

INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA E COMPULSÓRIA DE PESSOAS QUE USAM DROGAS: ELEMENTOS TRANSDISCIPLINARES PARA UMA RELEITURA CONSTITUCIONAL DA TEORIA DAS INCAPACIDADES DO DIREITO CIVIL

INVOLUNTARY AND COMPULSORY HOSPITALIZATION OF PEOPLE WHO USE DRUGS: TRANSDISCIPLINARY ELEMENTS FOR A CONSTITUTIONAL REINTERPRETATION OF THE INCAPACITY'S THEORY IN CIVIL LAW

Amanda Souza Barbosa¹

Taysa Schiocchet²

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo geral demonstrar a necessidade de uma releitura constitucional do regime jurídico da capacidade civil a partir da análise transdisciplinar da capacidade decisória de pessoas que usam substâncias psicoativas de forma abusiva, a partir das controvérsias sobre a (in)adequação da internação psiquiátrica como forma de tratamento da dependência química, sobretudo a internação involuntária e compulsória. Para tanto, foi adotado o método dialético e realizada pesquisa bibliográfica e documental. Tem-se como principal resultado a demonstração de que, diferentemente do que se acredita, usuários de drogas podem ser capazes de tomar decisões sobre a própria saúde. A conclusão a que se chega é que os artigos 3º e 4º do Código Civil são insuficientes para tal avaliação, na medida em que foram cunhados em uma perspectiva patrimonial que não se coaduna com o exercício de direitos existenciais.

PALAVRAS-CHAVE: Internação psiquiátrica; Dependência química; Capacidade civil.

ABSTRACT

This paper aims to demonstrate the necessity of a constitutional reinterpretation of the civil capacity's legal system through a transdisciplinary analysis of decision-making capacity of people who use psychoactive substances abusively, from the controversies about the (in)adequacy of psychiatric hospitalization as a treatment of drug addiction, especially involuntary and compulsory hospitalization. To do so, the dialectical method has been adopted and a bibliographical and documentary research has been made. Its main result is the demonstration that, contrary to what is believed, drug addicts may be able to make decisions about their own health. The conclusion reached is that the articles 3rd and 4th of the Civil Code are insufficient for such evaluation, because they have been constructed in a patrimonial perspective which is not consistent with the exercise of existential rights.

KEYWORDS: Psychiatric hospitalization; Drug addiction; Civil capacity.

¹ Mestranda em Direito Público, na linha de pesquisa Sociedade, Novos Direitos e Transnacionalização, pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS/RS. Membro do Grupo de Pesquisa |BioTecJus| - Estudos Avançados em Direito, Tecnologia e Biopolítica. Advogada.

² Pós-doutora pela UAM, Espanha. Doutora em Direito pela UFPR, com estudos doutorais na Université Paris I – Panthéon Sorbonne e na FLACSO, Buenos Aires. Professora do Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS/RS. Líder do Grupo de Pesquisa |BioTecJus| - Estudos Avançados em Direito, Tecnologia e Biopolítica.

1 INTRODUÇÃO

Recentemente, a política de drogas ganhou destaque nos meios de comunicação, sobretudo determinadas iniciativas que apostam na internação involuntária e compulsória como a principal forma de tratamento da dependência química. Aqueles que são favoráveis a esta abordagem pautam o seu discurso, dentre outros fatores, no fato (pelo menos assim apresentado) de que as pessoas que não usam substâncias psicoativas³ não são capazes de decidir sobre sua própria saúde. Esta incapacidade decisória parece ser um dado óbvio, que encontra amparo na redação dos artigos 3º e 4º do Código Civil (CC). Porém, esta crença é questionada por diversos estudiosos, o que não pode ser ignorado. Além disso, a internação é uma forma de tratamento que, embora excepcional de acordo com a Lei Federal de Psiquiatria, parece estar protagonizando determinadas políticas. Este cenário justifica e torna necessárias pesquisas jurídicas a respeito, para que reste salvaguardada a dignidade humana desta população reconhecidamente exposta a fatores de vulnerabilidade.

O presente trabalho tem como objetivo geral apontar caminhos para uma releitura constitucional do regime jurídico da capacidade civil, a partir de análise transdisciplinar e cotejo entre a capacidade decisória de pessoas que usam substâncias psicoativas e a medida de internação psiquiátrica, sobretudo a involuntária e compulsória. Tem-se como objetivos específicos: (a) apresentar os principais aspectos da política de drogas brasileira; (b) compreender o papel e a disciplina jurídico-normativa das internações involuntária e compulsória de pessoas que usam substâncias psicoativas enquanto forma de tratamento da dependência química e, por fim, (c) questionar a adequação da teoria das incapacidades na aferição da capacidade decisória do usuário para tomar decisões sobre sua própria saúde, na medida em que sua suposta incapacidade constitui a base da determinação de tratamento contra a sua vontade. Para tanto, foi adotada a metodologia dialética e realizada pesquisa bibliográfica e documental.

Os objetivos específicos serão trabalhados em cada item do desenvolvimento, respectivamente. No primeiro item, foi traçado um panorama dos principais diplomas normativos sobre drogas no país, a saber, a Lei de Drogas (Lei nº 11.343/2006) e a Lei Federal de Psiquiatria (Lei nº 10.216/2001), sendo a segunda a base legal da medida de internação. Foram analisados, também, os influxos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial na legislação em vigor e nas atuais diretrizes do Ministério da Saúde (MS) a

³ Neste trabalho, as referências a usuários ou pessoas que usam drogas devem ser compreendidas como menção a um quadro de uso abusivo ou de dependência química.

respeito. Estes movimentos denunciaram as graves violações de direitos humanos cometidas nos manicômios e asilos, o que provocou um giro nas formas de tratamento de transtornos mentais e aqueles relacionados com o uso de drogas. A rede de atenção de base territorial e comunitária passou a ser regra, sendo a internação medida excepcional. Também foram abordados os objetivos do Programa “Crack, é possível vencer”, iniciativa mais recente do governo federal neste campo.

No item seguinte, passada a apresentação do cenário, é abordada em mais detalhes a disciplina jurídico-normativa sobre a internação psiquiátrica, em suas três modalidades: internação voluntária, involuntária e compulsória. São indicadas as principais ações que têm sido adotadas no país para se lidar com a dependência química, sobretudo nas regiões denominadas de “cracolândia”, percebendo-se que as ações são heterogêneas e que muitas delas não se coadunam com as atuais diretrizes do MS e mesmo contrariam a excepcionalidade da internação como forma de tratamento. Seja em operações de condução forçada a tratamento de usuários de drogas em situação de rua, seja em ações judiciais em que a internação compulsória é determinada, sobretudo no crescente movimento de Justiça Terapêutica, parece que a internação vem se tornando a protagonista de determinadas ações neste campo, ocupando um papel que ultrapassa os limites daquele para o qual foi concebida.

No terceiro e último item do desenvolvimento, é realizada análise crítica sobre a aferição da capacidade decisória das pessoas que usam substâncias psicoativas acometidas por dependência química, a partir de leituras nas áreas da Bioética, Biodireito e Direito Civil-Constitucional, pois a sua incapacidade é o principal argumento daqueles que defendem o protagonismo da internação. Apresentada a disciplina jurídica constante no CC, é explorada a noção de autonomia bioética, cuja avaliação é mais complexa do que a abordagem legalista. Também é feita referência a pesquisa que infirma a ideia comum de que todo usuário dependente é incapaz de tomar decisões sobre a própria saúde, entendendo-se ser mais adequada uma avaliação individual da autonomia e capacidade de autodeterminação das pessoas que usam drogas, para além dos contornos gerais e abstratos oferecidos pela lei civil. Do contrário, a atual disciplina jurídica, em lugar de cumprir a sua finalidade protetiva, irá obstaculizar o exercício de direitos da personalidade.

2 A ATUAL POLÍTICA DE DROGAS BRASILEIRA: A TRADIÇÃO PROIBICIONISTA, O ECO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E A INTERNAÇÃO DE PESSOAS QUE USAM SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Tradicionalmente, a disciplina jurídica sobre drogas no Brasil apresenta um viés proibicionista. Até mesmo a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88) incorporou traços da ideologia de “guerra às drogas” no que se refere à repressão ao tráfico, a exemplo do seu artigo 5º, inciso XLIII (equipara o tráfico de drogas a crime hediondo) e LI (autoriza a extradição do brasileiro naturalizado caso comprovado o envolvimento com tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins). Estabelece, ainda, que serão expropriadas e destinadas à reforma agrária e programas de habitação popular, sem qualquer indenização e sem prejuízo de outras sanções legais, as propriedades rurais e urbanas em que forem localizadas culturas ilegais de plantas psicotrópicas. Os bens de valor econômico apreendidos serão confiscados e revertidos a um fundo especial (art. 243, parágrafo único).

A Lei nº 10.409/2002, primeira a tratar sobre o assunto após a redemocratização, além de dar continuidade à repressão ao tráfico, dispunha que o tratamento a ser conferido aos usuários deveria ser multiprofissional, sempre que possível com a assistência da família, cabendo ao MS regulamentar as ações no campo da redução de danos sociais e à saúde (art. 12, §§ 1º e 2º). Ainda de acordo com ela, tem-se que a internação é tida expressamente como forma de tratamento possível, embora não haja maiores diretrizes a respeito. Apenas é dito que, em caso de internação ou tratamento ambulatorial por ordem judicial, deverá ser feita a comunicação mensal do estado de saúde do paciente ao juízo competente, se assim for determinado por este (art. 12, § 5º).

A atual Lei de Drogas (Lei nº 11.343/2006) parece inaugurar uma nova tendência. Para Lins (2009), a lei é condizente com a política de prevenção, de Redução de Danos, assistência e reinserção social. Destaca que, de acordo com o artigo 28, § 7º, será facultado ao usuário, preferencialmente, tratamento ambulatorial especializado. Daí depreende-se que o tratamento jamais deve ser imposto à primeira vista. Há duas exceções, ambas quando o agente houver cometido crime sob o efeito de substâncias psicoativas ou é dependente químico: (a) o juiz poderá determinar o encaminhamento para tratamento médico em sentença absolutória imprópria, quando constatado que o agente, ao tempo do crime, o cometeu sob o efeito de drogas, o qual lhe retirou inteiramente a capacidade de entender o caráter ilícito da conduta ou determinar-se de acordo com esse entendimento (art. 45); (b) na sentença condenatória, por sua vez, o juiz determinará o encaminhamento para tratamento quando constatada a necessidade deste, a partir de laudo médico pericial (art. 47).

Outra mudança introduzida pela Lei de Drogas diz respeito à penalidade cominada ao porte de drogas para consumo pessoal. A conduta deixa de ser apenada com pena restritiva de liberdade, forma substituída pela previsão de penas alternativas de forma autônoma, quando tradicionalmente elas têm o papel de pena substitutiva à prisão. São elas: a) advertência sobre os efeitos das drogas; b) prestação de serviços à comunidade; c) medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo (art. 28, I à III). De acordo com o Supremo Tribunal Federal (STF), no RE 430.105-QO/RJ, ainda assim a conduta constitui crime, tendo ocorrido *in casu* a sua despenalização (MARTINS, 2008). A criminalização do porte de drogas para consumo pessoal é alvo de diversas críticas. Doutrinadores, como Lins (2009), não vislumbram qualquer violação à saúde pública, pois o uso de drogas configura uma autolesão, matéria afeita à liberdade de escolha que não justifica a tutela penal.

É fortemente criticada a ausência de um critério objetivo para a diferenciação entre o consumo pessoal e o tráfico de pequena quantidade. De acordo com o artigo 28, § 8º da lei em comento, para aferir se a droga apreendida se destinava ao consumo pessoal, o juiz deverá levar em conta a natureza e quantidade da substância, o local e as condições em que se desenvolveu a ação, bem como as circunstâncias pessoais, sociais, conduta e antecedentes do agente. Para o Senador Antonio Carlos Valadares (PSB-SE), relator do PLC 37/2013 que propõe mudanças à Lei de Drogas, a expressão “circunstâncias sociais e pessoais” é extremamente discriminatória e preconceituosa. No PLC, o dispositivo referido é substituído pela presunção da destinação da droga para consumo pessoal, desde que a quantidade apreendida seja suficiente para o consumo médio individual por cinco dias, de acordo com limites a serem estabelecidos pelo Poder Executivo (APOIO..., 2014).

Maronna (2006) identifica um caráter dúplice na Lei de Drogas: ela abrandou o tratamento conferido ao porte de drogas ilícitas para consumo pessoal, crime não mais sujeito a pena restritiva de liberdade, mas agravou a punição ao tráfico. Tal denotaria uma clara opção pelo proibicionismo, ainda que velada. A adoção dessa postura gera reflexos diretos no tratamento dos dependentes químicos, conforme salienta o próprio MS. De acordo com a “Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas” (2004), o rigor da lei penal se revela uma condição desfavorável ao acesso à saúde, à participação e organização dos usuários de drogas. Determinar que uma conduta é proibida, além de estigmatizar aquele que nela incorre, estimula a ocultação desses sujeitos e ações. Além disso, classificar as substâncias psicoativas em lícitas e ilícitas gera a falsa impressão de que aquelas qualificadas como lícitas são menos perigosas à saúde.

A despeito de somente ser referida na Lei de Drogas a possibilidade de internação do usuário por ordem judicial no contexto do processo criminal, a internação de pessoas que usam substâncias psicoativas é realizada com fulcro na Lei nº 10.216/2001 (Lei Federal de Psiquiatria). Nesta, são previstos três tipos de internação psiquiátrica: a) voluntária – precedida pelo consentimento do indivíduo; b) involuntária – precedida por pedido de terceiro, na medida em que o indivíduo não apresenta capacidade de se autodeterminar; c) compulsória – determinada pelo Poder Judiciário (art. 6º). A medida, contudo, é excepcional. De preferência, as pessoas portadoras de transtorno mental devem ser tratadas em serviços comunitários de saúde mental (art. 2º, parágrafo único, IX), somente podendo ser indicada a internação quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (art. 4º).

A atual Lei Federal de Psiquiatria é uma das conquistas do movimento da Reforma Psiquiátrica, deflagrado no Brasil na década de 70 a partir da formação do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA). Contatou-se que a Psiquiatria havia se tornado uma técnica de repressão. Esqueciam-se pessoas por anos em hospícios e manicômios, o que aniquilava a sua autonomia e qualquer possibilidade de desenvolvimento. Durante a ditadura militar, até mesmo pessoas consideradas sãs eram mantidas em manicômios, fazendo dos locais de internação verdadeiros depósitos de excluídos. Tendo como referência os ensinamentos do psiquiatra italiano Franco Basaglia, o objetivo do movimento era e continua sendo o de garantir um tratamento profissional e adequado às pessoas com transtornos psíquicos, consentâneo com o respeito aos seus direitos, em especial os direitos à igualdade, liberdade, integridade e saúde (MENDES; MENEZES, 2013).

Fortes (2010) salienta que os objetivos da Reforma Psiquiátrica vão além da “desospitalização” e construção de um novo modelo assistencial restrito ao campo da saúde mental e coletiva. Ela buscou ser agente ativo em um processo social complexo de desinstitucionalização, a saber, de desmontagem de todo o aparato científico, legislativo e administrativo que sustenta relações de poder estruturadas em torno da noção de doença. Mendes e Menezes (2013) observam que, pela primeira vez, o centro das discussões passa a ser o bem-estar do paciente, em lugar da solução dos problemas sociais gerados pela presença indesejável dos “loucos” no espaço público. Dentre as suas ideias basilares estava a construção de um novo espaço social para as pessoas portadoras de transtornos mentais, que possibilitasse o resgate de sua cidadania e autonomia.

A título de tratamento, dentre as conquistas da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial no Brasil estão os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), o Auxílio de Reabilitação Psicossocial “De volta pra casa”,

entre outras responsáveis pela expansão da possibilidade de desinstitucionalização responsável de pessoas que por muitos anos permaneceram internadas. Houve uma redução expressiva de leitos em hospitais psiquiátricos, sobretudo nas regiões sudeste e nordeste. Embora esteja cada vez mais solidificado um modelo de atenção psiquiátrica essencialmente comunitário, não centrado no hospital, ainda há causas pelas quais se lutar. O estigma que recai sobre os “loucos” e “drogados”, a inadequada oferta de tratamentos que comungam do ideal de liberdade terapêutica, políticas que fomentem a autonomia dos sujeitos estão entre os desafios que se colocam diante da Reforma Psiquiátrica na contemporaneidade (PITTA, 2011).

A partir de 2000, as políticas públicas de drogas no Brasil vêm se tornando mais permeáveis ao enfoque da Redução de Danos. Este modelo surgiu em 1980, primeiramente na Holanda e no Reino Unido, a partir da constatação do fracasso das terapias tradicionais, voltadas à abstinência, e o aumento de incidência de doenças associadas ao uso de drogas, como as Hepatites Virais e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA). Está, dentre as suas estratégias mais populares, a distribuição de seringas esterilizadas, evitando-se a proliferação de doenças através do compartilhamento das mesmas entre os usuários de drogas injetáveis. Descrita pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como estratégia de saúde que intenta prevenir ou reduzir as consequências negativas associadas a um determinado ou conjunto de comportamentos, pode-se dizer que a Redução de Danos constitui um dispositivo da Reforma Psiquiátrica (SANTOS; MALHEIROS, 2010).

Santos e Malheiros (2010) apontam que a aproximação da Reforma Psiquiátrica do campo do uso abusivo de drogas faz emergir “novos” sujeitos de direito: usuários de drogas que sofrem com a dependência química, muitas vezes marginalizados e alvos de uma política repressiva. A Redução de Danos engloba toda ação que tem como finalidade minimizar os possíveis danos que o consumo de uma substância psicoativa pode causar à saúde, visando a promoção do bem-estar, cidadania e direitos fundamentais. Mayer (2010) explica que tal minimização não implica necessariamente na redução do consumo. Significa conferir protagonismo ao usuário de drogas, transmitir a ele e seus familiares corresponsabilidade na construção de novas perspectivas e formas de lidar com sua vulnerabilidade.

A Redução de Danos conta com previsão expressa na Lei de Drogas. Desde então, ela passou a ser inserida em espaços institucionais, como políticas do SUS, a Política Nacional de Saúde Mental, a Política Nacional sobre Drogas e a Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral de Usuários de Álcool e outras Drogas. De acordo com esta última, realinhada em 2004, a abstinência deixa de ser o objetivo primordial, residindo o foco na

defesa da vida. É visada a formulação de políticas que desconstruam a associação do usuário de drogas com um doente que necessariamente requer internação, prisão ou absolvição. Além disso, trata como imprescindível a intersetorialidade na execução das políticas de atenção integral (BRASIL, 2004).

De acordo com a Portaria nº 1.028/2005 do MS, ações deste tipo devem ser dirigidas àqueles que não podem, não conseguem ou não querem interromper o uso da droga, buscando-se reduzir os riscos associados a ele sem intervir na oferta ou no consumo. Medidas de outra natureza devem ser oferecidas apenas quando requeridas pelo usuário, postura que demonstra preocupação com a preservação da identidade e liberdade de decisão do indivíduo. Ainda de acordo com ela, as ações no âmbito da Redução de Danos deverão ocorrer em três frentes: a) informação, educação e aconselhamento; b) assistência social e à saúde; c) disponibilização de insumos de proteção à saúde e de prevenção à SIDA e Hepatites. Destaque-se a existência de proposta para se repensar o que se entende por “sucesso” no tratamento da dependência química, até então tido como sinônimo de abstinência. Nunes e outros (2010) clamam por uma nova tecnologia de cuidado, construída em termos de atenção e acolhimento, e não de eficácia, contenção e controle.

De fato, a Redução de Danos parte de uma concepção integral de saúde, de modo que o respeito à autonomia do paciente é indispensável. Suas estratégias devem levar em consideração a real necessidade de cada indivíduo, privilegiando-se uma lógica oposta à da internação e abstinência a qualquer custo. Vê-se na pessoa que usa substâncias psicoativas um ser ativo, capaz, protagonista de sua vida, não relegado a um papel passivo e secundário. Por isso, os profissionais buscam valorizar o saber dos usuários ao traçar o planejamento das ações de intervenção, abrindo-se a discussão sobre as formas de tratamento para além do grupo de especialistas. Cada paciente é um cidadão cujos direitos não podem ser ignorados pelo fato de fazer uso de drogas, sobretudo as ilícitas (SANTOS; MALHEIROS, 2010).

O governo federal lançou em 2011 o Programa “Crack, é possível vencer”, na esteira do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (Decreto nº 7.179/2010). Assentado nos eixos prevenção, cuidado e autoridade, tal programa tem como objetivo prevenir o uso, promover atenção integral ao usuário de crack e enfrentar o tráfico de drogas por meio da articulação entre os governos federal, estaduais e municipais (BRASIL, 2014). Ele tem sido alvo de críticas. Para Nery (2011), é um equívoco concentrar a atenção em uma droga específica, ainda mais sendo o álcool e o tabaco as drogas que mais causam danos à população. Para Hart, o nome do programa reforça a “guerra às drogas”, como se o uso dessas

substâncias fosse a causa dos problemas sociais e da violência, e não consequência da sistemática negação de direitos (informação verbal)⁴.

Também são apontados os altos investimentos em leitos para internação. Em novembro de 2013, foram ofertadas 4 mil vagas através de convênios com comunidades terapêuticas privadas, que somam um investimento de 51 milhões de reais em um ano (MJ..., 2013). De acordo com o balanço do programa, disponível no sítio eletrônico do “Observatório – Crack, é possível vencer” e consultado no dia 25 de julho de 2014, desde quando foi implantado em dezembro de 2011, foram disponibilizadas 5.496 vagas em comunidades terapêuticas. Outras ações de cuidado não cresceram no mesmo ritmo, a exemplo dos 101 consultórios na rua e dos 348 CAPS Álcool e Drogas instalados no país no mesmo período. Esses dados são forte indício de que se confere à medida de internação um papel que contraria o movimento da Reforma Psiquiátrica, invertendo-se a prioridade estabelecida nas diretrizes do MS ao se apostar em um modelo cuja insuficiência é historicamente aferível. O modo de gestão dos recursos muito diz sobre o olhar com que são analisados os problemas em torno do uso abusivo de drogas.

Do exposto até aqui, pode-se dizer que, apesar da despenalização do crime de porte de drogas para consumo pessoal, a perspectiva predominante é a da repressão, do combate, da “guerra às drogas”. Essa mesma lógica termina por se reproduzir em ações dos gestores públicos, sobretudo aquelas que apostam na internação involuntária e compulsória como forma de tratamento, o que será explorado a seguir.

3 A DISCIPLINA JURÍDICO-NORMATIVA E O PAPEL OCUPADO PELA INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA NA POLÍTICA DE TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA NO BRASIL

Como já se viu, a medida de internação psiquiátrica conta com previsão legal na Lei 10.216/2001. De acordo com ela, as pessoas portadoras de transtorno mental têm direito ao tratamento menos invasivo e, preferencialmente, ele deve ser prestado em serviços comunitários de saúde mental (art. 2º, VIII e IX). Nessa linha, a internação somente pode ser indicada caso demonstrada a insuficiência dos recursos extra-hospitalares. É vedada a internação em locais com características asilares e ao paciente deve ser garantida a presença médica para esclarecimento da (des)necessidade da hospitalização, quando involuntária (art.

⁴ Informação coletada em conferência realizada pelo Prof. Dr. Carl Hart, intitulada “Drogas e Sociedade – Superando mitos para a construção de novos paradigmas”, ocorrida no dia 09 de maio de 2014 na Escola de Magistratura do Estado do Rio de Janeiro (EMERJ).

4º, § 4º). O artigo 2º da Portaria GM nº 2.391/2002 do MS acrescenta que a internação deve ter a menor duração temporal possível.

Em relação à demonstração de insuficiência da rede de assistência extra-hospitalar antes de proposta a internação, julgados recentes do Superior Tribunal de Justiça (STJ) apresentam o entendimento de que o artigo 4º da Lei nº. 10.216/2001 contém uma ressalva que dispensa a aplicação dos recursos extra-hospitalares se demonstrada a efetiva insuficiência de tais medidas (vide o HC 135.271-SP, HC 169.172-SP e HC 130.155-SP), relativização da excepcionalidade da medida com a qual não se concorda. O juízo a respeito da (in) suficiência dos outros recursos é feito a partir do que consta no laudo médico pericial, conforme se vê em excerto do voto do relator proferido no terceiro *habeas corpus* citado (BRASIL, 2010, p. 84):

[...] verifica-se que a questão relativa à necessidade de submeter o ora paciente a recursos extra-hospitalares, antes da imposição da medida compulsória de internação, está prevista no art. 4º da Lei nº 10.216/2001 [...] A ideia foi evitar que se entregue, de plano, aquele que, já doente, ao sistema de saúde mental que, por diversas vezes já se mostrou inadequado para propiciar um tratamento digno, efetivo e que possibilite a recuperação do doente mental para convivência em sociedade. Todavia, a ressalva da parte final do art. 4º da Lei nº 10.216/2001, dispensa a aplicação dos recursos extra-hospitalares se houver demonstração efetiva da insuficiência de tais medidas. E, acredita-se, ser esta a situação dos presentes autos. Isso porque, como bem detectou o acórdão denegatório, o ora paciente "tem histórico de agressividade, com maldade, acima do comum".

Passemos a um maior detalhamento das três espécies de internação psiquiátrica previstas na Lei 10.216/2001: voluntária, involuntária e compulsória. Independentemente do tipo, a internação está condicionada a laudo médico circunstanciado (art. 6º). A internação psiquiátrica voluntária se dá com o consentimento do paciente, mediante assinatura de uma declaração em que afirma a sua opção por este regime de tratamento, no momento da admissão. Seu término pode se dar por solicitação escrita do paciente ou por determinação médica (art. 6º, I e art. 7º). De acordo com o artigo 3º, § 3º da Portaria GM nº 2.391/2002, a internação voluntária poderá se tornar involuntária quando o paciente, já internado, externar discordância sobre a manutenção da internação, daí a indicação de uma quarta espécie de internação em relação à Lei Federal de Psiquiatria – a internação psiquiátrica voluntária que se torna involuntária.

A internação involuntária, por sua vez, é desencadeada a pedido de terceiro, sem o consentimento do paciente. A medida deverá ser comunicada ao Ministério Público Estadual (MPE), no prazo de 72 horas, pelo responsável técnico do estabelecimento, o mesmo devendo ocorrer quando houver alta (art. 6º, II, art. 8º, § 1º). Seu término se dará por solicitação escrita

do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista (art. 8º, § 2º). Conforme a Portaria GM nº 2.391/2002, além de comunicação ao MPE, deve ser notificada também a Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias, constituída pelo gestor estadual do SUS, através de formulário próprio instruído com laudo médico do especialista pertencente ao estabelecimento de saúde responsável pela internação. Tal comissão terá composição multidisciplinar e contará com participação de integrante do MPE especialmente designado (art. 4º, 5º e 10º).

Para que se leve a cabo uma internação involuntária, deve ser constatada a existência de um transtorno mental grave, cujas manifestações representem um risco iminente ao próprio paciente ou para outrem. Além disso, deve ser patente a impossibilidade de tratamento em regime ambulatorial e a recusa ao tratamento proposto pelo médico. Somente nessas circunstâncias poderá o médico psiquiatra, com aval da família ou responsável legal do paciente, promover a internação involuntária. Embora o paciente, acometido por transtorno mental, esteja com sua capacidade reduzida ou sem condições de se expressar, entende-se que a situação de risco em que se encontra justifica a medida, que preza pelo seu melhor interesse (FORTES, 2010). O tratamento deve preservar e aumentar a autonomia do paciente, conforme estampado no princípio 9, item 4, dos “Princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental” aprovados pela Assembleia Geral da ONU em 1991.

A realização de tratamento psiquiátrico sem o consentimento do paciente é uma das questões mais complexas da psiquiatria. De acordo com o artigo 6º da Resolução nº 1.598/2000 do Conselho Federal de Medicina (CFM), tal somente se faz possível quando as condições clínicas não permitirem a obtenção desse consentimento, e em situações de emergência, para evitar danos imediatos ou iminentes ao paciente ou a outras pessoas, devidamente justificadas em prontuário. O parágrafo único do mesmo dispositivo diz que, não sendo possível a manifestação do consentimento do paciente, deve-se buscar o consentimento de um responsável legal. No seu artigo 16, reforça-se que na ausência do consentimento do paciente, deve haver consentimento de um responsável legal para que seja possível a internação involuntária.

De acordo com Fortes (2010), a internação visa intervir em um episódio de crise, a fim de controlá-lo e estabilizar a saúde dos pacientes que se encontram em um estado mais grave, garantindo-se, por conseguinte, a sua própria segurança e a das outras pessoas. Se constatada a necessidade de internação, para a autora, o médico deverá informar o paciente sobre a conduta proposta, em sinal de respeito ao seu direito de livre arbítrio, ainda que não

possa, supostamente, compreender o fato. Observa, ainda, que mesmo quando voluntária, a medida de internação não deixa de consistir em certo confinamento, podendo ferir a autonomia do paciente. Disposições do Código de Ética Médica (CEM) são ainda mais rigorosas em relação a procedimentos sem o consentimento do paciente. De acordo com seus artigos 22 e 31, tal somente é admissível quando houver risco de morte.

A internação compulsória, por fim, é identificada na Lei Federal de Psiquiatria como aquela determinada pelo Poder Judiciário. Deverá sê-lo por juiz competente, que levará em consideração as condições de segurança do estabelecimento quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários (art. 6º, III, art. 9º). A Portaria GM nº 2.931/2002 não se aplica a esta modalidade, conforme previsto expressamente em seu artigo 3º, § 4º. Esta espécie de internação causa preocupações entre os médicos, em face da denominada judicialização do ato médico. A interferência de instituições jurídicas na área da saúde mental tem gerado desconfortos e é tida como desrespeito à autonomia do paciente, além de fragilizar a relação médico-paciente. Para Fortes (2010), o estreitamento do diálogo entre os profissionais de saúde e o Poder Judiciário deve ser o caminho para que se chegue a um consenso, visando o bem-estar do paciente, sem que seja diminuída a responsabilidade das instituições envolvidas. A seguir, tabela que sistematiza as diferenças e a base legal das espécies de internação psiquiátrica no ordenamento jurídico brasileiro.

DISCIPLINA JURÍDICA DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA NO BRASIL		
Espécie	Conceito	Base legal
Voluntária	A internação conta com o consentimento do paciente, mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) no momento da admissão no estabelecimento.	<u>Lei nº. 10.216/2001</u> Arts. 6º, I e 7º <u>Portaria GM nº 2.391/2002 do MS</u> Art. 3º, § 3º
Involuntária	O pedido não parte do paciente, mas sim de familiares ou de seu responsável legal.	<u>Lei nº. 10.216/2001</u> Arts. 6º, II; 4º, § 4º e 8º, §§ 1º e 2º <u>Portaria GM nº 2.391/2002 do MS</u> Arts. 4º, 5º e 10º
Compulsória	A internação é determinada pelo Poder Judiciário.	<u>Lei nº. 10.216/2001</u> Arts. 6º, III e 9º

Há mais de uma década o Brasil vem implantando a Reforma Psiquiátrica. A partir da Lei nº 10.216/2001, inicia-se um processo constante de redução de leitos psiquiátricos, com vistas ao fechamento dos manicômios. Contudo, diversas iniciativas parecem estar adotando o sentido oposto, contrariando às vezes as próprias diretrizes do MS. Neste cenário, o Projeto de Lei nº 7.663/2010 é apontado como grande retrocesso, pois reforça o clima de “guerra às drogas” e proibicionismo. Quanto à internação, são mantidas as espécies da Lei Federal de Psiquiatria, mas não é mencionada a excepcionalidade da medida. Na ausência de vagas em programa público de atendimento, o juiz poderá determinar a internação em estabelecimento privado a expensas do Poder Público. Neste ponto, Pinho (2013) vislumbra que o projeto constitui instrumento de retorno ao mercado dos antigos manicômios, hoje designados de Hospitais Psiquiátricos ou Clínicas Terapêuticas, com vistas à ampliação dos leitos numa lógica mercantil.

A “Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas” de 2004, já mencionada, é voltada à prevenção, tratamento e reabilitação dos usuários de drogas. O próprio MS, em formulário de posicionamento sobre proposição legislativa datado de outubro de 2012, assumiu posição contrária ao projeto de lei referido. Enquanto este prioriza a internação involuntária e compulsória, a Lei Federal de Psiquiatria deixa clara a excepcionalidade desta forma de tratamento. Portanto, a internação nunca poderá ser a primeira opção, devendo-se dar prioridade aos tratamentos de base territorial e comunitária. Quando colocada como medida central e prioritária, a medida de internação é banalizada, desconsiderando-se a diversidade de tratamentos e serviços disponíveis para os mais diversos públicos, necessidades e situações.

Para Pitta (2011), as hoje denominadas “comunidades terapêuticas” insistem na lógica de enclausuramento e, portanto, estão entre as instituições asilo-manicomiais que a Reforma Psiquiátrica almeja substituir progressivamente por ações em rede na Atenção Básica, nos Ambulatórios Especializados, nos CAPSad, Unidades Residenciais Transitórias, STR’s, leitos em Hospitais Gerais etc. Há, ainda, os Pontos de Encontro, os Centros de Convivência, as Oficinas de Geração de Renda e Trabalho e o “gerenciamento de casos” nas comunidades, todas iniciativas baseadas na Redução de Danos. São necessárias, também, ações intersetoriais de inclusão social no trabalho, escola, esportes e cultura, produzindo-se chances de protagonismo social para que as drogas deixem de ocupar um espaço no projeto de vida dos usuários.

A “desinstitucionalização”, maior bandeira da Reforma Psiquiátrica, parece mesmo ser ignorada em iniciativas como essa. A crença social de que a droga é a responsável pela

miséria e exclusão, bem como de que o usuário representa um perigo à sociedade, pois perdeu a sua capacidade de autodeterminação, ampara as iniciativas que privilegiam a internação como meio de tratamento, inclusive a involuntária e compulsória. A veiculação massiva na mídia nacional de imagens das chamadas “cracolândias” é tida como prova irrefutável da necessidade de tais medidas. Daí a necessidade de resgate da Luta Antimanicomial, que atesta a falência desse modelo de atenção à saúde. As internações involuntária e compulsória são a antítese de toda a Reforma Psiquiátrica, pois é o retorno ao modelo carcerário do passado (CASTILHO, 2012).

No tocante às internações involuntárias e compulsórias, observe-se que, de acordo com pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) sobre o perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil, idealizada pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) no âmbito do Plano de Enfrentamento ao Crack e outras drogas, tem-se que 78,9% dos usuários desejam receber tratamento. A partir deste e outros dados da pesquisa, Busse (2013) observa que insistir em políticas públicas de internação involuntária ou compulsória é desnecessário e inadequado. Para o autor, o foco deve se voltar para as ações de Redução de Danos e humanização do cuidado com essa população tão vulnerável, oferecendo-se atendimento nos serviços mais básicos da administração pública.

Além do PL 7.663/2010, causam preocupações as iniciativas de alguns entes públicos que têm desenvolvido políticas que privilegiam as internações involuntária e compulsória como medida de combate às drogas. Cite-se, como exemplo, a parceria estabelecida no estado de São Paulo entre o Ministério Público (MP), Tribunal de Justiça (TJ) e Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) para oferecimento de atendimento diferenciado em regime de plantão no Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD). O objetivo é tornar o processo de internação compulsória mais célere, protegendo-se principalmente aqueles desprovidos de recursos e que perderam seus laços familiares (o que inviabiliza a internação involuntária). A indicação desse tipo de tratamento será feita por agentes de saúde sempre que identificado que o indivíduo corre risco e não tem domínio sobre sua condição física e patológica (SÃO PAULO, 2013).

Este convênio tem sido criticado por instalar, em uma unidade que presta atendimento médico a dependentes químicos, um aparato que representa o poder coercitivo do Estado. Tal poderia prejudicar a busca por tratamento por parte dos usuários (informação verbal)⁵. Ele foi desenvolvido no âmbito do Programa Recomeço, iniciativa do estado de São

⁵ Informação coletada em conferência realizada pela Profª. Dra. Andrea Gallassii, intitulada “Saúde Pública e Política de Drogas”, ocorrida no dia 30 de abril de 2014 durante o Fórum Além da Guerra às Drogas: o desafio

Paulo. Dentre as medidas está o investimento na ampliação de leitos para internação e oferta do chamado “Cartão Recomeço”, benefício de R\$ 1.350,00 para custear o tratamento de dependentes químicos que buscarem ajuda voluntariamente (RIBEIRO; DANTAS, 2013). Também essa medida, chamada popularmente de “bolsa crack”, é alvo de críticas por incentivar o acesso a serviços privados em detrimento do fortalecimento da rede de assistência do SUS (informação verbal)⁶.

A prefeitura de São Paulo, por sua vez, implantou em 2014 o Programa “De Braços Abertos”. Consiste na retirada de cerca de 300 pessoas que montaram “barracos” na Rua Dino Bueno, região conhecida como “cracolândia”, hospedá-las em hotéis da região e remunerá-las para prestar serviços de zeladoria à Prefeitura no centro da cidade. Também é prevista a disponibilização de tratamento médico ambulatorial e treinamento profissional. Para Silveira, o programa abandona a abordagem repressiva e higienista, respeitando os direitos fundamentais e conferindo dignidade a essas pessoas, que poderão reorganizar as suas vidas. Esta iniciativa não exige a abstinência dos participantes, agindo na causa do problema – a situação de miserabilidade social, e não na sua consequência – o consumo abusivo de drogas, sobretudo o álcool (ENTENDA..., 2014).

No município do Rio de Janeiro foi realizada uma operação, em fevereiro de 2013, de internação compulsória de adultos usuários de crack. O número de pessoas recolhidas não foi divulgado e a ação contou com força policial (OPERAÇÃO..., 2013). A internação compulsória de crianças e adolescentes já contava com previsão na Resolução SMAS nº. 20/2011, a qual prevê um sistema de abrigo compulsório de crianças e adolescentes em situação de rua, não sendo a justificativa restrita ao uso de drogas. Em audiência pública realizada em dezembro de 2013 na Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa de Minas Gerais, o grande número de internações compulsórias e involuntárias realizadas no estado foram alvo de críticas. Para representante da Frente Mineira de Drogas e Direitos Humanos, a medida tem sido aplicada de forma indiscriminada (ESPECIALISTAS..., 2013).

Ações como essas, que privilegiam a internação involuntária e/ou compulsória tem sido alvo de críticas por parte de organismos internacionais. Por meio de nota técnica, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) declarou que a adoção da internação involuntária ou compulsória como estratégia central para o tratamento da dependência química é inadequada e ineficaz, pois estas medidas são extremas e somente podem ser

de novas políticas para usos de substâncias psicoativas, organizado pelo Laboratório de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos (LEIPSI) na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

⁶ Ibid., 2014.

aplicadas em situações de crise, quando a pessoa ofereça alto risco para si ou terceiros. Além disso, suas condições e duração devem contar com amparo legal e sua indicação deve ser devidamente justificada. Do contrário, se estará indo no sentido contrário ao conhecimento científico até então produzido nesta seara (OPAS, 2013). A OPAS (2011) já havia declarado ser prioridade os investimentos em serviços ambulatoriais de base comunitária e atenção básica que estejam integrados no sistema de saúde geral.

No âmbito do Poder Judiciário, vale destacar o fortalecimento da Justiça Terapêutica no Brasil. A partir das medidas protetivas previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), sobretudo as dos incisos V e VI do artigo 101, passou-se a pensar numa abordagem alternativa àquela exclusivamente repressiva. O princípio da “atenção integral”, próprio à tutela legal das crianças e adolescentes é estendido ao adulto, propiciando uma mudança de olhar: ver, além do conflito com a lei, os problemas relacionados com o uso de drogas. Nessa esteira surgiu a Justiça Terapêutica, compreendida como um conjunto de medidas destinadas ao oferecimento de atenção terapêutica aos infratores usuários de drogas, no intuito de converter o seu comportamento delituoso em um comportamento legal e socialmente adequado (SILVA, 2008).

No Rio Grande do Sul, o programa foi instalado em 2000 e hoje abrange as áreas do Direito de Família, Justiça da Infância e da Juventude e Direito Penal. Conforme suas diretrizes poderão ser ofertadas uma medida de tratamento, uma medida protetiva ou um tipo de pena alternativa, respectivamente. Dentre as possibilidades, está a internação compulsória. Também em 2000 formou-se a Associação Nacional de Justiça Terapêutica, organização não governamental que reúne Promotores de Justiça, Juízes de Direito, Defensores Públicos, advogados, policiais, profissionais da saúde e voluntários dedicados ao encaminhamento do infrator usuário de drogas para tratamento (SILVA, 2008).

Na esfera penal, o principal objetivo é romper o binômio drogas-crime. Aquele que comete infração de menor potencial ofensivo poderá escolher entre a pena e o tratamento, em vários momentos do processo penal: a) na fase pré-sentencial – transação penal ou suspensão condicional do processo (arts. 76 e 89 da Lei nº. 9.099/1995); b) fase pós-sentencial – pena alternativa de limitação de fim de semana, suspensão condicional da pena, durante o cumprimento da pena ou pelo livramento condicional (arts. 43 e 79 do CP). Uma vez cumprido o tratamento, o processo é arquivado e não restarão registros de antecedentes criminais (SILVA, 2008). Cresce, portanto, as possibilidades de determinação da internação compulsória por parte do Poder Judiciário. Diante desses episódios, cabe questionar se a internação, sobretudo a involuntária e compulsória, ainda mantém sua função terapêutica ou

se tem sido transmutada em mecanismo de controle e punição do usuário, encoberto por um discurso que se diz protetivo (REIS; GUARESCHI; CARVALHO, 2014).

4 ENFRENTAMENTO DAS TENSÕES ENTRE A CAPACIDADE CIVIL E A CAPACIDADE DECISÓRIA DAS PESSOAS QUE USAM SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS À LUZ DA BIOÉTICA E DO DIREITO CIVIL-CONSTITUCIONAL

As pessoas que usam substâncias psicoativas de forma abusiva são incapazes de tomar decisões sobre a própria saúde: este é o entendimento predominante, que está na base da justificação das internações involuntária/compulsória e é reforçado por disposições do CC. Por isso, estas serão analisadas criticamente, perquirindo-se a dita insuficiência da teoria das incapacidades nesta seara. Antes, cabe esclarecer a relação entre as noções de personalidade e capacidade. A primeira é composta por dois aspectos, ambos assentados nos atributos da pessoa humana. Sob a perspectiva dos atributos que habilitam uma pessoa a ser sujeito de direito, tem-se a personalidade como capacidade, como titularidade de relações jurídicas. Por outro lado, a personalidade também representa o conjunto de características da pessoa humana enquanto objeto de proteção por parte do ordenamento jurídico. Os direitos da personalidade, por exemplo, fazem referência a este segundo sentido, enquanto categoria que exprime os direitos essenciais à dignidade e integridade humanas (TEPEDINO, 2008).

A capacidade civil é um atributo conferido pela ordem jurídica, sendo classificada em capacidade de direito (ou gozo) e capacidade de fato (ou de exercício). A toda pessoa é atribuída a capacidade de direito (art. 1º do CC), compreendida como aptidão para ser titular de direitos e obrigações. Terá capacidade de fato, por sua vez, todo aquele que puder exercer seus direitos e cumprir suas obrigações por meio da manifestação de sua vontade, de forma livre e consciente (RODRIGUES, 2003). Presume-se que as pessoas têm condições de zelar por seus próprios interesses, sejam eles patrimoniais ou existenciais. Quando esta presunção não se confirma, mais especificamente, quando identificada alguma das circunstâncias elencadas nos artigos 3º e 4º do CC, estar-se-á diante de um incapaz, fazendo-se necessário que um terceiro passe a administrar a vida e o patrimônio daquele que não consegue fazê-lo (FERRAZ; LEITE, 2012).

De acordo com os artigos acima mencionados, a incapacidade de fato poderá ser absoluta ou relativa. Com exceção do critério etário, o reconhecimento da incapacidade deverá ser feito em juízo, via processo de interdição, no qual o juiz nomeará um curador (art. 1.767 do CC). Se a incapacidade for absoluta, a interdição será total, devendo o curador representar o curatelado em todos os atos da vida civil, sob pena de nulidade. Em caso de

incapacidade relativa, a curatela será parcial, de modo que o incapaz será assistido apenas em determinados atos definidos na sentença, sob pena de anulabilidade. Ainda que se trate de um regime de natureza protetiva, muitas vezes ele poderá representar uma redução indevida da autonomia da pessoa, violando direitos fundamentais e da personalidade (FERRAZ; LEITE, 2012).

O CC inscreve no rol dos relativamente incapazes, expressamente, “os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido” (art. 4º, II do CC), devido à presunção de que estes têm um discernimento limitado para gerir seus próprios interesses (RODRIGUES, 2003). Contudo, não se descarta o enquadramento de uma pessoa que usa substâncias psicoativas no art. 3º, incisos II ou III do CC, disposições que determinam serem absolutamente incapazes “os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos” e “os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade”, respectivamente.

No campo da Bioética, as críticas a estes dispositivos legais são contundentes. Pithan, Bernardes e Pires Filho (2005), ao analisarem comparativamente os critérios legais de capacidade civil com a noção de capacidade decisória do paciente como trabalhada na Bioética – a que denominam autonomia bioética – identificaram a insuficiência do Direito em estabelecer, sozinho, quem pode decidir o que é melhor para a sua saúde. Para os autores, a autonomia bioética é noção mais complexa do que a mera noção legalista de capacidade de fato, devendo ser investigados os critérios que deverão prevalecer quando contrapostas estas duas perspectivas.

Muitas vezes os profissionais da saúde irão se deparar com pacientes legalmente capazes, mas que, por se encontrarem em condições de especial vulnerabilidade, estarão mais suscetíveis a sofrer danos e sem capacidade real de decidir o melhor para si. Essa análise deve levar em conta a decisão a ser tomada em concreto. As leis civis, em sentido contrário, referem-se a uma inaptidão geral e abstrata, cunhada originalmente sob uma perspectiva patrimonial. Esta avaliação abrangente e indeterminada da capacidade presente no CC ignora as peculiaridades de cada caso e demonstra-se insuficiente para salvaguardar a dignidade da pessoa humana. A capacidade do paciente deve ser entendida como algo pontual, específica, relacionada ao caso concreto (PITHAN; BERNARDES; PIRES FILHO, 2005).

De fato, os dispositivos ora analisados não foram desenhados com vistas à avaliação da aptidão para exercício de direitos existenciais, mas sim de cunho patrimonial. Eles ainda estão moldados à lógica de que ao Direito Civil cabe apenas a tutela de situações patrimoniais, que dizem respeito ao sujeito de direito. Aguiar (2010) refere ser urgente a

comparação valorativa entre a capacidade civil e autonomia do agente, de modo que a interpretação dos artigos 3º e 4º do CC esteja aberta aos influxos da Bioética. Rodrigues (2003) também aponta a necessidade de se repensar o regime das incapacidades, notadamente quando se estiver diante de ações que tocam diretamente o desenvolvimento humano do indivíduo.

Deve-se atentar para o processo de reunificação do Direito Civil em torno de valores eminentemente existenciais após a promulgação da CRFB/88. Sobretudo seu artigo 1º, inciso III, não deixa dúvidas quanto ao compromisso com a plena realização da pessoa humana, ao alçar a dignidade a fundamento da República Federativa do Brasil (SARLET, 2009). Impõe-se uma releitura da estrutura e conceitos do CC, tradicionalmente cunhados sob uma ótica patrimonialista, releitura esta que deverá ter como ponto de partida a constatação de que a CRFB/88 assumiu um novo papel, o de vértice axiológico do sistema jurídico (SARMENTO, 2008). Diante desta conjuntura, Ferraz e Leite (2012) identificam ser uma prioridade a proteção das situações existenciais em relação às patrimoniais.

A autonomia, na maioria dos modelos ocidentais modernos de Direito, é reduzida à noção de capacidade civil. Contudo, esta é fundamentalmente embasada em princípios liberais e voltada à capacidade negocial, de ênfase patrimonialista. Nessa esteira, faz-se necessário o repensar das categorias de capacidade e autonomia vinculadas à ideia de sujeito de direitos ou de pessoa. Tal, por sua vez, pressupõe a análise de qual concepção de pessoa está por trás dessas categorias éticas e jurídicas, ou seja, o arquétipo de pessoa pressuposto quando da elaboração das disposições legais a respeito. O fenômeno da constitucionalização ou repersonalização do Direito Privado acarretou a substituição da ideia de pessoa abstraída das suas condições materiais e sociais, própria do Estado liberal, por uma concepção contextualizada e concreta de pessoa, condizente com os novos valores do Estado Social, notadamente com a igualdade material (SCHIOCCHET, 2010).

Fala-se em Direito Civil-Constitucional justamente para que fique clara a incidência direta da CRFB/88 nas relações entre particulares. Nessa esteira, ganham importância os direitos da personalidade, pois eles centralizam a preocupação jurídica na pessoa em detrimento das questões patrimoniais. Essa categoria de direitos flexibiliza, desestabiliza e despatriomonaliza a codificação civil, trazendo à discussão os limites da intervenção estatal e do Direito na sua perspectiva privatista, por um lado, e a centralidade da proteção jurídica da dignidade humana, por outro. Rompe-se, assim, com a redução da pessoa a mero elemento da relação jurídica (SCHIOCCHET, 2010).

Os direitos da personalidade são direitos integrantes da própria essência da pessoa, podendo ser de ordem física ou moral. Incidem sobre bens concernentes à individualidade de cada pessoa e, sendo insuscetíveis de serem exercidos por outrem, não comportam transmissão. São inatos não porque a sua existência independa ou seja anterior ao ordenamento jurídico, mas sim porque para a sua aquisição basta o pressuposto da personalidade jurídica. Dentre eles está o direito à liberdade, nele incluído a livre atividade corporal, a privacidade, a intimidade, a vida, a saúde e outros (SCHIOCCHET, 2010). Com a salvaguarda deste direito à liberdade se coadunam as construções da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial. Internar uma pessoa contra a sua vontade fere sua liberdade e autonomia, de modo que esta deve ser uma alternativa excepcional nos moldes da atual legislação. Para tanto, um juízo acertado a respeito da sua capacidade decisória é essencial para que direitos não sejam violados e para que o tratamento seja mais eficaz⁷.

A possibilidade de uma avaliação específica da capacidade decisória esbarra na ausência de previsão legal que a autorize, o que inibe os médicos a agir dessa forma em razão do receio de serem responsabilizados pelos atos daí decorrentes. Não se propõe ignorar os parâmetros legais para aferição da capacidade civil, até porque eles condicionam a validade dos atos jurídicos. Porém, em situações em que é nítida a discrepância entre a suposta capacidade civil e a real capacidade de decisão autônoma da pessoa, a primeira não pode ser considerada prioritária (PITHAN; BERNARDES; PIRES FILHO, 2005). Assim como Aguiar (2012), acredita-se que não se deve manter a estrita obediência a uma regra legal que não mais condiz com a realidade com fulcro na salvaguarda da segurança jurídica. Quando atingida, por uma pessoa, a capacidade de decidir sobre a própria saúde, ela deverá ser autorizada a fazê-lo livremente, sem representação ou assistência, por se tratar de um aspecto não patrimonial da vida humana que exige tratamento jurídico diferenciado.

A dogmática jurídica, ainda que em tempos de uma sociedade pós-moderna, repleta de conflitos transindividuais, continua trabalhando com a precisão e a justeza dos enunciados normativos liberais, sob a forma de manifestações bem particulares da ideologia modernista burguesa: a obsessão pela ordem e a busca por padrões de certeza. A legislação brasileira, seguindo a recomendação internacional, fixam faixas etárias ou condições para o exercício de direitos, considerando a idade, a saúde ou o desenvolvimento intelectual de determinadas pessoas, com o fim de protegê-la. Contudo, esta proteção termina por, muitas vezes, inviabilizar o exercício de direitos humanos e da personalidade, como quando se interna

⁷ Há relatos de que a internação compulsória é eficaz em apenas 2% dos casos, ou seja, 98% das pessoas internadas compulsoriamente apresentam recaídas (SAYURI, 2013).

compulsoriamente ou involuntariamente um indivíduo sem que seja realizada uma análise individual da sua capacidade decisória, como trabalhado na Bioética. Pode-se dizer que o sistema jurídico permanece enrijecido e incapaz de se adaptar às transformações e demandas sociais deste viés (SCHIOCCHET, 2010, 2013).

A possibilidade de uma análise diferenciada da capacidade decisória das pessoas que usam substâncias psicoativas de forma abusiva, para além das presunções contidas no CC, esbarra também na série de preconceitos e mitos construídos a respeito desta circunstância. Aos usuários de drogas, notadamente aos de crack nos últimos anos, é atribuída automaticamente a condição de dependente químico, de portador de transtorno psíquico, de quem representa um perigo social em virtude da perda da capacidade de autodeterminação. É a figura de uma pessoa descontrolada, que não pensará duas vezes em cometer um crime para saciar o desejo pela droga. Essa crença social já tão defendida, praticamente alçada a verdade científica, constitui a base do discurso de quem apoia as medidas de internação involuntária e compulsória (CASTILHO, 2013).

Acselrad (2013) refere que essas crenças são um obstáculo à educação para a autonomia sobre drogas. A reprodução de mitos, como o da dependência inexorável e da internação como meio ideal de tratamento são um obstáculo epistemológico para a conscientização a respeito dos problemas que as drogas podem representar e terminam por abrir caminho para soluções violentas e imediatistas, sem credibilidade científica. Não se nega que o uso de drogas como o crack é um problema grave, mas não há indícios de que a segregação do usuário em clínicas terapêuticas seja a melhor solução. Pelo contrário, a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial demonstram que o modelo carcerário não funciona. Já se sabe que para o sucesso do tratamento da dependência química é essencial a adesão voluntária e a participação ativa do sujeito (CASTILHO, 2012). Nas palavras de Castilho (2012, p. 36):

O tratamento compulsório é violência; segregação sem o devido processo legal. Significa negação da liberdade individual ou, antes, da própria condição para o exercício dessa liberdade, isto é, negação da própria capacidade de discernimento e tomada de decisões por parte do usuário-dependente – como decorrência do uso de droga em si mesmo.

Os resultados da pesquisa capitaneada por Hart (2013), neurocientista da Universidade de Columbia, também ajudam a desmistificar os pré-conceitos quanto à capacidade decisória de pessoas com dependência química, sobretudo a crença de que este quadro sempre se apresenta na sua forma mais extrema, implicando a tomada de ações

completamente irracionais e imprevisíveis. Todos os participantes da pesquisa eram usuários regulares de crack e foram mantidos em uma enfermaria por duas a três semanas, sob constante vigilância. No início de cada dia, os participantes eram vendados e fumavam a dose da substância oferecida no dia (as quantidades variavam e também havia a substituição por placebo), bem como ver e segurar os vales de dinheiro ou de mercadoria que seriam oferecidos à eles mais tarde, juntamente com uma nova dose da substância. Ao longo do dia, eram realizadas cinco sessões de escolha. Durante as primeiras quatro sessões, a decisão estava entre a dose diária e um vale-dinheiro no valor de cinco dólares. Nas seguintes, escolhia-se entre a droga e um vale-compras no mesmo valor.

Inicialmente, quando eram oferecidas grandes doses de crack, esta era a opção escolhida, o que parece ratificar a ideia de que a dependência sempre faz com que as pessoas coloquem a droga em primeiro lugar. Contudo, os dados colhidos nos dias posteriores foram surpreendentes. Embora se acredite que o dependente químico sempre irá escolher qualquer dose da substância em lugar de qualquer outra experiência, isso não foi o que ocorreu em laboratório. Quando as doses oferecidas foram reduzidas, muitos participantes escolheram pelo vale, ao menos, duas das cinco vezes em que lhes era requerida a tomada de decisão, tendo sido identificada preferência pelos vales de dinheiro. Isso demonstra que, mesmo diante da chance real de consumir a substância psicoativa, as pessoas são capazes de fazer escolhas racionais. Os participantes refletiram sobre a dose disponível, sobre a possibilidade de acumular uma soma em dinheiro. Se o primeiro contato com a droga produzisse necessariamente um desejo tão irresistível, qualquer dose oferecida não teria sido negada no momento da escolha (HART, 2013).

Os resultados foram alvo de críticas. Afirmou-se que os usuários apenas optavam pelo dinheiro para comprar mais crack quando findo o período da pesquisa. Porém, Hart (2013) destaca que essa conclusão infirma a própria ideia convencional de que as pessoas são incapazes de resistir à substância. Outros desacreditaram a condição de dependentes químicos das pessoas selecionadas para o estudo. De acordo com o neurocientista, as pessoas que participaram da pesquisa gastavam 280 dólares por semana, em média, com a aquisição de crack, tinham uma vida instável, poucos ou inexistentes laços familiares. Entende ser natural a resistência às conclusões, porque elas contrariam noções repetidas acriticamente por anos. Essa pesquisa demonstra, portanto, que a dependência química não implica em incapacidade decisória, caindo por terra o principal argumento daqueles que pregam ser a internação compulsória a única saída.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O proibicionismo continua a ser característica importante da política de drogas brasileira. A atual Lei de Drogas, contudo, incorporou lições da Reforma Psiquiátrica e inaugurou mudanças importantes no que se refere ao uso de substâncias psicoativas ilícitas. O porte de drogas para consumo pessoal, embora ainda seja considerado um crime, deixou de ser apenado com pena restritiva de liberdade, fenômeno denominado de despenalização. Porém, ainda assim, a criminalização desta conduta impacta negativamente no acesso e possibilidade de tratamento, pois ao estigmatizar os usuários os afasta dos serviços de saúde. A Lei de Drogas não alberga detalhes sobre o tratamento da dependência química. Nesse tocante, as diretrizes do MS e a Lei Federal de Psiquiatria são as normativas principais, sendo esta última referenciada como amparo legal da internação de pessoas com dependência química, em suas três modalidades: voluntária, involuntária e compulsória.

A internação psiquiátrica é uma medida excepcional por força de lei, estando a sua indicação justificada apenas em momentos de crise, quando a conduta do indivíduo representar um risco para si próprio ou terceiros, e condicionada a laudo médico circunstanciado e à insuficiência dos meios extra-hospitalares de tratamento. Atualmente, parece que as internações involuntária e compulsória têm ocupado um papel maior do que aquele para o qual foi concebida, em termos de políticas públicas. Sua excepcionalidade é posta à prova pelo acordo no estado de São Paulo, pelas operações no Rio de Janeiro, pelo relator do PL 7.663/2010 e pelo governo federal, ao não dar prioridade ao investimento na rede de atenção de ordem territorial e comunitária no âmbito do programa “Crack, é possível vencer”. No Poder Judiciário, a internação compulsória tem sido requerida nos processos de interdição e tem se apresentado como possibilidade no âmbito da Justiça Terapêutica.

Muitas dessas ações são pautadas em um discurso de terror, fundado em um estereótipo do usuário de drogas que nem sempre se confirma na realidade: a de uma pessoa incapaz de tomar decisões racionais, de comportamento violento e criminoso, disposta a tudo para alimentar seu vício. Tal é reforçado pelo CC que, em seus artigos 3º e 4º, definem de modo geral e abstrato os casos em que a uma pessoa deve ser atribuída a qualidade de relativamente ou absolutamente incapaz. Da leitura de seus incisos, dificilmente aos usuários de substâncias psicoativas não será atribuído algum grau de incapacidade para os atos da vida civil, necessitando de representação ou assistência para tomar decisões a respeito da própria saúde. A internação compulsória, então, parece ser a única saída em caso de recusa à tratamento.

Contudo, além dos dispositivos em comento terem sido concebidos numa perspectiva patrimonial, viu-se que o texto legal é precário e já não consegue abarcar a riqueza da vida. É através do Direito Civil-Constitucional que se conseguirá apreender a representação do humano, na sua condição de agente autônomo e capaz. A perspectiva do direito civil brasileiro deixa de ser excessivamente patrimonialista, passando-se a um modelo de regulação atento à dimensão existencial do ser humano. O maior exemplo desta passagem é a assunção expressa na codificação civil dos chamados direitos da personalidade, os quais, de alguma maneira, tentam dar conta dessa dimensão existencial e corporal do ser humano. É por meio dos direitos da personalidade, portanto, que o direito privado regula expressamente a relação do sujeito com o próprio corpo.

Viu-se, também, que a análise da autonomia bioética é mais complexa do que a abordagem legalista da capacidade de fato. Sabe-se que uma pessoa considerada plenamente capaz do ponto de vista cível pode, quando exposta a fatores de vulnerabilidade, não se encontrar em condições de tomar decisões autônomas, e vice-versa. Por isso, a avaliação das capacidades deve ser individualizada e levar em conta o objeto da decisão. Deve-se ter em mente que o respeito à autonomia é mais do que o dever negativo de não interferir nas decisões alheias, envolvendo também o agir no sentido de empoderar o sujeito, fazendo-o ser capaz de decidir de forma livre e consciente. Faz-se necessário um exame mais apurado a respeito da capacidade de fato, mais especificamente da capacidade de pessoas que usam substâncias psicoativas acometidas por dependência química para tomar decisões sobre a própria saúde.

Pesquisas demonstram que não se pode pressupor a incapacidade decisórias destas pessoas. Como já referido, de acordo com pesquisa desenvolvida pela FIOCRUZ, quase 80% dos usuários de crack e/ou similares no país desejam receber tratamento, o que contradiz o protagonismo que se quer conferir à internação involuntária e compulsória. A pesquisa desenvolvida por Hart, por sua vez, demonstrou que usuários regulares de crack são capazes de tomar decisões racionais. Por tudo isso, entende-se que apostar na internação como forma principal de tratamento é atitude simplista, que ignora os conhecimentos científicos produzidos sobre o uso de drogas e reproduz o mito de que todo dependente químico é incapaz de decidir sobre a própria saúde. Com este trabalho, espera-se ter apontado um caminho para se desconstruir essas verdades aparentes, no afã de que seja realizada uma releitura constitucional do regime jurídico da capacidade civil.

REFERÊNCIAS

ACSELRAD, Gilberta. Drogas, a educação para a autonomia como garantia de direitos. *Revista da EMERJ*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 63, p. 96-104, out.-dez. 2013. Disponível em: <http://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista63/revista63.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2014.

AGUIAR, Mônica. 2002 + 10. Para além da capacidade: o impacto da vulnerabilidade em matéria de autonomia em questões de saúde. In: LOTUFO, Renan; NANNI, Giovanni Ettore; MARTINS, Fernando Rodrigues. (Coords.) *Temas relevantes do direito civil contemporâneo: reflexões sobre os 10 anos do Código Civil*. São Paulo: Atlas, 2012.

_____. Respeito à autonomia: do direito civil à bioética. In: DIDIER JR., Fredie; EHRHARDT JR., Marcos. (Coords.) *Revisitando a teoria do fato jurídico: homenagem a Marcos Bernardes de Mello*. São Paulo: Saraiva, 2010.

APOIO à descriminalização do porte de droga para consumo pessoal prevalece em debate. Brasília, 20 maio 2014. Disponível em: <http://www12.senado.gov.br/noticias/materias/2014/05/20/apoio-a-descriminalizacao-do-porte-de-droga-para-consumo-pessoal-prevalece-em-debate?utm_source=midias-sociais&utm_medium=midias-sociais&utm_campaign=midias-sociais>. Acesso em: 24 jul. 2014. Texto postado no Portal Agência Senado, no link Portal de Notícias, Matérias, Comissões.

BRASIL. Câmara dos Deputados. *Projeto de lei nº 7.663 de 2010*. Acrescenta e altera dispositivos à Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para tratar do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas, dispor sobre a obrigatoriedade da classificação das drogas, introduzir circunstâncias qualificadoras dos crimes previstos nos arts. 33 a 37, definir as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e dá outras providências. Disponível em: <http://osmarterra.com.br/arquivo/PL_7663-2010.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2014.

_____. Conselho Federal de Medicina. *Código de Ética Médica: Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso)*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010. Disponível em: <http://www.cremers.org.br/pdf/codigodeetica/codigo_etica.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2014.

_____. Conselho Federal de Medicina. *Resolução nº 1.598, de 18 de agosto de 2000*. Normatiza o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2000/1598_2000.htm>. Acesso em: 18 jul. 2014.

_____. Conselho Federal de Medicina. *Resolução nº 1.407, de 15 de junho de 1994*. Adota os “Princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental”, aprovados pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 17.12.91. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1994/1407_1994.htm>. Acesso em: 18 jul. 2014.

_____. *Crack, é possível vencer*. Enfrentar o crack. Compromisso de todos. [S.l., 201-]. Disponível em: <<http://www2.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/programa/cartilha>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

_____. *Decreto nº. 7.179, de 20 de maio de 2010*. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm>. Acesso em: 23 jul. 2014.

_____. *Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001* [Lei Federal de Psiquiatria]. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 24 jun. 2014.

_____. *Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006* [Lei de Drogas]. 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm>. Acesso em: 28 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Assessoria para assuntos parlamentares. *Formulário de posicionamento sobre proposição legislativa*, de 17 de outubro de 2010. Disponível em: <<http://drogasedireitoshumanos.files.wordpress.com/2013/03/nt-ms-pl-7663-2010.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005*. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1028.htm>>. Acesso em: 17 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº. 2.391/GM, de 26 de dezembro de 2002*. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2391.htm>>. Acesso em: 18 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº. 2.391/GM, de 26 de dezembro de 2002*. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2391.htm>>. Acesso em: 18 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. 2. ed. rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/publicacoes/artigos/politica-do-ministerio-da-saude-para-a-atencao-integral-a-usuarios-de-alcool-e-outras-drogas/view>>. Acesso em: 25 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Ministério da Justiça. Fundação Oswaldo Cruz. *Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil – Inquérito epidemiológico*. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/13382/162/pesquisa-revela-perfil-dos-usuarios-de-crack-no-brasil.html>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

_____. *Resolução de 29 de setembro de 2011*. Plano de ação sobre o uso de substâncias psicoativas e saúde pública. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rc=t=j&q=plano%20de%20a%C3%A7%C3%A3o%20sobre%20uso%20de%20subst%C3%A2ncias%20psicoativas%20e%20sa%C3%BAde%20p%C3%BAblica%20opas&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.paho.org%2Fhq%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D15076%26Itemid&ei=f4YaUv7uOM6u2AXsmYGwAQ&usq=AFQjCNHptCeW0vEyc2RWrqsZXzOFQtA5iw>. Acesso em: 25 jul. 2013.

_____. Superior Tribunal de Justiça. *Habeas Corpus nº. 130.155-SP (2009/0037260-7)*. Impetrante: Maria Fernanda dos Santos Elias Maglio – Defensora Pública e outro. Impetrado: Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Paciente: G. F. C. (internado). Relator: Ministro Massami Uyeda. Brasília, DF, 04 de maio de 2010. Disponível em: <https://ww2.stj.jus.br/revistaeletronica/Abre_Documento.asp?sSeq=967681&sReg=200900372607&sData=20100514&formato=PDF>. Acesso em: 20 jun. 2014.

_____. Superior Tribunal de Justiça. *Habeas Corpus nº. 135.271-SP (2009/0082035-2)*. Impetrante: Lúcio Mota do Nascimento – Defensor Público. Impetrado: Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Paciente: F. A. S. (internado). Relator: Ministro Sidnei Beneti. Brasília, DF, 17 de dezembro de 2013. Disponível em: <https://ww2.stj.jus.br/revistaeletronica/Abre_Documento.asp?sSeq=1292099&sReg=200900820352&sData=20140204&formato=PDF>. Acesso em: 20 jun. 2014.

_____. Superior Tribunal de Justiça. *Habeas Corpus nº. 169.172-SP (2010/0067246-5)*. Impetrante: Adolpho Daltin Assis. Impetrado: Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Paciente: R. A. A. C. (internado). Relator: Ministro Luis Felipe Salomão. Brasília, DF, 10 de dezembro de 2013. Disponível em: <https://ww2.stj.jus.br/revistaeletronica/Abre_Documento.asp?sSeq=1288362&sReg=201000672465&sData=20140205&formato=PDF>. Acesso em: 20 jun. 2014.

BUSSE, Diogo. A epidemia da falta de conhecimento. *Gazeta do Povo*, 07 out. 2013. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/opiniao/conteudo.phtml?tl=1&id=141475&tit=A-epidemia-da-falta-de-conhecimento>>. Acesso em: 23 jun. 2014.

CASTILHO, Ela Wiecko V. de. A eficácia invertida da internação involuntária. In: *Drogas e cidadania: em debate*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2012. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/02/Drogas-e-cidadania.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2013.

ENTENDA a ação da Prefeitura de São Paulo na região da Cracolândia. *Programa CBN São Paulo*. São Paulo: CBN, 15 janeiro de 2014. Entrevista em rádio com o Dr. Dartiu Xavier da Silveira (Unifesp). 13 min. e 45 s. Disponível em: <<http://www.capital.sp.gov.br/portal/noticia/635>>. Acesso em: 19 jul. de 2014.

ESPECIALISTAS criticam internação compulsória em Minas. Minas Gerais, 04 dez. 2013. Disponível em: <http://www.almg.gov.br/acompanhe/noticias/arquivos/2013/12/04_comissao_direitos_humanos_internacao_compulsoria.html>. Acesso em: 21 jun. 2014. Texto postado no Portal Assembleia de Minas – Poder e voz do cidadão, no link Notícias.

FERRAZ, Carolina Valença; LEITE, Glauber Salomão. Capacidade Civil – Fixação de novos paradigmas para a construção de um regime jurídico voltado à tutela da dignidade humana. In: EHRHARDT JR., Marcos (Coord.). *Os 10 anos do Código Civil: evolução e perspectivas*. Belo Horizonte: Fórum, 2012.

FORTES, Hildenete Monteiro. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 10, suppl. 2, p. 321-330, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000600009>. Acesso em: 15 jul. 2014.

HART, Carl. *Um preço muito alto: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas*. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

LINS, Emmanuela Vilar. A nova Lei de Drogas e o usuário: a emergência de uma política pautada na prevenção, na redução de danos, na assistência e na reinserção social. In: NERY FILHO, Antônio et al. *Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas*. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2009. p. 243-267. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/qk/pdf/nery-9788523208820.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2013.

MARTINS, Charles Emil Machado. Uso de drogas: Crime? Castigo? In: CALLEGARI, André Luís; WEDY, Miguel Tedesco (Orgs.). *Lei de drogas: aspectos polêmicos à luz da dogmática penal e da política criminal*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.

MAYER, Rose Teresinha da Rocha. A contribuição do centro de referência em redução de danos: nossas palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas. In: SANTOS, Loiva Maria De Boni (Org.). *Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas*. Porto Alegre: Ideograf: Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010. Disponível em: <<http://www.crprs.org.br/upload/edicao/arquivo48.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2014.

MJ oferta 4 mil vagas em comunidades terapêuticas. [S.l.], 26 nov. 2013. Disponível em: <<http://www2.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/noticias/mj-oferta-4-mil-vagas-em-comunidades-terapeuticas>>. Acesso em 23 jul. 2014. Texto postado no Portal Crack, é possível vencer, no link Notícias.

NERY FILHO, Antonio. Dia 07 de novembro.... [S.l.], 18 dez. 2011. Disponível em: <<http://conversando.comnery.wordpress.com/>>. Acesso em: 22 jul. 2014. Blog: Conversando.com Antonio Nery Filho.

OPERAÇÃO no Rio dá início a internação compulsória de adultos usuários de crack. Rio de Janeiro, 19 fevereiro 2013. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2013/02/19/operacao-no-rio-da-inicio-a-internacao-compulsoria-de-adultos-usuario-de-crack.htm>>. Acesso em: 21 jul. 2014. Texto postado no Portal UOL, no Link Notícias Cotidiano.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde. *Nota técnica da OPAS/OMS no Brasil sobre internação involuntária e compulsória de pessoas que usam drogas*, de 08 de maio de 2013. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3206:nota-tecnica-da-opasoms-nobrasil-sobre-internacao-involuntaria-e-compulsoria-de-pessoas-que-usamdrogas&catid=1016:bra-01noticias>. Acesso em: 25 jul. 2014.

PASSOS, Eduardo. Pensar diferente o tema das drogas e o campo da saúde mental. In: SANTOS, Loiva Maria De Boni. (Org.) *Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas*. Porto Alegre: Ideograf, 2010. p. 7-14. Disponível em: <<http://www.crprs.org.br/upload/edicao/arquivo48.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2014.

PINHO, Leonardo. *Retrocessos do Projeto de Lei 7.663/2010*. 2013. Disponível em: <<http://saudeecosol.org/wp-content/uploads/2013/03/Retrocessos-no-Projeto-de-Lei-7663-2010.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2013.

PITHAN, Livia Haygert; BERNARDES, Fabrício Benites; PIRES FILHO, Luiz Alberto B. Simões. Capacidade decisória do paciente: aspectos jurídicos e bioéticos. In: GAUER, Gabriel José Chittó; ÁVILA, Gerson Antônio de; ÁVILA, Gustavo Noronha de (Org.) *Ciclo de conferências em Bioética I*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/02.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2014.

REIS, Carolina dos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima; CARVALHO, Salo de. Sobre jovens drogaditos: as histórias de ninguém. *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, n. 26 (n. spe.), p. 68-78, 2014. Disponível em: <https://www.academia.edu/7821501/Sobre_Jovens_Drogaditos_as_historias_de_ninguem>. Acesso em: 31 jul. 2014.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Assistência Social. Resolução SMAS nº. 20, de 27 de maio de 2011. Cria e regulamenta o protocolo do serviço especializado em abordagem social, no âmbito das ações da proteção social especial de média complexidade da Secretaria Municipal de Assistência Social, assim como institui os instrumentos a serem utilizados no processo de trabalho. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fxa.yimg.com%2Fkq%2Fgroups%2F13802133%2F2039611138%2Fname%2FRESOLU%25C3%2587%25C3%2583O%2BSMAS%2BN%25C2%25BA%2B20%2BDE%2B27%2BDE%2BMAIO%2BDE%2B2011.docx&ei=02R9U_HEONTTsASC5oHYBQ&usg=AFQjCNHFIZBGFnMEfQpAmkFcZ7uGokxgQ&sig2=FaL9wyc5iKAjJimxdwDrTw&bvm=bv.67229260,d.b2k>. Acesso em: 21 jul. 2014.

RIBEIRO, Bruno; DANTAS, Tiago. ‘Bolsa crack’ de R\$ 1.350 vai pagar internação de viciados do Estado de SP. O Estado de S. Paulo. São Paulo, 07 maio 2013. Disponível em: <<http://sao-paulo.estadao.com.br/noticias/geral,bolsa-crack-de-r-1350-vai-pagar-internacao-de-viciados-do-estado-de-sp,1029486>>. Acesso em: 31 jul. 2014.

RODRIGUES, Rafael Garcia. A pessoa e o ser humano no novo Código Civil. In: TEPEDINO, Gustavo. *A parte geral do novo código civil: estudos na perspectiva civil-constitucional*. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

SANTOS, Amanda Marques dos; MALHEIROS, Luana. Redução de Danos: uma estratégia construída para além dos muros institucionais. In: NERY FILHO, Antonio; VALÉRIO, Andréa Leite Ribeiro. *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua*. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2010. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Capacitacao/328365.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2013.

SÃO PAULO. Entenda o que é a internação compulsória para dependentes químicos – Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania preparou perguntas e respostas sobre ação do Governo do Estado. *Portal do Governo do Estado de São Paulo*, 29 jan. 2013. Disponível em: <<http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/lenoticia.php?id=225660>>. Acesso em: 23 jul. 2013.

SARLET, Ingo Wolfgang. Dignidade da pessoa humana e "novos" direitos na Constituição de 1988: algumas aproximações. In: MARTEL, Letícia de Campos Velho (Org.). *Estudos contemporâneos de direitos fundamentais*. Rio de Janeiro: Lumen Jures, 2009.

SARMENTO, Daniel. *Direitos fundamentais e relações privadas*. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008. Parte I. Cap. 2.

SAYURI, Juliana. Misérias fora de ordem. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo, 28 de janeiro de 2013. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/suplementos,miserias-fora-de-ordem,989156,0.htm>>. Acesso em: 14 jun. 2014.

SILVA, Ricardo de Oliveira; FREITAS, Carmen Silvia Có. *Justiça Terapêutica: um programa judicial de redução de dano social*. [S.l.], maio 2008. Disponível em: <<http://www.abjt.org.br/index.php?id=99&n=158>>. Acesso em: 27 jun. 2014.

SCHIOCCHET, Taysa. *Acesso e exploração de informação genética humana: da doação à repartição de benefícios*. 2010. 255 f. Tese (Doutorado em Direito) – Programa de Pós-Graduação em Direito, Universidade Federal do Paraná – UFPR, Curitiba, PR, 2010. Disponível em: <<http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/handle/1884/24288/Tese%20final.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 25 jul. 2014.

_____. BARBOSA, Amanda Souza. Tutela e efetividade do aborto legal: reflexões jurídicas acerca da autonomia de adolescentes e do direito à objeção de consciência. In: ASENSI, Felipe Dutra. (Coord.) *Direito e saúde: enfoques interdisciplinares*. Curitiba: Juruá, 2013. p. 351-364.

TEPEDINO, Gustavo. *Temas de Direito Civil*. 4. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Renovar, 2008.