

A INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA DE DEPENDENTES QUÍMICOS E OS PRINCÍPIOS DA LIBERDADE E DIGNIDADE HUMANA


INVOLUNTARY COMMITMENT OF SUBSTANCE-DEPENDENT INDIVIDUALS AND THE PRINCIPLES OF LIBERTY AND HUMAN DIGNITY

Recebido em: 20/06/2026

Aceito em: 26/06/2026

Publicado em: 28/06/2026

José Rinaldo Domingos de Melo¹ 

Severina Verônica dos Santos² 

Resumo: O presente estudo tem como objetivo analisar a aplicação da medida de internação involuntária de dependentes químicos em observância aos direitos constitucionais. Uma lei sancionada pelo Presidente Jair Bolsonaro facilita a internação involuntária de dependentes químicos, sem a autorização judicial e em hospitais e unidades públicas de saúde. A internação de um dependente químico precisa ser pensada de acordo com a lei 10.216 de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental, e redireciona o modelo assistencial na saúde mental. A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracteriza o motivo da internação e a mesma só deve ser indicada quando os recursos extra hospitalares já se mostram insuficientes no caso do paciente.

Palavras-chave: Dependentes Químicos; Pacientes; Internação; Tratamento.

Abstract: This study aims to analyze the application of the measure of involuntary hospitalization of drug addicts in compliance with constitutional rights. A law sanctioned by President Jair Bolsonaro facilitates the voluntary internment of drug addicts without judicial authorization and in hospitals and public health facilities. The hospitalization of a drug addict needs to be considered in accordance with the law 10.216 of April 6, 2001, which provides for the protection and rights of people with mental disorders, and redirects the care model in mental health. Psychiatric hospitalization will only be performed through a detailed medical report that characterizes the reason for hospitalization and should only be indicated when extra-hospital resources are already insufficient for the patient.

Keywords: Chemical Dependents; Patients; Hospitalization; Treatment.

INTRODUÇÃO

Uma nova tentativa de controlar o avanço deste problema no país é a lei antidrogas, aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo Presidente, mas, entre as medidas previstas na legislação, uma tem sido o principal tema de debates entre médicos e autoridades que é a internação involuntária de dependentes químicos. Isso já era possível em unidades de saúde e hospitais públicos, mas a

¹ Doutor em Ciências da Educação pela Christian Business School (2024), com título revalidado pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL), conforme Processo n.º 00577.3.69021/06-2024. Mestre em Ciências da Educação pela Christian Business School (2019), com título revalidado pela Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES), conforme Processo n.º 00953.4.65705/04-2024. Graduado em Direito e em Engenharia Civil pela Faculdade Católica Paulista. Bacharel em Ciências Contábeis e com formação em Engenharia de Segurança do Trabalho pela Faculdade Prominas/Única.

² Professora de carreira do município de Jaboatão dos Guararapes.

internação contra a vontade precisava da autorização de pelo menos dois médicos e do Ministério Público. Porém hoje, a internação compulsória deve ser solicitada por familiares ou representantes legais do paciente, não havendo, podem ser pedidas por um profissional da área da saúde; é preciso ainda um aval do médico, o prazo dessa internação é de até 90 dias.

Desta forma, o presente estudo visa a análise da aplicação da medida de internação involuntária de dependentes químicos em observância aos direitos constitucionais, uma vez que a proporção do problema atinge o próprio bem-estar do afetado, bem como influi na estrutura da família e reflete diretamente na sociedade de forma negativa. A pesquisa, está estreitamente ligada à observância do direito à dignidade da pessoa humana, juntamente com a sua qualidade de vida, do direito a condições mínimas de sobrevivência e proteção a integridade física, e a incapacidade de escolha do afetado para a escolha do tratamento, devendo haver a intervenção da família de forma legal, com a finalidade de internação para que o dependente possa ter um tratamento adequado, recuperando sua saúde e sendo reintegrado na sociedade novamente.

A análise do instituto da internação involuntária em conjunto com os princípios da liberdade e dignidade da pessoa humana se faz necessário por ser uma medida polêmica, e é vista como um desrespeito a liberdade e ao direito de ir e vir do cidadão, quando na verdade, se aplicada de forma correta garante uma vida digna e a integridade física do sujeito que estava em situação precária e teve tratamento adequado.

O estudo tem como objetivo geral analisar a eficácia da internação involuntária de dependentes químicos à luz dos princípios da dignidade e liberdade humana, bem como motivos que possibilitam a sua aplicação. Tem como objetivos específicos:

- Examinar se a internação involuntária é uma alternativa eficaz para o tratamento de dependência química;
- Analisar se a internação involuntária atenta contra a liberdade e dignidade da pessoa humana;
- Analisar até que ponto deve ser observado o direito de escolha e autonomia da vontade de um dependente químico que se recusa a tratamento.

O tema é de extrema importância visto o atual cenário em que o país se encontra por questões de saúde pública e desestruturação de famílias pelo uso desordenado de substâncias químicas. Seu uso é cada vez mais comum e extensivo, o que é preocupante e carece de atenção, pois compromete

a vida do usuário, não só em relação a saúde, mas em outros aspectos como com a sua relação familiar, sua convivência na sociedade.

A metodologia utilizada neste estudo é o método dedutivo, com o objetivo de análise e pesquisa sobre a internação involuntária e os princípios constitucionais inerentes a dignidade e liberdade humana, realizando um estudo jurídico, através de fontes seguras, pesquisas em doutrinas, como as citadas nas referências abaixo, em artigos e em qualquer outra fonte para que as dúvidas pertinentes ao tema sejam esclarecidas. Pela tamanha polêmica acerca da liberdade individual, espera-se que todo material analisado durante a pesquisa venha tornar compreensivo o tema e evidenciar a sua importância no âmbito jurídico.

No capítulo I será feita uma breve análise da conceituação e evolução histórica da dependência química, visto que ela não tem limite, não possui o cunho social, financeiro, de cultura, de religião e de nenhum nível de vida.

No capítulo II será discutido sobre a necessidade da internação involuntária do dependente químico, já que é um problema que está alarmante e que faz com que as pessoas percam o rumo de suas vidas.

E por fim, o capítulo III trará uma abordagem acerca da importância e da necessidade da internação involuntária, mantendo em primeiro lugar os direitos humanos.

DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA – CONCEITUAÇÃO E EVOLUÇÃO HISTÓRICA

O dependente químico é considerado, para a lei como tendo transtorno mental e é fator de risco ao sistema encefálico humano, causando uma dependência em pouco tempo, pois o indivíduo não consegue ficar sem as drogas e os efeitos que elas causam, tornando-se assim um vício. Não são todos os casos que são considerados como transtorno mental, apenas os mais graves, que cause problemas em sua vida e saúde (Puccinelli Júnior, 2013)

Logo, nota-se que os princípios éticos da medicina agem com o objetivo de resguardar a autonomia e o livre arbítrio do paciente, mas tem a saúde priorizada do ser humano quando a permissão e aceitação do paciente não podem ser obtidas e o estado de saúde revelar risco de morte, autorizando a atuação impositiva do médico (Puccinelli Júnior, 2013)

No caso do dependente químico, seu estado é tão sério a ponto de se qualificar a perda do juízo crítico, caso em que este perde a capacidade de expressar vontade e de buscar auxílio de forma

convencional, pois não percebe a situação em que se encontram, impondo-se ao médico a obrigação de adotar medidas que afastem o perigo de que sua situação se agrave, levando até a morte.

O que provoca a perda do livre-arbítrio do dependente químico é a agressividade com que a droga age no corpo humano – dando origem a um desejo irresistível de consumo da substância –, que não permite que o indivíduo entenda a gravidade de sua situação e o quanto seu comportamento pode ser nocivo para ele mesmo, seus familiares e a sociedade (Nassif; Tieppo, 2012, p. 17). Segundo Joyceane Bezerra de Menezes e Wagner Pinheiro Gesser (2012, p. 103),

Pesquisas têm demonstrado que, tanto as pessoas com dano neuronal às regiões cerebrais responsáveis pelo circuito reflexivo quanto os indivíduos com dependência a substância exibem padrões similares de comportamento relacionados a uma disfunção do sistema reflexivo. Dois aspectos são relevantes a esse tópico: (I) ambos os grupos apresentam negação ou ausência de noção de terem um problema (de sua condição patológica) e ainda (II) indivíduos em ambos os grupos tendem a agir de maneira a obter recompensas imediatas, mesmo sob o risco das consequências negativas desastrosas. Um exemplo disso está na mãe, dependente química, que opta por gastar o que lhe resta em um papelote de crack, em vez de adquirir alimento para o filho. Opta pela aquisição do que lhe trará a satisfação imediata a cumprir o dever ético de alimentar o filho.

Por isso a situação de dependência de drogas demonstra-se incompatível com a capacidade de manifestação da vontade, pois, todas as decisões tomadas são pautadas apenas em prol da satisfação pessoal do uso da droga, alterando totalmente o estado psíquico humano. Além da não capacidade de percepção de seu estado, muitos dependentes ficam em situações extremas sob o efeito da droga, fazendo com que a família não tenha outra escolha a não ser tentar evitar a morte do indivíduo, podendo ser por overdose. Na maioria dos casos causando depressão, levando o indivíduo a tirar sua própria vida (Nassif; Tieppo, 2012, p. 17).

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

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

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

O uso de drogas ou de substâncias psicoativas existe em quase toda a sociedade. As drogas atuam como um elemento que estrutura a sociedade, mesmo quando o consumo problemático ou abusivo é menor que o uso social construtivo e integrado. A maior parte dos consumidores de drogas sejam elas lícitas ou ilícitas praticam o uso se que isso se torne um problema e não pretende abandonar o hábito

O QUE É CONSIDERADO DEPENDÊNCIA QUÍMICA

A dependência química trata-se do uso de uma substância, de maneira que, passa a ter um conjunto de sintomas em que o indivíduo tenha prejuízos para a sua vida pessoal, social, familiar e de trabalho pois, ele passa a ter perdas em diferentes partes da sua vida pelo uso de uma substância lícita, como, por exemplo, álcool, cigarro, tabaco e as drogas ilícitas como: maconha, cocaína, crack e outras. a situação de dependência de drogas demonstra-se incompatível com a capacidade de manifestação da vontade, pois, todas as decisões tomadas são pautadas apenas em prol da satisfação pessoal do uso da droga, alterando totalmente o estado psíquico humano. Além da não capacidade de percepção de seu estado, muitos dependentes ficam em situações extremas sob o efeito da droga, fazendo com que a família não tenha outra escolha a não ser tentar evitar a morte do indivíduo, podendo ser por overdose. Na maioria dos casos causando depressão, levando o indivíduo a tirar sua própria vida (Nassif; Tieppo, 2012, p. 17).

Conceitualmente, a dependência química é diagnosticada depois que o indivíduo já está usando uma dessas substâncias depois de um ano e que passa a ter em função desse uso, alguns sintomas como:

- A tolerância, que é a necessidade de usar quantidades cada vez maiores para sentir a mesma sensação prazerosa;
- Abstinência, é quando o indivíduo interrompe ou reduz o uso da substância e tem como consequência uma série de efeitos como tremores, suor, aumento da temperatura entre outros;

Outro sintoma muito importante, é quando o portador da dependência passa a substituir as suas atividades produtivas de relacionamento familiar e trabalho, para a aquisição, uso e recuperação do contato com essas substâncias. Obviamente, dependência química apesar de muitas pessoas considerarem que é simplesmente falta de vergonha e auto imoral; é na verdade considerado como

adoecimento como sendo, um transtorno mental de dependência química (Nassif; Tieppo, 2012, p. 17).

EVOLUÇÃO HISTÓRICA

A reforma psiquiátrica no Brasil foi um movimento pelo qual se buscava os direitos dos pacientes psiquiátricos. A internação era no estilo “manicomial”. Os pacientes muitas vezes eram internados por castigo, ou as pessoas tinham vergonha de terem um familiar com doença psiquiátrica, muitas vezes como forma de exclusão da sociedade (Amarante, 2010).

Os pacientes muitas vezes passavam a vida toda internados. Então foi feita toda uma reforma “antimanicomial” no país, para que as internações fossem feitas para motivos específicos. Muitos hospitais psiquiátricos foram fechados por isso porque não apresentavam condições e infraestrutura adequadas para receber os pacientes (Amarante, 2010).

A violência era recorrente nessa época, nos anos 80. Os manicômios não possuíam condições sanitárias para sobrevivências, eram situações desumanas em que os pacientes viviam, eram locais de maus-tratos e mortes de pacientes. Eram lugares onde se abandonavam doentes mentais indesejados pela sociedade.

Assim de acordo com Amarante (1996, p. 145) “como as situações desumanas em que os pacientes eram tratados, poucos deles realmente precisavam estar naquele lugar, como prova um estudo feito em um hospital de 450 leitos e os casos de verdadeiras doenças mentais não atingiam mais de 10% dos pacientes usada como estado de privação de liberdade, de perda do livre-arbítrio”.

Com o relevante crescimento da população, a cidade passou a se deparar com alguns problemas, e dentre eles, a presença dos loucos pelas ruas, o destino deles era a prisão, ou a Santa Casa de Misericórdia que era um local de amparo, de caridade, não um local de cura. Lá os alienados recebiam um “tratamento” diferenciado dos outros internos. Os insanos ficavam amontoados em porões, sofrendo repressões físicas quando agitados, sem contar com assistência médica, expostos ao contágio por doenças infecciosas e subnutridos. Interessante observar que naquele momento, o recolhimento do louco, não possuía uma atitude de tratamento terapêutico, mas, sim de salvar a ordem pública.

Surgiram então CAPS um processo de intervenção as unidades hospitalares, onde muitos manicômios foram fechados. No ano de 1989 foi feita um projeto de lei para a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e de forma progressiva o fim dos manicômios, que só foi aprovado posteriormente no ano de 2001 (Nassif; Tieppo, 2012).

Na década de 90 foram feitas algumas substituições destes hospitais por uma rede integrada de atenção à saúde mental. Pelas diversas conquistas da época e com a atenção voltada a esse tema, o Brasil então assina a Declaração de Caracas e participa da II Conferência Nacional de Saúde Mental. Com a assinatura da Declaração de Caracas fez-se surgir um composto de cuidados psiquiátricos que asseguravam o cumprimento dos direitos humanos e civis de quem possuía algum tipo de doença mental, bem como ofertar recursos terapêuticos alternativos (Nassif; Tieppo, 2012).

Logo passaram a vigorar normas federais em atenção à saúde mental e a fiscalização dos hospitais psiquiátricos. No ano de 2001 é sancionada a Lei 10.216 criada em 1989, mas com alterações e que instituiu vários direitos, mas não elabora meios claros para a progressiva extinção dos manicômios. Mesmo não abarcando tudo o que era necessário à época, a lei provocou grande estímulo a Reforma psiquiátrica (Barroso, 2006).

Com a promulgação da lei e a participação da III Conferência Nacional de Saúde Mental e juntamente com as orientações da Reforma Psiquiátrica é que foi ganhando força e atenção. Fora conquistado então a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, representando um avanço no contexto da saúde mental, uma reformulação do modelo psiquiátrico até então vigente sob um antecedente regular de denúncias de violência e a falta de direitos humanos (Amarante, 2010).

Desde a pré-história, as substâncias psicoativas são ingeridas pela sociedade com os mais diversos propósitos, confrontando a ideia consumo dessas substâncias como um fenômeno recente (Oliveira, 2013). A existência de bebidas alcoólicas na história é tão antiga quanto o próprio homem existindo registros da probabilidade do uso de absinto pelo *Homus erectus* nos períodos paleolíticos e do consumo de bebidas alcoólicas a partir do período neolítico (Vargas, 2005).

Os fermentados e os cereais que surgiram por volta de 3.400 anos A.C onde eram utilizadas frutas na produção dessas bebidas, foram os primeiros produtos alcoólicos que se tem registros na história (Vargas, 2005). Ao norte do Irã foram encontrados resíduos de bebidas alcoólicas em vasos datados dos períodos de 5400 a 5000 AC (Oliveira, 2007).

Durante a Idade Média, alguns padrões estabelecidos entre as sociedades na antiguidade, se mantiveram, como o acesso restrito a determinadas substâncias por conta da baixa produtividade agrícola e o consumo de bebidas fermentadas satisfazendo as necessidades das populações ruralizadas (Ribeiro; Laranjeira, 2016).

Autores como Mota (2008) e Pratta e Santos (2009), pontuam que neste período a única droga permitida pelo Cristianismo era o álcool, especificamente o vinho, o qual é utilizado até hoje nos rituais religiosos, simbolizando o sangue de Cristo. No entanto, o consumo excessivo de qualquer substância, incluindo-se o álcool, era considerado pela Igreja e conseqüentemente pela sociedade como conduta pecaminosa.

O combate às religiões que faziam uso de substâncias em seus rituais fez do Cristianismo o precursor do proibicionismo atual, pois o mesmo postula que “não se deve fugir à dor por meios artificiais e o consolo da analgesia só deve ser buscado junto a Deus” (Mota, 2008, p. 110-111).

A partir do século XVI, os Europeus realizaram vasta expansão comercial através das Grandes Navegações, voltando a entrar em contato com substâncias utilizadas na antiguidade e com as novas substâncias trazidas do “Novo Mundo”. Ainda neste século, quando o químico árabe Albucasis descobriu o processo de destilação, utilizando como instrumento o alambique, se deu início à produção de bebidas com altos teores alcoólicos (Moreira; Ribeiro, 2004; Vargas, 2005; Pratta; Santos, 2009; Ribeiro; Laranjeira, 2016).

Os problemas relacionados ao consumo de álcool e outras substâncias foram encarados como desvios morais até o século XVIII, até que foram tratados como resultado da perda do domínio e autocontrole. Apesar de ser definida como doença mental em XIX não foram definidos critérios diagnósticos (Nassif; Tieppo, 2012).

No final do século XVIII, na Inglaterra, Trotter publicou alguns trabalhos, nos quais considerava a embriaguez como doença. Assim como Benjamin Rush, Trotter concordava com o fato de que os problemas relacionados ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas se instalavam ao longo do tempo, logo, possuíam uma história natural. No entanto, apesar de ambos terem contribuído para a delimitação da embriaguez no campo das doenças, não a converteram em critérios diagnósticos (Marques, 2001; Ribeiro; Laranjeira, 2016).

Apenas em meados do século XIX na Europa mais precisamente, no ano de 1849 na Suécia, com a publicação do livro “Alcoholismus Chronicus”, do médico Magnus Huss é que o termo alcoolismo foi empregado pela primeira na tentativa de se obter uma definição proeminentemente médica, definindo o conjunto de complicações clínicas ocasionado pelo uso crônico de álcool, difundindo o conceito de doença pelo mundo, com o intuito de realizar o tratamento dessas complicações e eliminar o estigma moral e a vergonha que impediam a procura ao tratamento (Marques, 2001; Cesar, 2005; Vargas, 2005; Mota, 2008).

Ribeiro e Laranjeira (2016) destacam que, ao final do século XIX outros conceitos para embriaguez foram formulados, entendendo-se a mesma como uma doença decorrente de causas biológicas e genéticas, aproximando-se do entendimento atual que se tem sobre dependência. Ribeiro e Laranjeira (2016) seguem, afirmando que apesar de estes conceitos enfatizarem aspectos biológicos da patologia e auxiliarem na identificação de outras categorias como, história familiar, aspectos da personalidade, padrões de consumo e psicopatologias, as quais serviram de base para as classificações atuais, tais conceitos pouco se prenderam aos aspectos psicossociais decorrentes do uso crônico de álcool, dando brecha para a permanência das explicações morais as quais consideravam distúrbios de personalidade inerentes ao indivíduo como causa do problema.

A EVOLUÇÃO DA CRIMINALIZAÇÃO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Em 1989, quando ainda era a fase da aids se disseminando e não havia tratamento específico; havia muitos presos com aids, principalmente por causa da cocaína injetável. Se estudadas a história legislativa brasileira, investigamos que o primeiro diploma a tratar do tema das drogas, ainda que não especificamente, foram as Ordenações Filipinas, de 1603, que em seu título LXXXIX (89), dispunha o seguinte: “Que ninguém tenha em sua casa rosalgar1 , não o venda nem outro material venenoso.”. (Barroso, 2006).

O sintoma da dependência química vai fazer com que o sujeito use a droga até que não tenha controle sobre seu uso, fazendo com que haja um uso exacerbado. Outro sintoma que irá retornar com uso da substância química é a síndrome da abstinência que se manifestam em crises de náuseas, enxaquecas, tremores, alucinações e muitos outros sintomas. A dependência química é uma desordem neurológica que afeta o sistema de recompensa no cérebro, drogas de abuso se apropriam desse sistema tornando as necessidades naturais das pessoas em necessidade de drogas (Laranjeira, 2011).

Cada droga causa um efeito, um risco crônico, uma taxa de dependência, mas todas elas atacam o cérebro em uma região parecida. A droga ativa a região mais central do cérebro, o que é chamado de sistema de recompensa, liberando uma substância chamada dopamina. A dopamina é liberada em diversas situações que são prazerosas ao ser humano, como ao comer, praticar um exercício físico, o mesmo acontece com a droga, ela utiliza esse sistema, a ativação de dopamina no cérebro, de uma forma totalmente artificial e excessiva (Ribeiro,2003).

Os dependentes químicos apresentam-se como uma situação especial de vulnerabilidade, onde tem a sua autonomia reduzida, o que assegura o objetivo fundamental de resguardar sua vida. O

declínio cognitivo explica em parte o insucesso da tentativa de conversas à cerca do tratamento e muitos acham que o dependente está desmotivado e não quer parar, quando na verdade ele não tem capacidade cognitiva íntegra para entender o que você está falando e para planejar sua capacidade de planejamento do tratamento (Rev Bras Enferm., 2015).

DIFERENÇA ENTRE DEPENDENTE E USUÁRIO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a seguinte classificação para aqueles que fazem uso de substâncias psicoativas:

NÃO USUÁRIO: é aquele indivíduo que nunca utilizou qualquer tipo de droga;

USUÁRIO LEVE: o indivíduo que já utilizou drogas, mas que no último mês o consumo não foi diário ou semanal; **USUÁRIO MODERADO:** quem utilizou drogas semanalmente, mas não diariamente no último mês;

USUÁRIO PESADO: usou alguma substância psicoativa diariamente no último mês. (grifo nosso).

Sobre o tema, a Organização das Nações Unidas (ONU) em uma publicação a respeito de saúde pública, sociedade e educação, distinguiu os usuários em quatro tipos

USUÁRIO EXPERIMENTAL ou EXPERIMENTADOR: que é aquele tipo de usuário que se limita a experimentar um ou mais tipos de drogas, por vários motivos como a curiosidade, o desejo por novas experiências, pressão do grupo em que esteja inserido, etc. Na grande maioria desses casos o contato com a droga, não passa das primeiras experiências.

USUÁRIO HABITUAL ou FUNCIONAL: é o usuário que faz uso frequente de drogas. Em suas relações afetivas, profissionais e sociais, já se observa sinais de ruptura. Mesmo assim ainda “funciona” socialmente, embora de forma precária e correndo o risco de dependência. É aquele usuário conhecido vulgarmente como “viciado”.

USUÁRIO DEPENDENTE ou DISFUNCIONAL (dependente, taticômano, drogadito, fãrmaco dependente, dependente químico): é aquele indivíduo que vive pela droga e para a droga, quase que exclusivamente. Como consequência rompe seus vínculos sociais, o que provoca isolamento e marginalização, acompanhados eventualmente de decadência física e moral. (grifo nosso)

Segundo Costa (2009) “todo dependente químico um dia já foi usuário ocasional, mas nem todo usuário se tornará um dependente”, pois a dependência leva em conta diversos fatores, externos e internos, como por exemplo, o tempo de consumo, o tipo de droga ingerida e se o próprio organismo do usuário é vulnerável ou não à substância. Vale ressaltar a respeito do dependente e do usuário, o advento da Lei nº 11.343/200616, também conhecida como a Nova Lei de Drogas, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas (Sisnad), o legislador erroneamente não

diferenciou os dois tipos, dando a eles um tratamento igualitário, que é possível perceber pela simples leitura do art. 3º, I, da referida lei:

Art. 3º O Sisnad tem a finalidade de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com: I - a prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas;

O usuário de drogas ele tem discernimento, sabe que não deve usar droga, ele brinca, pois, percebe que não aconteceu nada, mas, a partir do momento que ele se torna dependente já é um caso de saúde pública; e surgem mais problemas pois, o poder público não oferece um tratamento adequado e precisa então do particular e as clinicas hoje cobram valores absurdos para um tratamento que dura seis meses (Maciel, 2013).

DA INTERNAÇÃO E SUA EFETIVA NECESSIDADE

A Internação Involuntária vem sendo amplamente utilizada no tratamento de dependentes químicos. Sob este aspecto, este tipo de intervenção, se pressupõe que também poderá trazer grandes benefícios à população dependente de álcool e outras drogas, contribuindo para a efetividade e aderência ao tratamento propriamente dito (Maciel, 2013).

Infelizmente uma grande porcentagem dos usuários desiste do tratamento nas primeiras semanas ou nos primeiros meses. É importante para garantir uma maior efetividade, que o tratamento seja mais intensivo nos primeiros tempos, e que outros campos da vida do usuário também sejam ouvidos, isso inclui a família, o trabalho, ou seja, no momento em que o usuário está mais fraco ou mais vulnerável, buscar ajuda e buscar estrutura-lo com o apoio dos familiares e dos profissionais que o assistem (Maciel, 2013).

O gerenciamento é uma ferramenta bastante importante para fazer isso, já que o usuário no começo vai estar sob a supervisão de alguns profissionais, e tem problemas em diferentes campos da vida dele, ele terá um gerente de caso que vai harmonizar os profissionais e que procura mediar conflitos. A Garantia do direito a saúde é de responsabilidade do Poder Público, é importante ressaltar o que nos traz o artigo 2º da Lei 8.212/91, que apresenta os princípios e diretrizes que o Estado deve adotar para a garantia e efetividade do direito à saúde

Art. 1º A Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar o direito relativo à saúde, à previdência e à assistência social. Parágrafo único. A Seguridade Social obedecerá aos seguintes princípios e diretrizes: a) universalidade da cobertura e do atendimento; b) uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; c) seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; d) irredutibilidade do valor dos benefícios; e) equidade na forma de participação no custeio; f) diversidade da base de financiamento; g) caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados (Brasil, 2014).

Ademais, dispõe o artigo 197 da Constituição Federal de 1988:

Art.197: São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (Brasil, 2014).

A saúde é um dever do Estado e está garantido seu acesso pela Constituição Federal em seu texto do qual aduz em seu artigo 196 que a é um dever do Estado garanti-la, e seu acesso é para todos sem que por meio de políticas sociais e econômicas que pretendam reduzir o risco de doença e de outros agravos garantindo participação às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

Outra atualidade/efetividade da dependência química, é a questão das novas formas de enfrentamento, há questões feitas, por exemplo, pela prefeitura de São Paulo. Tivemos durante um tempo na gestão Haddad um programa que se chamava “Braços Abertos”, que era um programa de tentar encaminhar esses indivíduos para profissões, empregos, para ingressar no mercado de trabalho, mas, recentemente vemos uma política mais repressiva, uma abordagem um pouco mais policialesca, por exemplo, com o recolhimento desses indivíduos e a internação compulsória (Silva, 2011). As causas da utilização de drogas são: exclusão social, escapismo e dificuldades para lidar com problemas.

A mutante manicomial avançou muito; antigamente vivíamos em um processo de apartação social das pessoas com dependência química ou principalmente por sofrimento mental. As consequências são: Adoecimento físico e psicológico; adesão aos comportamentos violentos e morte. (Silva, 2011).

De acordo com Mello Filho (2010): “Psicossomática, é uma ideologia sobre a saúde, o adoecer e sobre as práticas de saúde, é um campo de pesquisas sobre estes fatos e, ao mesmo tempo, uma prática de uma medicina integral”.

O Transtorno Psicossomático é um conjunto de sintomas estabelecidos na relação mente - corpo, alterando o estado emocional, refletindo em patologia somática que pode levar ao adoecimento físico, psíquico e espiritual.

Conceitualmente, a Organização Mundial de Saúde define a adesão como:

[...] o grau em que o comportamento de uma pessoa - tomar o medicamento, seguir um regime alimentar e/ou executar mudanças no estilo de vida - corresponde às recomendações acordadas com um prestador de cuidados de saúde.

Essa motivação na área de dependência química fundamenta-se no modelo de Prochaska e DiClemente, que parte da premissa de que o dependente químico passa por diversos estágios de motivação e de prontidão para mudança do comportamento problema (Silva, 2011).

A contenção das drogas ilícitas um sucesso quando compara com o consumo de álcool ou tabaco – drogas lícitas, mas psicoativas e que também causam dependência química, drogas estas, que são usados por pelo menos um quarto da população mundial adulta, causando milhões de mortes todos os anos (Maciel, 2013).

A morte também pode ocorrer devido à diminuição de atividade de centros cerebrais que controlam a respiração. O uso crônico da cocaína pode levar a degeneração irreversível dos músculos esqueléticos, conhecida como rabdomiólise (Maciel, 2013).

MODALIDADE DE INTERNAÇÃO

Um grande problema quando se trata da modalidade de internação no Estatuto da criança e do adolescente, dentro da eca só na parte infracional tem-se três modalidades de internações, cada uma com suas características, requisitos e sua natureza jurídica. De acordo com a Lei nº 10.216, em seu 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).

A primeira modalidade de internação é a internação antes da sentença, que está no art. 108 do estatuto da criança e do adolescente, que poderá ser decretada pelo prazo máximo de 45 dias. Essa é a principal característica da internação antes da sentença, ou seja, prazo máximo de 45 dias e não aceita prorrogação; e essa internação possui uma natureza jurídica de medida cautelar, é como se fosse a prisão preventiva do adulto, enquanto uma pessoa adulta responde a um processo penal, a uma ação penal preso preventivamente, o adolescente pode responder a um procedimento de apuração de ato infracional apreendido provisoriamente (Silva, 2011). A segunda modalidade é a internação como medida socioeducativa, está no art. 112 inciso VI do estatuto da criança e do adolescente. Essa medida socioeducativa de internação e estabelecimento educacional, é uma das seis medidas socioeducativas, lembrando que, todas as medidas socioeducativas estão no art. 112 e a internação e estabelecimento educacional está no inciso 6º; ela tem como principais características três situações, que são de maior importância: (Silva, 2011).

- I** – O prazo máximo da internação e estabelecimento educacional será de 3 anos;
- II** – A cada seis meses no máximo, ocorrerão as reavaliações dessa medida, ou seja, a equipe técnica do local onde o adolescente está cumprindo a medida socioeducativa de internação, encaminhará ao poder judiciário relatórios informando como está o processo socioeducativo do adolescente, e é com base nesse relatório que o juiz decidirá se manterá o adolescente naquela medida, se substitui por outra ou se simplesmente revoga aquela medida que foi imposta;
- III** – Aos 21 anos de idade a liberação será compulsória, lembrando que, aos 21 anos acaba a aplicação excepcional da eca, não existe estatuto da criança e do adolescente em nenhuma circunstância as pessoas maiores de 21 anos (Silva, 2011, p.45).

A terceira modalidade de internação, está no art. 122 inciso 3º que é a chamada internação por descumprimento de medida anteriormente imposta, na prática e no cotidiano jurídico chamamos de internação sansão (Maciel, 2013). Já na Portaria GM nº 2.391, no Art. 3º estabelece que ficam caracterizadas quatro modalidades de internação, quais sejam: **I** - Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI); **II** - Internação Psiquiátrica Voluntária (IPV), **III** - Internação Psiquiátrica Voluntária que se torna involuntária (IPVI) e **IV** - Internação Psiquiátrica Compulsória (IPC). A medida socioeducativa de internação será em estabelecimento educacional.

CLASSIFICAÇÃO E FORMAS DE INTERNAÇÃO

São três tipos de internações psiquiátricas: A internação voluntária é a esperada por todos, onde o próprio paciente tem consentimento ou solicita sua internação ou autoriza sua internação. Há diversos dependentes que possuem consciência sobre a precisão do tratamento e ainda que reincidentes, concordam com a internação. No momento da internação ele vai assinar um documento ao qual diz que ele optou com esse tipo de tratamento. O tempo é determinado pelo próprio paciente quando achar que está melhor, ou quando o próprio psiquiatra determinar a alta do paciente (Laranjeira, 2011).

A internação involuntária na qual o paciente é contra a internação, não há o consentimento, é uma intervenção de uma crise grave, mas terceiros, a família geralmente vai autorizar essa internação. É a internação mais comum, onde o paciente não quer ser internado, pois a crítica dele não está preservada. O paciente quando está em surto interpreta a realidade de outra forma, agindo diferente do que está acontecendo, seu nível de percepção é totalmente anormal. Ele não tem condições de tomar condições de tomar decisões por si próprio, pois sua crítica está prejudicada (Laranjeira, 2011).

Os familiares estão solicitam a internação, onde assinam um termo de responsabilidade e o estabelecimento de saúde que está recebendo o paciente precisa avisar o Ministério Público em até 72 horas de que recebeu uma internação involuntária. Isso é necessário para evitar as internações que ocorriam antes da reforma psiquiátrica, as internações de privação de liberdade desumanas. A alta da internação involuntária se dá quando o próprio psiquiatra achar ser o momento certo ou a família quiser retirar o paciente, onde assinarão um termo de retirada do paciente antes do término, chamada de alta a pedido (Revista De Psiquiatria Clínica, 2009).

A internação compulsória quem determina a internação é a justiça. Não é necessária autorização da família. O juiz é que depois de um pedido formal feito por médico solicitando a internação é que vai determinar que o paciente seja internado, independente do paciente ou a família aceitar. O juiz levará em conta o laudo médico do psiquiatra, analisará as condições de segurança onde o paciente irá ser internado e todo contexto de vida do paciente, visando o melhor para o sujeito (Britto, 2004)

TRATAMENTOS E EFICÁCIA

Não existe uma única razão e nem idade para a utilização de drogas, as pessoas são livres e escolhem experimentar uma droga porque estão estressadas, ansiosas, tristes ou alegres demais;

experimentam para fugir de problemas, aliviar dores da alma e outros apenas por curiosidade. São diversos fatores sociais, biológicos e psicológicos que influenciam a relação de um indivíduo como a determinada droga. É verdade que, nem todos que experimentam se tornam dependentes, porém está cada vez mais arriscado provar sem ter prejuízos (Maciel, 2013). Isso porque as drogas estão cada vez mais potentes com o elevado nível do seu princípio ativo, e outras drogas são extremamente fortes e capazes de alterar o funcionamento do cérebro em pouco tempo como o crack. É bom saber que a dependência química é uma doença e não tem nada a ver com o caráter ou idoneidade das pessoas; são homens e mulheres, adolescentes e até mesmo crianças de todas as classes sociais (Silva, 2011).

A falsa sensação de bem-estar proporcionada pelas drogas diminuem com a intensidade com o passar do tempo, fazendo com que a pessoa passe a usar cada vez mais ou parta para outra substância mais potente para ter os mesmos efeitos. Esta tolerância acontece porque o cérebro se adapta a presença das drogas e sem a substâncias químicas, o corpo se sente mal, o humor muda, estresse e depressão aparecem e a pessoa sofre com a abstinência; e para aliviar essas sensações ruins acabam usando a droga novamente (Amarante, 2010).

Esse comportamento compulsivo interfere em toda a vida da pessoa, os amigos mudam, a família luta contra o desempenho escolar e profissional são prejudicados, a situação econômica fica abalada. O diagnóstico clínico, considera a intensidade da dependência química sendo classificadas em três níveis: leve, moderada e grave (Maciel, 2013).

Há casos em que a internação não chega a ser necessária, quando a dependência tem intensidade em nível leve é indicado tratamento ambulatorial; podemos considerar leve quando o uso de drogas afeta a sua vida, mas ainda não afastou completamente das suas atividades cotidianas como o estudo ou trabalho. Apesar de conflitos ainda mantem o convívio social e familiar relativamente estável. É comum que a pessoa apresente alterações de humor repentinamente (Amarante, 2010).

O tratamento deve iniciar-se diante do diagnóstico de abuso e/ou dependência, que deve ser minuciosamente investigado durante as consultas médicas (Diretrizes 2012).

No início do tratamento é importante que o paciente se conscientize sobre seu problema, conhecendo os efeitos da droga de abuso; que perceba a necessidade de mudar seu comportamento de uso e junto com o terapeuta se prepare para fazer essa mudança (Jungerman & Zanelatto, 2007).

Durante seis meses, o paciente tem equipe de assistência multidisciplinar formada por médicos, psiquiatras, psicólogos e terapeutas especialistas. O projeto terapêutico, é fundamentado na

terapia cognitiva comportamental, que tem foco na mudança do estilo de vida e no controle do comportamento compulsivo, por meio de sessões estruturadas, os terapeutas buscam motivar o paciente a descobrir novas atividades de lazer e satisfação em sua vida (Silva, 2011).

A motivação no tratamento psicológico para os dependentes químicos é outra técnica essencial na prevenção de recaída do paciente. Através da técnica de motivação é possível mensurar se a motivação no paciente se encontra elevada ou diminuída, que são influenciadas por meio de impulsos e necessidades de reforço e punição (Maciel, 2013).

A motivação humana poderá ser compreendida mediante a análise das bases cognitivas e psicológicas do comportamento do paciente (Gazzaniga, 2007).

MECANISMOS DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA NO CÉREBRO

A dependência química é uma desordem neurológica que afeta o sistema de recompensa no cérebro, em uma pessoa saudável o sistema de recompensa reforça os comportamentos que são essenciais para a sobrevivência como: comer, beber, comportamentos sexuais e interação social. Por exemplo, o sistema de recompensa garante que você busque comida quando está com fome, pois sabe que após a refeição se sentirá bem; em outras palavras, ele torna a atividade de comer agradável e memorável para que queira fazer isso sempre que sentir fome (Gazzaniga, 2007).

Drogas de abuso se apropriam desse sistema tornando as necessidades naturais da pessoa, em necessidades de drogas. O cérebro é composto por bilhões de neurônios ou células nervosas, que se comunicam através de mensageiros químicos ou neurotransmissores. Quando um neurônio é estimulado o suficiente, o impulso de potencial de ação é gerado e viaja ao longo do axônio para a terminação nervosa; lá é desencadeada a liberação de um neurotransmissor na fenda sináptica, um espaço entre os neurônios (Gazzaniga, 2007).

O neurotransmissor em seguida, se liga no receptor do neurônio vizinho gerando um sinal nele, transmitindo assim, a informação para esse neurônio. As principais vias de recompensa envolvem a transmissão do neurotransmissor dopamina a partir da área segmental ventral (ATV) do mesencéfalo para o sistema límbico e para o córtex frontal (Gazzaniga, 2007).

Participar de atividades agradáveis gera potenciais de ação neurônios produtores de dopamina no ATV, isso faz com que haja liberação de dopamina pelos neurônios na fenda sináptica em seguida, a dopamina se liga e estimula o receptor de dopamina no neurônio pós-sináptico. Acredita-se que essa estimulação pela dopamina, produza sensações de prazer ou efeito de recompensa.

Moléculas de dopamina são em seguida removidas da fenda sináptica e transportadas de volta para o neurônio transmissor, por uma proteína especial chamada de transportador de dopamina. A maioria das drogas de abuso, aumentam a concentração de dopamina na via de recompensa; algumas drogas como o álcool, heroína e nicotina estimulam os neurônios produtores de dopamina indiretamente na ATV, para que eles gerem mais potenciais de ação (Gazzaniga, 2007).

A cocaína atua na terminação nervosa, ela liga-se ao transportador de dopamina e bloqueia a recepção de dopamina. A metanfetamina é um estimulante que atua de forma semelhante a cocaína no bloqueio da remoção de dopamina além disso, ela pode entrar no neurônio, nas vesículas que contém dopamina provocando a liberação de dopamina, mesmo na ausência de potenciais de ação.

Diferentes drogas agem de maneira diferente, mas o resultado comum é que a dopamina se acumula na sináptica em uma quantidade muito maior do que a normal, isso provoca uma estimulação contínua, talvez, a super estimulação dos neurônios pós-sinápticos sejam responsáveis pela euforia prolongada e intensa, experimentada por usuários de drogas. Exposições repetidas a surtos de dopamina causados pelas drogas, eventualmente dessensibilizam o sistema de recompensa. (Gazzaniga, 2007).

O sistema deixa de responder a estímulos cotidianos, a única coisa que se torna gratificante é a droga. Dessa maneira, as drogas alteram as prioridades da vida da pessoa. Depois de algum tempo, até mesmo a droga, perde a sua capacidade de recompensa e as doses necessárias para atingir o efeito de recompensa são mais elevadas, levando a overdose de drogas.

O processo natural da neurotransmissão dopaminérgica ocorre quando a dopamina é liberada pelas vesículas sinápticas deslocando-se da sinapse por meio dos transportadores de recaptção de dopamina na membrana pré-sináptica. Com a ação da cocaína ocorre a intensificação da neurotransmissão dopaminérgica, dificultando o transporte de recaptção da dopamina, ampliando a concentração sináptica dopaminérgica (Machado; Silva, 2013)

DA INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA FACE AOS PRINCÍPIOS DA LIBERDADE E DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

LEGISLAÇÃO APLICÁVEL AS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS INVOLUNTÁRIAS

A lei 10.216 foi uma luta histórica, que começou em 1978 com a vinda de um precursor da saúde mental que foi Franco Basaglia, um psiquiatra Italiano que visitou o Brasil na década de 70, e comparou o estado da saúde mental no Brasil aos campos de concentração, um verdadeiro holocausto. Naquela época os laços familiares eram cortados, a família não tinha tutela e controle de quem estava naqueles centros de internação (Machado; Silva, 2013)

A ideia hoje é que a família entenda que apesar do sofrimento que os transtornos mentais causam, a família é o principal ponto de referência de cuidado para essas pessoas. Os serviços utilizados hoje colocam a família no centro para oferta de cuidado e recuperação sem o afastamento da família em todo o tratamento. A internação involuntária é descrita como uma internação sem o consentimento do paciente e a pedido da família. Encontra respaldo legal na Lei nº 10.216/01 também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. Há também a Portaria MS/GS nº 2.391/02, que regulamenta as internações psiquiátricas involuntárias. Na Lei nº 10.216/01 da reforma psiquiátrica há regras específicas para a internação, a qual se dá:

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.

De acordo com esta lei são direitos básicos das pessoas portadoras de transtornos mentais sobretudo ser tratado com humanidade e respeito com o cuidado a sua saúde, visando uma recuperação para a volta do paciente para seu grupo familiar, trabalho e sociedade. Além da proteção ser contra abusos e exploração e seu tratamento realizado de forma mais humanitária e menos invasiva possível (Lei nº 10.216, de 6 De Abril de 2001). É necessário salientar que há a necessidade de comunicação ao Ministério Público diante da internação e da alta do paciente. O hospital encarregado da internação que realiza essa comunicação, como forma documental. Além da alta médica há também a possibilidade de retirada do paciente pelos seus responsáveis legais. E o Código Civil define o cônjuge ou companheiro, curador, e em falta de cônjuge ou companheiro deve ser curador a mãe ou o pai e em sua falta o descendente mais apto precedendo os mais próximos aos mais remotos,

ou curador designado pelo juiz, que possuem dever legal de cuidado designado em seu artigo 1.775. (Machado; Silva, 2013)

Há casos em que não há a presença da família no momento, então o médico pode se recusar a dar a alta ao paciente, quando o risco de vida for eminente, conforme o artigo 46º do Código de Ética Médico o qual preceitua a vedação ao médico de efetuar qualquer procedimento médico sem o consentimento do paciente ou responsável, apenas quando não importar perigo de vida (Machado; Silva, 2013)

Logo, nota-se que os princípios éticos da medicina agem com o objetivo de resguardar a autonomia e o livre arbítrio do paciente, mas tem a saúde priorizada do ser humano quando a permissão e aceitação do paciente não pode ser obtido e o estado de saúde revelar risco de morte, autorizando a atuação impositiva do médico (Puccinelli Júnior, 2013).

Como estipulado em lei, a família do dependente tem o poder de fazer a solicitação da internação involuntária, de forma escrita e deve ser aprovado pelo médico de psiquiatria. O psiquiatra e professor da Faculdade de Medicina e coordenador do Grupo Interdisciplinar de Estudos sobre Álcool e Drogas, Arthur Guerra:

De forma geral, a internação involuntária é um procedimento médico realizada no mundo todo há muitos anos, que obedece a critérios super objetivos. A visão médica não vai deixar esse paciente se matar. O médico, no mundo todo, não acha que é um direito do ser humano se matar, pois entende que esse paciente está doente e tem de ser internado. Depois daquele momento de fissura e excesso, quando estiver recuperado, o paciente vai dizer: ‘Obrigado, doutor (Andrade, 2013, online).

A saúde é um dever do Estado e está garantido seu acesso pela Constituição Federal em seu texto do qual aduz em seu artigo 196 que a é um dever do Estado garanti-la, e seu acesso é para todos sem que por meio de políticas sociais e econômicas que pretendam reduzir o risco de doença e de outros agravos garantindo participação às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

O PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E SUA APLICAÇÃO

A humanidade sempre buscou um princípio regulador do mundo; a busca intelectual por um princípio regulador do mundo nas ciências exatas, também se fez sentir nas ciências humanas, e na

ciência jurídica não foi diferente, só que no Direito os juristas conseguiram encontrar com facilidade a pedra fundamental de todo o edifício jurídico (Puccinelli Júnior, 2013).

A dignidade humana deve ser sempre o início e o fim de qualquer processo de interpretação e aplicação do direito; pois como nos adverte imperativo categórico Kanti, o ser humano jamais deve ser visto ou usado como meio para atingir outras finalidades (Puccinelli Júnior, 2013).

Ao falar de dignidade da pessoa humana é importante verificar deliberadamente qual seu significado, o princípio da dignidade da pessoa humana é o núcleo exegético do cenário jurídico brasileiro, um parâmetro orientador, o legislador deve ter por base o princípio da dignidade da pessoa humana, não poderá em nenhuma hipótese ir contra isso. A dignidade da pessoa humana corresponde ao mínimo que a pessoa precisa para sobreviver (Paulo, 2008)

Neste sentido, Luiz Edson Fachin (2008), retrata bem o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana como fundamento constitucional, pois a Constituição trouxe esse princípio com a finalidade de proteção a pessoa e tudo mais deve ser seguido sob as diretrizes do princípio, pois a satisfação desse direito é a preocupação principal no ordenamento jurídico (Paulo, 2008)

Ainda, segundo Luiz Edson Fachin (2008) O princípio da autonomia de vontade, todos tem o direito de escolher como devem viver, desde que não sendo contrário a lei e aos direitos da coletividade. O princípio então demonstra justamente a garantia de sua liberdade satisfeita, não podendo fazer nada que não seja de sua escolha. A dignidade humana possui quatro campos de aplicação prática:

1. Proteção da vida humana;
2. Respeito a integridade física e psíquica;
3. Condições materiais necessárias;
4. Convivência Social Igualitária.

Kanti, já nos dissera que no mundo social existem dois tipos de valores: o preço e a dignidade. As coisas têm preço, mas as pessoas têm dignidade (Paulo, 2008)

A APLICAÇÃO DO PRINCÍPIO DA LIBERDADE AO DOENTE MENTAL

A internação faz pensar que o direito à vida está em conflito com a Liberdade de ir e vir, assim como a Dignidade da Pessoa Humana se contrapõe a Autonomia da Vontade, traduzindo assim um choque de direitos fundamentais (Puccinelli Júnior, 2013)

Nestes casos se faz necessário o questionamento da condição do dependente quanto a sua escolha e liberdade, é o que nos traz as autoras Carla Aparecida Arena Ventura *et al.* (2013):

De forma geral, a convivência em sociedade depende da defesa da liberdade e integridade da vida, considerados direitos humanos fundamentais. Nessa perspectiva, no caso dos portadores de transtornos mentais, podem ser estabelecidos limites a sua liberdade e autonomia, em situações em que o transtorno impede o sujeito de praticar os atos da vida civil e responder pelas consequências advindas do seu agir.

Pacientes com doenças mentais incluindo a dependência química apresentam alguns direitos fundamentados em lei; especificamente a Lei 10.216/2001, uma lei que apesar de bastante controversa, mas que, é uma lei legítima, ampla, adequada, rica, abrangente e merece vários elogios do que críticas. “Dispõe da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”; de modo a ficar cada vez menos hospitalocêntrico, menos limitante e entre várias características coloca como, por exemplo, que as internações só devem acontecer depois de todos os recursos não hospitalares tiverem sido tentadas e se não tiver ocorrido êxito. Quando o acusado que apresenta insanidade mental é internado, de acordo com o art. 99 do Código Penal, o acusado é levado para “estabelecimento dotado de características hospitalares e será submetido a tratamento” (Paulo, 2008)

Essa é uma lei que significou o verdadeiro avanço na saúde mental do Brasil, claro que, alguns itens são criticados, mas todos são respeitados. As orientações dispostas no texto da Lei nº 10.216/2001 determina que o tratamento do sistema de saúde, em qualquer tempo, deve ser humanizado e respeitoso aos doentes mentais.

Mirabete e Fabbrini (2008, p. 213) destacam que:

Determina [...] o art. 98: Na hipótese do parágrafo único do art. 26 deste Código e necessitando o condenado de especial tratamento curativo, a pena privativa de liberdade pode ser substituída pela internação, ou tratamento ambulatorial, pelo prazo mínimo de um a três anos, nos termos do artigo anterior e respectivos §§ 1º ao 4º.

Mirabete e Fabbrini (2008) explicam que a medida de segurança é substituída pelo sistema de troca, ou seja, uma pena pode ser substituída por outra, como o tratamento ambulatorial, a internação, e a forma como expõe os motivos da Lei nº 7.209: “Nos casos fronteiros em que predominar o

quadro mórbido, optará o juiz pela medida de segurança. Na hipótese oposta, pela pena reduzida.” (Mirabete; Fabbrini, 2008, p. 213).

ADEQUAÇÃO DO LUGAR DE TRATAMENTO

Uma das formas de ajudarmos um dependente químico é através da internação. Em primeiro momento, a família deve decidir se realmente vai optar ou não pela internação; a prática e a experiência dizem que mais cedo ou mais tarde dependendo de como esse dependente químico está agindo dentro da família, será necessária uma internação, mas, isso cabe estreitamente ao bom senso da família.

Os locais que oferecem internação devem, principalmente, atender requisitos quanto ao conforto e bem-estar de seus pacientes, pois a percepção do local deve ser a extensão de suas casas, influenciando na busca pela recuperação (Marberry, 1995 *apud* Kasper *et al.*, 2009, p. 2).

Deste modo, tendo analisado espaços semelhantes quanto ao funcionamento e atividades oferecidas, e baseando-se nas Normas Para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil, 1994) e na Resolução RDC 101 (Brasil, 2001), discute-se sobre aspectos fundamentais referentes aos locais de assistência a dependentes químicos. Visto que, a dependência química não tem cura, é um processo que requer tratamento contínuo e, exceto em alguns casos os pacientes ficam isolados por alguns meses até se recuperarem. As clínicas de reabilitação devem procurar manter uma aparência residencial, evitando a impressão de um ambiente hospitalar ou de prisão, de forma que as pessoas o vejam como uma extensão de suas casas (Paulo, 2008)

Uma vez que a família decidiu a internação, logo após, é importante observar e entender a função da internação. A função da internação vai servir para dar um tempo no uso das drogas que o dependente químico está fazendo, ou seja, os seis meses que normalmente é o período que as clínicas oferecem como um tratamento inicial é afastar o dependente químico das drogas, até porque quando o dependente químico está envolvido ele fica com o seu julgamento com a convivência social comprometido (Paulo, 2008).

A clínica de reabilitação é um lugar aparentemente calmo, mas, temido por muitos; lá a vida é enxergada de uma outra forma. Dependentes químicos tentam encontrar na clínica de reabilitação a chance para conseguir se livrar dos vícios (Paulo, 2008)

Existem alguns tipos de clínicas como: clínica masculina e clínica feminina, normalmente elas são separadas, mas, também tem as clínicas voluntária e as involuntárias. A voluntária é para quando o dependente químico ele solicita o pedido de ajuda, então, existem clínicas são feitas para esse tipo de dependente químico, que deseja por livre espontânea vontade ir até uma clínica, tem-se também a clínica involuntária que é onde o dependente químico não tem escolha, ele precisa ir para a clínica; a família acaba entrando em contato com a clínica solicitando que venha um resgate levá-lo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil começa a se endireitar após a aprovação do projeto no Senado, pois, essa nova lei sancionada pelo Presidente da República que determina a internação involuntária de todo dependente químico do nosso país, é o melhor avanço da legislação, porque o dependente químico não tem mais controle sobre a sua vida e não aceitando ir para o tratamento, acaba-se criando a famosa “Cracolândia” por toda a parte do Brasil.

O tratamento involuntário é necessário para salvar vidas de muitos jovens e muitos dependentes. O Presidente Jair Bolsonaro acertou, visto que, essa é a saída; porém, há dependentes químicos que podem curar com três meses, mas, o tratamento adequado é de seis meses para que assim, ele possa sair daquele estágio de sofrimento, em que as drogas ainda se encontram presentes no corpo dele e ele possa começar a refletir para uma nova vida.

Espera-se que a dependência química no Brasil, seja tratada pelos governos como uma questão de saúde pública, e é preciso não só os governantes, mas, a sociedade tem que contribuir, só assim será possível salvar milhares de vidas no nosso país.

REFERÊNCIAS

AITH, M.; GUANDALINI, G. Os santos do capitalismo. *Veja*, p. 59-69, 5 jul. 2007.

AMARANTE, P. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma Psiquiátrica brasileira. *In*: FLEURY, S. (org.). **Saúde e democracia: a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos Editorial, 2010.

ANDRADE, Arthur Guerra. **Internação involuntária para dependentes químicos divide opiniões**. 2019. Disponível em: <http://www.reporterdiario.com.br/Noticia/381210/internacaoinvoluntaria-para-dependentes-quimicos-divide-opinioes/>. Acesso em: 12 set. 2019.

VENTURA, Carla Aparecida Arena. Pessoas portadoras de transtornos mentais e o exercício de seus direitos. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 6, n. 2, 2005. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4025>. Acesso em: 15 set. 2019. (Nota: Adicionados os dados de paginação e o nome oficial da Revista Rene).

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520**: informação e documentação: apresentação de citações em documentos. Rio de Janeiro: ABNT, 2019.

BARROSO, Luís Roberto. **Neoconstitucionalismo e constitucionalização do direito**: o triunfo tardio do direito constitucional. [S. l.: s. n.], 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Geral de Normas. **Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 101, de 30 de maio de 2001**. Brasília, DF: ANVISA, 2001.

BRASIL. [Lei da Reforma Psiquiátrica (2001)]. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência psiquiátrica. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 138, n. 69, p. 2, 9 abr. 2001.

BRASIL. [Código Civil (2002)]. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Brasília, DF: Presidência da República, 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm. Acesso em: 17 set. 2019.

BRASIL. [Lei de Drogas (2006)]. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. 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. Brasília, DF: Presidência da República, [2006]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm. Acesso em: 15 set. 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 05 jun. 2013.

BRITTO, I. A. G. S. Sobre delírios e alucinações. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 6, n. 1, p. 61-71, 2004.

CESAR, B. A. L. **O beber feminino**: a marca social do gênero feminino no alcoolismo em mulheres. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

COSTA, Raul Max Lucas da. **Tensões sociais no consumo de bebidas alcoólicas em Fortaleza (1915-1935):** trabalhadores, boêmios, ébrios e alcoólatras. 2009. Dissertação (Mestrado em História Social) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

GAZZANIGA, M. S. **Ciência psicológica: mente, cérebro e comportamento.** Porto Alegre: Artmed, 2007.

KASPER, A. de A. *et al.* A influência da iluminação como fator de humanização em ambientes hospitalares: o caso das salas de espera e dos corredores hospitalares. *In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE QUALIDADE DO PROJETO NO AMBIENTE CONSTRUÍDO*, 2009, São Carlos. **Anais [...]**. São Carlos: USP, 2009. Disponível em: <http://hope.ly/1yHx2bf>. Acesso em: 2 out. 2019.

LARANJEIRA, Ronaldo. **Drogas lícitas e ilícitas: dependência química.** 2011. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/drogas-licitas-e-ilicitas/dependencia-quimica/>. Acesso em: 2 set. 2019.

MACHADO, B. S.; SILVA, C. A. L. O. **Os malefícios da cocaína.** Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2013. Disponível em: <http://www.uff.br/psienf/cocaina.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

MACIEL, A. L. **Aspectos gerais sobre internação compulsória em saúde mental nos últimos 10 anos:** revisão bibliográfica. Criciúma: [s. n.], 2013.

MARQUES, A. C. P. R. O uso de álcool e a evolução do conceito de dependência e de outras drogas e tratamento. **Revista IMESC**, São Paulo, n. 3, p. 73-86, 2001.

MENEZES, Joyceane Bezerra de; GESSER, Wagner Pinheiro. Dissentimento: ensaio sobre um caso de constitucionalização do direito civil. **Revista do Direito UNISC**, Santa Cruz do Sul, n. 38, p. 95-112, jul./dez. 2012. *Com ralação à obra citada conjuntamente*: Coimbra: Editora Coimbra, 2012. 255 p.

MIRABETE, Julio Fabbrini; FABBRINI, Renato N. **Manual de direito penal.** São Paulo: Atlas, 2008. v. 1, p. 212.

MOTA, L. A. **Pecado, crime ou doença?** Representações sociais da dependência química. 2008. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

NASSIF, Suely Laitano da Silva; TIEPPO, Carla Andréa. Uma decisão comprometedora. **Revista Mente & Cérebro**, São Paulo, n. 31, p. 12-17, 2012.

OLIVEIRA, A. J. **Concepções de tratamento e de dependente de substâncias psicoativas para profissionais de saúde mental.** 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2013.

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. **Superando o manicômio?** Desafios na construção da reforma psiquiátrica. Cuiabá: EdUFMT, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002.

PAULO, Vicente; ALEXANDRINO, Marcelo. **Direito constitucional descomplicado**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2008.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 203-211, 2009.

PUCCINELLI JÚNIOR, André. **Curso de direito constitucional**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

REVISTA LATINOAMERICANA DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL. São Paulo, v. 17, n. 2, p. 342-356, jun. 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/2330/233031563013/>. Acesso em: 1 set. 2019. (Nota: Falta o título do artigo e autores nesta entrada de seu texto original).

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **Evolução do conceito de dependência**. [S. l.: s. n.], 2016.

RIBEIRO, Marcelo; ROMANO, M.; MARQUES, Ana Cecília Petta Roselli. Cocaína: abuso e dependência. In: LARANJEIRA, Ronaldo *et al* (org.). **Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento**. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira, 2003. p. 93-106.

SILVA, C. J. Critérios de diagnóstico e classificação. In: DIEHL, Alessandra *et al* (org.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SILVEIRA, Ignez Camila Filipino da. **Um novo modelo de atendimento aos dependentes químicos**. Juiz de Fora: [s. n.], 2005. Disponível em: [inserir link]. Acesso em: 2 out. 2014.

VARGAS, D. **A construção de uma escala de atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista: um estudo psicométrico**. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.