

O PAPEL DA AUTONOMIA PRIVADA NAS INTERNAÇÕES NÃO CONSENSUAIS DE DEPENDENTES QUÍMICOS

Bruno Terra de Moraes*

Sumário: 1. Introdução; 2. A Contextualização da Dependência Química como Transtorno Mental e um Breve Histórico da Internação Psiquiátrica no Brasil; 3. A Reforma Psiquiátrica e a Política de Saúde Mental Atualmente Vigente; 4. Parâmetros para a Internação não Consensual e o Papel da Autonomia do Paciente; 5. Conclusão.

1. Introdução

Durante muitos anos, a internação não consensual funcionou como o principal “tratamento” de pessoas com transtornos mentais. Esta modalidade de internação representou, ainda, em muitos casos, um instrumento de isolamento de pessoas indesejadas, isto é, daqueles que, simplesmente, não se enquadravam no que se considerava “normal” na sociedade de então. Assim, indivíduos eram trancafiados em manicômios, apartados da vida exterior, de forma permanente. A internação era uma via de mão única: uma vez internada, a pessoa, não raro, passaria na instituição psiquiátrica o restante de seus dias.

Esta realidade começou a ser modificada a partir dos 70, quando vozes se levantaram contra o tratamento manicomial de portadores de transtornos mentais. No Brasil, isso culminou com a instituição da nova política de saúde mental, cuja principal disciplina é a Lei 10.216/01, que conferiu primazia ao tratamento ambulatorial de pessoas naquela condição.

Não obstante a mudança de enfoque da política nacional de saúde mental, a referida lei, não desconhecendo os casos em que, de fato, existe a necessidade de internação não consensual, previu, como modalidades desta, a internação involuntária e a internação compulsória.

Acerba discussão passou a ser travada por ocasião do início de operações promovidas por prefeituras que visavam à internação não consentida de usuários de crack¹, no que se refere à legalidade de tal procedimento. Surge, então, a questão: o fato de alguém consumir crack ou alguma outra substância entorpecente, por si só, dá ensejo à internação compulsória? Em que condições é justificável e qual o papel da autonomia do indivíduo na sua internação?

* Procurador do Estado do Rio de Janeiro; Pós-graduado em Direito Civil Constitucional pelo CEPED-UERJ; Mestre em Direito Civil pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro; e Doutorando em Direito Civil pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

¹ RIO de Janeiro inicia internação compulsória de dependentes químicos. *Revista Brasileiros*, 19 fev. 2013. Disponível em: <<http://brasileros.com.br/2013/02/rio-de-janeiro-inicia-internacao-compulsoria-de-dependentes-quimicos/>>. Acesso em: 03 abr. 2015.

São estas questões que devem ser analisadas, a fim de se evitar que a internação não voluntária, que pode ser útil em casos muito específicos, não se torne, novamente, um instrumento de higienização.

2. A contextualização da dependência química como transtorno mental e um breve histórico da internação psiquiátrica no Brasil

Tendo-se em vista que as internações não consensuais estão previstas na legislação básica que consagra a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais (Lei 10.216/01), é preciso partir da premissa básica de que a dependência química é considerada como tal, isto é, transtorno mental enquadrável no referido diploma.

Segundo estudo da Organização Mundial de Saúde divulgado no ano de 2004, “a dependência química é um transtorno cerebral como qualquer outro problema psiquiátrico ou neurológico”.²

A conclusão foi corroborada no *Diagnostic and Statistical Manual os Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5)*, elaborado pela *American Psychiatric Association (APA)*³, o qual estabeleceu onze possíveis manifestações do transtorno, variando a sua intensidade de acordo com a quantidade destes sintomas verificada em cada pessoa, sendo considerada dependente a pessoa que apresenta, concomitantemente, ao menos dois daqueles, sendo a dependência leve em caso de dois a três sintomas; moderada, em caso de quatro ou cinco; e severa, a partir de seis.^{4,5}

Premissa estabelecida, necessário se faz realizar um breve esboço histórico da política de tratamento de transtornos mentais no Brasil, o que se confunde com a história da internação psiquiátrica em nosso país.

² ESTUDO da OMS considera dependência química um transtorno mental. *EBC, Agência Brasil*, 18 mar. 2004. Disponível em: <<http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2004-03-18/estudo-da-oms-considera-dependencia-quimica-um-transtorno-mental>>. Acesso em: 06 nov. 2014.

³ GROHOL, John M. DSM-5 Changes: addiction, substance-related disorders & alcoholism. *Psych Central*, 21 maio 2013. Disponível em: <<http://pro.psychcentral.com/dsm-5-changes-addiction-substance-related-disorders-alcoholism/004370.html>>. Acesso em: 06 nov. 2014.

⁴ HORVATH, A. Tom; MISRA, Kaushik; EPNER, Amy K.; COOPER, Galen Morgan. *DSM-5 criteria for substance use disorders*. Disponível em: <<http://addictions.about.com/od/aboutaddiction/a/dsm-5-criteria-for-substance-use-disorders.html>>. Acesso em: 06 nov. 2014.

⁵ Em tradução livre do autor, os onze sintomas considerados pelo DSM-5 como passíveis de conduzir ao diagnóstico de dependência química são: 1) ingerir substâncias em grandes quantidades ou por mais tempo do que se pretendia; 2) desejar reduzir ou deixar o consumo de substâncias sem consegui-lo; 3) gastar muito tempo obtendo, consumindo ou se recuperando do uso da substância; 4) a fissura para utilizar a substância; 5) não conseguir fazer o que deveria no trabalho, em casa ou na escola por causa do consumo da substância; 6) manter o consumo, mesmo se isso causa problemas de relacionamento; 7) deixar de realizar importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas em razão do uso da substância; 8) usar substâncias repetidamente, mesmo quando isso põe a pessoa em perigo; 9) manter o consumo mesmo quando se tem um problema físico ou psicológico que pode ter sido causado ou agravado pelo consumo da substância; 10) necessitar de quantidade cada vez maior da substância para se atingir o efeito desejado (tolerância); 11) desenvolvimento de síndrome de abstinência, que pode ser revertida com consumo de novas doses da substância. (HORVATH, A. Tom; MISRA, Kaushik; EPNER, Amy K.; COOPER, Galen Morgan. *DSM-5 criteria for substance use disorders*. Disponível em: <<http://addictions.about.com/od/aboutaddiction/a/dsm-5-criteria-for-substance-use-disorders.html>>. Acesso em: 06 nov. 2014).

A preocupação com os doentes mentais nas cidades brasileiras ganha vulto no século XIX, em decorrência do adensamento das zonas urbanas, que acabou por ampliar e expor os problemas sanitários. Dentre os quais, situava-se a questão da visibilidade dos portadores de problemas psiquiátricos, pessoas que, no meio rural, eram invisíveis.

Paralelamente a isso, importa destacar a inspiração decorrente da reforma concebida por Philippe Pinel na França, segundo a qual a assistência aos doentes mentais passou a ser reconhecida como uma atividade atinente à medicina.⁶ Para Pinel, o passo mais importante no tratamento mental era isolar o portador de transtornos mentais, mantendo-o, em tempo integral, dentro do estabelecimento hospitalar. Com isso, pretendia-se afastar o paciente de interferências externas que pudessem prejudicar a observação do seu quadro, bem como o correto diagnóstico, permitindo-se, pois, o olhar para a “alienação em estado puro”.⁷

Lei francesa de 1838 consolida a psiquiatria como campo específico do saber médico. Foi por meio de tal lei, ainda, que se aproximou, da justiça, a noção de medicina mental. Dentre as modalidades de internação foi instituída a *ex-officio*, que se dava a requerimento da administração prefetorial, ou seja, independentemente da vontade do paciente e de sua família. Insere-se, assim, nesse contexto, a internação por decisão do poder público, que ocorria mediante a constatação da periculosidade do indivíduo.⁸

Neste contexto, em 18 de julho de 1841 foi assinado por D. Pedro II o Decreto de criação do primeiro hospício brasileiro, que veio a ser inaugurado em 1852, que carregou o nome do Imperador por cerca de quarenta anos.⁹

Posteriormente, é editado o Decreto 1.132 de 22 de dezembro de 1903, “que reorganiza a assistência a alienados, institui a primeira legislação nacional que aborda o atendimento aos doentes mentais, com clara influência da lei francesa de 1838”.¹⁰ Note-se que, em seu art. 1º, o referido Decreto, inspirado na lei francesa, prevê a internação involuntária em caso de comprometimento da “ordem pública” ou

⁶ MIRANDA-SÁ JR., Luiz Salvador de. Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v.29, n.2, p.156-158, ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082007000200005&lng=en&rm=i>. Acesso em: 07 abr. 2015. so>.

⁷ AMARANTE, Paulo. *Saúde mental e atenção psicossocial*. 3.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p.31.

⁸ JOIA, Julia Hatakeyama. *As tóxicas tramas da abstinência: compulsoriedade nas internações psiquiátricas de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social*. 2014. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade de São Paulo (PUC-SP), São Paulo, 2014. p.23-24. Disponível em: <http://www.sapientia.pucsp.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=16837&PHPSESSID=d5b6979103cb73aab94d73b0c3a4efa5>. Acesso em: 07 abr. 2015.

⁹ BRASIL. Centro Cultural da Saúde do Ministério da Saúde. *Memória da loucura*. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/retratos01.html>>. Acesso em: 07 abr. 2015.

¹⁰ JOIA, Julia Hatakeyama. *As tóxicas tramas da abstinência: compulsoriedade nas internações psiquiátricas de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social*. 2014. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade de São Paulo (PUC-SP), São Paulo, 2014. p.26. Disponível em: <http://www.sapientia.pucsp.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=16837&PHPSESSID=d5b6979103cb73aab94d73b0c3a4efa5>. Acesso em: 07 abr. 2015.

da “segurança das pessoas”.¹¹ Passa-se a associar, assim, também no Brasil, a internação por determinação do poder público com as noções de periculosidade social.¹²

Insta observar, ainda, no § 2º do art. 1º do Decreto a previsão de internação de caráter cautelar, isto é, sem o atendimento prévio dos requisitos necessários para a internação involuntária.¹³

O que se nota, portanto, é que a internação prevista no Decreto 1.132/1903 é informada pela nítida ideia de proteção da sociedade em face dos indivíduos acometidos por moléstia mental. Vale dizer: a pedra de toque da disciplina da internação não se volta, propriamente, ao tratamento do doente ou à garantia de seus direitos e sua dignidade. Não: logo no artigo 1º são ressaltadas as noções de periculosidade e ameaça. Ganha relevo, por conseguinte, uma visão eminentemente segregacionista da internação, nos termos do referido Decreto.

Não é difícil imaginar os abusos que ocorreram em nome da “ordem pública” e da “segurança das pessoas”. Aqui, é necessário trazer à baila o caso do “Colônia”, localizado na cidade de Barbacena, Minas Gerais, aquele que, durante muitos anos, foi considerado o maior hospício do Brasil. Nele, morreram aproximadamente 60.000 pessoas desde 1903, quando inaugurado. O manicômio ainda se encontra em funcionamento, mas a maior parte das mortes ocorreu até 1980, quando as ideias de uma reforma psiquiátrica começaram a se arraigar. Vamos aos fatos:

[...] a estimativa é que 70% dos atendidos não sofressem de doença mental. Apenas eram diferentes ou ameaçavam a ordem pública. Por isso, o Colônia tornou-se destino de desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documentos e todos os tipos de indesejados, inclusive os chamados insanos. A teoria eugenista, que sustentava a ideia de limpeza social, fortalecia o hospital e justificava seus abusos. Livrar a sociedade da escória, desfazendo-se dela, de preferência em local que a vista não pudesse alcançar.¹⁴

Logo se percebe que os conceitos abertos de “ordem pública” e “segurança das pessoas” propiciaram o cometimento de incontáveis abusos. Uma quantidade incalculável de pessoas foi enviada para os manicômios não porque, de fato, representassem perigo para a sociedade, mas sim porque era conveniente, para alguém, enviá-las para lá.

¹¹ “Art. 1º. O individuo que, por molestia mental, congenita ou adquirida, comprometter a ordem publica ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados.”

¹² “Art. 2º A admissão nos asylos de alienados far-se-ha mediante requisição ou requerimento, conforme a reclame autoridade publica ou algum particular.”

¹³ “§ 2º Si a ordem publica exigir a internação de um alienado, será provisoria sua admissão em asylo publico ou particular, devendo o director do estabelecimento, dentro em 24 horas, communicar ao juiz competente a admissão do enfermo e relatar-lhe todo o occorrido a respeito, instruindo o relatorio com a observação medica que houver sido feita.”

¹⁴ ARBEX, Daniela. *Holocausto brasileiro*. 4.ed. São Paulo: Geração, 2013. p.25-26

Esta tendência ganhou corpo com o advento da Liga Brasileira de Higiene Mental, em 1923, que em muito influenciou a nata da psiquiatria nacional.¹⁵ No entender da Liga, as massas populares seriam formadas por pessoas vulneráveis a contrair doenças mentais, prejudicando, por conseguinte, o desenvolvimento da nação. Como consequência, o trabalho de higienização se prestaria a impedir que esta pré-disposição se concretizasse.¹⁶

As suas tendências eugênicas podem ser constatadas na medida em que entendia a Liga que:

[...] a higiene mental era imprescindível para a integridade e prosperidade da nação. Mas não existia um consenso no seio da associação em torno das medidas de higiene mental então utilizadas. O fator hereditário se transformou quase em um paradigma na organização, e o aperfeiçoamento da nação passaria pelo aperfeiçoamento racial. A degeneração da raça passa a ser um dos principais – senão o principal – objetos de preocupação de um setor de eugenistas que faziam parte da Liga, tendo proposto a esterilização como forma de evitar a proliferação dos hereditariamente degenerados.¹⁷

Não por coincidência, em 1934 foi editado o Decreto 24.559, que já em seu art. 1º¹⁸ legitimava a ideia de profilaxia mental. Trata-se de diploma que ampliou o leque de “doentes mentais”, nele abrangendo pessoas que, no entender da sociedade da época, seriam predispostas a desenvolver, em algum momento, doenças mentais. Logo, abandonou-se uma ideia de periculosidade real e imediata, passando-se a considerar como passíveis de internação pessoas que, a rigor, não ofereciam qualquer perigo real à sociedade. A ideia que passa é a de que se considerava,

15 JOIA, Julia Hatakeyama. *As tóxicas tramas da abstinência: compulsoriedade nas internações psiquiátricas de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social*. 2014. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade de São Paulo (PUC-SP), São Paulo, 2014. p.26. Disponível em: <http://www.sapientia.pucsp.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=16837&PHPSESSID=d5b6979103cb73aab94d73b0c3a4efa5>. Acesso em: 07 abr. 2015.

16 WANDERBROOCK JUNIOR, Durval; BOARINI, Maria Lucia. *Educação higienista, contenção social: a estratégia da Liga Brasileira de Higiene Mental na criação de uma educação sob medida (1914-45)*. p.5. Disponível em: <http://www.histedbr.fe.unicamp.br/acer_histedbr/jornada/jornada7/GT1%20PDF/EDUCA%C7%C3O%20HIGIENISTA%20GT1.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2015.

17 WANDERBROOCK JUNIOR, Durval; BOARINI, Maria Lucia. *Educação higienista, contenção social: a estratégia da Liga Brasileira de Higiene Mental na criação de uma educação sob medida (1914-45)*. p.6. Disponível em: <http://www.histedbr.fe.unicamp.br/acer_histedbr/jornada/jornada7/GT1%20PDF/EDUCA%C7%C3O%20HIGIENISTA%20GT1.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2015.

18 ”Art. 1º A Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental terá por fim:
a) Proporcionar aos psicopatas tratamento e proteção legal;
b) dar amparo médico e social, não só aos predispostos a doenças mentais como também aos egressos dos estabelecimentos psiquiátricos;
c) concorrer para a realização da higiene psíquica em geral e da profilaxia das psicopatias em especial.”

naquela época, que a periculosidade que ensejaria o confinamento não seria aquela real, imediata, violenta, mas sim uma periculosidade ao tecido social.

Este modelo vigorou por longos anos, até que surgiram as críticas. Já na segunda metade do Século XX, com incremento desta tendência na década de 70, este modelo passou a ser fortemente criticado. Três movimentos são relevantes no período: a psiquiatria comunitária nos EUA; a Psiquiatria de setor, na França; e a psiquiatria democrática, na Itália.

Na Itália, foi editada em 1978 a Lei 180, denominada “Lei Basaglia”, em homenagem ao psiquiatra Franco Basaglia, que a inspirou, prevendo a proibição da construção de manicômios, determinando o esvaziamento dos leitos existentes, a constituição de serviços territoriais responsáveis pela assistência e a suspensão da lógica da periculosidade, na qual se baseava a política mental italiana. Passou-se a adotar na Itália a estratégia da desinstitucionalização. Passa-se de uma lógica de periculosidade para uma lógica de cidadania do “louco”. Trouxe, ainda, uma lógica de privilégio da autonomia do usuário em relação à intervenção médica. Enfim, consagrou-se uma lógica antimanicomial.¹⁹

No Brasil, o ano de 1978 também foi importante como um dos marcos da reforma da política de saúde mental, com o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM)²⁰, que passa a protagonizar tal movimento.

Nesta esteira, em 1989 o Deputado Paulo Delgado apresenta Projeto de Lei que visa à regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva da política de saúde mental baseada em uma lógica manicomial.²¹

Somente doze anos depois, isto é, em 2001, foi aprovada a Lei 10.216, que segue a linha antimanicomial, disciplinando a nova política de a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

¹⁹ JOIA, Julia Hatakeyama. *As tóxicas tramas da abstinência: compulsoriedade nas internações psiquiátricas de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social*. 2014. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade de São Paulo (PUC-SP), São Paulo, 2014. p.27. Disponível em: <http://www.sapientia.pucsp.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=16837&PHPSESSID=d5b6979103cb73aab94d73b0c3a4efa5>. Acesso em: 07 abr. 2015.

²⁰ O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) se consistia em “movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas” (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. p.7. Disponível em: <bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicações/relatorio15_anos_caracas.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2014)

²¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. p.7. Disponível em: <bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicações/relatorio15_anos_caracas.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2014.

3. A reforma psiquiátrica e a política de saúde mental atualmente vigente

Da leitura da Lei 10.216/01 percebe-se que o seu teor se volta, sobretudo, à proteção do portador de transtorno mental, com a declinação de um extenso rol de direitos já no seu art. 2º.²²

Especificamente na parte em que dispõe sobre a internação psiquiátrica, o art. 4º é bastante claro no sentido de que ela somente será permitida quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Além disso, segundo o § 3º do referido artigo, não será permitida a internação dos pacientes em locais com características asilares, isto é, aquelas instituições que não atenderem às especificações do § 2º do mesmo artigo e que não forem aptas a assegurar os direitos declinados no art. 2º da Lei.²³

Logo, à parte de somente poder ocorrer em casos extremos, a internação deve ter por norte, sempre, a ressocialização do paciente, não sendo admitida a sua internação em locais que não tenham condições de promovê-la. Incompatível, pois, com a atual política de saúde mental a internação com finalidade única de segregação.

O tratamento de pacientes com transtornos mentais deve se dar, primordialmente, no âmbito dos Centros de Atenção Psicossocial-CAPS, cuja previsão se dá no art. 7º da Portaria nº 3.088/2011²⁴, centros estes que, seguindo a diretriz da Lei 10.216/01, proporcionam um tratamento não-manicomial.

As consequências da reforma na política de saúde mental já se fazem sentir no que se refere à destinação de recursos, que refletem a inversão lógica promovida pela reforma na política de saúde mental. Em 1997, dos gastos do SUS com saúde

²² Art. 2º. Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

²³ Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

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

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

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

²⁴ “Art. 7º O ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção psicossocial especializada é o Centro de Atenção Psicossocial.”

mental, 93,14% foram destinados aos Gastos com tratamento hospitalar e apenas 6,86% foram gastos no âmbito extra-hospitalar. Já em 2004, três anos após a edição da Lei 10.216/01, os gastos hospitalares já eram 63,84%, enquanto os extra-hospitalares passaram a 36,16%. Uma significativa mudança, portanto, em apenas sete anos.²⁵

Praticamente no mesmo período, isto é, de 1996 a 2005, a quantidade de leitos psiquiátricos foi reduzida de 72.514 a 42.076.²⁶

Nota-se, ainda, que a lógica da internação psiquiátrica acabava por concentrar tais leitos nos grandes centros, deixando a descoberto os demais. Apenas para que se tenha uma ideia do desequilíbrio, Rio de Janeiro e São Paulo respondiam em 2005, juntos, por 51,69% de todos os leitos psiquiátricos no Brasil. E proporcionalmente, o Rio tem muito mais leitos (leitos x população) que São Paulo, já que enquanto o Rio tinha 19,35%, São Paulo, com mais que o dobro da população fluminense, contava com 32,34%.²⁷ Diante desta má distribuição dos leitos psiquiátricos, qual era a realidade que se impunha? Muitos pacientes internados acabavam afastados de suas famílias, de seus vínculos sociais, o que contribuía para uma impossibilidade de ressocialização e, por conseguinte, para a perpetuação da internação.

Visando à desinstitucionalização dos pacientes, ora vige no Brasil o programa “Volta para Casa”, criado pela Lei 10.708/2003, que visa à desinstitucionalização dos internos, inclusive com a previsão de concessão de uma bolsa, com a reinserção do paciente no seu contexto social.

Para viabilizar o tratamento ambulatorial, de 1988 a 2005 o número de CAPS-Centros de Atenção Psicossocial saltou de 6 para 689²⁸, atingindo a marca de 1.891 em 2013.²⁹

No que se refere ao tratamento específico de dependência química, aí abrangida a dependência do álcool, foram instituídos os CAPS Álcool e Drogas

²⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. p.9. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/relatorio15_anos_caracas.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2014.

²⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. p.11. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/relatorio15_anos_caracas.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2014.

²⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. p.13. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/relatorio15_anos_caracas.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2014.

²⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. p.28. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/relatorio15_anos_caracas.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2014.

²⁹ LABOSSIERE, Paula. Saúde libera R\$ 50 milhões para construção de Caps em todo o país. *EBC, Agência Brasil*, 23 abr. 2013. Disponível em: <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2013-04-23/saude-libera-r-50-milhoes-para-construcao-de-caps-em-todo-pais>. Acesso em: 07 abr. 2015.

24hrs, serviço específico de cuidado em decorrência do uso de “crack, álcool e outras drogas”.³⁰ Releva notar o grau de preocupação do poder público com o consumo do crack, eis que expressamente destacado em relação às “outras drogas”.

Neste campo, recorreu-se no Brasil à estratégia da redução dos riscos decorrentes do consumo prejudicial. No que se refere ao consumo de álcool e drogas, esta estratégia tem, como pressuposto, a noção de que um tratamento eficaz deve ter a aderência do paciente. Assim, o consumo monitorado tenderá à diminuição. Isso, agregado à redução dos riscos do consumo, fará com que o paciente se torne o centro de autodeterminação do seu destino. Note-se que não há tratamento eficaz sem que, em algum momento, haja a adesão do paciente a ele.³¹

Por outro lado, o tratamento extra-hospitalar pressupõe a manutenção ou o restabelecimento das relações sociais do paciente, o que se torna muito mais difícil de ocorrer nos casos de internação.

Trata-se, assim, de uma estratégia que visa ao tratamento do doente, considerado em seu meio, como agente de diversas interconexões, e não, propriamente, da doença, esta considerada como algo apartado do sujeito.³² Nota-se aí uma visão inteiramente distinta em relação àquela de outrora, na qual se segregava o paciente exatamente sob o argumento de que era preciso isolá-lo de influências externas a fim de se possibilitar um correto diagnóstico do mal que lhe acometia.

Conforme ensina Paulo Amarante:

Franco Basaglia considerava que a psiquiatria tinha um ‘mal obscuro’ por haver separado um objeto fictício, ‘a doença’, da existência global e complexa dos sujeitos e do corpo social. Ao considerar a doença como um objeto natural, externo ao homem, a psiquiatria passou a se ocupar dela e não do sujeito que a vivencia. [...] Ocuparam-se das doenças e esqueceram-se dos sujeitos que ficaram apenas como pano de fundo das mesmas. [...] Enfim, se a psiquiatria havia colocado o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença, a proposta de Basaglia foi a de colocar ‘a doença entre parênteses’ para que fosse possível se ocupar do sujeito em sua experiência. [...] se com a doença entre parênteses nos deparamos com o sujeito, com suas vicissitudes, seus problemas concretos do cotidiano, seu trabalho, sua família, seus parentes e vizinhos,

³⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. *Observatório crack: é possível vencer*. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/index.html>>. Acesso em: 02 maio 2015.

³¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. p.43-44. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/relatorio15_anos_caracas.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2014.

³² AMARANTE, Paulo. *Saúde mental e atenção psicossocial*. 3.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p.66.

seus projetos e anseios, isto amplia uma noção de integralidade no campo da saúde mental e atenção psicossocial.³³

Passou a haver, assim, uma abordagem social do doente mental.

Entretanto, há de ser analisado o momento em que o paciente entra em crise. Mesmo com relação à crise, a abordagem que ora se confere ao tema mudou de perspectiva em relação àquela tradicional. Vejamos:

No modelo clássico de psiquiatria, entende-se a crise como uma situação de grave disfunção que ocorre exclusivamente em decorrência da doença. Como consequência desta concepção, a resposta pode ser agarrar a pessoa em crise a qualquer custo; amarrá-la, injetar-lhes fortes medicamentos intravenosos de ação no sistema nervoso central a fim de dopá-la; aplicar-lhe eletroconvulsoterapia (ECT) ou eletrochoque, como é mais conhecida pelo domínio popular. Ao contrário, no contexto da saúde mental e atenção psicossocial, a crise é entendida como resultado de uma série de fatores que envolvem terceiros, sejam familiares, vizinhos, amigos ou mesmo desconhecidos. Um momento que pode ser resultado de uma diminuição do limiar de solidariedade de uns para com outros, de uma situação de precariedade de recursos para tratar a pessoa em sua residência, enfim, uma situação mais social que puramente biológica ou psicológica. Também por este motivo trata-se de um processo social.³⁴

Ou seja, o que provoca a crise são, também, fatores externos, e não, apenas, fatores intrínsecos a questões psicológicas ou biológicas. Neste contexto, a abordagem que deve ser feita é a realizada por serviços de atenção psicossocial – no caso, os CAPS –, que possibilitem o acolhimento da pessoa em crise. Este novo viés de abordagem permite que todos os envolvidos sejam ouvidos, “expressando suas dificuldades, temores e expectativas”, além de se procurar criar uma situação de empatia entre paciente e profissionais de saúde, de modo que aquele perceba que estes estão, de fato, engajados na tentativa de ajudá-lo.³⁵

Contudo, a Lei 10.216/01 não fechou os olhos para o fato de que, em que pesem todos os esforços realizados no sentido de se promover um tratamento extra-hospitalar, há casos extremos nos quais a internação é imprescindível. Diante disso, previu em seu art. 6º três modalidades de internação, sendo que duas ocorrem sem o consentimento do paciente.³⁶ Quanto à voluntária, prevista no inciso I do

³³ AMARANTE, Paulo. *Saúde mental e atenção psicossocial*. 3.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p.66-67 e 69.

³⁴ AMARANTE, Paulo. *Saúde mental e atenção psicossocial*. 3.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p.81-82.

³⁵ AMARANTE, Paulo. *Saúde mental e atenção psicossocial*. 3.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p.82.

³⁶ Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

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

referido artigo, ela não oferece maiores discussões, na medida em que é o próprio paciente que a ela recorre.

A involuntária, prevista no inciso II, é aquela na qual o paciente não consente, mas não há a presença do Judiciário. O requerimento e a efetivação da internação se dão por terceiro, que pode ser a administração pública.

Segundo o art. 8º, § 1º, a internação involuntária deverá ser comunicada ao Ministério Público no prazo de 72h pelo responsável técnico do estabelecimento, devendo este mesmo procedimento ser realizado por ocasião da alta.

Já no inciso III, temos a internação compulsória, determinada pela Justiça. Depende, portanto, de um processo judicial.

A diferença entre as duas internações não consentidas se dá muito mais em razão da forma pela qual se dá a internação, do que propriamente pelo seu fundamento: em ambos os casos, deve haver um respaldo médico para a internação.

Entretanto, quais são os limites desta internação não consentida? Vale dizer: em que casos a prescrição médica pela internação será lícita? Deve haver um atendimento cego, pelo juiz, da prescrição médica, ou se pode (deve) fazer um cotejo entre a fundamentação e a conclusão, sendo possível, se for o caso, contrariar a conclusão favorável, do laudo, à internação?

Tais questionamentos devem ser cuidadosamente esclarecidos, para que a internação não consentida não volte a ser, como ocorreu no passado, um meio de isolar pessoas tidas como “indesejadas”.

É o que se analisará a seguir.

4. Parâmetros para a internação não consensual e o papel da autonomia do paciente

A Constituição de 1988 alçou a pessoa humana ao ápice do ordenamento jurídico, de modo que a finalidade última deste é a tutela da sua dignidade. Assim, o ser humano jamais pode ser considerado um meio para se atingir determinadas finalidades, mas sempre é um fim em si mesmo.³⁷ As normas jurídicas, portanto, precisam ter como finalidade o homem.³⁸ A pessoa humana foi “elevada ao patamar de epicentro dos epicentros”.³⁹

Ao seu lado, deve-se destacar, ainda, o princípio da solidariedade, alçado à condição de objetivo da República, conforme se observa do art. 3º, I, da CRFB/88.

Há de ser levado em consideração, também, o influxo dos princípios constitucionais sobre todo o ordenamento, isto é, eles passam a conformar a

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

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

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

³⁷ BODIN DE MORAES, Maria Celina. O princípio da dignidade da pessoa humana. In: *Na medida da pessoa humana: estudos de direito civil-constitucional*. Rio de Janeiro: Renovar, 2010. p.81.

³⁸ BODIN DE MORAES, Maria Celina. O princípio da dignidade da pessoa humana. In: *Na medida da pessoa humana: estudos de direito civil-constitucional*. Rio de Janeiro: Renovar, 2010. p.81.

³⁹ FACHIN, Luiz Edson. Contratos e responsabilidade civil: duas funcionalizações e seus traços. *Revista dos Tribunais*, São Paulo, n 903, p.31, 2011.

inteiressa do ordenamento.⁴⁰ A este respeito, Gustavo Tepedino observa que “o direito civil assistiu ao deslocamento de seus princípios fundamentais do Código Civil para a Constituição”.⁴¹ A dignidade da pessoa humana é, portanto, “a base valorativa de sustentação de toda e qualquer situação jurídica [...]”.⁴²

É por meio da aplicação direta dos princípios constitucionais que se explica o ordenamento jurídico como algo unitário e complexo. Aliás, o ordenamento somente é entendido como tal porque detém aqueles dois caracteres⁴³, decorrendo deles a força normativa dos princípios constitucionais.⁴⁴

As previsões de intenações não consensuais não devem, portanto, fugir às premissas acima. Isto é, sempre deve-se ter por norte a promoção do princípio da dignidade da pessoa humana.

Partindo-se daí, volta-se à indagação inicialmente realizada: em que casos a intenação não consensual é lícita?

A resposta, decerto, não é simples. Entretanto, alguns parâmetros podem ser estabelecidos. O primeiro deles, já mencionado como um dos fundamentos da República, conforme o art. 1º, III da CRFB/88, é a dignidade da pessoa humana. Vale dizer: a intenação não consensual jamais deverá ocorrer, senão a serviço da promoção da dignidade da pessoa humana.

Nota-se que a atual política de saúde mental, instituída pela Lei 10.216/01, segue exatamente estas diretrizes, no sentido de se conferir um tratamento digno ao portador de transtorno mental.

Como se está falando em primazia da pessoa humana, o destinatário da promoção daquela dignidade jamais deverá ser uma pessoa idealizada, abstrata. Jamais deverá ser destinatário daquela, ainda, algo que atenda por conceitos vagos ou genéricos, tais como a “sociedade”. Não: se a dignidade a ser promovida é a da pessoa, esta pessoa deve ser real, concreta. Não se fala, portanto, de “uma pessoa”, mas sim “da pessoa”, concretamente considerada, com sua vida, seus dramas, seus defeitos, suas virtudes e que tem nome. Enfim, uma pessoa real, não fictícia.

É o caso, pois, de se considerar como ilícitas as intenações realizadas tal como preceituava o art. 1º do Decreto 1132/1903, isto é, para preservar a “ordem pública” ou mesmo a “segurança das pessoas”. Quem são estas pessoas? Note-se que sob as rubricas “ordem pública” e “segurança das pessoas” há um campo de excepcional largueza, nele podendo ser incluídas as mais diversas situações, abrindo-se uma vasta porta a abusos.

Evidentemente que o referido Decreto não se encontra mais em vigor. Entretanto, a sua inspiração, tal como um fantasma, anda vagando por aí. E ela se

⁴⁰ BODIN DE MORAES, Maria Celina. *A constitucionalização do direito civil e seus efeitos sobre a responsabilidade civil*. Disponível em: <[HTTP://www.estig.ipbeja.pt/~ac_direito/bodin_n29.pdf](http://www.estig.ipbeja.pt/~ac_direito/bodin_n29.pdf)>. Acesso em: 25 nov. 2012.

⁴¹ TEPEDINO, Gustavo. Normas constitucionais e direito civil na construção unitária do ordenamento. In: *Temas de direito civil*. Rio de Janeiro: Renovar, 2009. Tomo 3. p.5.

⁴² MULHOLLAND, Caitlin Sampaio. *A responsabilidade civil por presunção de causalidade*. Rio de Janeiro: GZ, 2010. p.69.

⁴³ TEPEDINO, Gustavo. Normas constitucionais e direito civil na construção unitária do ordenamento. In: *Temas de direito civil*. Rio de Janeiro: Renovar, 2009. Tomo 3. p.5.

⁴⁴ TEPEDINO, Gustavo. Normas constitucionais e direito civil na construção unitária do ordenamento. In: *Temas de direito civil*. Rio de Janeiro: Renovar, 2009. Tomo 3. p.8.

manifesta por meio de ações de internação coletivas, por atacado, com relação a pessoas que, em geral, têm como traço comum o consumo do crack.⁴⁵

Quaisquer internações baseadas em ideias generalizantes, isto é, que, aprioristicamente, enquadram pessoas em grupos cujos membros devam ser internados contra a vontade, são repelidas pelo direito. Isto porque, ao se generalizar, não se está atentando para as condições pessoais do indivíduo.

Isto não quer dizer que uma pessoa que esteja consumindo crack não venha a ter a necessidade de ser, em algum momento, internada, mesmo que contra a sua vontade. Ocorre que não se pode pressupor que ela deverá, necessariamente, ser internada somente pelo fato de compor grupo no qual as pessoas utilizam o crack. Como qualquer outra pessoa, as suas condições particulares devem ser analisadas e, somente a partir daí, extrair-se alguma conclusão acerca da licitude de uma internação não consensual.

Não se adotando tal cuidado, estar-se-á, fatalmente, retornando à lógica higienista de outrora, isto é, “limpando-se” o espaço urbano de pessoas indesejadas.

Assim, o inimigo neste caso é aquele considerado um perigo biológico para os saudáveis. O inimigo deve ser eliminado não necessariamente através da execução direta, mas principalmente pela sua exposição à morte, aos riscos de morte, à expulsão e ao isolamento e à morte política.⁴⁶

Firmada a ideia de que ninguém deve ser internado somente por fazer parte de determinado grupo de pessoas, deve-se analisar quais as condições individuais que justificarão a internação não consensual.

Já de plano, deve-se invocar a condição prevista no art. 8º da Lei 10.216/01⁴⁷, isto é, deve haver laudo emitido por médico registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado em que se localize o estabelecimento.

O dispositivo suscita algumas questões. A primeira delas se refere ao fato de que ele somente se refere às internações voluntária e involuntária. Entretanto, não parece haver muitas dúvidas no sentido de que a internação compulsória também depende de laudo médico que ateste a necessidade de internação. A diferença no

⁴⁵ Vale trazer à baila o exemplo do Município do Rio de Janeiro, que “vem recolhendo e internando compulsoriamente pessoas que vivem nas ruas, sob a justificativa do tratamento à dependência química e de proteção social.” (MACERATA, Icauã; DIAS, Rafael; PASSOS, Eduardo. Paradigma da guerra às drogas, políticas de ordem e experiências de cuidado da cidade dos mega-eventos. In: BATISTA, Vera Malaguti; LOPES, Lucília Elias (Org.). *Atendendo na guerra (criminologia de cordel 3)*: dilemas médicos e jurídicos sobre o crack. 2.ed. Rio de Janeiro: Revan, 2014. p.24).

⁴⁶ MACERATA, Icauã; DIAS, Rafael; PASSOS, Eduardo. Paradigma da guerra às drogas, políticas de ordem e experiências de cuidado da cidade dos mega-eventos. In: BATISTA, Vera Malaguti; LOPES, Lucília Elias (Org.). *Atendendo na guerra (criminologia de cordel 3)*: dilemas médicos e jurídicos sobre o crack. 2.ed. Rio de Janeiro: Revan, 2014. p.50.

⁴⁷ Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

caso da compulsória apenas residirá no fato de que a internação não será, propriamente, autorizada pelo médico, mas sim embasará o juiz no momento de apreciar o requerimento de internação. Assim, em qualquer caso de internação por transtornos mentais, seja ou não consentida, haverá a presença do profissional médico a atestar a existência de necessidade de internação.

Mas não é só: em qualquer dos casos de internação não consensual, haverá a necessidade de que da fundamentação contida no laudo se chegue, de fato, à conclusão de que a internação é necessária. Isso quer dizer que não basta haver uma afirmação simples no sentido de que a internação é necessária. Não: há a necessidade de haver um relato dos fatos que levem à conclusão de que a internação se faz necessária. A conclusão pela internação, pois, deve estar bem fundamentada com a descrição dos fatos que a embasam. Note-se que a relevância dos interesses em jogo não se compadece com uma descrição descuidada ou descompromissada daquilo que justifica a internação.

E essa fundamentação se torna essencial na medida em que, sem ela, não é possível ao juiz - na compulsória - e ao Ministério Público - na involuntária -, conforme o §1º do art. 8º - realizarem o adequado controle de legalidade da internação.

Ao receber um requerimento de internação compulsória, deve o juiz ser capaz de, cotejando a fundamentação com a conclusão do laudo, verificar se no caso é cabível a internação compulsória. Não se está, aqui, querendo que o juiz faça o controle do diagnóstico ali apresentado. De maneira alguma, até porque o juiz não possui preparo técnico para tanto. O que, porém, está ao alcance do juiz, mas somente lhe é proporcionado pela adequada fundamentação do laudo, é a verificação da congruência entre os dados apresentados no laudo e a conclusão no sentido da necessidade de internação. Neste caso, é perfeitamente possível ao juiz, realizando o controle de legalidade do requerimento, concluir pelo indeferimento da internação diante dos fatos apresentados no laudo. Vale dizer: pode o juiz indeferir o requerimento sob o argumento de que os fatos apresentados no laudo não conduzem à legalidade da internação compulsória.

O mesmo vale para o Ministério Público nos casos de internação voluntária eis que, a teor do § 1º do art. 8º da Lei 10.216/01, lhe é aí cometido o poder fiscalizatório: o laudo que autoriza a internação voluntária deve ser suficientemente embasado a fim de permitir que o membro do Ministério Público verifique se, a partir dos dados que lhe foram fornecidos, é cabível a internação.

Mas a questão, aí, não se esgota: sabe-se que há diversos interesses que podem envolver a promoção ou manutenção da internação de pacientes. Tais interesses podem ser, mesmo, de ordem técnica. Afinal, possivelmente os médicos vinculados a instituições de longa permanência possuam, de fato, a convicção de que o tratamento psiquiátrico asilar seja a melhor técnica a ser empregada, mesmo em discordância com as atuais diretrizes da política nacional de saúde mental, o que é uma divergência legítima. Há, porém, a possibilidade de que interesses ilegítimos sejam o móvel para a manutenção das internações.

A fim de se minimizar os riscos de promoção ou manutenção de internações questionáveis, é importante que se procure, tanto quanto possível, obter laudos de médicos não vinculados às instituições para as quais são destinados os pacientes, de

modo a se atingir uma maior imparcialidade. Entretanto, caso isso não seja possível em um primeiro momento, é interessante que o Juízo ou o Ministério Público, conforme for a modalidade de internação, determine a apresentação de um segundo laudo médico, de profissional desvinculado da clínica de destino. Veja-se que não se trata de uma medida decorrente de desconfiança em relação ao caráter do profissional vinculado à instituição de internação, mas sim uma preocupação justa, na medida em que é absolutamente normal obter-se, na vida cotidiana, diferentes opiniões médicas. Em se tratando de interesses existenciais caríssimos em jogo, justifica-se a precaução.

Mas é preciso ir além: ainda que todas as formalidades estejam preenchidas, isto é, que o laudo esteja adequado, quais são as condições substanciais que justificam a adoção da internação não consentida? E qual é a participação, nestes casos, da autonomia do indivíduo? É o que se verá a seguir.

Como já se disse anteriormente, a pessoa humana se encontra no ápice do ordenamento. Conseqüentemente, a internação não consentida, por ocorrer em detrimento de um dos direitos fundamentais – liberdade –, não deve ser efetivada, senão para promover a proteção da pessoa. Assim, ponderando-se os interesses envolvidos, a liberdade somente deverá ceder caso isso sirva à promoção da dignidade do próprio paciente ou, ainda, de terceiros.⁴⁸

E quando isso ocorre? Quando se fala em comprometimento do direito à liberdade com a internação - direito este insculpido no art. 5º da CRFB/88 como fundamental -, evidentemente que a promoção, aí, da dignidade da pessoa humana somente se dará com a preservação de direito contraposto de maior peso no caso concreto.

Com isso, para que seja cabível a internação não consentida, necessário se faz que o paciente esteja, com a sua liberdade, sujeito a claro e imediato perigo de vida, ou esteja ameaçando a vida e a integridade de terceiros.

Quanto ao primeiro caso, se a ameaça é à própria vida, esta é mais simples de ser constatada, em virtude do grau de degradação física constatada pelo médico, bem como pelo próprio histórico da situação do indivíduo, como episódios, por exemplo, de overdoses, em se tratando de consumo de entorpecentes. É, portanto, pelo exame clínico, mais fácil de se constatar o referido perigo imediato de morte.

Importante, ainda, é atentar para o fato de que o perigo de morte a justificar a internação deve ser imediato. Ou seja, não se pode internar mediante a constatação de um perigo remoto. Em se tratando de consumo de entorpecentes, o próprio consumo de tais substâncias tóxicas é prejudicial à saúde, podendo, em algum momento, causar a morte do indivíduo. Hipótese clara é a da pessoa que tem alguma predisposição a doenças cardíacas, mas, mesmo assim, consome drogas que podem desencadear aquele problema. Neste caso hipotético, não se está falando em perigo de vida imediato, decorrente do simples consumo da droga, mas sim de um perigo mediato, cujo desfecho nefasto depende, para a sua concretização, da intercorrência de uma concausa, qual seja, a deflagração do problema cardíaco. Não é, portanto, disso que se trata como fator que enseja a internação.

⁴⁸ BARCELLOS, Ana Paula de. Ponderação, racionalidade e atividade jurisdicional. In: BARROSO, Luis Roberto (Org.). *A reconstrução democrática do direito público no Brasil*: livro comemorativo dos 25 anos de magistério do professor Luis Roberto Barroso. Rio de Janeiro: Renovar, 2007. p.259.

Se houvesse a possibilidade de internação compulsória para a situação de simples possibilidade de dano à própria integridade física, a internação seria cabível em qualquer situação de consumo de drogas, eis que o prejuízo à saúde é inerente ao consumo de entorpecentes. Lógico que esta construção não é válida. Afinal, o dano, cujo perigo é passível de ensejar a internação compulsória, deve ser mais qualificado, mais intenso e imediato.

Para que haja a internação não consensual lícita é necessário que se constate que o só consumo do entorpecente já enseja o risco de morte iminente, e isso tem que estar expresso no laudo médico. Se, a despeito de concluir pela internação, o médico não mencionar no laudo que há imediato perigo de dano à vida do dependente ou de terceiros, o juiz poderá desconsiderar a conclusão do laudo no sentido da internação.

Justifica-se, ainda, a internação não consentida nos casos em que o indivíduo acarreta perigo iminente à vida de terceiros. Nestes casos, contudo, o exame clínico nem sempre é suficiente, sendo necessária a oitiva de terceiros para a apuração dos fatos que embasarão a elaboração do laudo respectivo. Aqui, o médico subscritor deve ser mais cauteloso, eis que deve discernir das declarações de terceiros o que de fato ocorreu, bem como constatar se as situações narradas decorreram do consumo de entorpecentes.

Importante trazer à colação a opinião de Joyceane Bezerra de Menezes e Wagner Pinheiro Gesser:

Na hipótese de juízo crítico, nos casos de iminente perigo de vida, o Código de Ética Médica não só autoriza, mas impõe ao médico a obrigação de adotar medidas que afastem esse perigo. É necessário averiguar se o dependente da substância está em juízo crítico e sob iminente perigo de vida. Na medida em que a ausência de discernimento está associada à ameaça a saúde e/ou vida de terceiros também seria razoável a medida. Mas nessa última hipótese, ainda há maior complexidade. Na medida em que o paciente apresenta comportamento violento e familiares se sentem ameaçados, caberia a aplicação da medida? Crê-se, nesta hipótese, que o médico terá maior responsabilidade na construção do laudo, haja vista que se apoiará em circunstâncias alheias ao mero exame clínico. Cercado de todas as cautelas, mediante autorização familiar ou responsável, poderá proceder a internação voluntária.⁴⁹

Logo, não basta haver o consumo de entorpecentes para que a internação se justifique. Deve ser constatado que este consumo leva ao perigo imediato de morte do próprio indivíduo ou de terceiros. E isso deve estar cuidadosamente fundamentado no laudo médico que embasará a internação.

⁴⁹ MENEZES, Joyceane Bezerra de, GESSER, Wagner Pinheiro. A autonomia privada do paciente dependente de substância no Brasil e a discussão sobre a internação involuntária. *Revista do Direito Unisc*, Santa Cruz do Sul, n.38, p.102-103, jul./dez. 2012. Disponível em: <online.unisc.br/seer/index.php/direito/article/download/854/2268>. Acesso em: 07 nov. 2014.

Emerge de tudo isso a questão acerca da autonomia do indivíduo, fazendo-se necessária a análise do seu papel na internação não consentida.

No que se refere às relações existenciais, deve-se presumir que ninguém melhor que a própria pessoa para definir o que é melhor para si⁵⁰. Apenas cotejando as circunstâncias do caso concreto é que será possível verificar eventual impossibilidade de o indivíduo decidir sobre si no que se refere às relações existenciais, afastando-se, então, aquela presunção.

Porém, sempre que for possível, o indivíduo deverá ser ouvido, no que se refere aos seus interesses. Privilegia-se, assim, aquilo a que Rose Melo Vencelau Meireles denomina “Autonomia Privada”:

autonomia privada significa auto-regulamentação de interesses, patrimoniais e não patrimoniais. Trata-se de um princípio que confere juridicidade àquilo que for definido pelo titular para o regramento de seus interesses, por meio das vicissitudes jurídicas relacionadas às situações subjetivas respectivas. Importante que este auto-regramento de interesses somente alça juridicidade porque assim reconhecido no mundo jurídico, não simplesmente porque emana da vontade. [...] Neste aspecto, vale adiantar que é justamente por ser manifestação de liberdade que a autonomia privada é considerada um dos meios de realização da dignidade da pessoa humana, nas situações existenciais.⁵¹

Assim, a autonomia privada não diz respeito, apenas, aos interesses patrimoniais, mas também, e principalmente, refere-se aos interesses existenciais, encontrando fundamento na liberdade, prevista no art. 5º, II da Constituição. Se no nosso ordenamento jurídico as relações existenciais alcançam uma posição de primazia em relação às patrimoniais, a autonomia privada, naquelas, ganha importante vulto.⁵²

Com relação à autonomia analisada sob o aspecto existencial, e mais especificamente com relação ao corpo, assim ensina Ana Carolina Brochado Teixeira:

A integridade psicofísica é essencial para se pensar a saúde, embora seja, aqui, conveniente fragmentar este conceito. A higidez psíquica é fundamental para que se tenha a vontade válida, que o consentimento para os atos que expressam a

⁵⁰ Daí a observação de Anderson Schreiber no que se refere à participação do paciente nas decisões relativas ao tratamento a que submetido: “Enfatiza-se, ademais, que tal participação não se restringe a uma autorização genérica para a realização dos procedimentos médicos necessários ou dirigidos à cura, mas importa no *consentimento informado* em relação a cada passo ou etapa da terapia.” (SCHREIBER, Anderson. *Direitos da personalidade*. São Paulo: Atlas, 2011, p. 53).

⁵¹ MEIRELES, Rose Melo Vencelau. *Autonomia privada e dignidade humana*. Rio de Janeiro: Renovar, 2009. p.74.

⁵² MEIRELES, Rose Melo Vencelau. *Autonomia privada e dignidade humana*. Rio de Janeiro: Renovar, 2009. p.87.

liberdade de escolha possam produzir efeitos no mundo jurídico. Se esta estiver presente, todos os atos incidentes sobre a integridade física são válidos, desde que atendam a uma opção livre e consciente do sujeito, como expressão da autonomia corporal. Quando isso ocorre, mesmo que haja abalo à integridade física, a saúde está sendo preservada, tutelada, promovida, pois atende a um apelo de liberdade consciente, daquele indivíduo detentor de discernimento que fez determinadas opções em sua vida que, segundo seu projeto pessoal, atende à realização da personalidade.⁵³

Ou seja, ressalta-se a importância da autonomia principalmente em questões relacionadas ao corpo. É um princípio que se espraia para campos outros que não o meramente patrimonial. Portanto, mesmo quando há um abalo à integridade física da pessoa, mas isso ocorre mediante livre expressão de sua vontade, este fato, a rigor, se constitui, por mais estranho que possa parecer, a própria preservação da saúde, analisada esta sob um aspecto mais amplo. Isto porque o atendimento da vontade da pessoa sobre o seu próprio corpo, ainda que, à primeira vista, implique um abalo, por outro lado corresponderá a uma forma de realização de sua personalidade. Um exemplo disso é a cirurgia de transgenitalização: ainda que haja, em um primeiro momento, um abalo à integridade do corpo, isto ocorreu por vontade da pessoa, numa livre manifestação da liberdade.

A *contrario sensu*, violações à integridade física que ocorram sem a permissão do sujeito serão ilegítimas, por violarem o seu equilíbrio psicofísico.⁵⁴ O mesmo se aplica a outros direitos de cunho existencial, como a liberdade, no caso das internações não consentidas. Sendo assim, em havendo qualquer espaço para a autodeterminação de interesses, deve o indivíduo ser ouvido no que se refere às relações existenciais nas quais esteja envolvido. Somente em casos muito excepcionais, de ausência absoluta de autodeterminação, é que não se dará espaço ao indivíduo para que exerça a sua autonomia.⁵⁵ Isso ocorrerá, portanto, apenas nos casos de impossibilidade de exercício da autonomia privada.

O simples fato de a pessoa ser dependente química não é suficiente para suprimir a autodeterminação da pessoa em relação a todos os aspectos de sua vida. Tome-se por exemplo os notórios casos dos prefeitos Marion Berry, de

⁵³ TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. *Saúde, corpo e autonomia privada*. Rio de Janeiro: Renovar, 2010. p.54.

⁵⁴ TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. *Saúde, corpo e autonomia privada*. Rio de Janeiro: Renovar, 2010. p.54.

⁵⁵ Nota-se que “no direito brasileiro, a teoria da liberdade de ação sustenta que a autonomia individual do sujeito deve ser mantida, exceto em casos ultra-excepcionais, de falta absoluta de discernimento. E, mesmo nestas hipóteses, a restrição à capacidade civil não deve ser integral. Na medida do possível, há que se resguardar-lhe a possibilidade de praticar os atos ainda compatíveis com o seu discernimento. Isto porque, mesmo acometido por algum transtorno, o indivíduo persevera no direito ao desenvolvimento de sua personalidade, consectário da dignidade da pessoa humana.” (MENEZES, Joyceane Bezerra de, GESSER, Wagner Pinheiro. A autonomia privada do paciente dependente de substância no Brasil e a discussão sobre a internação involuntária. *Revista do Direito Unisc*, Santa Cruz do Sul, n.38, p.102-103, jul./dez. 2012. Disponível em: <online.unisc.br/seer/index.php/direito/article/download/854/2268>. Acesso em: 07 nov. 2014).

Washington⁵⁶, e Rob Ford⁵⁷, de Toronto, flagrados consumindo crack no exercício do mandato: apesar de consumirem a droga, eram pessoas que, tanto reservavam uma certa capacidade de autodeterminação, que exerciam o mandato. Ou seja, tomavam decisões complexas, conviviam socialmente, enfim, mantinham alguma funcionalidade, mesmo com o consumo de crack. Este consumo não necessariamente retira da pessoa a capacidade de decidir sobre si.

A falta de autodeterminação, portanto, deve ser aferida no caso concreto. Logo, em caso de conservação da capacidade de autodeterminação, isto é, da capacidade que possui o indivíduo de ditar os rumos da sua vida, ilegítima será a internação não consensual.

Nesta linha, para haver a internação não consentida, há de ser mencionada, expressamente, no laudo que a embasa, a impossibilidade de autodeterminação do paciente.

E deve ser acrescentada outra observação: a incapacidade de exercício da autonomia privada aplicável às relações existenciais não se confunde com a incapacidade decorrente do regime de incapacidades previsto no Código Civil. Este, como se sabe, foi concebido sob uma lógica patrimonialista. Sendo assim, se para a prática dos atos civis as tradicionais situações de incapacidade (vide arts. 3º e 4º do Código Civil) funcionam a contento, isto não ocorrerá para as questões de cunho existencial.⁵⁸

Assim, não será em razão de o paciente ser incapaz que se presumirá ser ele impossibilitado de exercer a sua autonomia privada no que tange às suas relações existenciais. Mesmo os menores de idade, incapazes segundo o art. 3º, I, do CC/02, devem ter as suas opiniões e impressões levadas em consideração com relação a questões que tocam seus interesses existenciais.⁵⁹

⁵⁶ FAMOSOS fumando crack deram maior visibilidade ao problema. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/dependencia-quimica/crack-chama-atencao-para-dependencia-quimica/famosos-fumando-crack-deram-maior-visibilidade-ao-problema.aspx>>. Acesso em: 09 abr. 2015.

⁵⁷ ORTEGA, Rogério. Prefeito de Toronto volta a se candidatar após admitir uso do crack. *Folha de S.Paulo*, 02 jan. 2014. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/mundo/2014/01/1392536-prefeito-de-toronto-volta-a-se-candidatar-apos-admitir-uso-de-crack.shtml>>. Acesso em: 09 abr. 2015.

⁵⁸ Segundo Judith Martins-Costa, “Por consequência da variabilidade funcional e conjuntural do discernimento, se deve admitir que, para além das tradicionais situações de incapacidade (arts. 3º e 4º do Código Civil) existem situações de ‘para-incapacidades’, de incapacidades intermitentes, e mesmo de ‘incapacidades mitigadas’. Porém, conquanto estas situações sejam conhecidas, um fenômeno novo transparecerá se conectarmos o critério de discernimento com a proteção conferida pelo Código Civil e pela Constituição à personalidade, isto é, à pessoa jurídica em sua própria valência: não como homo economicus, não como proprietário ou contratante, mas como ser humano em si mesmo, considerado na dimensão de sua esfera existencial.” (MARTINS-COSTA, Judith. Capacidade para consentir e esterilização de mulheres tornadas incapazes pelo uso de drogas: notas para uma aproximação entre a técnica jurídica e a reflexão bioética. In: MATINS-COSTA, Judith; MOLLER, Leticia Ludwig (Org.). *Bioética e responsabilidade*. Rio de Janeiro: Forense, 2009. p.320-321).

⁵⁹ Ainda segundo Judith Martins-Costa, “[...] inclusive menores – desde que possam, em algum grau, compreender, avaliar e expressar a sua vontade- são destinatários da informação sobre o ato interventivo em sua saúde, como hoje é internacionalmente reconhecido, devendo ser considerados, para aquele efeito, como capazes de decisão, sendo-lhes atribuída uma espécie de ‘maioridade antecipada’”. (MARTINS-COSTA, Judith. Capacidade para consentir e esterilização de mulheres tornadas incapazes pelo uso de drogas: notas para uma aproximação entre a técnica jurídica e a

Comprovação disso é o disposto no art. 11 da Lei 13.146/15⁶⁰, também conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência. Conforme se infere do citado artigo, a pessoa com deficiência não poderá ser submetida, de maneira forçada, a intervenção clínica ou cirúrgica, a tratamento ou a institucionalização. Portanto, com relação à situação que especificamente se discute no presente trabalho, isto é, à institucionalização, esta não pode ocorrer sem que seja ouvido o paciente.

Partindo-se disto, ao ser elaborado o laudo e analisadas as condições do paciente para fins de internação não consensual, não se deve, apenas e automaticamente, remeter às regras de incapacidades insculpidas no Código Civil, mas sim realizar um exame mais aprofundado acerca da situação específica do indivíduo.

E o Estatuto da Pessoa com Deficiência foi claro no sentido da necessidade de consentimento do paciente com deficiência nos casos de tratamento, procedimento, hospitalização e pesquisa científica, de acordo com o art. 12.⁶¹ Portanto, o consentimento esclarecido é a regra no que tange a situações existenciais do portador de deficiência. E esta participação da pessoa no que tange às suas questões de cunho existencial é reforçada pelo parágrafo 1º do art. 12 do Estatuto da Pessoa com Deficiência⁶², o qual assegura que a participação da pessoa sujeita à curatela deve ocorrer no maior grau possível.

E se as circunstâncias indicarem a impossibilidade de o paciente exercer a sua autonomia privada no caso de internação não consentida, como isto será suprido?

Decerto que este suprimento não deve seguir os ditames da lei civil relativos ao suprimento das incapacidades previstas nos arts. 3º e 4º do Código. Isto porque, como já mencionado, enquanto a lei civil foi concebida sob um viés patrimonialista, a discussão relativa à internação se dá no campo das relações existenciais. Quando se trata da incapacidade tradicionalmente considerada, normalmente relativa aos atos negociais, o seu suprimento pode se dar por meio da nomeação, como assistente ou representante, de “pessoa razoável”, “segundo o padrão médio requerido para a prática de operações de fundo patrimonial, a própria lei civil se encarregando de determinar, aprioristicamente, serem os pais os representantes dos filhos menores”.⁶³

Entretanto, quando se fala em suprimento de consentimento referente a relações existenciais, a solução deve ser diferente, na medida em que a importância dos bens jurídicos aí em questão é de maior vulto. Judith Martins-Costa propõe que,

reflexão bioética. In: MATINS-COSTA, Judith; MOLLER, Leticia Ludwig (Org.). *Bioética e responsabilidade*. Rio de Janeiro: Forense, 2009. p.328.)

⁶⁰ “Art. 11. A pessoa com deficiência não poderá ser obrigada a se submeter a intervenção clínica ou cirúrgica, a tratamento ou a institucionalização forçada”.

⁶¹ “Art. 12. O consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa com deficiência é indispensável para a realização do tratamento, procedimento, hospitalização e pesquisa científica.”

⁶² “§ Em caso de pessoa com deficiência em situação de curatela, deve ser assegurada sua participação, no maior grau possível, para a obtenção do consentimento.”

⁶³ MARTINS-COSTA, Judith. Capacidade para consentir e esterilização de mulheres tornadas incapazes pelo uso de drogas: notas para uma aproximação entre a técnica jurídica e a reflexão bioética. In: MATINS-COSTA, Judith; MOLLER, Leticia Ludwig (Org.). *Bioética e responsabilidade*. Rio de Janeiro: Forense, 2009. p.322.

nestes casos, se obtenha um parecer decorrente de consenso de especialistas das diversas áreas que toquem o assunto em questão.⁶⁴ Esta parece ser uma medida adequada a ser tomada, em vista da multiplicidade de fatores que acarretam uma crise que demande um tratamento hospitalar.

Não se desconsidere o fato de que, por vezes, a internação acaba por se tornar urgente, em razão do estado da vítima. Quando isto ocorrer, certamente será difícil basear a internação em laudo médico produto de um consenso de diversos profissionais. Porém, este trabalho conjunto entre as diversas especialidades poderá ser realizado a *posteriori*, em prazo relativamente curto, e que embasará a manutenção, ou não, da internação.

De qualquer modo, necessário se faz que a conclusão pela internação, nos casos de impossibilidade de consentimento prévio, se dê para fins de proteção à vida e à saúde do paciente, conforme redação expressa do art. 13 do Estatuto da Pessoa com Deficiência.⁶⁵ Outra situação não expressa no referido dispositivo, mas que se compatibiliza com o ordenamento, é a internação independentemente de consentimento prévio nos casos de risco de morte ou à integridade física de terceiros, a ser, como já mencionado, cuidadosamente constatado.

Aliás, não se perca de vista que a internação deve ter como finalidade última a recuperação do paciente, de modo que ela não deve ser mantida, senão mediante o permanente monitoramento multidisciplinar da situação do paciente, que analisará a permanência da necessidade de internação.

Frise-se, por fim, que o paciente se encontra em uma posição de vulnerabilidade.⁶⁶ Segundo Caio Mário, “similar ao Princípio do Melhor Interesse da Criança, e do Adolescente, deve-se atribuir normatividade ao Melhor Interesse do Paciente [...]”.⁶⁷ Parece claro que a dependência química é uma destas circunstâncias ditas “contingenciais” que justificam um tratamento específico pelo ordenamento jurídico.

Por fim, sendo uma parcela vulnerável da população, os portadores de transtornos mentais, aí incluídos os dependentes químicos, merecem cuidado. E a prestação deste cuidado pode ocorrer mediante manifestações objetivas. Conforme nos ensina Heloisa Helena:

⁶⁴ MARTINS-COSTA, Judith. Capacidade para consentir e esterilização de mulheres tornadas incapazes pelo uso de drogas: notas para uma aproximação entre a técnica jurídica e a reflexão bioética. In: MATINS-COSTA, Judith; MOLLER, Leticia Ludwig (Org.). *Bioética e responsabilidade*. Rio de Janeiro: Forense, 2009. p.323 e 339.

⁶⁵ “Art. 13. A pessoa com deficiência somente será atendida sem seu consentimento prévio, livre e esclarecido em casos de risco à morte e de emergência em saúde, resguardado seu superior interesse e adotadas as salvaguardas legais cabíveis.”

⁶⁶ Para Heloisa Helena Barboza, “a vulnerabilidade se apresenta sob múltiplos aspectos existenciais, sociais e econômicos. Na verdade, o conceito de vulnerabilidade [...] refere-se a qualquer ser vivo, sem distinção, que pode, eventualmente, ser ‘vulnerado’ em situações contingenciais. Trata-se, portanto, de característica ontológica de todos os seres vivos. Determinados seres vivos são circunstancialmente afetados fragilizados, desamparados ou vulnerados.” (BARBOZA, Heloisa Helena. Vulnerabilidade e cuidado: aspectos jurídicos. In: PEREIRA, Tânia da Silva Pereira; OLIVEIRA, Guilherme de (Coord.). *Cuidado e vulnerabilidade*. São Paulo: Atlas, 2009. p.110).

⁶⁷ PEREIRA, Caio Mário. *Instituições de direito civil*. 21.ed. Rio de Janeiro: Forense, 2013. v.5. p.548.

Não há, fora das áreas técnicas, indicadores padronizados de cuidados. Mas há atitudes objetivas, verificáveis no dia a dia, que explicitam o cuidado com o outro. O direito, para dar consecução à cláusula geral de tutela da pessoa humana, tem editado normas que implicitamente, quando não de forma expressa, promovem ou determinam os cuidados devidos particularmente aos vulnerados, de que são exemplo os estatutos da criança e do adolescente, e do idoso, e as regras de atenção aos portadores de deficiência física.⁶⁸

Diante disso, tais pacientes merecem atenção. E uma das manifestações objetivas da ideia de cuidado, no caso, é a realização de reavaliações periódicas da situação do paciente, completas e abrangentes, sempre visando à recuperação e aferição de sua vontade, de modo a se atender à dignidade do indivíduo.

5. Conclusão

O histórico da internação não consentida no Brasil impõe uma imensa cautela na utilização de tal procedimento, mesmo à luz da Lei 10.216/01, tendo-se em vista que, durante muitos anos, tal prática foi difundida como medida higienista.

Com a mudança da concepção do tratamento dos portadores de transtornos mentais, consagrou-se o método ambulatorial como o protagonista, reservando-se a internação somente para casos extremos. Essa ideia está de acordo com a primazia da tutela da pessoa humana, conforme art. 1º, III da CRFB/88, um dos fundamentos da República.

Com isso, a internação compulsória não deve servir a ninguém, senão ao próprio paciente, salvo nos casos de perigo imediato à vida ou à saúde de terceiros, quando a proteção a estes terá primazia em face do direito à liberdade do paciente. Note-se que este perigo deve ser imediato, sob pena de não justificar a privação da liberdade.

De todo modo, deve-se ter em mente que a internação deve servir à proteção e tratamento do indivíduo, considerado este não uma pessoa idealizada, abstrata, mas sim concreta. Vale dizer: absolutamente descabida ocorrer uma internação sob o argumento de defesa “da sociedade” ou “da ordem pública”.

Uma vez firmada a ideia de que a internação não consensual deve atender aos interesses da pessoa, o laudo médico que embasa esta medida deve estar adequadamente fundamentado, de modo que do seu conteúdo se infira a necessidade da internação e as razões para tanto. Não basta, assim, que no laudo se afirme, laconicamente, “é necessária a internação”.

E no caso da internação compulsória, o papel do juiz é extremamente relevante, eis que, independentemente da conclusão do laudo pela internação, ele deverá verificar se dos dados e circunstâncias ali narrados, decorre, de maneira lógica, a necessidade de internação.

⁶⁸ BARBOZA, Heloisa Helena. Vulnerabilidade e cuidado: aspectos jurídicos. In: PEREIRA, Tânia da Silva Pereira; OLIVEIRA, Guilherme de (Coord.). *Cuidado e vulnerabilidade*. São Paulo: Atlas, 2009. p.118.

E quanto à autonomia do paciente? Parte-se da premissa de que, por se tratar de relação de cunho existencial, na qual está em jogo a liberdade do paciente, a autonomia privada incide com contundência. Assim, o indivíduo deve ser ouvido em qualquer espaço, por menor que seja, de autorregulação. Em consequência, não será o mero fato de consumir drogas que privará a pessoa da possibilidade de exercer sua autodeterminação: para que não seja ouvido, o paciente deve estar, de fato, impossibilitado de se autoregular.

Observe-se, ainda, que a incapacidade do exercício da autodeterminação não se confunde, necessariamente, com a incapacidade decorrente do regime das incapacidades previsto no Código Civil, eis que não se trata de discussão de cunho patrimonial, mas sim existencial. Logo, é possível ao paciente, mesmo sendo considerado incapaz à luz do Código Civil, exercer a sua autonomia no que se refere às relações existenciais.

Porém, se ainda assim houver uma incapacidade de autodeterminação do paciente, o seu suprimento, exatamente porque não se está a tratar de direito patrimonial, não se dará com base nos arts. 3º e 4º do Código Civil. Deve-se encontrar, por conseguinte, solução distinta, como a obtenção de um parecer multidisciplinar, decorrente de consenso de especialistas das diversas áreas que toquem o assunto em questão.

E mesmo em casos de urgência na internação, em que sua obtenção prévia se torna inviável, tal parecer multidisciplinar poderá ser obtido, *a posteriori*, de modo a respaldar, ou não, a internação.

Por fim, sustentou-se a tese de que os portadores de doenças mentais, aí incluídos os dependentes químicos, especialmente aqueles internados, são vulneráveis e, por conseguinte, merecedores de cuidado, que, no caso, pode se manifestar objetivamente por meio de avaliações periódicas que visem à recuperação do paciente e à busca pela manifestação de vontade deste, atendendo-se, pois, à sua dignidade.

6. Referências

AMARANTE, Paulo. *Saúde mental e atenção psicossocial*. 3.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ARBEX, Daniela. *Holocausto brasileiro*. 4.ed. São Paulo: Geração, 2013.

BARBOZA, Heloisa Helena. Vulnerabilidade e cuidado: aspectos jurídicos. In: PEREIRA, Tânia da Silva Pereira; OLIVEIRA, Guilherme de (Coord.). *Cuidado e vulnerabilidade*. São Paulo: Atlas, 2009. p.106-118.

BARCELLOS, Ana Paula de. Ponderação, racionalidade e atividade jurisdicional. In: BARROSO, Luis Roberto (Org.). *A reconstrução democrática do direito público no Brasil*: livro comemorativo dos 25 anos de magistério do professor Luis Roberto Barroso. Rio de Janeiro: Renovar, 2007. p.259-292.

BODIN DE MORAES, Maria Celina. O princípio da dignidade da pessoa humana. In: *Na medida da pessoa humana: estudos de direito civil-constitucional*. Rio de Janeiro: Renovar, 2010. p.71-120.

_____. *A constitucionalização do direito civil e seus efeitos sobre a responsabilidade civil*. Disponível em: <[HTTP://www.estig.ipbeja.pt/~ac_dir_eito/bodin_n29.pdf](http://www.estig.ipbeja.pt/~ac_dir_eito/bodin_n29.pdf)>. Acesso em: 25 nov. 2012.

BRASIL. Centro Cultural da Saúde do Ministério da Saúde. *Memória da loucura*. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/retratos01.htm>>. Acesso em: 07 abr. 2015.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 29 maio 2017.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm>. Acesso em: 29 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Centro de atenção psicossocial: CAPS álcool e drogas 24 horas*. Disponível em: <www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/centro-atencao-psicosocial.html>. Acesso em: 06 nov. 2014. não foi citado, tiramos?

BRASIL. Ministério da Saúde. *Observatório crack: é possível vencer*. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/index.html>>. Acesso em: 02 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/relatorio15_anos_caracas.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2014.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 29 maio 2017.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903. Reorganiza a Assistência a Alienados. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>>. Acesso em: 29 maio 2017.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Decreto nº 24.559, de 3 de Julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção á pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 29 maio 2017.

ESTUDO da OMS considera dependência química um transtorno mental. *EBC, Agência Brasil*, 18 mar. 2004. Disponível em: <<http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2004-03-18/estudo-da-oms-considera-dependencia-quimica-um-transtorno-mental>>. Acesso em: 06 nov. 2014.

FACHIN, Luiz Edson. Contratos e responsabilidade civil: duas funcionalizações e seus traços. *Revista dos Tribunais*, São Paulo, n 903, p.26-37, 2011.

FAMOSOS fumando crack deram maior visibilidade ao problema. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/dependencia-quimica/crack-chama-a-atencao-para-dependencia-quimica/famosos-fumando-crack-deram-maior-visibilidade-ao-problema.aspx>>. Acesso em: 09 abr. 2015.

GROHOL, John M. DSM-5 Changes: addiction, substance-related disorders & alcoholism. *Psych Central*, 21 maio 2013. Disponível em: <<http://pro.psychcentral.com/dsm-5-changes-addiction-substance-related-disorders-alcoholism/004370.html>>. Acesso em: 06 nov. 2014.

HORVATH, A. Tom; MISRA, Kaushik; EPNER, Amy K.; COOPER, Galen Morgan. *DSM-5 criteria for substance use disorders*. Disponível em: <<http://addictions.about.com/od/aboutaddiction/a/dsm-5-criteria-for-substance-use-disorders.html>>. Acesso em: 06 nov. 2014.

JOIA, Julia Hatakeyama. *As tóxicas tramas da abstinência: compulsoriedade nas internações psiquiátricas de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social*. 2014. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade de São Paulo (PUC-SP), São Paulo, 2014. Disponível em: <http://www.sapientia.pucsp.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=16837&PH_PSESSID=d5b6979103cb73aab94d73b0c3a4efa5>. Acesso em: 07 abr. 2015.

- LABOSSIÈRE, Paula. Saúde libera R\$ 50 milhões para construção de Caps em todo o país. *EBC, Agência Brasil*, 23 abr. 2013. Disponível em: <<http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2013-04-23/saude-libera-r-50-milhoes-para-construcao-de-caps-em-todo-pais>>. Acesso em: 07 abr. 2015.
- MACERATA, Icauã; DIAS, Rafael; PASSOS, Eduardo. Paradigma da guerra às drogas, políticas de ordem e experiências de cuidado da cidade dos mega-eventos. In: BATISTA, Vera Malaguti; LOPES, Lucília Elias (Org.). *Atendendo na guerra (criminologia de cordel 3)*: dilemas médicos e jurídicos sobre o crack. 2.ed. Rio de Janeiro: Revan, 2014. p.21-66.
- MARTINS-COSTA, Judith. Capacidade para consentir e esterilização de mulheres tornadas incapazes pelo uso de drogas: notas para uma aproximação entre a técnica jurídica e a reflexão bioética. In: MARTINS-COSTA, Judith; MOLLER, Leticia Ludwig (Org.). *Bioética e responsabilidade*. Rio de Janeiro: Forense, 2009. p.299-346.
- MEIRELES, Rose Melo Vencelau. *Autonomia privada e dignidade humana*. Rio de Janeiro: Renovar, 2009.
- MENEZES, Joyceane Bezerra de, GESSER, Wagner Pinheiro. A autonomia privada do paciente dependente de substância no Brasil e a discussão sobre a internação involuntária. *Revista do Direito Unisc*, Santa Cruz do Sul, n.38, p.95-112, jul./dez. 2012. Disponível em: <online.unisc.br/seer/index.php/direito/article/download/854/2268>. Acesso em: 07 nov. 2014.
- MIRANDA-SÁ JR., Luiz Salvador de. Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v.29, n.2, p.156-158, ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082007000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 abr. 2015.
- MULHOLLAND, Caitlin Sampaio. *A responsabilidade civil por presunção de causalidade*. Rio de Janeiro: GZ, 2010.
- ORTEGA, Rogério. Prefeito de Toronto volta a se candidatar após admitir uso do crack. *Folha de S.Paulo*, 02 jan. 2014. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/mundo/2014/01/1392536-prefeito-de-toronto-volta-a-se-candidatar-apos-admitir-uso-de-crack.shtml>>. Acesso em: 09 abr. 2015.
- PEREIRA, Caio Mário. *Instituições de direito civil*. 21.ed. Rio de Janeiro: Forense, 2013. v.5.
- _____. *Instituições de direito civil*. 27.ed. Rio de Janeiro: Forense, 2014. v.1.

- PERLINGIERI, Pietro. *O direito civil na legalidade constitucional*. Tradução de Maria Cristina de Cicco. Rio de Janeiro: Renovar, 2008.
- RIO de Janeiro inicia internação compulsória de dependentes químicos. *Revista Brasileiros*, 19 fev. 2013. Disponível em: <<http://brasileiros.com.br/2013/02/rio-de-janeiro-inicia-internacao-compulsoria-de-dependentes-quimicos/>>. Acesso em: 03 abr. 2015.
- SCHREIBER, Anderson. *Direitos da personalidade*. São Paulo: Atlas, 2011.
- TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. *Saúde, corpo e autonomia privada*. Rio de Janeiro: Renovar, 2010.
- TEPEDINO, Gustavo. Normas constitucionais e direito civil na construção unitária do ordenamento. In: *Temas de direito civil*. Rio de Janeiro: Renovar, 2009. Tomo 3. p.3-19.
- WANDERBROOCK JUNIOR, Durval; BOARINI, Maria Lucia. *Educação higienista, contenção social: a estratégia da Liga Brasileira de Higiene Mental na criação de uma educação sob medida (1914-45)*. Disponível em: <http://www.histedbr.fe.unicamp.br/acer_histedbr/jornada/jornada7/_GT1%20PDF/EDUCA%C7%C3O%20HIGIENISTA%20GT1.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2015.