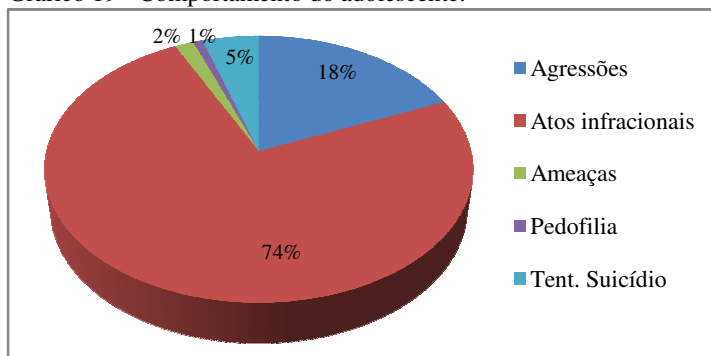
Fonte: Elaborado pelo Autor, a partir dos dados da pesquisa (2015).

O transtorno afetivo bipolar (F31) e os transtornos específicos da personalidade (F60) foram os registros mais frequentes entre os adolescentes internados.

O comportamento do adolescente dependente de substância psicoativa foi aferido mediante análise dos registros existentes, fruto de declarações efetivadas pelos pais ou responsáveis, ou então pela situação em que o adolescente havia sido internado.

Analisando os registros realizados pela assistente social nos prontuários dos adolescentes internados, observa-se que as mudanças comportamentais e transformações na rotina diária e no trato com familiares e amigos ocorreram após ele ter se tornado dependente da droga.

Gráfico 19 - Comportamento do adolescente:



Fonte: Elaborado pelo Autor, a partir dos dados da pesquisa (2015).

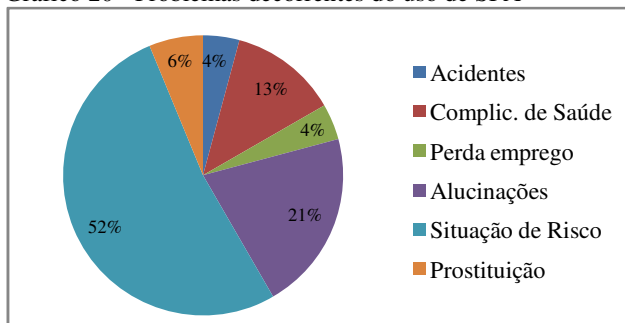
Pela análise do contexto das narrativas, observou-se que na ânsia de obter recursos e adquirir a substância psicoativa, o jovem iniciava por se desfazer de seus objetos pessoais. Em um segundo momento, ele se apropriava de objetos da casa e de familiares para vender e adquirir a droga, após passava a cometer pequenos furtos na vizinhança e, na sequência, cometia outros atos infracionais mais graves e alguns com violência.

Familiares relatam que 74% dos adolescentes internados cometiam atos infracionais, principalmente em função necessidade da obtenção da droga.

Consta que 18% dos adolescentes dependentes, reagiam com agressão quando eram contrariados ou impedidos de se apropriarem de objetos para trocar pela substância psicoativa ou quando as pessoas próximas não lhe forneciam dinheiro para adquirir a droga. Cerca de 2% demonstravam-se irritados e saíam de casa, ameaçando a pessoa ou familiares. Outros 5% tentaram o suicídio.

Foram observados também os problemas em que os adolescentes se envolviam, em decorrência do uso da substância psicoativa.

Gráfico 20 - Problemas decorrentes do uso de SPA



Fonte: Elaborado pelo Autor, a partir dos dados da pesquisa (2015).

Nos registros encontrados verificou-se que, em decorrência do uso de drogas, mais da metade dos adolescentes, 52%, se colocavam em situações de risco, como por exemplo: fugindo de casa, enfrentando a reação de vítimas de furtos e roubos e, principalmente, a violência dos traficantes pelo não pagamento das drogas consumidas.

Para 21% dos adolescentes o principal problema decorrente do uso de drogas eram as alucinações, com relatos de jovens que ouviram vozes e até tentaram o suicídio. Há também registros, 13% dos casos, de

complicações em relação à saúde pelo uso intenso de drogas e o descuido com as necessidades básicas como higiene e alimentação.

Em 6% dos apontamentos, exclusivamente as jovens do sexo feminino, se prostituíam para obtenção da droga.

### **3.2 Experiências de internação involuntária/compulsória, vivenciadas por adolescentes no IPq/SC**

Neste item do estudo retrospectivo foi tratado da parte relativa à internação propriamente dita. Verificou-se se houve adesão do adolescente ao tratamento, apoio de familiar ao paciente, histórico de internações, número de dias internado por ano/no período, média de dias por interno/geral e evasões do estabelecimento.

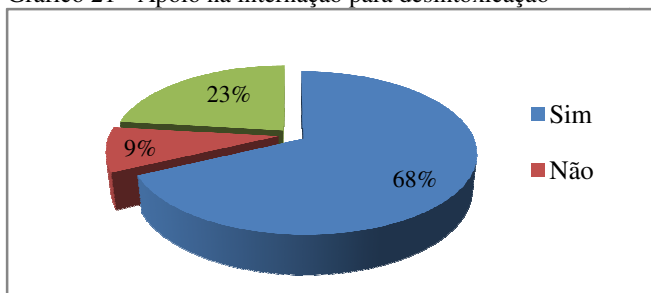
Os dados relativos aos pacientes foram colhidos, traduzidos em números e tabulados, utilizando-se os recursos e técnicas estatísticas e suas incidências demonstradas por meio de gráficos.

#### **3.2.1 Caracterização do tratamento**

Conforme já referido, todas as internações de adolescentes foram involuntárias, embora se constate que, em alguns casos, havia certa predisposição do paciente para aceitar o tratamento, não porque ele queria deixar de usar a substância, mas porque ele precisava "sair do ar", pois devia para traficante e, estava sendo jurado de morte, por exemplo.

Reitera-se que as hospitalizações foram também compulsórias para o Estado, porque o Instituto psiquiátrico de Santa Catarina é um estabelecimento hospitalar adequado para o atendimento de adultos, somente internando menores de 18 anos em decorrência de ordem judicial.

Gráfico 21 - Apoio na internação para desintoxicação



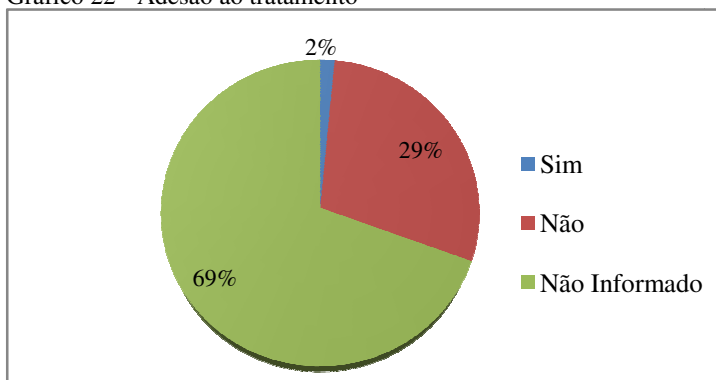
Fonte: Elaborado pelo Autor, a partir dos dados da pesquisa (2015).

Questão fundamental para o tratamento é a postura da família. Buscou-se identificar nos prontuários, quaisquer registros de parentes acompanhando o adolescente, se estas pessoas foram entrevistadas pela assistente social ou se elas compareceram ao hospital em dias de visitas. Quando constatado que havia registro foi tabulado como se o adolescente tinha apoio familiar no tratamento.

Em cerca de 30 internações, 23%, não havia qualquer referência à presença de parentes do adolescente no hospital, seja porque ele estava em situação de rua ou porque a família não havia sido localizada. Havia casos em que a família morava longe do município de São José; a internação era recente e ele tinha se evadido antes mesmo de parentes serem localizados.

Havia acompanhamento de parentes, que geralmente era a mãe do paciente, em 68% das internações.

Gráfico 22 - Adesão ao tratamento



Fonte: Elaborado pelo Autor, a partir dos dados da pesquisa (2015).

Uma questão difícil de verificar, com certeza, foi se houve ou não adesão ao tratamento por parte do adolescente, primeiro porque não havia elementos suficientes para se concluir neste sentido, segundo pelo fato do paciente ter sido internado contra a vontade e não ficar registrado se no decorrer do tratamento ele teria mudado de ideia, se conscientizado e aceitado o tratamento. Por fim, não havia anotação se após ele desintoxicar e obter alta, teria sido encaminhado ou na melhor das hipóteses acolhido em um CAPS AD ou Comunidade terapêutica.

Outro indício forte de que não houve adesão ao tratamento é o fato do adolescente ter retornado para ser internado neste mesmo

hospital de forma involuntária, ou pode ser interpretado apenas que ele teve uma recaída.

### 3.2.2 Análise das internações de adolescentes no IPq no período

Observa-se que no ano de 2009 houve 35 internamentos num total de 823 dias de internação, com média de 23 dias por interno e em 2013 houve 58 internações e 1.631 dias. Verifica-se que aumentaram em quase 65% o número de internações e em aproximadamente 98% o número de dias internados.

Observa-se uma majoração de 26% na média de dias internado por adolescente, de 23 dias em 2009 para 30 dias no ano seguinte, 2010.

Cada adolescente em média internou duas vezes e cada estada do paciente durou aproximadamente 28 dias.

Destaca-se que todas as internações ocorridas durante o período 2009 a 2013, pelos 134 pacientes, foram registradas em planilhas. Entretanto, quando se observava que em determinado ano o paciente completava a maioridade, as anotações relativas a internações dele nos anos seguintes eram descartadas, pois ele não era mais adolescente.

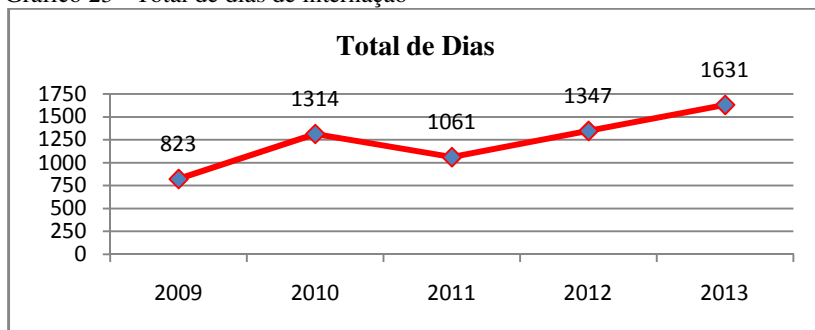
Tabela 6 - Quantidade de internações por ano, total de dias de internação e média de dias internado

<b>Ano</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Total (dias)</b>	<b>Média de dias (por interno)</b>
2009	35	823	23
2010	36	1.314	30
2011	41	1.061	28
2012	49	1.347	29
2013	58	1.631	28
<b>Total</b>	<b>223</b>	<b>6.176</b>	<b>28</b>

Fonte: Elaborado pelo Autor, a partir dos dados da pesquisa (2015).

Somando-se todas as internações individuais verificou-se que ocorreram 223 internações de adolescentes no período de cinco anos, perfazendo um total de 6.176 dias.

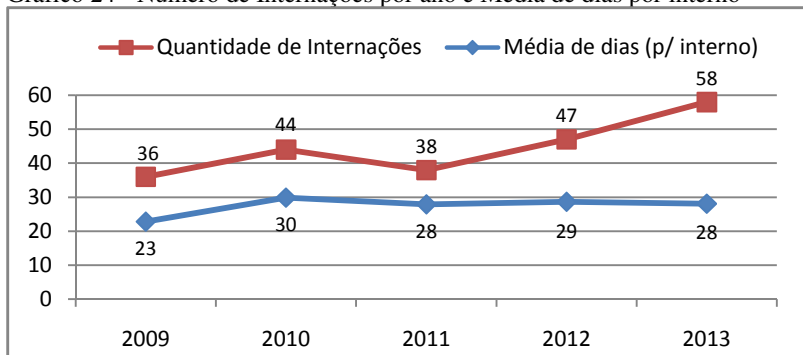
Gráfico 23 - Total de dias de internação



Fonte: Elaborado pelo Autor, a partir dos dados da pesquisa (2015).

É necessário destacar que se observou fato anômalo, pois, em 2010, ocorreu uma situação discrepante em termos de tempo de internação. Um magistrado teria determinado a internação de um adolescente por seis meses ao invés de apenas o tempo necessário para a desintoxicação. Assim, resultou no total de 1.314 dias de internação que divididos por 44 internações perfaz uma média de 30 dias por estada.

Gráfico 24 - Número de Internações por ano e Média de dias por interno



Fonte: Elaborado pelo Autor, a partir dos dados da pesquisa (2015).

No ano de 2011 não há registros de estadas tão longas com prazo estipulado, porém, um adolescente permaneceu hospitalizado por 113 dias. Naquele ano somaram-se 1.061 dias de internação no total que, divididos por 38 internamentos resultou a média de 28 dias por cada estada.



Em 2012 a estada máxima foi de 88 dias e no total foram 1.347 dias que divididos por 47 internamentos resultou a média de 29 dias por internação.

No ano de 2013 houve duas estadas mais longas de 81 e 91 dias, foram 1.631 dias de internação divididos por 58 internamentos, perfazendo a média de 28 dias por hospitalização.

Tabela 7 - Quantidade de evasões por ano

<b>Ano</b>	<b>Evasões</b>	<b>Retornos</b>
2009	0	0
2010	4	1
2011	8	1
2012	12	2
2013	8	1
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>5</b>

Fonte: Elaborado pelo Autor, a partir dos dados da pesquisa (2015).

Merece destaque o número de fugas do estabelecimento hospitalar. Para o total de 223 internações ocorreram 32 evasões. Em apenas cinco oportunidades, o adolescente que fugiu foi reconduzido ao tratamento e em uma situação ele voltou a evadir-se em quatro dias, conforme tabela.

### **3.3 A rede de assistência ao adolescente dependente de SPA, existente em Santa Catarina**

Neste item aborda-se sobre a rede pública de assistência em saúde mental ao adolescente, extra hospitalar e hospitalar, existente em Santa Catarina<sup>34</sup>.

Recordando que a RAPS foi instituída pela Portaria MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, e prevê a criação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS.

<sup>34</sup> Site da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Disponível em: <[http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_docman&task=cat\\_view&gid=421&Itemid=82](http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=421&Itemid=82)>. Acesso em: 29 jul.2015.

A RAPS tem os objetivos gerais de: (i) ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; (ii) promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas e de suas famílias aos pontos de atenção; e (iii) garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (SAÚDE, 2014).

Os objetivos específicos da RAPS são: a promoção de cuidados em saúde para grupos mais vulneráveis como crianças e adolescentes; a prevenção a o consumo e a dependência de álcool e outras drogas e, redução dos danos provocados pelo consumo, promovendo a reabilitação e a reinserção social, entre outras (SAÚDE, 214).

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) possui uma equipe interdisciplinar e realiza o atendimento às pessoas com sofrimento ou transtornos mentais graves e persistentes, inclusive as decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

O trabalho nos CAPS é realizado prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe) de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. Há oferta de cuidados médicos, psicológicos, de assistência social, além de grupos com objetivos diversos (SAÚDE, 2014).

A Portaria MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, prevê o CAPS: I, II, III, álcool e drogas (CAPS ad) e infantojuvenil (CAPS i). Os CAPS III e CAPS ad III funcionam durante as 24 horas do dia.

Lembrando que há diversas modalidades de Centros, que foram criados pela Portaria MS nº 336 - de 19 de fevereiro de 2002, conforme já referido na seção 2.2. Apresenta-se, em síntese, cada um deles.

CAPS I - para municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes entre 08 e 18 horas, nos dias úteis. Equipe: um médico com formação em saúde mental, um enfermeiro, três profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo) e quatro profissionais de nível médio (SAÚDE, 2002).

Em Santa Catarina, o CAPS I está somente em 54 municípios, conforme se verifica na Figura nº 6.

Tabela8 – Municípios de Santa Catarina que possuem CAPS I

Abelardo Luz	Forquilha	Maravilha	Sto. Amaro Imperatriz
Água Doce	Fraiburgo	Mondaí	São Fco. Do Sul
Araranguá	Garopaba	Monte Castelo	São Joaquim
Balneário Piçarras	Gaspar	Navegantes	São Lourenço do Oeste
Biguaçu	Herval do Oeste	Orleans	São Miguel do Oeste
Camboriú	Ibirama	Palmitos	Siderópolis
Campos Novos	Içara	Papanduvás	Timbó
Canoinhas	Imbituba	Pomerode	Três Barras
Capinzal	Indaial	Porto União	Urussanga
Capivari de Baixo	Itaiópolis	Quilombo	Videira
Cocal do Sul	Itapema	Rio do Sul	Xanxerê
Concórdia	Joaçaba	Negrinho	Xaxim
Curitibanos	Laguna	São Carlos	
Dionísio Cerqueira	Mafra	Santa Cecília	

Fonte: Elaborado pelo Autor, a partir dos dados coletados no site da Secretaria de Saúde/SC (2015).

CAPS II -para população entre 70.000 e 200.000 habitantes, podendo funcionar até às 21horas, prestando as mesmas atividades e com a mesma equipe do CAPS I, ampliando para seis, o número de profissionais de nível médio (SAÚDE, 2012).

CAPS III - para população acima de 200.000 habitantes, serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente e acolhimento noturno, em feriados e finais de semana, com cinco leitos, equipe ampliada para dois médicos psiquiatras, um enfermeiro com formação em saúde mental, cinco profissionais de nível superior e oito profissionais de nível médio (SAÚDE, 2012).

CAPS i - para atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais, população com cerca de 200.000 habitantes, com a mesma equipe e funcionamento nos três turnos, nos cinco dias úteis da semana, como o CAPS II (SAÚDE, 2012).

CAPS ad - para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas; população superior a 70.000, em três turnos, com dois a quatro leitos para desintoxicação e repouso. Ampliando a equipe técnica para seis os profissionais de nível médio, suficientes para atender entre 25 e 45 pacientes/dia (SAÚDE, 2012).

O CAPS ad III - igual ao CAPS ad, atenção integral e contínua, durante as 24 horas do dia, feriados e finais de semana. Atende adultos ou crianças e adolescentes, conjunta ou separadamente, adequando-se ao ECA, fornecendo inclusive a alimentação. Poderá ser referência regional para uma população de 200 a 300 mil habitantes (SAÚDE, 2012).

Em Santa Catarina, a rede está composta conforme a Tabela 9.

Tabela 9 – Distribuição dos componentes do RAPS nos Municípios de SC

<b>Município</b>	<b>CAPS II</b>	<b>CAPS ad</b>	<b>CAPS i</b>	<b>CAPS III</b>	<b>Consult na Rua</b>	<b>Unid. Acolhimento</b>	<b>Resid. Terapêuticos</b>
Baln. Camboriú	1						
Blumenau	1	1	1		1		
Brusque	1	1					
Caçador	1	1					
Chapecó	1	1*	1				1
Criciúma	1	1	1	1*	1		
Florianópolis	1	2	1		1		
Itajaí	1	1	1				
Jaraguá	1	1					
Joinville	1	1	1	1*		1	
Lages	1	1	1				
Monte Castelo						1	
Tubarão	1	1					
Palhoça	1						
S Bento do Sul	1						
São José						3	
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>12</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>1</b>

Fonte: Elaborado pelo Autor, a partir dos dados coletados no site da Secretaria de Saúde/SC (2015).

\* atende 24h.

Equipe de Consultório na Rua: profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde.

O atendimento às crianças e adolescentes atende ao princípio da proteção integral preconizada pelo ECA.

Unidade de acolhimento (UA): oferece cuidados contínuos de saúde, durante 24 horas, em ambiente residencial, para pessoas, ambos os sexos, com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório. Podem ser adultos ou infantis. O tempo de permanência de crianças e adolescentes é de até seis meses (SAÚDE, 2014).

Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas, prestam serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (SAÚDE, 2011).

Conforme já referido, são pontos de atenção da RAPS às Urgências o SAMU192, sala de estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, unidades básicas de saúde, entre outros.

São responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, pela classificação de risco e pelo cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas (SAÚDE, 2014).

O Ministério da Saúde recomenda que em se tratando de crianças e adolescentes com quadros de abstinência, intoxicação por uso de droga e outra situação de crise, deve-se encaminhá-lo a um CAPS para avaliação e, se necessário, para outro ponto de atenção de urgência ou hospitalar do município ou da região, consoante princípios da Lei nº 10.216/2001. Esta orientação também serve para os adolescentes que estejam cumprindo medida socioeducativa de internação (SAÚDE, 2014).

O Serviço hospitalar de referência para estas situações é constituído de leito sem enfermarias, oferecendo suporte hospitalar em saúde mental, e o atendimento ocorre de maneira pontual em regime de curtíssima ou curta permanência.

Em Santa Catarina, a rede é composta por 12 hospitais oferecendo um total de 376 leitos exclusivamente para adolescentes maiores de 15 anos, para ambos os sexos, com exceção de Lauro Müller que é somente masculino, conforme se verifica na Tabela 10.

Tabela 10 – Hospitais Gerais com Leitos Psiquiátricos para Adolescentes - Santa Catarina

Cidade	Hospital	Leitos	Faixa Etária	Sexo	Transtornos
Criciúma	Casa de saúde Rio Maina*	160	> 16 anos	Ambos	T. Mentais-álcool e outras drogas
Concórdia	Hospital São Francisco	20	> 16 anos	Ambos	T. Mentais-álcool e outras drogas
Curitibanos	H. Hélio dos Anjos Ortiz	20	> 16 anos	Ambos	T. Mentais-álcool e outras drogas
Lages	H. C. Nossa Senhora dos Prazeres	28	> 16 anos	Ambos	T. Mentais-álcool e outras drogas
Lauro Müller	H. Municipal Henrique Lage	24	> 15 anos	Masc.	T. Mentais-álcool e outras drogas
Lindóia do Sul	H. Izolder Hubner Dalmora	4	> 15 anos	Ambos	T. Mentais-álcool e outras drogas
Luzerna	Soc. Benef. Hosp. São Roque	30	> 15 anos	Ambos	T. Mentais-álcool e outras drogas
Palmitos	Soc. A. e Hosp. de Palmitos	25	> 15 anos	Ambos	T. Mentais-álcool e outras drogas
Quilombo	Hospital São Bernardo	26	> 16 anos	Ambos	T. Mentais-álcool e outras drogas
Laguna	H. Senhor Bom Jesus dos Passos	30	> 15 anos	Ambos	T. Mentais-álcool e outras drogas
Ibicaré	Clínica Reviver	25	> 15 anos	Ambos	Álcool e outras drogas
Timbó	Hospital e maternidade Oase	4	> 16 anos	Ambos	T. Mentais-álcool e outras drogas
Total	12 hospitais	376	* Especializado		

Fonte: Elaborado pelo Autor, a partir dos dados coletados no site da Secretaria de Saúde/SC (2015).

Convém destacar que, em Santa Catarina, são oferecidos outros 372 leitos em 14 municípios, exclusivamente para adultos, para ambos os sexos, com exceção de Urussanga que é somente masculino. Observa-se que consta no portal da saúde que o atendimento em Ponte Serrada está suspenso.

Entretanto, podem ocorrer internações de adolescentes em estabelecimento exclusivamente para adultos, como se verifico uma pesquisa de campo, com as internações involuntárias de adolescentes no Instituto Psiquiátrico de Santa Catarina, o qual é referência em atendimento em saúde mental, em razão da proximidade da família ou

pela ausência de vagas em locais próprios. Porém, a internação será, necessariamente, de forma compulsória nesses casos.

Tabela 11 – Hospitais Gerais com Leitos Psiquiátricos para Adultos - Santa Catarina

<b>Cidade</b>	<b>Hospital</b>	<b>Leitos</b>	<b>Faixa Etária</b>	<b>Sexo</b>	<b>Transtornos</b>
Blumenau	Hospital Santo Antônio	10	> 18 anos	Ambos	T. Mentais-álcool e outras drogas
Brusque	H. Nossa Senhora Azambuja	4	> 18 anos	Ambos	T. Mentais-álcool e outras drogas
Ponte Serrada	Hospital Santa Luzia	30	Suspensão	Ambos	T. Mentais-álcool e outras drogas
Joinville	H. Regional Hans Dieter Shimidt	30	> 18 anos	Ambos	Transtornos Mentais
Rio do Sul	Hospital e Maternidade Samária	30	> 18 anos	Ambos	T. Mentais-álcool e outras drogas
São José	Inst. de Psiquiatria do Estado de SC*	160	> 18 anos	Ambos	T. Mentais-álcool e outras drogas
Urussanga	Hospital Nossa Senhora da Conceição	30	> 18 anos	Masc.	Álcool e outras drogas
Tunápolis	Sociedade Hospitalar Tunápolis	9	> 18 anos	Ambos	T. Mentais-álcool e outras drogas
Mondai	Associação Hospitalar Mondai	15	> 21 anos	Ambos	T. Mentais-álcool e outras drogas
Jaraguá do Sul	Hospital e Maternidade Jaraguá	4	> 18 anos	Ambos	T. Mentais-álcool e outras drogas
Papanduvás	Hospital São Sebastião	2	> 18 anos	Ambos	T. Mentais-álcool e outras drogas
Erval Velho	Hospital Nossa Senhora de Fátima	12	> 18 anos	Ambos	T. Mentais-álcool e outras drogas
Santa Cecília	Hospital Santa Cecília	30	> 18 anos	Ambos	T. Mentais-álcool e outras drogas
Três Barras	Hospital Felix da Costa Gomes	6	> 18 anos	Ambos	T. Mentais-álcool e outras drogas
<b>Total</b>	<b>14 hospitais</b>	<b>372</b>	<b>* Especializado</b>		

Fonte: Elaborado pelo Autor, a partir dos dados coletados no site da Secretaria de Saúde/SC (2015).

Desta forma, observa-se que a estrutura existente para atender ao adolescente no Estado de Santa Catarina é bastante acanhada, necessitando ser ampliada, pois não atende às portarias do MS, estando muito aquém do mínimo necessário, observando apenas o critério populacional para implantação do serviço.

Citando apenas um exemplo, o CAPS III, ou ad III (24 horas) fundamental para atender ao doente mental e dependente químico que se encontra em situações de crise em que são oferecidos somente em três cidades, Criciúma, Chapecó e Joinville, sendo que a própria capital do Estado não possui o serviço. Nestas situações, o SAMU não tem a quem

enviá-lo para atendimento preliminar, sendo obrigado a conduzi-lo para um estabelecimento hospitalar, se houver na região.

A maioria dessas fragilidades já foi detectada pelo governo do Estado que solicitou a elaboração de um Plano<sup>35</sup> para enfrentá-las. A coordenação do grupo de trabalho ficou a cargo do Prof. Dr. Alan Índio Serrano.

Salienta-se não foram pesquisados e tabulados os demais serviços existentes e disponíveis no Estado, como os estabelecimentos privados de saúde e entidades públicas e particulares que também auxiliam no tratamento de adolescentes dependentes e seus familiares, por não ser objeto do estudo.

Por fim, ressalta-se que a análise deste capítulo, buscou demonstrar na prática como ocorre a internação do adolescente no IPq/SC, por meio da descrição clara dos dados, apresentação em gráficos, tabelas e discussão dos resultados encontrados, podendo serem utilizados para outras análises com outros enfoques, ou ser ampliados.

### **3.4 Algumas reflexões**

Concluído o trabalho, entende-se necessário fazer breves considerações sobre o que foi estudado e compreendido, iniciando pelo ponto básico, que se refere ao entendimento dos médicos psiquiatras consultados de que a dependência química é uma forma de doença mental, ou seja, o dependente químico sofre de transtornos ocasionados pelas substâncias psicoativas que atuam diretamente no sistema nervoso central.

Conforme ficou evidenciado, com o uso contínuo de substâncias psicoativas, o indivíduo ingressa num círculo vicioso e, em razão da tolerância, seu organismo passa a exigir uma quantidade cada vez maior de drogas para obter os mesmos efeitos.

Qualquer interrupção ou mesmo a redução no consumo causará muito sofrimento para ele, a chamada síndrome de abstinência, que dependendo da substância utilizada, pode apresentar reações como náuseas, alucinações, convulsões e até levar à morte.

Desta forma, ele sente a necessidade de utilizar a droga com regular frequência em quantidade e qualidade, tornando-se um

---

<sup>35</sup> Plano Operativo da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina e Planos de Ação Regionais: 2013 – 2015/Grupo Conductor da Rede de Atenção Psicossocial. - Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2014. Disponível em:<[http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_docman&Itemid=251](http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&Itemid=251)>. Acesso em: 18 mai. 2015.



dependente e com imensa dificuldade para sair do círculo do vício.

Nesses casos, a hospitalização se faz necessária para tratar convenientemente e em ambiente adequado a síndrome da abstinência, é a chamada internação para desintoxicação.

Quando a hospitalização ocorre de forma involuntária, ou seja, contra a vontade do paciente, entende-se que não está baseada na incapacidade civil do dependente para tomada de decisões, mas sim, no domínio que a droga exerce nas funções cerebrais do dependente, impedindo-o de tomar a iniciativa de se tratar.

Assim, é possível que um adolescente dependente, internado de forma involuntária, possa ser mais receptivo e até aderir ao tratamento, à medida que for agregando forças suficientes para resistir à síndrome da abstinência e, passe a ter a consciência de que está doente e carece de tratamento.

Procurou-se esclarecer que a internação é o último recurso a ser acionado quando estiverem esgotadas as possibilidades de cuidado nos serviços extra-hospitalares. Para ser efetivada tem que haver a necessidade clínica do usuário e durar o menor tempo possível de permanência, objetivando sempre a inserção social, pois ela é parte integrante de um projeto terapêutico específico, mais amplo, articulado com os serviços de acompanhamento ao próprio usuário (após a desintoxicação) e de sua família.

Verificou-se no estudo, que as posições das autoridades contrárias à internação involuntária referem-se especificamente às internações em massa, adotadas como medida higienista, o que, também, não é defendida na presente dissertação.

As internações hospitalares estudadas na pesquisa de campo ocorreram pelo Sistema Único de Saúde e, em grande parte, eram casos de adolescentes que apresentavam quadros de abstinência e estavam cumprindo a medida socioeducativa de internação, pois cometeram ato infracional. Por apresentarem intoxicação por uso de drogas, mesmo sem terem sido atendidos por um CAPS, eram compulsoriamente encaminhados para serem acolhidos, avaliados e internados no IPq/SC.

Justifica-se a hospitalização dos adolescentes que cumprem estas medidas, pela impossibilidade de permanecerem nos Centros de Atendimento Socioeducativo (CASE), onde não existem profissionais capacitados para atender e medicar os efeitos resultantes da síndrome da abstinência. Também porque o adolescente nestas circunstâncias não têm condições de compreender o caráter pedagógico da medida a que foi determinado a cumprir, podendo se envolver em conflito com os demais internos, representando riscos para todos.

A forma de evitar que tal procedimento continue a ocorrer seria por meio da integração entre as CASEs e a rede de saúde e/ou se as instituições possuíssem equipes semelhante às do CAPS AD para tratamento em saúde mental e, com isso, pudessem fazer o acompanhamento dos adolescentes ali internados.

Quanto ao abandono escolar observado, reforça-se que a prevenção do uso de drogas deva ser feita tanto na escola quanto na família. A escola exerce um papel estratégico na prevenção que é de garantir a proteção integral e o desenvolvimento das crianças e adolescentes, não podendo desistir de seus alunos. As instituições de ensino precisam estar sempre em contato com a família, ao invés de abandoná-lo à própria sorte.

É fundamental que a escola esteja integrada à unidade de saúde mais próxima para receber apoio contínuo e, assim, auxiliar a comunidade escolar na identificação e diagnóstico de patologias ou transtornos mentais, bem como, acolher e dar atendimento adequado aos alunos necessitados.

O ideal seria que os professores estivessem capacitados para detectar os reais motivos que levaram seus alunos a usarem a substância psicoativa e, ao se depararem com o problema, buscar ajuda para reduzir ou eliminar as causas do comportamento de risco, evitando o abandono escolar por parte do jovem que, sem a devida atenção, pode se tornar mais um dependente de drogas e envolver-se em atos infracionais para sustentar o vício, como constatado.

Verificou-se, também, que em algumas ocasiões, principalmente quando o adolescente estava em situação de rua, era imprescindível a intervenção da assistência social durante o período da hospitalização para tentar recompor os frágeis laços familiares ainda existentes. Caso não obtivesse resultado na volta para o lar, a Rede de Atendimento Psicossocial (RAPS) deveria ter estrutura suficiente de unidades de acolhimento infantojuvenis para proporcionara atenção residencial em caráter transitório àqueles que haviam sido desintoxicados, observando-se a necessidade de acompanhamento familiar.

Transparece pelos depoimentos dos internados que eventualmente utilizaram o CAPS, que os serviços oferecidos não estão adequados às suas necessidades, pois os CAPS estão fechados à noite e aos finais de semana, momentos que normalmente podem ocorrer crises ou "fissuras". Nestas ocasiões de maior fragilidade para o dependente de substância psicoativa, se faz necessário o auxílio de profissional com quem tenha vínculo, preferencialmente do serviço de referência, para acompanhamento, o serviço precisa ser oferecido diuturnamente.

A RAPS precisa ser ampliada para oferecer serviços de saúde qualificados na medida da necessidade dos adolescentes e de suas famílias, observando o princípio da proteção integral, fortalecer a integração das políticas setoriais. Observa-se que falta articulação, bem como ações e serviços intersetoriais para garantir o acesso a cuidados em saúde mental de forma ampliada.

A internação é a forma mais adequada para desintoxicar o organismo e superar a síndrome da abstinência causada pela substância, assim como se configura uma medida de proteção ao indivíduo frágil, mesmo ocasionando perda momentânea da liberdade, confirmando as hipóteses elencadas no projeto de pesquisa.

Contudo, na prática, ficou demonstrado que a maioria das internações não passou de medidas inócuas, absolutamente ineficazes e paliativas, sendo que os leitos permaneceram ocupados por pacientes que depois de desintoxicados não continuaram o tratamento. Certamente esses procedimentos ocasionaram o aumento das filas de espera, desperdício do dinheiro público e ineficiência da administração pública.

## CONCLUSÃO

A verificação da obediência da internação involuntária e compulsória de adolescente dependente de substância psicoativa aos princípios constitucionais e sua adequação em relação à Doutrina da Proteção Integral foram os focos principais deste estudo. Porém, no decorrer da pesquisa, outros enfoques surgiram e também foram examinados e avaliados, obtendo-se os resultados aqui descritos.

Em relação aos aspectos legais da medida de internação do dependente de substância psicoativa foi possível constatar que a medida está amparada na Lei 10.216/2001 e é amplamente reconhecida pela doutrina e jurisprudência, inobstante ao fato de que existe o projeto de lei nº 7.663-C/2010, aprovado pela Câmara dos Deputados, tramitando no Senado, para que ambas as modalidades de internação também sejam incluídas na Lei nº 11.343/2006.

O aspecto constitucional foi analisado, onde se observou que efetivamente ocorre o conflito entre princípios na prática, porque a medida é protegida por direitos fundamentais diversos, especialmente o direito à liberdade em oposição ao direito à saúde e a uma vida digna.

Destacando que é fundamental avaliar a intensidade da restrição da liberdade, assim como sua duração, em contrapartida com a importância da adoção da medida de internação para a melhoria da saúde e resgate de uma vida digna. Da mesma forma, a internação somente pode existir se tiver como fundamento um tratamento de saúde; jamais deve ser medida de simples restrição de liberdade.

Outra questão importante observada foi em relação à maneira como a medida estaria sendo operacionalizada na prática, sob o argumento de que não atenderia ao princípio constitucional do devido processo legal, constante no artigo 5º, inciso LIV da CF/1988.

Conclui-se que o devido processo legal administrativo já existe, obedece às regras da Lei nº 10.216/2001 e demais normas, como se verifica, sendo necessários para a internação os seguintes requisitos:

- a) que os recursos extra-hospitalares se mostrem insuficientes (art. 4º);
- b) laudo médico circunstanciado (Art. 6º);
- c) médico precisa ser do Conselho Regional de Medicina do mesmo Estado que o estabelecimento (art. 8º);
- d) mediante consentimento informado – do paciente ou de seu representante legal – escrito (artigo 22 da Resolução CFM nº 1931/2009 - Código de Ética Médica);

e) comunicação, pelo responsável técnico do estabelecimento, no prazo de 72 horas, ao Ministério Público tanto da internação quanto da alta do paciente (§ 1º do artigo 8º);

f) que tenha a menor duração possível (art. 2º da Portaria 2.391/2002);

g) sendo adolescente, o hospital deve possuir espaço próprio, pois o acompanhante tem o direito à permanência por tempo integral (artigo 12 do ECA e Parágrafo único do artigo 6º da Portaria 148/2012).

Não se pode judicializar o ato médico de internação, porém se busca a apreciação do Poder Judiciário quando é necessário internar compulsoriamente.

O perfil do adolescente internado no IPq/SC, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2013 constitui-se de meninos, brancos, com idade média de 16 anos, estava fora da escola, a qual foi abandonada no meio do ensino fundamental, 5ª série, era solteiro, não possui filhos, morava na grande Florianópolis com familiares, predominantemente a mãe, a maioria dos pais eram separados ou viviam sozinhos e possuía mais irmãos.

O adolescente era usuário de múltiplas drogas, principalmente a maconha, a qual utilizava diária ou habitualmente, sendo que a maioria apresentava transtorno mental e comportamental pelo uso de múltiplas drogas e possuía comorbidades. Praticava atos infracionais e se envolvia em situações de risco, assim como sofria alucinações decorrentes do uso da substância. Apesar de ter apoio a grande maioria não aderiu ao tratamento que durou em média 28 dias de hospitalização.

Por fim, para fundamentar a análise sobre adequação da medida em relação à Doutrina da Proteção Integral se faz necessário aferir a eficácia do tratamento.

Sabe-se que o tratamento depende muito mais do próprio paciente do que dos profissionais de saúde mental, pois estes devem cumprir seus deveres e respeitar os direitos dos doentes. Muitas vezes eles ficam limitados nas suas ações e em nenhuma hipótese possuem o poder decisório sobre a vida do indivíduo sob seus cuidados. Devem trabalhar de acordo com as peculiaridades de cada caso, buscando fazer o melhor, dentro das suas possibilidades.

Durante o período em que frequentou o Instituto Psiquiátrico Santa Catarina, para coleta de dados, o pesquisador conheceu as repartições, especialmente a Unidade de Dependentes Químicos (UDQ), onde participou de atividades e pôde observar um ambiente limpo e bem organizado, com regras e rotinas estabelecidas, bem como profissionais

experientes e dedicados, dispostos a oferecer o que tinham de melhor ao paciente.

Reportando-se ao número de vezes que alguns adolescentes foram internados, por exemplo, pode-se concluir que ou o tratamento não teve efeito ou o paciente teve uma recaída e retornou a utilizar drogas. Existem registros de que 32 adolescentes foram internados por 2 vezes neste estabelecimento; 11 adolescentes foram hospitalizados por 3 vezes e cinco pacientes foram internados em quatro oportunidades. Apenas um paciente foi internado cinco vezes e três adolescentes foram internados por seis vezes no período pesquisado. Um deles foi internado por seis vezes em apenas dois anos, permaneceu cerca de quatro dias e, em cinco oportunidades, evadiu-se.

Além disso, há registros de pacientes que ficaram apenas seis dias, assim como um paciente permaneceu 181 dias internado. Isto ocorreu não por determinação do corpo clínico do estabelecimento, uma vez que este e outros casos de excesso de tempo internado, bem superior ao necessário, ocorreram por motivos burocráticos, ligados a decisão judicial de internação compulsória.

A enorme discrepância na duração do tratamento de pacientes pode ser atribuída ao entendimento de poucos magistrados, que determinaram a internação com prazo definido, e confundiram o hospital psiquiátrico com um manicômio judiciário onde, além do tratamento, ele ficaria também recluso. Esta percepção errônea, além de desviar completamente a atuação do estabelecimento de saúde, é mais prejudicial ainda porque impede a utilização do leito por outra pessoa.

Outro ponto importante é o fato de que a decisão judicial de internação para desintoxicação não está vinculada, necessariamente, a um tratamento continuado para o adolescente no Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) da cidade de origem, que poderia acionar outros órgãos da saúde. Com raríssimas exceções o vínculo foi verificado. Há registro que em apenas três ocasiões, um profissional do CAPS acompanhou a internação e solicitou que fosse avisado quando ocorresse a alta do paciente.

O tratamento para ser eficaz precisa envolver toda a família. O estabelecimento não cumpre na integralidade as diretrizes do CONANDA e da Sociedade Brasileira de Pediatria, no que concerne ao acompanhamento de familiares, pois não está adequado para receber adolescentes, conforme preveem o ECA e a Portaria 148/2012.

Enfatiza-se que o vínculo familiar tem influenciado muito na adesão à terapêutica, assim como na promoção da inclusão social. Como não possuem conhecimentos suficientes, os familiares precisam ser

orientados sobre a melhor maneira de lidar com seus adolescentes dependentes, durante a internação, para reduzir os conflitos e preparar o paciente para o retorno ao cotidiano do seio familiar. Isso pode ser proporcionado também por profissionais do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), a fim de manejar as questões sociais e possibilitar o retorno para uma situação diferente daquela anterior à internação.

Portanto, o tratamento adequado advém da articulação e do diálogo entre os órgãos e sistemas de atendimento público que trabalham isoladamente, em muitos casos, como o SUS, CAPS, SUAS, CREAS, comunidades terapêuticas, grupos de autoajuda, visando dar-lhes outro enfoque no tratamento.

Em síntese, pode-se afirmar que as internações, da forma como ocorreram no Instituto Psiquiátrico de Santa Catarina, no período pesquisado, não só foram ineficazes como foram dispendiosas, porque os tratamentos não tiveram continuidade e não alcançaram os resultados almejados, sendo absolutamente contrárias à Doutrina da Proteção Integral.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Fernando Grostein. **Quebrando o Tabu**. Disponível em: <<http://www.quebrandootabu.com.br/sobre/projeto>>. Acesso em: 11 out. 2014

BARROS, Daniel Martins de; SERAFIM, Antonio de Pádua. **Parâmetros legais para a internação involuntária no Brasil**. Revista de Psiquiatria Clínica. 2009, Vol. 36, n4. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol36/n4/175.htm>>. Acesso em: 15 out. 2014

BRASIL, **Constituição Federal de 1988**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 11 out. 2014

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 24.559, de 3 de Julho de 1934**. Dispõe sobre a profilaxia mental. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 11 out. 2014.

\_\_\_\_\_. **Decreto-Lei nº 891, de 25 de Novembro de 1938**. Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1930-1939/decreto-lei-891-25-novembro-1938-349873-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 11 out. 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei 5.869, de 11 de janeiro de 1973**, Institui o Código de Processo Civil. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/15869.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/15869.htm)>. Acesso em: 11 out. 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976**. Institui a Lei antidrogas. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L6368.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6368.htm)>. Acesso em: 11 out. 2014.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990**. Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1990-1994/D99710.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D99710.htm)> Acesso em: 18 maio 2014.



\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990.** Institui o Estatuto da Criança e do Adolescente Disponível em:<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm)>Acesso em: 18 maio 2014.

\_\_\_\_\_, **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002.**Institui o Código Civil. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2002/L10406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10406.htm)>. Acesso em: 11 out. 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006.**Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad. Disponível em <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/790351.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. **Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas: OBID.** Disponível em:<[http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id\\_conteudo=11250&rastro=INFORMAÇÕES+SOBRE+DROGAS/Definição+e+historico](http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11250&rastro=INFORMAÇÕES+SOBRE+DROGAS/Definição+e+historico)>. Acesso em: 06 out. 2014.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas.** Brasília: 2010.

\_\_\_\_\_. **Projeto de Lei 3.657 de 1989.** Disponível em:<[http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=1149947&filename=Dossie+-PL+3657/1989](http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1149947&filename=Dossie+-PL+3657/1989)>. Acesso em: 11 out. 2014.

BRITTO, Renata Corrêa. **A Internação Psiquiátrica Involuntária e a Lei 10.216/01.Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental.** Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2004.

COELHO, Isabel Teresa Pinto. **Revogação de internação compulsória de dependente químico.** Juízes para a Democracia, 2014. Disponível em: <[http://ajd.org.br/decisoes\\_ver.php?idConteudo=44](http://ajd.org.br/decisoes_ver.php?idConteudo=44)>. Acesso em: 06 fev. 2014.

CONANDA, **Resolução nº 41 de 13 de outubro de 1995,** Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. Publicado no Diário Oficial da União, 17/10/95 - Seção I, p.163/9-16320 - Brasília - Distrito

Federal. Disponível em <<http://www.bioetica.ufrgs.br/conanda.htm>>. Acesso em: 18 maio 2014.

CORREIA JUNIOR, Rubens; VENTURA, Carla Aparecida Arena. **As internações involuntárias de drogodependentes frente à legislação brasileira - uma análise em relação ao contexto histórico do tratamento de dependentes e as políticas higienistas e de profilaxia social.** Revista de Direitos Fundamentais e Democracia, Curitiba, v. 13, n. 13, p. 250-280, janeiro/junho de 2013. Disponível em: <<http://revistaeletronicardfd.unibrazil.com.br/index.php/rdfd/article/view/352/320>>. Acesso em: 02 jul. 2013.

COSTA, Ileno Izídio da. **Problematizações sobre a eficácia da internação compulsória no tratamento da drogadição** - Debate Internação Compulsória. Disponível em: <<http://www.unb.br/noticias/downloads/ATT00013.pdf>> Acesso em: 02 jul. 2013.

CREMERS. **Resolução nº 1931/2009, do Conselho Federal de Medicina-CFM. O Código de Ética Médica.** Disponível em:<[http://www.cremers.org.br/pdf/codigodeetica/codigo\\_etica.pdf](http://www.cremers.org.br/pdf/codigodeetica/codigo_etica.pdf)>. Acesso em: 15 jul. 2015.

CREMESP. **Usuários de Substâncias Psicoativas Abordagem, diagnóstico e tratamento.** 2ª. Edição, 2003. Disponível em: <[http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/substancias\\_s\\_psicoativas\\_2.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/substancias_s_psicoativas_2.pdf)>. Acesso em: 14 jan. 2015.

DARLAN, Siro. **Acolher é Proteger, Recolher é Crime.** Revista EMERJ, Rio de Janeiro, v. 14, n. 55, p. 271-277, jul.-set. 2011.

DEPENDÊNCIAS - Só para Profissionais. **Revista Portuguesa,** Publicada em Janeiro 2015. Disponível em: <<http://www.dependencias.pt>>. Acesso em: 15 mai. 2015.

DEURSEN, Felipe Van. **Lei seca: A lei que foi um porre.** Aventuras na história para viajar no tempo - 2007. Disponível em: <<http://guiadoestudante.abril.com.br/aventuras-historia/lei-seca-lei-foi-porre-435533.shtml>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

DIREITO, Para aprender. **Internação compulsória é legal?** Publicado em 22/01/2013. Disponível em: <<http://direito.folha.uol.com.br/blog/>>

interno-compulsoria-legal>. Acesso em: 15 maio 2015.

EM DICUSSÃO, Revista do Senado Federal. **Centros de reabilitação de dependentes químicos**. publicado em ago. 2011. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/dependencia-quimica/tratamento-para-dependentes-quimicos/centros-de-reabilitacao-de-dependentes-quimicos.aspx>>. Acesso em: 15 maio 2015.  
FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 2ª Ed. Ed. Nova Fronteira. Rio de Janeiro, 1986.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; TURATO, Egberto Ribeiro. **Barreiras na relação clínico-paciente em dependentes de substâncias psicoativas procurando tratamento**. Revista Saúde Pública vol.36 no.4. São Paulo. 2002. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102002000400009>> Acesso em: 18 maio 2014.

GONÇALVES, Marcus Vinicius Rios. **Novo curso de direito processual civil**, vol. 1, 9 ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, PeNSE 2012**. Disponível em <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2012/pense\\_2012.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2012/pense_2012.pdf)>. Acesso em: 18 mai. 2014.

KRIGGER, Ilson Idalécio Marques. **A constatação de embriaguez ao volante em consonância com a lei no 11.275/06**. 2006. 71f. Monografia de Especialização (Curso Avançado de Administração Policial Militar) Centro Universitário Metodista - IPA, Porto Alegre, RS, 2006.

LARANJEIRA, Ronaldo; ZALESKI, Marcos e RATTI, Lílian. **Comorbidades: transtornos mentais X transtornos por uso de substâncias de abuso**. Associação Brasileira de Estudos sobre o Álcool e outras Drogas (ABEAD). 2003. Disponível em: <[http://www.abpbrasil.org.br/departamentos/coordenadores/coordenador/noticias/arquivos/livro\\_comorbidades\\_intranet.pdf](http://www.abpbrasil.org.br/departamentos/coordenadores/coordenador/noticias/arquivos/livro_comorbidades_intranet.pdf)>. Acesso em: 13 mai. 2015.

LIMA, Miguel M. Alves. **O direito da criança e do adolescente: fundamentos para uma abordagem principiológica**. Tese (Doutorado em Direito), Curso de Pós-Graduação em Direito, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

MARQUES, Ana Cecília Petta Roselli; CRUZ, Marcelo S. **O adolescente e o uso de drogas**. Revista Brasileira de Psiquiatria 2000;22(Supl. II):32-6. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000600009>>. Acesso em: 18 mai. 2014.

MARTINS, Vera Lúcia. **A política de descriminalização de drogas em Portugal**. Revista do Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 114, p. 332-346 abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n114/n114a07.pdf>>. Acesso em: 15 mai.2015.

MEDICINA, Conselho de. **RESOLUÇÃO CFM nº 1598/2000. Normatiza o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental**.Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2000/1598\\_2000.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2000/1598_2000.htm)>Acesso em: 11 out. 2014.

MEDICINANET. **Classificação Internacional de Doenças: CID 10**. Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br/cid10.htm>. Acesso em: 16 fev. 2015.

MICHAELIS. **Dicionário de português online**. Disponível em:<<http://michaelis.uol.com.br>>. Acesso em 11 out. 2014.

NICOLAU, Paulo Fernando N. **Psiquiatria geral**: glossário de termos técnicos. Disponível em: <<http://www.psiquiatriageral.com.br/glossario/s.htm>>. Acesso em: 16 fev. 2015.

PEREIRA, Tânia da Silva. **O melhor interesse da criança: um debate interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Renovar, 2000.

PINHEIRO, Gustavo Henrique de Aguiar.O devido processo legal de internação psiquiátrica involuntária na ordem jurídica constitucional brasileira.**RDisan**, São Paulo v. 12, n. 3, 2011. Disponível em:<<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/692>>. Acesso em: 16 jul. 2015.

PRATTA, Elisângela Maria Machado e SANTOS, Manoel Antonio dos. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. **Revista Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 25, n. 2, pp. 203-211, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a08v25n2.pdf>>. Acesso em: 18mai. 2014.

\_\_\_\_\_. Levantamento dos motivos e dos responsáveis pelo primeiro contato de adolescentes do ensino médio com substâncias psicoativas. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, ago. 2006. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v2n2/v2n2a05.pdf>>. Acesso em: 18 mai. 2014.

RIO DE JANEIRO. **Resolução nº 20 de 27 de maio de 2011** da Secretaria Municipal de Assistência Social - SMAS. Disponível em: <<http://xa.yimg.com/kq/groups/13802133/2039611138/name/RESOLU%C3%87%C3%83O+SMAS+N%C2%BA+20+DE+27+DE+MAIO+DE+2011.docx>>. Acesso em: 02 de jul. 2013.

ROZEK, Marli. **Nem perigoso, nem doente, nem fraco. Apenas gente! As políticas públicas de atenção à drogadição de adolescentes no município de santa rosa (1990 a 2012)**. Dissertação (Mestrado em História), Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade de Passo Fundo. Passo Fundo, 2014.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A Eficácia dos Direitos Fundamentais**. 3.ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2003.

\_\_\_\_\_. Ingo Wolfgang. **Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 6.ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.

SAÚDE, Ministério da. **Biblioteca Virtual em Saúde do Centro Cultural da Saúde**. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/sobreprojeto.php>>. Acesso em: 12 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. **Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS: Tecendo Redes para Garantir Direitos**. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_psicossocial\\_crianças\\_adolescentes\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf)>. Acesso em: 12 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. **Portaria Ministerial nº 2.391 de 26 de dezembro de 2002**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2391.htm>>. Acesso em: 11 out. 2014.

\_\_\_\_\_ **Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Disponível em <[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39\\_Portaria\\_336\\_de\\_19\\_02\\_2002.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf)>. Acesso em: 18 mai. 2014.

\_\_\_\_\_ **Portaria/GM nº 1.608, de 3 de agosto de 2004.** Cria o Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes Disponível em <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/20042010.pdf>>. Acesso em: 18 mai.2014.

\_\_\_\_\_ **Portaria nº 2.197/GM, de 14 de outubro de 2004 (a).** Cria o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Disponível em <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/20042010.pdf>>Acesso em: 18 mai.2014.

\_\_\_\_\_ **Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009.** Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS. Disponível em <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/20042010.pdf>>.Acesso em: 18 mai.2014.

\_\_\_\_\_ **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 18mai.2014.

\_\_\_\_\_ **Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012.** Redefine o CAPS ad III. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html)>. Acesso em: 18 mai.2014.

\_\_\_\_\_ **Portaria/GM Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_comp.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_comp.html)>Acesso em: 13 mai.2015.

\_\_\_\_\_ **Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil.** Recomendações de 2005 a 2012. Brasília - DF, 2014. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/forum\\_nacional\\_saude\\_mental\\_infantojuvenil.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/forum_nacional_saude_mental_infantojuvenil.pdf)Acesso em: 18 mai.2014.

SBANO, Antônio. **Internação compulsória de viciados, prisão ilegal ou proteção?** Disponível em: <http://anamages.org.br/artigos/internacao->

compulsoria-de-viciados-prisao-ilegal-ou-protECAo>Acesso em: 02 jul. 2013.

SILVA, Afonso José. **Curso de direito constitucional positivo**. 16ª ed. São Paulo: Malheiros, 1999.

USP. Universidade de São Paulo. **Biblioteca Virtual de Direitos Humanos. Declaração Universal dos Direitos da Criança - 1959**. Disponível em <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Criança/declaracao-dos-direitos-da-crianca.html>>. Acesso em: 08 ago. 2014.

\_\_\_\_\_. Universidade de São Paulo. **Biblioteca Virtual de Direitos Humanos. Declaração de direitos do homem e do cidadão - 1789**. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Documentos-anteriores-a-criação-da-Sociedade-das-Nações-até-1919/declaracao-de-direitos-do-homem-e-do-cidadao-1789.html>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

VARELLA, Dráuzio. **Crack: internação compulsória**. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/audios-videos/internacao-compulsoria/>>. Publicado em 31/08/2011. Acesso em: 02 jul. 2013.

\_\_\_\_\_, Dráuzio. **Internação compulsória**. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/dependencia-quimica/internacao-compulsoria-2/>>. Acesso em: 02 jul. 2013.

\_\_\_\_\_, Dráuzio. **Efeitos adversos da maconha**. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/dependencia-quimica/efeitos-adversos-da-maconha/>>. Acesso em: 11 mai. 2015.

VENEZUELA. **Declaração de Caracas de 14 de novembro de 1990**. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_caracas.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf)>. Acesso 10 jun. 2014.

VERGARA S. C. Projetos e relatórios de pesquisa em administração. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

VERONESE, Josiane Rose Petry. **Discriminação e atentados ao exercício da cidadania da criança e do adolescente**. In: PEREIRA,

Tânia da Silva (Coord.). **O melhor interesse da criança: um debate interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Renovar, 1999b.

\_\_\_\_\_; OLIVEIRA, Luciene de Cássia Policarpo. **Educação versus Punição: a educação e o direito no universo da criança e do adolescente**. Blumenau, SC: Nova Letra, 2008.

\_\_\_\_\_; SILVEIRA, Mayra. **Estatuto da Criança e do Adolescente Comentado: Doutrina e Jurisprudência**. São Paulo: Conceito Editorial, 2011.

\_\_\_\_\_; CUSTÓDIO, André Viana. **Direito da Criança e do Adolescente para concurso de Juiz do Trabalho**. São Paulo: EDIPRO, 2ª edição, 2012.

\_\_\_\_\_, **Trabalho Infantil Doméstico no Brasil**. São Paulo: Ed Saraiva, 2013.

\_\_\_\_\_; LIMA, Fernanda da Silva. **Direitos da Criança e do Adolescente a Necessária Efetivação dos Direitos Fundamentais**. Coleção Pensando o Direito no Século XXI, Volume V. Florianópolis, SC: Ed. Funjab, 2012.

\_\_\_\_\_. **Direito Penal Juvenil e Responsabilização Estatutária: elementos aproximativos e/ou distanciadores? - o que diz a Lei Sinase - a imputabilidade penal em debate**. Rio de Janeiro. Lumen Juris, 2015.

VIEIRA, Cláudia Maria Carvalho do Amaral; VERONESE, Josiane Rose Petry. **Crianças Encarceradas**. A Proteção Integral da criança na execução penal feminina da pena privativa de liberdade. Rio de Janeiro. Lumen Juris, 2015.

VIVA, Programa Roda. **Política antidrogas no Brasil e a epidemia do crack**. São Paulo: TV Educativa, 20 de maio de 2013. Programa de TV. Disponível em:  
<<https://www.youtube.com/watch?v=Ry5fOdt8DbQ>>. Acesso em: 02 jul. 2013.



## GLOSSÁRIO

### **1 Dependência de substância psicoativa**

A expressão é utilizada nesta pesquisa em referência a qualquer forma de autoadministração de uma substância psicoativa, isto é, substância química que age no sistema nervoso central, gerando dependência física e psíquica e alterando a função cerebral e conseqüentemente a percepção, o humor, o comportamento e a consciência.

### **2 Síndrome da abstinência**

É o conjunto de modificações orgânicas que ocorrem no organismo humano, em razão da suspensão brusca do consumo da substância psicoativa geradora de dependência física e psíquica. Dependendo da substância psicoativa utilizada, poderá provocar alucinações e crises convulsivas.

### **3 Internação involuntária**

É utilizada para se referir à internação hospitalar para desintoxicação contrária à vontade do adolescente ou independente dela. Pode também ser compulsória, quando em processo judicial o Magistrado ordena ao ente público que a realize, independentemente da existência de vaga no Sistema Único de Saúde.

### **4 Proteção Integral**

Termo usado para destacar que as normas que cuidam de crianças e de adolescentes os concebem como cidadãos plenos, porém sujeitos à proteção prioritária, tendo em vista que são pessoas em desenvolvimento físico, psicológico e moral. Designa um sistema em que crianças e adolescentes são considerados titulares de interesses subordinados, frente à família, à sociedade e ao Estado.

A expressão foi consagrada na Declaração Universal dos Direitos da Criança (1959) e na Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança e da Organização das Nações Unidas (1989). Presente em nossa Constituição Federal de 1988 e no Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069/1990.

Os doutrinadores divergem no tratamento da expressão proteção integral, uns afirmam tratar-se de uma teoria, enquanto que outros sustentam tratar-se de uma verdadeira doutrina.

## **5 Dignidade humana.**

A dignidade da pessoa humana foi empregada como um atributo automático da pessoa, pelo simples fato de ser "humano", e merecedor de respeito e proteção. Está relacionada diretamente ao conceito de mínimo existencial, que se configura na necessidade de alcançar certos bens, oportunidades e direitos cuja privação é considerada intolerável na medida em que se aviltaria a existência do ser.

## ANEXO A - Parecer substancia do CEP

CENTRO DE HEMATOLOGIA E  
HEMOTERAPIA DE SANTA  
CATARINA - HEMOSC



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A PROTEÇÃO INTEGRAL DO ADOLESCENTE DEPENDENTE DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E A (IN)CONSTITUCIONALIDADE DA INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA (COMPULSÓRIA).

**Pesquisador:** Josiane Rose Petry Veronese

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 42928914.0.0000.0110

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.054.397

**Data da Relatoria:** 07/05/2015

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo documental, com uso de prontuários médicos de adolescentes dependentes de substâncias psicoativas, internados no período de 2009 a 2013. Pretende identificar e definir o perfil do adolescente dependente de substância psicoativa, internado involuntária ou compulsoriamente em estabelecimento psiquiátrico, abordando o perfil sócio econômico, a fim de entender os procedimentos adotados no tratamento.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Geral:** Verificar se é respeitada a proteção integral do adolescente dependente de substâncias psicoativas quando seus pais ou responsáveis legais decidem pela internação involuntária ou compulsória para desintoxicação.

**Objetivos específicos:**

Analisar e explicar os principais princípios constantes na doutrina da proteção integral e a relação existente com a internação involuntária do adolescente dependente de substâncias psicoativas;

Verificar a existência de aparente conflito entre os princípios constitucionais relativos à liberdade, à saúde e à dignidade humana, por ocasião da internação involuntária do adolescente dependente de substâncias psicoativas para desintoxicação;

Identificar e analisar o perfil sócio econômico, verificando se o adolescente dependente de

**Endereço:** Rua Barão de Batovi, 630 Anexo Administrativo HEMOSC

**Bairro:** Centro

**CEP:** 88.015-340

**UF:** SC

**Município:** FLORIANÓPOLIS

**Telefone:** (48)3251-9828

**E-mail:** cep@fms.hemosc.org.br

**CENTRO DE HEMATOLOGIA E  
HEMOTERAPIA DE SANTA  
CATARINA - HEMOSC**



Continuação do Parecer: 1.054.397

substâncias psicoativas, internado involuntária e compulsoriamente para desintoxicação no Instituto Psiquiátrico de Santa Catarina, entre os anos de 2009 e 2013, teve ou não ofendida sua dignidade.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O pesquisador afirma que não se verificam riscos, por tratar-se de pesquisa em prontuários. Não serão divulgados dados pessoais e individuais, apenas dados numéricos e genéricos a respeito do grupo pesquisado. Mantendo-se sigilo dos dados obtidos.

O relator deste parecer entende que não há riscos diante da afirmação do pesquisador de que seguirá as recomendações da Resolução 466/2012/CNS/IMS, do sigilo dos dados e diante da anuência do orientador deste estudo e da própria autorização do Diretor Técnico do IPQ/SC.

Quanto aos benefícios, o estudo trará subsídios para reflexão sobre o tema de pesquisa aos profissionais da área e conseqüentemente aos adolescentes dependentes de substâncias psicoativas em internação.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa tem relevância social pois poderá trazer subsídios para reflexão sobre o tema abordado e dessa forma, contribuir para a política antidrogas.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentados todos os Termos obrigatórios. Não utilizará o TCLE, por isso apresenta Pedido de Isenção de TCLE e Termo de Autorização para pesquisa em prontuário assinado pelo diretor do Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina (IPQ).

**Recomendações:**

O pesquisador atendeu à lista de inadequações, não havendo mais o que corrigir nem alterar.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O projeto está Aprovado Ad Referendum, pois O pesquisador resolveu as pendências e tem conhecimento sobre o conteúdo da Carta Circular 039/2011/CONEP/CNS/IMS e da Resolução

Endereço: Rua Barão de Batovi, 830	Anexo Administrativo HEMOSC
Bairro: Centro	CEP: 88.015-340
UF: SC	Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3251-0828	E-mail: cep@fhs.hemosc.org.br

CENTRO DE HEMATOLOGIA E  
HEMOTERAPIA DE SANTA  
CATARINA - HEMOSC



Continuação do Parecer: 1.054.397

466/2012.

FLORIANOPOLIS, 07 de Maio de 2015

---

Assinado por:  
Rosane Susly May Rodrigues  
(Coordenador)

Endereço: Rua Barão de Batovi,830 Anexo Administrativo HEMOSC  
Bairro: Centro CEP: 88.015-340  
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
Telefone: (48)3251-9826 E-mail: cep@fms.hemosc.org.br