

“Internação Compulsória no Tratamento dos Problemas Relacionados ao Uso de Substâncias: a saúde mental entre a humanização e o populismo manicomial”

Cristiano Avila Maronna¹

1. Introdução: 2. Cuidar sim, excluir não: a luta antimanicomial em favor da humanização da saúde mental; 3. A internação psiquiátrica como medida *in extremis*, por sua natureza de *ultima ratio*; 4. A Resolução 487/2023 do CNJ; 5. As hipóteses legais de internação compulsória; 6. O populismo manicomial na política de drogas; 7. Considerações conclusivas.

1. Introdução

Ano que vem, teremos eleições para escolher Prefeitos e Vereadores. Um dos temas mais frequentes no debate público é: qual a melhor forma de tratar pessoas que desenvolvem problemas de saúde em razão do uso de substâncias?

A massificação da internação compulsória de usuários problemáticos de drogas, especialmente os que vivem em situação de rua e frequentam cenas públicas alcunhadas como “Cracolândias”, vem sendo defendida como o desenho de solução adequada para fazer frente ao problema do abuso e da dependência de drogas.

A política de saúde mental, definida na Lei nº 10.216/01 (Lei Antimanicomial) e, de forma complementar, na Lei nº 11.343/06 (Lei de Drogas), notadamente após a alteração promovida pela Lei nº 13.840/19, restringe a aplicação da internação apenas a situações excepcionais e somente enquanto for estritamente necessária, consagrando como regra o tratamento em liberdade e de base territorial e comunitário. De acordo com o ordenamento jurídico pátrio, somente o médico pode decretar a internação, exceto na hipótese de medida de segurança, espécie do gênero sanção penal.

A demanda pela massificação do confinamento travestido de “tratamento de saúde” segue uma lógica política largamente majoritária na opinião pública e no sistema de justiça, que

¹ Advogado, mestre e doutor em direito penal pela USP, diretor da Plataforma Justa, membro da Rede Reforma e do coletivo Repensando a Guerra às Drogas, autor de “Lei de Drogas interpretada na perspectiva da liberdade” (Ed. Contracorrente, 2022).

ignora as balizas da reforma psiquiátrica inscritas na Lei nº 10.216/01 em nome do populismo manicomial. O pânico moral que está na raiz do proibicionismo é muito útil para os políticos, porque esse tipo de discurso costuma tirar o foco do debate público a respeito da incapacidade estatal de tornar concretos direitos sociais previstos na Constituição, como saúde, segurança, habitação, transporte, cultura, etc.

Quando apelidamos cenas públicas de uso de drogas de “Cracolândias”, apontamos o dedo acusatório para a substância, que personifica o mal e joga sombra na exclusão social. Se o problema é a droga, então não importa que grande parte desse contingente de usuários tenha previamente passado pelo sistema sócio-educativo e/ou prisional, que seja majoritariamente composto por pessoas negras economicamente hipossuficientes, que só conheçam a face penal máxima do estado mínimo das pregações neoliberais. A guerra contra as drogas ajuda a eleger e a reeleger, eleição após eleição, quem defende a violação de direitos por parte do próprio Estado.

Recentemente, o Prefeito do Rio de Janeiro defendeu a internação forçada como prevenção ao crime praticado por “pessoas nas ruas”:

“Já determinei ao Secretário @danielsoranz que prepare proposta para que possamos implantar no Rio a internação compulsória de usuários de drogas. Não é mais admissível que diferentes áreas de nossa cidade fiquem com pessoas nas ruas que não aceitam qualquer tipo de acolhimento e que mesmo abordadas em diferentes oportunidades pelas equipes da prefeitura e autoridades policiais, acabem cometendo crimes. Não podemos generalizar mas as amarras impostas às autoridades públicas para combater o caos que vemos nas ruas da cidade, demanda instrumentos efetivos para se evitar que essa rotina prossiga”².

O Prefeito de São Paulo, na mesma linha, defendeu a internação compulsória de usuários de crack com mais de cinco anos de consumo da droga³.

Um ex Prefeito de São Paulo fez pior: ajuizou medida judicial incidental de natureza cautelar em ação do Ministério Público para apurar violação de direitos humanos por parte da Guarda Civil na região central da capital paulistana, para que agentes de saúde fossem autorizados a caçar dependentes de drogas nas ruas, sequestrá-los, levá-los a um médico, que deliberaria sobre a necessidade de internação. Espantosamente, a tutela antecipada foi inicialmente concedida e logo depois cassada em segundo grau, porque concedia à municipalidade “carta

² <https://x.com/eduardopaes/status/1726951986531107255?s=20>, acesso em 21/11/23.

³ <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2023/01/13/prefeito-de-sp-defende-internacao-compulsoria-para-usuarios-com-mais-de-cinco-anos-de-consumo-de-crack.ghtml>, acesso em 21/11/23.

branca para eleger quem é a pessoa em estado de drogadição vagando pelas ruas da cidade de São Paulo”⁴.

Parlamentar pré-candidato a prefeito de São Paulo apresentou emenda à LDO pedindo a criação de uma rubrica no Orçamento de 2024 para garantir recursos públicos destinados à internação compulsória de dependentes⁵.

Luciana Zaffalon e Felippe Angeli alertam que as ações previstas para as políticas de drogas do Estado de São Paulo para os próximos quatro anos são um exemplo da falta de transparência do Plano Plurianual (PPA):

“O plano enviado pelo Poder Executivo indica a existência de 143 ‘cenas abertas de uso’, as chamadas ‘cracolândias’, que não são exclusivas da região central da capital paulista. Ao mesmo tempo, o projeto não aponta de onde vem esse número, onde ficam esses locais ou quantas pessoas frequentam essas cenas. Em 2027, segundo o governo Tarcísio, a meta é ter somente 94 delas. Como chegamos a esse número? Quantas pessoas serão beneficiadas? Não sabemos. Ainda sem lastro de cálculo multiplicam-se metas de internação. São previstas, dentre outras, 800 mil diárias pagas à iniciativa privada para ‘ações complementares’, 42 mil internações em hospitais estaduais, além de 4.800 ‘por uso prejudicial de substâncias psicoativas’. De outro lado, apenas 5.000 pessoas serão beneficiadas por ações de prevenção ao uso de drogas. As contas não parecem fechar.

Também é meta prevista na política sobre drogas o avanço de 100% do empreendimento ‘Centro administrativo do Governo, Campos Elíseos’, que prevê a transferência da administração paulista para a região central, em parceria com a iniciativa privada”⁶.

Seria possível enumerar muitos outros exemplos Brasil afora. Meu querido amigo e companheiro de trincheira no “Repensando a Guerra às Drogas”, Mário Henrique Cardoso Caixeta, recentemente escreveu sobre o assunto em nossa coluna semanal aqui na Conjur, com o brilhantismo costumeiro⁷. A atualidade do tema é indiscutível. Qualificar esse debate é necessário. Retomo a análise da matéria, com foco na internação compulsória, valendo-me das ideias apresentadas em minha dissertação de mestrado a respeito da limitação temporal

⁴ https://brasil.elpais.com/brasil/2017/05/28/politica/1495991623_285013.html, acesso em 21/11/23.

⁵ <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/painel/2023/11/kim-kataguiri-faz-emenda-para-internacao-compulsoria-de-dependentes-quimicos.shtml>, acesso em 21/11/23.

⁶ <https://www.nexojornal.com.br/ensaio/2023/11/11/As-omiss%C3%B5es-de-um-plano-plurianual-nada-transparentem> acesso em 22/11/23.

⁷ <https://www.conjur.com.br/2023-ago-18/repensando-drogas-salvem-loucos/>, acesso em 22/11/23.

das medidas de segurança (2002) e em meu livro *Lei de Drogas interpretada na perspectiva da liberdade* (Ed. Contracorrente), lançado no final de 2022.

2. Cuidar sim, excluir não: a luta antimanicomial em favor da humanização da saúde mental

A partir de uma etiologia de doença mental ancorada no conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS) de que saúde significa bem estar biopsicossocial e não, simplesmente, ausência de doença, comprehende-se que o “bem estar mental deixou de ser exclusividade do estudo da medicina, e torna-se objeto de investigação de várias áreas de conhecimento, constituindo, assim, o complexo campo de atuação da saúde mental”⁸.

Assim, também no campo da saúde mental afirma-se o respeito aos direitos humanos e seus corolários, entre os quais o princípio da mínima intervenção: tratamento realizado por equipe multidisciplinar, envolvimento do paciente e das pessoas com quem se relaciona na elaboração do projeto terapêutico, opção preferencial por práticas desinstitucionalizantes, pelo atendimento ambulatorial e hospital-dia, em detrimento do modelo hospitalocêntrico.

Além dos sinais clínicos, as condições oferecidas pela sociedade são fundamentais no trato da questão da saúde mental:

“A fim de evitar dupla exclusão (cuidados inadequados aos sujeitos e alienação da sociedade), o diagnóstico e tratamento precisam levar em conta as condições globais que afetam a sociedade e repercutem sobre todas as camadas sociais, a configuração social, política, econômica, educacional e cultural, expressadas sob diferentes formas, como bolhas na superfície de um caldo efervescente; ‘marginalização’, violência, consumismo, drogadição, estados depressivos, negligência de menores (...) A adoção do ‘pluralismo construtivo’ (objeto de recente encontro patrocinado pela Unesco) implica a ceitação da diversidade, não como um processo que ignora, nivela ou suprime as diferenças, mas que as transforma, mantendo e reconhecendo sua especificidade, em favor do enriquecimento individual e coletivo. É necessário um ‘modelo ecossistêmico de cultura’, com o desenvolvimento de auto-estima e criatividade (dimensão íntima), acolhimento e integração (dimensão interativa), solidariedade e reciprocidade (dimensão social), equilíbrio e diversidade (dimensão biofísica), em lugar de um modelo ‘não-ecossistêmico’, caracterizado pela ruptura, massificação,

⁸ COHEN, FERRAZ e SEGRE. *Saúde mental, crime e justiça*, São Paulo, Edusp, 1996, p. 21.

manipulação, consumismo, exacerbação, espoliação, injúria e violência, que atualmente perverte as quatro dimensões do mundo”⁹.

Nessa linha, no dia 7 de abril de 2001, a Organização Mundial de Saúde (OMS) comemorou o Dia Mundial da Saúde dedicado à saúde mental com o tema “cuidar sim, excluir não”. Na mesma data, a OMS publicou o relatório “Saúde Mental: Novos entendimentos, novas esperanças”, que propõe dez recomendações: fornecer tratamento em serviços de cuidado primário; disponibilizar medicamentos psicotrópicos; prover cuidados na comunidade; educar o público através de campanhas de conscientização; envolver comunidades, familiares e usuários no processo de decisão de políticas e programas; estabelecer políticas, programas e legislação nacionais inclusivas; desenvolver e treinar recursos humanos; estabelecer relações com setores governamentais ligados à educação, ao trabalho, ao bem estar e à justiça, bem como com ONGs; monitorar a saúde mental da comunidade através de indicadores de prevalência e da qualidade dos serviços; apoiar a pesquisa em saúde mental.

O legislador brasileiro mostrou-se sensível aos novos rumos da saúde mental. Em 6 de abril de 2001, foi promulgada a Lei nº 10.216, conhecida como Lei Antimanicomial, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde. A Lei Antimanicomial assegura a pessoas que necessitam de atenção, cuidado e tratamento em saúde mental, entre outros, os seguintes direitos: o acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; ser tratado com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; ser protegida contra qualquer forma de abuso ou exploração; ter garantia de sigilo nas informações prestadas; ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; e ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

De acordo com a Lei Antimanicomial, o tratamento deve visar, como finalidade permanente, a reinserção social da pessoa em seu meio. A internação, em quaisquer de suas modalidades (voluntária, involuntária e compulsória), só será indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes, sendo vedada a internação em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos necessários ao oferecimento

⁹ PILON, André Francisco. *Cuidar sim, excluir não*, Jornal da USP, nº 547, 16 a 22.4.2001, p. 2.

de assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicólogos, ocupacionais, de lazer e outros.

Além disso, a Lei Antimanicomial determina que o paciente há longo tempo hospitalizado ou em relação ao qual 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, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessária.

A Lei Antimanicomial diz ainda que a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize seus motivos. No caso da internação voluntária ou involuntária, somente médicos regularmente registrados no Conselho Regional de Medicina do Estado onde se localizar o estabelecimento possuem autorização para determiná-las. No caso da internação involuntária, o Ministério Público estadual deve ser comunicado pelo responsável técnico do estabelecimento em até setenta e duas horas, o mesmo valendo no caso da alta. A internação compulsória é aquela determinada pela Justiça.

Em qualquer caso, a internação psiquiátrica só pode ser realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize seus motivos e justifique sua indispensabilidade.

3. A internação psiquiátrica como medida *in extremis*, por sua natureza de *ultima ratio*

Para a sociedade em geral, a internação de pessoas com transtornos mentais é razoável *a priori*. A concepção mecanicista do organismo humano e a consequente abordagem técnica da saúde promoveram uma excessiva ênfase na tecnologia médica, que é considerada o único caminho para a cura. O corpo humano é uma máquina, a doença decorre de uma avaria na máquina e o médico tem como tarefa o conserto da máquina. A abordagem biomédica da doença mental é limitada e não dá conta de sua complexidade.

O que leva alguém à internação é o comportamento desviado, impróprio, inadequado, valorado como sintoma de distúrbio, que por sua vez recomenda o tratamento. As transgressões desencadeadoras de hospitalização variam de acordo com o *status* sócio econômico, visibilidade da transgressão, proximidade de um hospital para doentes mentais, recursos disponíveis de tratamento, etc. Outro conjunto de circunstâncias condiciona quando será determinada a alta: o desejo da família para que volte, a disponibilidade de trabalho controlável, etc.

Erving Goffman define instituição total como “um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”¹⁰. Seu fechamento se caracteriza pela barreira à relação social com o mundo externo, que gera a ruptura das distintas esferas de vida de uma pessoa (descanso, trabalho e lazer). A vida em uma instituição total, uma espécie de exílio civil, de morte em vida, é marcada pela impermeabilidade entre a classe dirigente e o grupo de internados, que compõe uma “comunidade igualitária de destino”.

Despedida do passado e início da experiência institucional. Segundo Goffman, o “controle de muitas necessidades humanas pela organização burocrática de grupos completos de pessoas” é o fato básico das instituições totais, verdadeiras “estufas para mudar pessoas”¹¹. O *status* de doente mental produz uma reelaboração social comum, um ciclo clássico de resposta que diz com a formação psicodinâmica de subgrupos divergentes na sociedade.

A vida em uma instituição total opera um processo de expropriação, que reduz a existência humana a um mínimo necessário. O internado é submetido a um modelo de desculturação em relação ao mundo externo, ao mesmo tempo em que são-lhe impostas uma série de rebaixamentos, humilhações, degradações e profanações. A exposição iminente e a revisão moral constante suportadas pelos internados deflagram uma apatia cívica, uma fadiga moral, uma indiferença com relação aos ideais do ego: um processo dinâmico de construção, destruição e reconstrução da identidade.

Goffman aponta que “a manipulação do estigma é uma característica geral da sociedade, um processo que sempre ocorre quando há normas de identidade” e que o “papel dos normais e o papel dos estigmatizados são parte do mesmo complexo, recortes do mesmo tecido-padrão”, por isso “o estigma envolve não tanto um conjunto de indivíduos concretos que podem ser divididos em duas pilhas, a de estigmatizados e normais, quanto um processo social de dois papéis no qual cada indivíduo participa de ambos, pelo menos em algumas conexões e em algumas fases da vida. O normal e o estigmatizado não são pessoas, e sim perspectivas que são geradas, em situações sociais durante os contatos mistos, em virtude de normas não cumpridas que provavelmente atuam sobre o encontro (...) Entretanto, os seus atributos estigmatizadores específicos não determinam a natureza dos dois papéis, o normal e o estigmatizado, mas simplesmente a frequência com que ele desempenha cada um deles.

¹⁰ “Manicômios, prisões e conventos”, trad. Dante Moreira Leite, São Paulo, Perspectiva, 1996, p. 11.

¹¹ “Manicômios, prisões e conventos”, op. cit., pp. 18 e 22.

E já que aquilo que está envolvido são os papéis em interação e não os indivíduos concretos, não deveria causar surpresa a fato de que, em muitos casos, aquele que é estigmatizado num determinado aspecto, exibe todos os preconceitos normais contra os que são estigmatizados em outro aspecto”¹².

A pessoa descobre que não pode encobrir nem controlar seu *status* e então elabora uma nova estratégia de adaptação, ajustando-se ao estigma socialmente desfavorável, convertendo-se em alguém escalado para representar o papel social correspondente.

A legitimidade do modelo médico de hospitalização psiquiátrica é questionável, por exigir do paciente uma “servidão moral auto-alienadora” que o afasta da cura e que inclusive pode esmagá-lo “pelo peso de um ideal de tratamento que torna a vida mais fácil para todos”¹³.

Goffman reconhece que “o estudioso de hospitais psiquiátricos pode descobrir que a loucura ou o ‘comportamento doentio’ atribuídos ao doente mental são, em grande parte, resultantes da distância social entre quem lhes atribuiu isso e a situação em que o paciente está colocado, e não são, fundamentalmente, um produto de doença mental”¹⁴.

A loucura, ou o transtorno mental, não é uma qualidade ontológica, mas o resultado de uma reação social, de um constructo. Nas palavras de Scheef, “a doença mental crônica é, pelo menos em parte, um *papel social*, sendo a reação social a determinante mais importante do ingresso nesse papel”¹⁵.

A distinção entre saúde mental e doença mental, portanto, é menos científica e mais sociológica, “na medida em que os ‘mentalmente enfermos’ fora dos hospitais se aproximam numericamente dos internados ou até os superam, pode-se dizer que os doentes mentais internados sofrem, não de doença mental, mas de outras circunstâncias”¹⁶.

A função social de uma instituição total é, precisamente, a de segregar pessoas em um mundo próprio dentro de outro mundo, demarcando uma fronteira ecológica entre a comunidade dos desviantes sociais e a sociedade composta por pessoas normais:

“Simão Bacamarte, o Alienista da obra-prima machadiana, sob o influxo do desvario positivista do final do século XIX, acreditava que a loucura era uma ‘ilha perdida no oceano

¹² “Estigma – Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada”, trad. Márcia bandeira de Mello Leite Nunes, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1988, pp. 141, 148 e 149.

¹³ “Manicômios, prisões e conventos”, op. cit., p. 312.

¹⁴ “Manicômios, prisões e conventos”, op. cit., p. 113.

¹⁵ “El rol del enfermo mental”, Buenos Aires, Amorrortu, 1973, p. 33.

¹⁶ “Manicômios, prisões e conventos”, op. cit., pp. 117 e 118.

da razão’, mas descobriu ser ela ‘um continente’, o que decerto explica o fato de quatro quintos da população da pequena Itaguaí ter sido internada no hospício para dementes por ele fundado, a famosa Casa Verde”¹⁷.

Em documento elaborado pela OMS, em conjunto com o Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime (UNODC)¹⁸, são descritos dez princípios gerais que devem orientar o tratamento do uso problemático de drogas. Um deles, “Tratamento da dependência de drogas, direitos humanos e dignidade do paciente”, torna explícito que o direito à autonomia e autodeterminação, o combate ao estigma, ao preconceito e à discriminação e o respeito aos direitos humanos devem ser observados em qualquer estratégia de tratamento. Recomenda-se que o tratamento não deve ser forçado aos pacientes. A internação compulsória é considerada uma medida extrema, a ser aplicada apenas a situações excepcionais de crise com alto risco para o paciente ou terceiros, e deve ser realizada em condições e com duração especificadas em Lei. Ela deve ter justificativa clara e emergencial, além de ter caráter pontual e de curta duração.

A Resolução nº 1.407, do Conselho Federal de Medicina (CFM), de 08/06/94, dispõe que a internação contra a vontade da pessoa somente pode ser determinada em caso excepcional, “quando for o único meio disponível de prevenir dano imediato ou iminente ao paciente e a outros. Mesmo assim, não deverá se prolongar além do período estritamente necessário a esse propósito. Todos os casos de restrição física ou isolamento involuntário, suas razões, sua natureza e extensão, deverão ser registrados no prontuário médico do paciente (...). Em qualquer caso de restrição física ou isolamento involuntário relevante, o representante pessoal do paciente deverá ser prontamente notificado”¹⁹.

Nesse sentido, parecer do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP) sobre o tema da internação psiquiátrica em casos de uso problemático de drogas traz parâmetros e balizas:

“A internação psiquiátrica, voluntária ou involuntária, em estabelecimento de saúde integrante ou não do Sistema Único de Saúde, encontra-se regulamentada pelo Ministério da

¹⁷ Editorial Boletim IBCCRIM nº 212, Julho/2010.

¹⁸ Principles of Drug Dependence Treatment, acesso em 7.7.18.

http://www.who.int/substance_abuse/publications/principles_drug_dependence_treatment.pdf?ua=1.

¹⁹ Resolução Conselho Federal de Medicina 1407, de 08.06.94. Anexo. Princípio 11. item 11, acesso em 12.5.18

<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Pareceres&dif=s&ficha=1&id=6996&tipo=PARECER&orgao=Conselho%20Regional%20de%20Medicina%20do%20Estado%20de%20S%C3%A9o%20Paulo&numero=9829&situacao=&data=14-05-2007>.

Saúde por meio da Portaria/SAS 2391/2002, que segue o disposto na Lei 10.216/2001. De acordo com a norma, a internação psiquiátrica deve ter ‘a menor duração temporal possível’ e só pode ocorrer ‘após todas as tentativas de utilização das demais possibilidades terapêuticas’ e ‘esgotados todos os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistencial’. A lei define internação psiquiátrica involuntária como a que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro. A internação voluntária pode tornar-se involuntária ‘quando o paciente internado exprimir sua discordância com a manutenção da internação’. Tornando-se involuntária, o estabelecimento de saúde deve notificar o Ministério Público Estadual até 72 horas após a manifestação da discordância. A notificação precisa ser feita em formulário próprio, denominado “Termo de Comunicação de Internação Involuntária”, e ser assinado pelo paciente e pelo médico especialista responsável pela internação. Nela devem ser constar, entre outros, o motivo e a justificativa da internação, as razões da discordância e o tempo estimado de hospitalização.

Ainda segundo a Portaria, frente a uma internação involuntária, o MPE poderá solicitar informações complementares ao médico e à direção do estabelecimento, realizar entrevistas com o internado, seus familiares ou quem mais julgar conveniente, podendo ainda autorizar outros especialistas a examiná-lo, com vistas a oferecerem parecer escrito. Já a Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias, criada pela mesma Portaria, efetuaria, até o sétimo dia da internação, a revisão da internação, emitindo laudo de confirmação ou suspensão do regime de tratamento adotado. No entanto, o próprio MPE de São Paulo entende que não lhe cabe a promoção necessária de tal Comissão Revisora, sendo que a notificação da internação involuntária já tem o escopo de salvaguardar o interesse do paciente internado, estando com a documentação disponível caso haja a necessidade de utilizá-la a qualquer momento”²⁰.

Assim, mesmo no caso da internação compulsória, decretada por meio de ordem judicial, no âmbito da execução da medida de segurança, há que constar a justificativa da necessidade da medida, bem como não se pode prescindir do parecer médico detalhado. Por se tratar de medida extrema, que possui natureza de *ultima ratio*, o comedimento e a prudência devem

²⁰ Consulta nº 68.130/10, Assunto: Internação psiquiátrica involuntária de dependente químico. Relator: Conselheiro Mauro Gomes Aranha de Lima. Ementa: A decisão de transformar ou não uma internação psiquiátrica voluntária em involuntária em casos de drogadição se insere no âmbito da autonomia médica, CREMESP, acesso em 7.7.18, <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Parecer&dif=a&ficha=1&id=10115&tipo=PARECER&orgao=Conselho%20Regional%20de%20Medicina%20do%20Estado%20de%20S%C3%A3o%20Paulo&numero=68130&situacao=&data=26-07-2011>.

orientar a atuação do juiz, que deve optar preferencialmente por medidas menos agressivas em nome do respeito às liberdades.

4. A Resolução 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ)

A Resolução 487/2023 do CNJ institui a política antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei nº 13.840/1910.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança.

Em consequência, priorizou-se a medida de tratamento ambulatorial, reservada a internação apenas às hipóteses absolutamente excepcionais, quando não cabíveis ou suficientes outras medidas e quando compreendidas como recurso terapêutico momentaneamente adequado, enquanto necessárias ao restabelecimento da saúde da pessoa, desde que prescritas por equipe de saúde da Rede de Atenção Psicossocial.

A internação, nas hipóteses excepcionais acima referidas, será cumprida em leito de saúde mental em Hospital Geral ou outro equipamento de saúde referenciado pelo Centro de Atenção Psicossocial da Raps, cabendo ao Poder Judiciário atuar para que nenhuma pessoa com transtorno mental seja colocada ou mantida em unidade prisional, ainda que em enfermaria, ou seja submetida à internação em instituições com características asilares, como os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátricos ou equipamentos congêneres.

De 2001, quando a Lei Antimanicomial entrou em vigor, humanizando o tratamento à saúde mental, transferindo o foco do tratamento para serviços comunitários e abertos, até 2023, quando a referida Resolução do CNJ foi editada, passaram mais de 20 anos, período de muita luta para que a Reforma Psiquiátrica chegassem à execução da medida de segurança. Apesar da demora, trata-se de um avanço indiscutível. E que projeta efeitos, notadamente no que diz com a internação compulsória, sua ofensividade ontológica e a decorrente excepcionalidade, seus pressupostos e limites.

5. As hipóteses legais de internação compulsória

A internação compulsória é aquela decretada pelo Judiciário, com base em um laudo médico circunstanciado justificando a necessidade da medida. No campo do direito penal e do processo penal, a internação compulsória encontra-se expressamente regulada pelo ordenamento jurídico.

O mesmo não vale para a internação compulsória no plano cível, em relação a qual não há previsão legal expressa. Essa realidade não foi alterada pela Lei nº 13.840/19, que introduziu na Lei de Drogas o regime jurídico preeexistente na Lei Antimanicomial. Internação compulsória é espécie do gênero medida de segurança, que é a sanção penal aplicável a inimputáveis e semi-imputáveis, de acordo com as regras estipuladas no Código Penal²¹. Em se tratando de norma que restringe direitos, como é o caso da internação compulsória,

Pode, ainda, ser decretada no curso de execução penal, quando houver doença mental superveniente²². Como as prisões brasileiras são verdadeiros campos de concentração onde para cada vaga há dois presos²³, onde as violações aos direitos humanos são a regra e onde não há respeito à dignidade humana, a ponto de a Suprema Corte ter declarado o sistema

²¹ Art. 26 - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Redução de pena

Parágrafo único - A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

(...)

Espécies de medidas de segurança

Art. 96. As medidas de segurança são:

I - Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado;

II - sujeição a tratamento ambulatorial.

Parágrafo único - Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta.

Imposição da medida de segurança para inimputável

Art. 97 - Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial.

Prazo

§ 1º - A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos.

Perícia médica

§ 2º - A perícia médica realizar-se-á ao termo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução.

Desinternação ou liberação condicional

§ 3º - A desinternação, ou a liberação, será sempre condicional devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de 1 (um) ano, praticar fato indicativo de persistência de sua periculosidade.

§ 4º - Em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos.

Substituição da pena por medida de segurança para o semi-imputável

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 1 (um) a 3 (três) anos, nos termos do artigo anterior e respectivos §§ 1º a 4º.

²² Art. 183 da Lei de Execução Penal: “Quando, no curso da execução da pena privativa de liberdade, sobrevier doença mental ou perturbação da saúde mental, o juiz, de ofício, a requerimento do Ministério Público ou da autoridade administrativa, poderá determinar a substituição da pena por medida de segurança”.

²³ Há no Brasil 367.217 vagas para 726.275 presos. Fonte: Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - Infopen, Junho/2016.

prisional brasileiro um “estado de coisas unconstitutional” (ADPF 347), é muito comum o surgimento de transtornos mentais no curso da execução da pena, hipótese em que a pena pode ser substituída pela medida de segurança.

A internação provisória do acusado pode ser decretada como medida cautelar diversa da prisão, nas hipóteses de crimes praticados com violência ou grave ameaça, quando os peritos concluírem tratar-se de inimputável ou semi-imputável²⁴.

A lei brasileira prevê duas modalidades de medida de segurança: a internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico e o tratamento ambulatorial.

Muito embora o Código Penal diga que quando o crime for punível com detenção, poderá o juiz submeter a pessoa sancionada com medida de segurança a tratamento ambulatorial, o posterior advento da Lei Antimanicomial trouxe uma nova abordagem que torna preferencial a aplicação do tratamento ambulatorial, mesmo em caso de crimes mais graves, punidos com reclusão. Nesse sentido, a doutrina de Haroldo Caetano da Silva:

“PREFERÊNCIA PELO TRATAMENTO AMBULATORIAL

Ao submeter o agente inimputável ou semi-imputável à medida de segurança, deve o juiz dar preferência ao tratamento ambulatorial, somente determinando a internação ‘quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes’ (art. 4º, caput). Impõe-se agora uma nova interpretação da regra do parcialmente derrogado art. 97 do CP conjugadamente com o art. 4º, caput, da Lei nº 10.216/2001, de forma que, mesmo que o fato seja punível com reclusão, deve o juiz preferir a medida de segurança não-detentiva utilizando a internação apenas nos casos em que esta severa medida mostrar-se comprovadamente necessária. Entretanto, não havendo recursos extra-hospitalares suficientes e uma vez determinada pelo juiz a internação, esta deve obedecer aos estreitos limites definidos pela Lei da Reforma Psiquiátrica, sendo obrigatoriamente precedida de ‘laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos’ (art. 6º, caput), vedada a internação, mesmo quando imposta como medida de segurança, sem a recomendação médica de sua real necessidade.

Em qualquer caso, o tratamento visará como finalidade permanente a reinclusão do paciente ao seu meio social (art. 4º, § 1º). A humanização do atendimento é regra absoluta, devendo o tratamento em regime de internação ser estruturado no sentido de oferecer assistência

²⁴ Art. 319 do Código de Processo Penal: “São medidas cautelares diversas da prisão: (...) VII - internação provisória do acusado nas hipóteses de crimes praticados com violência ou grave ameaça, quando os peritos concluírem ser inimputável ou semi-imputável”.

integral à pessoa com transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros (art. 4º, § 2º), sendo expressamente vedada a internação em instituições com características asilares e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do artigo 2º a mesma Lei (art. 4º, §3º).

(...)

Diante da expressa redação do art. 4º, § 3º, da Lei nº 10.216/2001, sequer se cogita do recolhimento da pessoa com transtorno mental submetida à medida de segurança em cadeia pública ou qualquer outro estabelecimento prisional. Tal situação, muitas vezes tolerada face à não implementação de políticas públicas de atenção à saúde mental, além de violar frontalmente o modelo assistencial instituído pela Lei da Reforma Psiquiátrica, constitui ainda crime de tortura, na modalidade prevista no art. 1º, § 1º, da Lei nº 9.455/97, por ele respondendo também aquele que se omite quando tinha o dever de evitar ou apurar a conduta (§ 2º), que é agravada quando praticada por agente público (§ 3º).

(...)

Nesse contexto, sobressai a responsabilidade da autoridade penitenciária, do juiz e do promotor de justiça, como também do diretor técnico, do diretor clínico e dos médicos que prestam assistência a pacientes psiquiátricos, pessoas que devem fazer valer as disposições afetas à Lei nº 10.216/2001, zelando pelo efetivo respeito aos direitos e à dignidade da pessoa portadora de transtornos mentais submetida à medida de segurança, sob pena de responder criminalmente em caso de omissão”²⁵.

Nesse diapasão, vale lembrar que uma política criminal compatível com o Estado de Direito Democrático deve limitar o sistema penal por meio de garantias que afastem os perigos que as medidas de segurança representam para a certeza do direito. São elas²⁶:

- 1) Vigência do princípio da legalidade. Tanto a periculosidade como as medidas de segurança devem se submeter à legalidade. Nenhuma periculosidade sem lei. O estado perigoso deve ser tipificado por lei, que deve descrever as qualidades indiciárias de provável prática futura de delitos. Nenhuma medida de segurança sem

²⁵ “Implementação da reforma psiquiátrica na execução das medidas de segurança: Informações Gerais”, Haroldo Caetano da Silva (coord.), 2ª ed., Goiânia: MP/GO, 2009, pp. 16 e 18.

²⁶ Cf. RODRIGUEZ MOURULLO, Gonzalo. “Medidas de Seguridad y estado de derecho”, *Peligrosidad social y medidas de seguridad (La Ley de peligrosidad y rehabilitación social de 4 de agosto de 1970)*, Valênciia, Universidad de Valênciia, 1974, p. 345 e seguintes.

- lei. Também a medida de segurança deve submeter-se formalmente ao princípio da legalidade;
- 2) Exigência de prévia prática de delito, que cumpre tríplice função garantista: reforça o prognóstico de periculosidade, fortalece a vigência do princípio da legalidade e reduz a limites toleráveis a função preventiva da pena;
 - 3) A medida de segurança a serviço do indivíduo. Uma garantia radical estriba-se na fundamentação ética da medida de segurança. A necessidade não justifica, por si só, a medida de segurança. A intervenção do Estado na esfera íntima dos indivíduos sujeitos à medida de segurança deve ser eticamente admitida e não somente útil para a defesa da sociedade. A liberdade exterior ou social só se justifica quando há liberdade interior ou moral. A medida de segurança se justifica eticamente quando aparece como meio dirigido a recuperação da plena dignidade humana. O que fundamenta sua aplicação não é somente a tranquilidade da maioria, mas o dever estatal de remover os obstáculos que impedem o pleno desenvolvimento da pessoa humana;
 - 4) Eliminação de todo caráter afilítivo, uma vez que a medida de segurança é um instituto preventivo e não retributivo. As medidas de segurança privativas de liberdade devem ser aplicadas somente quando indispensáveis;
 - 5) Jurisdicionalização. Compete aos órgãos ordinários do Poder Judiciário decidir sobre as questões atinentes à medida de segurança.

A execução da medida de segurança deve obedecer ao princípio da mínima intervenção e ao da humanidade, de modo a causar a menor restrição possível a direitos do indivíduo, com respeito ao mínimo ético. A internação, por ser mais gravosa, deve ser reservada às hipóteses concretamente mais graves e ainda assim, devem perdurar somente o tempo necessário. Por isso, cessada a periculosidade a qualquer tempo, deve ser extinta a medida de segurança.

Alcançado o prazo máximo de pena cominada para o crime e subsistindo a internação, a medida de segurança deve ser extinta, como decorrência lógica da limitação temporal do poder punitivo, que possui matriz constitucional. O Supremo Tribunal Federal já se manifestou no sentido de não permitir que as medidas de segurança tenham caráter perpétuo, limitando sua duração ao prazo máximo de 30 anos (HC 84.219/SP).

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de Justiça se manifestou afirmado que o art. 97, § 1.º, do Código Penal, deve ser interpretado em consonância com os princípios da isonomia, proporcionalidade e razoabilidade. Assim, o tempo de cumprimento da medida de segurança,

na modalidade internação ou tratamento ambulatorial, deve ser limitado ao máximo da pena abstratamente cominada ao delito perpetrado e não pode ser superior a 30 anos (HC 208.336).

A internação compulsória no âmbito cível, por outro lado, não possui previsão legal específica. Não faz sentido judicializar um assunto que, de acordo com a Lei Antimanicomial, é da competência exclusiva dos médicos: quando houver justo motivo para a excepcional decretação da internação involuntária, basta uma ordem médica, sem qualquer exigência de chancela judicial. O contrário pode haver: diante de uma ordem médica decretando internação em que não há, no caso concreto, justo motivo, tem o Judiciário legitimidade para examinar o caso e garantir direitos, como é seu papel.

Por outro lado, reconhecer o poder judicial de internar alguém contra sua vontade, em razão de problemas decorrentes do uso de drogas, traduz risco concreto de massificação de medida que deveria ser reservada para situações extraordinárias e singulares. Não raro se busca, pela via judicial, transformar a exceção em regra, com base em uma visão retrógrada sobre drogas que não encontra apoio em evidências científicas.

O fato de alguém fazer uso problemático de drogas, qualquer que seja – inclusive o *crack* –, não justifica, por si só, a internação contra sua vontade. Como visto acima, a internação compulsória é medida excepcional, somente indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes, como determina o art. 4º da Lei 10.216/01. Em se tratando de medida extrema, a ser aplicada apenas a situações excepcionais de crise com alto risco para o paciente ou terceiros, deve ela ser realizada em condições e com duração especificadas na Lei Antimanicomial, com justificativa clara e emergencial, além de ter caráter pontual e de curta duração.

O Código Civil, em seu art. 4º, incisos II e III, declara que os “os ébrios habituais e os viciados em tóxico” e os que “por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade” são “incapazes, relativamente a certos atos ou à maneira de os exercer”, estando sujeitos à curatela (art. 1767, incisos I e III). A interdição do pródigo só o privará de, sem curador, emprestar, transigir, dar quitação, alienar, hipotecar, demandar ou ser demandado, e praticar, em geral, os atos que não sejam de mera administração (art. 1782). Antes de se pronunciar acerca dos termos da curatela, o juiz, que deverá ser assistido por equipe multidisciplinar, entrevistará pessoalmente o interditando (art. 1771).

O Código de Processo Civil, por seu turno, dispõe que incumbe ao autor, na petição inicial, especificar os fatos que demonstram a incapacidade do interditando para administrar seus bens e, se for o caso, para praticar atos da vida civil, bem como o momento em que a incapacidade se revelou (art. 749).

Como se percebe, não há previsão legal autorizando a decretação de internação compulsória em sede de procedimento cível, até mesmo porque a interdição não tem – e não pode ter – a finalidade de obrigar a pessoa a permanecer abstinente em relação ao uso de drogas. A ação de interdição objetiva a declaração de incapacidade relativamente a “certos atos ou à maneira de os exercer”, a fim de evitar a dilapidação patrimonial: sem a intervenção do curador, a pessoa interditada não pode emprestar, transigir, dar quitação, alienar, hipotecar, demandar ou ser demandado, e praticar, em geral, os atos que não sejam de mera administração. Evidentemente, na hipótese de abuso ou ilegalidade, a questão pode ser levada a justiça via *habeas corpus*.

6. O populismo manicomial na política de drogas

Malgrado a complexidade inerente ao consumo problemático de drogas, que, em muitos casos, envolve não apenas dependência, mas também e especialmente exclusão social, a opção primeira pela internação involuntária e pelo tratamento baseado na abstinência vincula-se ao fracassado modelo de contenção ancorado na ideologia de guerra às drogas.

A internação à força em instituições totais, com características asilares e via de regra desprovidas dos recursos necessários à assistência integral, tem baixíssima taxa de êxito e representa a medicalização dos problemas sociais, produzindo higienismo e dependência institucional. A incapacidade do sistema público abre espaço para interesses privados das clínicas particulares e comunidades terapêuticas e religiosas.

Como se sabe, comunidades terapêuticas atendem, principal, mas não exclusivamente, pessoas que fazem uso de drogas, em regime de internação, eufemisticamente chamado de “acolhimento”.

Além disso, a concepção da internação como primeira opção cria dupla exclusão: cuidados inadequados e alienação da sociedade, ampliando a marginalização e a expoliação de quem deveria ser incluído e submetido a cuidado adequado.

Nessa linha de argumentação, Haroldo Caetano da Silva denuncia o populismo manicomial em favor de comunidades terapêuticas religiosas:

““Questões complexas usualmente pedem soluções complexas. Para a atenção em saúde mental deve-se desenvolver a RAPS de forma inseparável da Lei 10.216. Entretanto, o populismo manicomial prefere o atalho fácil da segregação de quem faz uso abusivo de drogas, o que não traz solução e acaba produzindo efeitos colaterais severos, mediante práticas que já não poderiam ser nem mesmo cogitadas em face do princípio constitucional da dignidade humana e, também, da Lei Antimanicomial, que não à toa possui tal denominação.

O populismo manicomial implica práticas autoritárias, sem lastro no conhecimento científico produzido no campo da saúde mental. Soluções como as comunidades terapêuticas no modelo asilar/religioso/confessional, que de terapêuticas nada têm, jamais poderiam ser financiadas pelo Poder Público.

Por outro lado, da mesma forma que não é capaz de entregar o que promete, o populismo manicomial acaba reforçando o proibicionismo e a política de guerra às drogas, opondo sérios obstáculos a uma discussão mais aprofundada acerca do consumo de substâncias psicoativas e da dependência química.

A atenção em saúde mental deve passar pelo crivo da ordem normativa, com destaque para a Lei Antimanicomial, que não abre brechas para a reabertura do manicomio, mesmo que travestido de lugar de acolhimento residencial do usuário de drogas.

Convém também lembrar que iniciativas do Poder Público que não se sustentem na legalidade implicam improbidade administrativa (Lei 8.429/1992, art. 11). Logo, se o investimento ou o repasse de recursos públicos para a atenção em saúde mental não tiverem fundamento nos dispositivos e princípios da Lei 10.216, os responsáveis por empenhos dessa natureza devem ser chamados à responsabilidade administrativa e criminal, tanto no âmbito federal quanto no dos estados e municípios.

O populismo manicomial talvez até funcione como discurso eleitoreiro, mas não é o bastante para legitimar a definição de políticas públicas. Diferentemente dos relatos que vêm do século XVII, em que o manicomio funcionava sem qualquer regulamento que lhe impusesse limites, as coisas já não são mais assim. O século é outro; o Estado é outro, Democrático e de Direito. E qualquer política pública voltada à saúde mental da população deve estar em estrita conformidade com a Lei Antimanicomial”²⁷.

²⁷ “O populismo manicomial na política de drogas”, Boletim IBCCRIM nº 286, setembro/2016.

Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas²⁸, ação conjunta do Conselho Federal de Psicologia (CFP), do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal (PFDC/MPF), realizada em outubro de 2017, na qual foram visitadas 28 instituições nas cinco regiões do país, em 12 unidades da federação (11 estados e o Distrito Federal), apresentou gravíssimas denúncias de violação de direitos.

Entre os aspectos analisados pelo relatório estão o caráter asilar das comunidades terapêuticas, o uso de internações involuntárias e compulsórias, as práticas institucionais, como a violação à liberdade religiosa, “laborterapia” e internações sem prazo de término, o cotidiano e práticas de uso da força, a internação de adolescentes, a infraestrutura, o controle e fiscalização e a origem de recursos para financiamento.

De acordo com referido documento, apenas duas das 28 comunidades terapêuticas visitadas dispunham de documento médico com a autorização para internações. Onze dos locais visitados promoviam internação de adolescentes; em 16 dos locais inspecionados foram identificadas práticas de castigo e punição a internos. Além disso, em ao menos 16 das 28 instituições visitadas, não há respeito à diversidade de orientação sexual e à identidade de gênero.

7. Considerações conclusivas

As estratégias de cuidado, atenção e tratamento relacionados a contextos de problemas relacionados ao uso de drogas devem focar não apenas a abstinência como meta, mas também a redução de danos, compreendida como estratégia pragmática, que reconhece que há pessoas que usam drogas e que não querem ou não conseguem parar de usar e que mesmo em relação a elas é possível incrementar a qualidade de vida.

Internações compulsórias para pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas estão submetidas às regras previstas na Lei Antimanicomial e na Lei de Drogas. A internação, em qualquer de suas modalidades, é sempre o último recurso terapêutico, admissível apenas quando os demais recursos extra hospitalares forem insuficientes, em situação de risco atual ou iminente à vida da pessoa ou de terceiro.

A drogadição e/ou a condição de viver em situação de rua, por si sós, não autorizam a internação contra a vontade do indivíduo.

²⁸ https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas_web.pdf, acesso em 7.7.18.

Não pode haver internação psiquiátrica em comunidade terapêutica.

A medida de segurança de internação, que a Lei Antimanicomial chama de “internação compulsória”, só pode ser imposta por juiz, após o devido processo penal, no caso de prática anterior de delito, quando verificada a inimputabilidade ou semi-imputabilidade, ou ainda no caso de doença mental superveniente ao início da execução penal. Havendo necessidade cautelar, o juiz pode decretar a internação provisória. Em qualquer caso, o tratamento ambulatorial deve ter precedência, dada a natureza curativa da medida de segurança e a subsidiariedade da internação, especialmente após o advento da Lei Antimanicomial. Indicada a internação fundada exclusivamente em razões clínicas de saúde privilegiando-se a avaliação multiprofissional de cada caso, pelo tempo estritamente necessário à estabilização do quadro de saúde e apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, vedada a internação em instituição de caráter asilar, como os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e estabelecimentos congêneres, como hospitais psiquiátricos, conforme expressa previsão da Resolução 487 do CNJ (art. 3º, VIII);

A internação não pode configurar sanção perpétua, por expressa vedação constitucional, devendo obedecer ao limite temporal correspondente à pena máxima prevista para o delito.

A internação compulsória se limita à medida de segurança, espécie do gênero sanção penal, que é única hipótese prevista em lei. Em qualquer outro caso, inclusive e especialmente em caso de problemas relacionados ao uso de drogas, é defeso ao juiz determinar a internação forçada de alguém, bastando ordem médica nesse sentido, desde que haja justa causa para a decretação da medida excepcional, nos termos do que dispõe a Lei Antimanicomial.

Não se insere no âmbito do chamado poder de cautela de juiz a possibilidade de determinar a internação contra a vontade da pessoa, em razão de drogadição, por absoluta ausência de previsão legal. Para essas situações, a Lei Antimanicomial prevê a hipótese da internação involuntária, que depende apenas de ordem médica, deve durar apenas o tempo necessário à superação do surto e o Ministério Público deve ser cientificado em no máximo 72 horas. No caso de abuso ou ilegalidade, a questão pode ser levada à Justiça pela via do *habeas corpus*.