

INTERNAÇÕES INVOLUNTÁRIAS E DIREITOS HUMANOS: TRAJETÓRIA BRASILEIRA

INVOLUNTARY HOSPITALIZATIONS AND HUMAN RIGHTS: A BRAZILIAN
TRAJECTORY

INGRESOS HOSPITALARIOS INVOLUNTARIOS Y DERECHOS HUMANOS: LA
TRAYECTORIA DE BRASIL

Laerson da Silva de Andrade¹, Marluce Mecheli de Siqueira²

DOI: 10.54899/dcs.v23i89.5375

Recibido: 25/03/2026 | Aceptado: 20/04/2026 | Publicación en línea: 27/04/2026.

RESUMO

Este artigo analisa a trajetória normativa brasileira das internações involuntárias relacionadas ao uso de substâncias psicoativas, com ênfase nas zonas de fricção entre cuidado, tutela estatal e direitos humanos. Ancorado em abordagem documental de inspiração genealógica, o estudo reconstrói as proveniências e emergências dos dispositivos legais e infralegais que, ao longo do século XX e início do XXI, reconfiguraram a relação entre saúde, justiça e controle social. A contribuição central é tornar transparentes as etapas de coleta e análise do corpus normativo, favorecendo a replicabilidade, o ensino e a crítica metodológica. Argumenta-se que a internação involuntária, ao mesmo tempo em que é justificada como proteção à vida, pode operar como tecnologia de gestão de populações vulnerabilizadas, especialmente quando articulada a agendas punitivistas e higienistas. Ao final, discutem-se implicações para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), para a política de drogas e para pesquisas futuras.

Palavras-chave: Internação Involuntária. Política de Drogas. Saúde Mental. Direitos Humanos.

ABSTRACT

This article analyzes the Brazilian normative trajectory of involuntary hospitalizations related to the use of psychoactive substances, with an emphasis on the areas of friction between care, state guardianship, and human rights. Anchored in a genealogical-inspired documentary approach, the study reconstructs the origins and emergences of the legal and infra-legal devices that, throughout the 20th and early 21st centuries, reconfigured the relationship between health, justice, and social control. The central contribution is to make the stages of data collection and analysis of the normative corpus transparent, favoring replicability, teaching, and methodological critique. It is argued that involuntary hospitalization, while justified as protection of life, can operate as a

¹ Doutor em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, Espírito Santo, Brasil.
E-mail: laersonsilva@gmail Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1998-0865>

² Doutora em Ciências Fisiológicas, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, Espírito Santo, Brasil.
E-mail: marluce.siqueira@outlook.com.br Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6706-5015>

technology for managing vulnerable populations, especially when articulated with punitive and hygienist agendas. Finally, implications for the Psychosocial Care Network (RAPS), drug policy, and future research are discussed.

Keywords: Involuntary Hospitalization. Drug Policy. Mental Health. Human Rights.

RESUMEN

Este artículo analiza la trayectoria normativa brasileña de los internamientos involuntarios relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, haciendo hincapié en los puntos de fricción entre la atención sanitaria, la tutela estatal y los derechos humanos. Basándose en un enfoque documental de inspiración genealógica, el estudio reconstruye los orígenes y la aparición de los dispositivos legales e infralegales que, a lo largo del siglo XX y principios del XXI, reconfiguraron la relación entre salud, justicia y control social. La contribución principal es hacer transparentes las etapas de recopilación y análisis del corpus normativo, favoreciendo la replicabilidad, la enseñanza y la crítica metodológica. Se argumenta que la internación involuntaria, al tiempo que se justifica como protección de la vida, puede funcionar como tecnología de gestión de poblaciones vulnerables, especialmente cuando se articula con agendas punitivistas e higienistas. Al final, se discuten las implicaciones para la Red de Atención Psicosocial (RAPS), para la política de drogas y para futuras investigaciones.

Palabras clave: Internamiento Involuntario. Política de Drogas. Salud Mental. Derechos Humanos.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

INTRODUÇÃO

O uso de drogas ou Substâncias Psicoativas (SPAs) que alteram o nível da consciência acompanham a história do desenvolvimento humano, assumindo sentidos terapêuticos, ritualísticos, recreativos e econômicos. De forma que, a fabricação, comercialização e consumo de SPAs constituíam um amplo sistema de comércio transnacional (Carneiro, 2010).

Destaca-se o período das grandes navegações, tempo em que as potências mercantilistas europeias, navegavam para além das Índias, Antilhas e mais vastamente pela Ásia, buscavam não somente ouro e prata. O comércio mercantil dependia fortemente as chamadas especiarias, entre outras como: pimenta, baunilha, cravo, canela, noz-moscada, gengibre (Calvete; Souza, 2020).

Tal como os metais preciosos, a *Canais sativa*, *Erythroxylum coca*, *Papaver* cogumelos alucinógenos e raízes enteógenas pesavam positivamente na balança comercial. Neste contexto, plantas, ervas, raízes, cascas de tronco de arbustos se destacam entre o conjunto de mercadorias

consumíveis entre os não-duráveis que são absorvidos pelo corpo, tal como os alimentos (Carneiro, 2018). Para Marx (2015) a mercadoria é “antes de tudo, um objeto externo, uma coisa, a qual pelas suas propriedades satisfaz necessidades humanas de qualquer espécie. A natureza dessas necessidades, se elas se originam do estômago ou da fantasia, não altera nada na coisa.”

Essa condição era impulsionada pelo consumo hipertrofiado e de um fetichismo da mercadoria droga, ou seja, a perda da autonomia de si no vício, em especial das elites europeias (Carneiro, 2018). A exemplo é o **láudano** (preparo à base de **ópio**) **era comumente usado para tosse e dor. Posteriormente, o mesmo ópio circularia em forma de heroína nos círculos mais distintos europeus.**

Silva (2013) aponta o descompacto contrastante sobre a “economia política da droga” entre Estados Unidos da América (EUA) e as potências europeias. Até 1914, as pretensões puritanas dos EUA não convenciam as potências nacionais a adotar ações que restringissem a circulação de drogas, pois, o resultado seria a perda de lucros das empresas farmacêuticas, bem como a interrupção de acordos mercantis entre Europa, África e Ásia.

Entretanto, após a 1ª Guerra Mundial, as nações europeias enfraquecidas pelo conflito e, portanto, sem condições de fazer frente ao poderio econômico americano, cedem e aderem a uma política internacional, militarizada e criminal sobre drogas elaborada pelos EUA. Em 1919, entra em vigor o *Harrison Narcotics Act*, seu foco era limitar a imigração e sua suposta ameaça a cultura americana, assim, associavam a mexicanos à *Canais sativa*, chineses ao ópio, negros à cocaína e o álcool aos imigrantes pobres europeus (Silva, 2013). Wacquant (2001) aponta que a legislação de drogas é responsável por 61% da população carcerária americana, em especial de negros e hispânicos e pobres.

No Brasil, Boiteux e Wiecko (2009) evidenciam que 61,5% dos encarcerados por crime de tráfico respondem ao processo individualmente, ou seja, foram presos sozinhos e, que, 66,4 % são réus primários. Já no intervalo entre 2007 e 2012, observa-se a elevação de 111 % da população carcerária condenados por tráfico, constituindo assim, 25% de toda a massa penitenciária no Brasil (Boiteux, 2014).

Para Zaccone (2012), uma política de drogas orientada pelo combate e na eleição de “alvos” a serem eliminados, potencializam o poder punitivo do Estado. Essa lógica, por vezes, acaba por atingir agentes, estruturas e instituições. No tocante, a saúde dos portadores de transtornos mentais, historicamente, as estruturas estatais de assistência se confundiam as estruturas jurídicas penais. O manicômio se assemelha ao presídio e o tratamento, paralelamente,

era aplicado como pena (Foucault, 2014).

Neste contexto, na modernidade, a circulação de SPAs passou a ser progressivamente objeto de regulação moral, sanitária e penal, produzindo regimes de verdade sobre usuários, dependência e perigo social. No Brasil, tais regimes se expressam, de modo particularmente sensível, no instituto da internação involuntária, medida situada na fronteira entre assistência à saúde e restrição de liberdade.

Portanto, a política de drogas baseada em tais termos constitui uma das principais barreiras para a garantia dos direitos humanos. Assim, é relevante a análise do encontro sistemático entre o conjunto de saberes do Direito e da Saúde, por mais que esses venham orbitar em trajetórias diferentes, existem intersecções as quais são evidenciadas em contextos que demandam novas compreensões acerca dos instrumentos jurídicos e das práticas de saúde que asseguram os direitos fundamentais, logo surgem microssistemas jurídicos (Ribeiro, 2012).

O núcleo da análise do presente estudo é a relação histórica entre Direito e Saúde presente nas internações involuntárias de portadores de transtornos mentais oriundos do uso e abuso de drogas previstas na lei que respaldam tal medida terapêutica, pois tal modalidade possui uma relação limítrofe entre a ruptura de direitos referentes a dignidade humana, liberdade e assistência à saúde.

PROBLEMA E QUESTÃO DE PESQUISA

Apesar de a internação involuntária ser mobilizada como recurso terapêutico para situações de risco, suas bases normativas e seus deslocamentos históricos nem sempre são explicitados em pesquisas e documentos de política pública. Isso dificulta o debate sobre validade, proporcionalidade, garantias de direitos e alternativas extra-hospitalares. Pergunta-se: como se constitui, no plano normativo, a trajetória brasileira das internações involuntárias associadas ao uso de SPAs, e quais são as implicações desse percurso para a proteção de direitos humanos na saúde coletiva

METODOLOGIA

Desenho do estudo. Estudo documental, de natureza histórico-analítica, complementado por revisão bibliográfica. A unidade de análise é o dispositivo normativo (leis, decretos, portarias

e resoluções) que regula internações, saúde mental e política de drogas, com foco na internação involuntária.

O corpus normativo foi constituído a partir de consultas aos repositórios oficiais de legislação federal e saúde: 1) Sistema de Informação do Congresso Nacional; 2) Rede de Informação Legislativa e Jurídica e 3) Pesquisa nas Bases Históricas de Legislação.

O estudo foi realizado na biblioteca setorial do Centro de Ciências da Saúde (BS-CCS) utilizando-se os seguintes termos: Internações Involuntárias, Internação Voluntária, Internação Compulsória e Internação Psiquiátrica.

Procedimentos de análise. Os documentos foram ordenados cronologicamente e analisados em duas camadas: (1) leitura jurídico-descritiva (conceitos, atores autorizados a requerer internação, prazos, garantias e instâncias de controle); (2) leitura genealógica (proveniências e emergências), identificando deslocamentos entre repertórios sanitários, morais e penais. Como estratégia de transparência, apresenta-se a seguir um quadro-síntese do corpus analisado.

Quadro 1 - Marcos normativos e sentidos predominantes.

Ano	Norma	Dispositivo e/ou definição	Sentido predominante e/ou implicações
1934	Decreto nº 24.559	Profilaxia mental; internação de “psicopatas” e “toxicômanos” por família, polícia ou juiz.	Amplia tutela e controle; aproxima assistência e coerção.
1938	Decreto-lei nº 891	Toxicomania como doença de notificação; veda tratamento domiciliar; internação por “ordem pública”.	Sanitarismo-policial; risco de arbitrariedade e estigma.
1940	Decreto-lei nº 2.848	Criminaliza condutas relacionadas a entorpecentes.	Reforça matriz punitiva e seletividade penal.
1971	Lei nº 5.726	Internação como medida substitutiva/atenuante em contexto penal.	Psiquiatrização do conflito penal; tutela sob racionalidade de segurança.
2001	Lei nº 10.216	Internação apenas quando recursos F insuficientes; laudo circunstanciado; direitos do usuário.	Marco antimanicomial; centralidade de cuidado territorial e reinserção.
2006	Lei nº 11.343	Política de drogas; distinção usuário/traficante (com disputas práticas).	Tensão entre saúde e punição; efeitos sobre encarceramento.
2019	Lei nº 13.840	Regras específicas para internação involuntária do dependente; duração máxima de 90 dias; avaliação e alternativas.	Reconfigura institutos; amplia papel de serviços e agentes públicos; exige debate de garantias.
2019	Decreto nº 9.761	Aprova Política Nacional sobre Drogas.	Reorientações normativas; disputa de modelos (abstinência, RD, CTs, etc.).
2023	Portaria GM/MS nº 757	Revoga Portaria GM/MS nº	Reacomoda diretrizes da RAPS; reposiciona

Nota: Elaborado pelo próprio autor.

Fonte: Sistema de Informação do Congresso Nacional, 2026.

Este estudo parte da influência Foucaultiana ao buscar resgatar às Proveniências presentes na trajetória das internações involuntárias. A análise da *Herkunft* (Proveniências) deve mostrar o jogo e as estratégias das forças sociopolíticas e seus discursos e práticas, bem como as circunstâncias adversas que as envolvem (Foucault, 2005). A análise das Emergências (*Entstehung*) é a decomposição das forças; “é sua interrupção, o salto pelas quais elas passam dos bastidores para o teatro, cada uma com sua vigor e sua juventude” (Foucault, 2005).

Neste contexto, é essencial compreender o desenvolvimento dos discursos que envolvem, legitimam ou que geram rupturas referentes a internação involuntária, com a busca de uma proveniência e emergência, possibilitará uma trajetória de pesquisa capaz de compreender as tramas intrigadas da Saúde Mental.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Internações Voluntárias, Involuntárias e Compulsórias

A distinção entre internação voluntária, involuntária e compulsória é central para delimitar o grau de restrição de autonomia. A Lei nº 10.216/2001 sistematiza as modalidades e condiciona a internação à insuficiência de recursos extra-hospitalares, reafirmando direitos e vedando instituições de caráter asilar.

Segundo o Art. 6º da referida lei, a internação é estabelecida como medida de segurança. Definem-se três modalidades de internação dentre elas: 1) Voluntária: a pessoa que solicita voluntariamente sua internação por meio da declaração que o mesmo optou por esse modelo de tratamento; 2) Involuntária aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro (pai, mãe, cônjuge ou responsável legal; 3) Internação compulsória, aquela determinada pela Justiça (juiz competente) (Brasil, 2001).

As Internações Voluntárias, Involuntárias e Compulsórias Frente à Legislação Brasileira

Por mais que o uso abusivo de drogas seja considerado um problema de saúde pública no Brasil, são escassos os estudos sobre a eficácia e eficiência da internação sobre a saúde de portadores de transtornos mentais ou usuários de SPAs (Filho; Messeder, 2014). O uso de drogas é uma manifestação antiga presente na humanidade. No entanto, as internações compulsórias e involuntárias, quando comparadas como o largo histórico do uso das SPAs, tornam-se fatos recentes.

Em 1789 Benjamin Rush, referência para a psiquiatria norte americana, define o uso disfuncional da bebida alcoólica como um transtorno de vontade do espírito. Nesse contexto, o indivíduo portador de tal transtorno não seria possuidor de discernimento e vontade própria, sendo passível a retirada de sua autonomia pela sociedade ou Estado (Lima; Abreu; Moreira, 2007).

No século XIX, o foco volta-se as outras SPAs, especialmente devido a tal panorama Guerra do Ópio (1839-1860), observa-se então o início das proibições do uso de substâncias psicoativas, bem como a diferenciação das drogas ilícitas e lícitas. De forma que, o encontro entre o Direito e a Saúde se torna perceptível por meio de leis, portarias e regulamentos (Silva, 2013).

Entretanto, foi com o psiquiatra e criminalista Cesare Lombroso que associação entre os transtornos mentais e criminalidade se estabeleceu no direito. Partindo das bases teóricas de Charles Dawin e de extensas pesquisas empíricas, que envolvia a análise de traços físicos e mentais de indivíduos encarcerados, doentes mentais e soldados, inaugura a Antropologia Criminal. Sua conclusão era que o criminoso é vítima de influências hereditárias, em consequência disso o criminoso foi equiparado a um doente mental, e não poderia responder por seus atos por lhe faltarem forças para lutar contra os ímpetus naturais (Lombroso, 2013).

As conclusões de Lombroso, incrementaram as bases da eugenia e higiene social. Esse processo levou a criminalização e encarceramento daqueles que se enquadravam em determinadas características físicas e de comportamento (sexualidade, demências, moral, anomalias cranianas), assim, profilaxia social ganha uma justificativa legal e “científica” (Carrara, 1998).

Historicamente, a profilaxia social determinou várias políticas públicas de saúde, ignorando os cenários de desigualdade social. De modo que, a elite econômica e política,

encontrara na eugenia e higiene social, as soluções para os resíduos e desajustes sociais das transformações capitalistas contemporâneas (Carrara, 1998).

No Brasil, o expoente deste movimento foi a Liga Brasileira de Higiene Mental que inspirada pela psiquiatria Alemã e Americana, passa a atuar junto ao Estado brasileiro para normatizar a sociedade, com o objetivo de gerar uma nação forte e mentalmente saudáveis, escamando assim da infiltração de nova dose de sangue mongólico (Moreira-Almeida; Almeida; Neto, 2005).

Na década de 1930, iniciam-se os movimentos do Estado em estabelecer as disposições inspiradas na profilaxia mental. Até 1934, o Estado brasileiro não possuía uma norma jurídica que estabelecesse a internação involuntária, e ainda o poder público não estava responsabilizado pela assistência a portadores de transtornos mentais e a usuários de drogas. Como destaca Ducatti (2009) o aparato jurídico do governo de Getúlio Vargas foi direcionado aos cidadãos vulneráveis, a exemplo disso está os as internações compulsórias relacionadas à hanseníase na década de trinta: “a política da era Vargas garantiu ao capital e as elites o encarceramento de pessoas consideradas como não produtivas”.

[...]

Art. 9º Sempre que, por qualquer motivo, fôr inconveniente a conservação do psicopata em domicílio, será o mesmo removido para estabelecimento psiquiátrico.

Art. 10. O psicopata ou o indivíduo suspeito que atentar contra a própria vida ou a de outrem, perturbar a ordem ou ofender a moral pública, deverá ser recolhido a estabelecimento psiquiátrico para observação ou tratamento.

Art. 11 A internação de psicopatas toxicómanos 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.

§ 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 internando há menos de 7 dias contados da data do requerimento.

§ 3º A internação no Manicômio Judiciário far-se-há 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).

O Decreto-lei nº. 891, de novembro de 1938, avança sobre os direitos dos usuários de

SPAs consolidando a estigmatização e estereotipização (Olmo, 1990). E equipara a autoridade sanitária de saúde a força policial

[...]

Artigo 27. A toxicomania ou a intoxicação habitual, por substâncias entorpecentes, é considerada doença de notificação compulsória, em caráter reservado, à autoridade sanitária local.

Art. 28. Não é permitido o tratamento de toxicômanos em domicílio.
(Brasil, 1938).

Além disso, o decreto de nº 891 de 1938 estabelece a possibilidade de internação por interesse público. Sendo o uso de substâncias crônico e não existindo limites para o entendimento e interpretação da *“conveniente à ordem pública”, qualquer usuário é passível da ação do Estão ou agente público.*

[...] Art. 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 obrigatória se 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.

(Brasil, 1938).

As décadas de 1930-40, na historiografia e caracterizada pela ascensão de regimes totalitários pelo mundo (Itália fascista, Alemanha nazista, Portugal salazarista e o Japão imperialista), o Brasil getulista não foi diferente. A aplicação da eugenia e higiene social se dava por meio da criminalização com o aprimoramento do aparato jurídico.

Chama à atenção a multiplicação dos verbos criminalizante: portar, transportar, oferecer, comercializar, vender, plantar e trazer consigo, não só no Brasil, mas também em diversos países que adotam uma política repressiva (Zaffaroni, 1997; silva, 2011). Segundo o Decreto 2.848 de 7 de dezembro de 1940, que instituiu o novo Código Penal do Brasil se pautava pela conduta cada vez mais repressiva:

[...]

Art. 281. Importar ou exportar, vender ou expor à venda, fornecer, ainda que a título gratuito, transportar, trazer consigo, ter em depósito, guardar, ministrar ou, de qualquer maneira, entregar a consumo substância entorpecente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar: Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, de dois a dez contos de réis.

(Brasil, 1940).

No início da década de 1970, a Lei 5.726 de 1971 dispôs sobre medidas preventivas e repressivas a usuários de substâncias entorpecentes caso estejam envolvidos com atos criminosos. Para tais casos a internação involuntária era recomendada no lugar da pena de privação de liberdade, sendo a justificativa a perda de discernimento o que tornava o indivíduo incapaz de julgar e de ser responsabilizado pelos seus atos:

[...]

Art 9º Os viciados em substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, que praticarem os crimes previstos no art. 281 e seus §§ do Código Penal, ficarão sujeitos às medidas de recuperação estabelecidas por esta lei.

Art 10. Quando o Juiz absolver o agente, reconhecendo que, em razão do vício, não possui êste a capacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, ordenará sua internação em estabelecimento hospitalar para tratamento psiquiátrico pelo tempo necessário à sua recuperação

Art 11. Se o vício não suprimir, mas diminuir consideravelmente a capacidade de entendimento da ilicitude do fato ou de autodeterminação do agente, a pena poderá ser atenuada, ou substituída por internação em estabelecimento hospitalar, pelo tempo necessário à sua recuperação.

(Brasil, 1970).

As políticas públicas de drogas consolidaram-se, no século XXI, como uma questão a ser solucionada pelo conjunto dos sistemas de saúde e segurança pública. Essa associação, atrelada a lógica de guerra as drogas alimentou o crescimento estatal sobre os setores vulneráveis da sociedade.

Lei 10. 216/2001

Atualmente a norma jurídica que respalda as modalidades de internação psiquiátrica de dependentes químicos é a Lei 10.216/2001, que surge dos esforços que buscam superar a relação manicômios e doentes mentais. Resultante da Reforma psiquiátrica, a Lei 10.216 é inovadora ao estabelecer ao poder público a responsabilidade no que tange o tratamento e a constituição de políticas públicas de inserção social.

[...]

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

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.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

(Brasil, 2001).

Ao garantir os direitos dos portadores de transtornos mentais é traçado como elemento fundamental, no Art. 4º, que a internação será aplicada nos casos em que os mecanismos extra hospitalares se mostrem insuficientes, devendo ser apresentado um laudo médico, circunstanciado que caracterize os seus motivos (Brasil, 2001).

Logo, compreende-se que a internação involuntária e compulsória possui efeitos terapêuticos sobre a saúde e a manutenção e proteção da vida do portador de transtornos mentais. Entretanto, a linha tênue entre terapia e violação de direitos fundamentais, fez com que fosse adotado critérios mais rígidos para essas intervenções como, a detecção do risco de “*overdose*”, auto e heteroagressão e comorbidade mental grave (Conselho Federal de Medicina, 2013).

O Punitivismo e seus Impactos na Política de Saúde Mental

A crítica dirigida à legislação de drogas diz respeito às práticas excludentes dirigidas aos usuários e dependentes, uma vez que a porta de inclusão é justamente a punição que afasta o indivíduo das instituições de cuidado e atenção especializados.

A emblemática intervenção ocorrida em 3 de janeiro de 2012, as cenas exibidas pelos jornais brasileiros, mostravam a cavalaria, agressões, uso excessivo da força policial que resultaram em 200 pessoas pressas (British Broadcasting Corporation Brasil, 2012; Folha de São Paulo, 2012). A ação foi contestada pelo Ministério Público de Estado de São Paulo que moveu uma ação civil pública contra o Governo do Estado de São Paulo (São Paulo. Ministério Público, 2012).

Os promotores demonstram que a operação não conseguiu quebrar a logística do tráfico, principal justificativa para a iniciativa. Dados levantados pelos promotores mostram que, a operação resultou na prisão de 200 pessoas, apreensão de 1,7 kg de cocaína, o que corresponde

9% de tudo o que foi apreendido na região no ano passado. A apreensão de maconha não ultrapassa 8,5% do que foi apreendido em 2011 na cracolândia. A conclusão foi que a ação policial foi um mero exercício higienista (São Paulo. Ministério Público, 2012).

As imagens frequentemente veiculadas pela mídia reforçam a imagem do dependente químico atrelado a atos criminosos, mas, a Pesquisa Nacional de Uso de Crack realizada em 26 capitais e que entrevistou 7.381 usuários de crack identifica que, 64,9% obtêm renda por meio de trabalho autônomo ou esporádico; 12,8% de esmolas; 8,2% do trabalho regular sem carteira assinada e apenas 6,4 % relatam praticar o tráfico como forma de obtenção de renda (*Bastos; Bertoni, 2014*). Portanto, tal cenário não é compatível como ações levadas a cabo por instituições públicas baseadas em repressão.

Bastos e Bertoni (2014) apontam um dos pontos críticos, o baixo acesso desse público aos serviços de saúde de saúde mental. Os Centros de apoio Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS-AD) são os mais acessados por 6,3% dos usuários de crack. Pela ordem seguem Comunidades Terapêuticas (4,2%), Clínica especializada (3,8%) e, em fase de extinção, os Hospitais Psiquiátricos (3,6). Esse cenário contrasta com o desejo de 80% dos afetados pela dependência química do crack de ingressar em um programa de tratamento.

Em sentido contrário, está a busca por serviços ofertados pela rede pública e suplementar, os mais procurados foram aqueles de cunho social, além dos serviços de atenção à saúde, não necessariamente voltados ao tratamento da dependência química, entre eles, unidades básicas de saúde (20%) e dos serviços de assistência social (12,6) e Emergência (11,6%) (*Bastos; Bertoni, 2014*).

Isso mostra que a primeira necessidade dos dependentes químicos não passa pela abstinência da droga, mas sim, pelo acesso a atenção à saúde. Assim, as estratégias de redução de danos e os consultórios de rua são essências, uma vez que, buscam estabelecer vínculos entre populações marginalizadas e atuam como porta de entrada as políticas públicas de saúde (Filho; Messeder, 2014).

Tais informações sinalizam qual deve ser a orientação da política de drogas brasileira. A propósito disso está o afastamento do sistema jurídico penal e a aproximação das instituições e o fortalecimento das ações em saúde e seguridade social, com vistas à supressão dos danos gerados pela guerra as drogas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tais propostas significam um grande retrocesso, visto que, a própria lei de drogas 11.343, se interpretada corretamente, não coloca pena sobre o usuário ou dependente. Logo, para Szasz (1978 apud Pereira, 2013, p. 241) o que se coloca frente ao usuário o modelo “jurídico-terapêutico-punitivo-prisional” no qual a arbitrariedade da lei articula-se com o conhecimento psiquiátrico. Isso coloca o exercício da Saúde Mental e da Psiquiatria como promotoras de não assistência e mecanismos de cerceamento dos direitos e dignidade humana, tal como os anos anteriores a Reforma Psiquiátrica.

A política brasileira de drogas balizada pelo código penal mostrou-se violadora dos direitos humanos, uma vez que, trata de forma punitivista um ato de foro íntimo e de escolha pessoal, bem como, legitima por si só a negação de direitos fundamentais do indivíduo perante o estado.

Por mais que, a Lei 11.343 diferencie usuários de traficante, a prática da aplicação da norma jurídica trouxe efeito contrário. O aumento do encarceramento pelo crime de tráfico é mais um indício da falência do modelo proibicionista. Isso mostra que é necessário um contato maior com realidade dinâmica das drogas.

Ao adotar ações públicas que despenaliza o uso de substâncias psicoativas, é garantido aquele indivíduo que possui uma relação nociva com as drogas, a ter acesso aos estabelecimentos promotores de saúde e de garantias sociais, assim, constituímos mecanismos capazes de reverter os danos deletérios da dita “Guerra as Drogas”.

O percurso da constituição do modelo proibicionista estudado aqui e a perspectiva de retrocessos nas ações públicas e estatais sobre drogas, percebe-se que esses processos são originados de construções políticas e econômicas, de forma que, as leis e conceitos jurídicos não surgem de forma isolada de um segmento diante uma problemática social emergente. Assim, aquém se propõe a discussão e reflexão temática sobre as drogas e a garantia dos Direitos Humanos deverá estar atento ao cenário atual do Brasil.

REFERÊNCIAS

BASTOS, F. I.; BERTONI, N. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Fundação Oswaldo Cruz, 2014.

BOITEUX, L.; WIECKO, E. **Tráfico de drogas e constituição: um estudo jurídico-social do art. 33 da lei de drogas e sua adequação aos princípios constitucionais penais**. Brasília: Ministério da Justiça, 2009.

BOITEUX, L. Drogas e cárcere: repressão às drogas, aumento da população penitenciária brasileira e alternativas. In: SHECAIRA, S. S. **Drogas: uma nova perspectiva**. São Paulo: IBCCRIM, 2014.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 28 fev. 2026.

BRASIL. **Decreto nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 28 fev. 2026.

BRASIL. **Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934**. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas. **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 jun. 1934. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 28 fev. 2026.

BRASIL. **Decreto-lei nº 891, de 25 de novembro de 1938**. Lei de Fiscalização de Entorpecentes. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 nov. 1938. 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: 28 jan. 2026.

BRASIL. **Lei nº 5.726, de 29 de outubro de 1971**. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-5726-29-outubro-1971-358075-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 28 fev. 2026.

CALVETE, C. S.; SOUZA, T. S. História e formação do mercado das drogas. **Revista de Economia**, v. 41, n. 76, p. 401-429, 2020.

CARNEIRO, H. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. **Revista Outubro**, n. 6, p. 115-128, 2010.

CARRARA, S. **Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século**. Rio de Janeiro/São Paulo: EDUERJ/EDUSP, 1998.

COELHO, R. D. Ação na Cracolândia impulsiona tráfico ambulante. **BBC Brasil**, São Paulo, 3 fev. Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2012/02/120202_crack_abre_rc. Acesso em: 28 ago. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 2.057, de 12 de novembro de 2013**. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2013/2057_2013.pdf. Acesso em: 28 fev. 2026.

DUCATTI, I. A hanseníase no Brasil na era Vargas e a profilaxia do isolamento compulsório: estudos sobre o discurso científico legitimador. Tese – Universidade de São Paulo, 2009.

- FILHO, N. A.; MESSEDER, M. L. Exclusão ou desvio? Sofrimento ou prazer? In: TAVARES, L. A.; ALMEIDA, A. R. B.; FILHO, A. N. **Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo**. Salvador: EDUFBA, 2004.
- FOLHA DE SÃO PAULO. Polícia prende quase 200 na Cracolândia, mas tráfico continua. São Paulo, 3 fev. Disponível em: folha-de-spaulo/20120202/282226597617931. Acesso em: 28 fev. 2026.
- FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. 10. ed. São Paulo: Perspectiva, 2014.
- FOUCAULT, M. **Ditos e escritos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2005.
- LIMA, J. M. B.; ABREU, A. M.; MOREIRA, F. D. L. **Ecologia: o alcoolismo na perspectiva da saúde pública**. Minas Gerais: MEDBOOK, 2007.
- LOMBROSO, C. **O homem delinquente**. 2. ed. São Paulo: Ícone, 2013.
- MARX, K. **O Capital: crítica da economia política**. Livro 1. São Paulo: Boitempo, 2015.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; DE ALMEIDA, A. A.; NETO, F. L. História da “loucura espírita” no Brasil. **REVER**, v. 16, n. 1, p. 5–25, 2005.
- OLMO, R. D. **A face oculta da droga**. Rio de Janeiro: Revan, 1990.
- PEREIRA, S. C. D. A criminalização da loucura no modelo dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. **Revista SJRJ**, v. 20, n. 37, p. 239-249, 2013.
- RIBEIRO, B. S. A nova era dos microsistemas jurídicos. **Âmbito Jurídico**, v. 15, n. 103, 2012. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br>. Acesso em: 28 mar. 2026.
- SÃO PAULO. Ministério Público do Estado de São Paulo. Ação civil pública contra o governo do estado de São Paulo. Inquérito Civil MP nº 14.279.003/2012-0, 2012. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br>. Acesso em: 4 abr. 2026.
- SILVA, L. L. **A questão das drogas nas relações internacionais: uma perspectiva brasileira**. Brasília: FUNAG, 2013.
- WACQUANT, L. J. D. **Punir os pobres: a nova gestão da miséria nos Estados Unidos**. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 2001.
- ZACCONE, O. Combate às drogas e o respeito aos direitos humanos. In: **Conferência Internacional de Direitos Humanos**, 2012. Disponível em: <https://goo.gl/3aHRm2>. Acesso em: 28 fev. 2026.
- ZAFFARONI, E. R. La filosofía del sistema penitenciario en el mundo contemporáneo. **Themis: Revista de Derecho**, n. 35, p. 179-191, 1997.