

O CONSENTIMENTO INFORMADO NOS TRATAMENTOS DE DROGADIÇÃO

Lígia Martins de Toledo Leme¹⁶⁹

Luciana Mendes Pereira¹⁷⁰

RESUMO

Aborda o consentimento informado nos tratamentos de saúde, em especial, os psiquiátricos os quais se enquadram os dependentes químicos, bem como seus aspectos constitucionais ligados aos direitos fundamentais (vida, dignidade da pessoa humana, saúde, liberdade, igualdade, direitos da personalidade e autodeterminação). Discorre sobre a autonomia da vontade dos viciados em drogas e as exceções ao consentimento informado, seguida da apresentação histórica e dos aspectos pertinentes às modalidades de internamentos existentes no ordenamento jurídico brasileiro. Suscita discussões acerca dos procedimentos de interdição civil e internamentos involuntários e compulsórios, os quais usados de maneira indiscriminada seguem na “contramão” das mudanças que vêm ocorrendo desde a década de 1970 que redirecionam o modelo assistencial em saúde mental no Brasil, popularmente conhecida como desmanicomialização.

PALAVRAS-CHAVE: Direitos fundamentais. Consentimento informado. Internamentos de drogadição. Autonomia da vontade.

ABSTRACT

Talks about informed consent in health care, especially the psychiatric where they fit the drug addiction treatments and internments, as well as its constitutional aspects related to fundamental rights (life, human dignity, health, freedom, equality, rights of personality and self-determination). Furthermore, it is discoursed on freedom of choice of drug addicts and the exceptions to informed consent, followed by the presentation of historical and relevant aspects of treatments and internments allowed in the Brazilian legal system. The objective was to raise discussion about the trivialization of the involuntary and compulsory internments and civil interdiction which used indiscriminately goes against the changes that have occurred since the 70' that redirects the mental health care model in Brazil, commonly known as

¹⁶⁹ Advogada, graduada em Direito pela Universidade Estadual de Londrina. Especialista em Direito Constitucional da Universidade Estadual de Londrina.

¹⁷⁰ Advogada, docente na UEL e na UniFil, mestre em Direito Negocial (UEL). Especialista em Direito Empresarial e Bioética (UEL), doutoranda em Estudos da Linguagem (UEL).

deinstitutionalization.

KEYWORDS: Fundamental rights. Informed consent. Internments to drug addiction. Self-determination.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO. 2 O CONSENTIMENTO INFORMADO NOS TRATAMENTOS DE SAÚDE (PSIQUIÁTRICOS) E SEUS ASPECTOS CONSTITUCIONAIS. 2.1 A autonomia da vontade do dependente químico e as exceções ao consentimento informado. 3 INTERNAMENTOS DE DROGADIÇÃO – BREVE HISTÓRICO. 3.1 Internamento Involuntário, Compulsório e Voluntário de Drogadição. 4 DA BANALIZAÇÃO DOS INTERNAMENTOS NÃO CONSENTIDOS E DA INTERDIÇÃO CIVIL. 5 CONCLUSÃO. REFERÊNCIAS.

1 INTRODUÇÃO

Este artigo científico tem como tema a análise do *Consentimento Informado nos Tratamentos de Drogadição*. Um dos maiores desafios da atualidade é a difícil posição dos médicos de compatibilizar o tratamento adequado com a autonomia da vontade do paciente, principalmente nos tratamentos de cunho psiquiátrico.

A dependência química tem sido cada vez mais discutida por diversos setores da sociedade. A preocupação com o tema não se restringe somente ao aspecto médico, posto se tratar de uma doença, nem à discussão em torno dos tipos de tratamentos, visto que se incluem os internamentos involuntários e compulsórios, mas também envolve aspectos criminológicos e civis, já que é possível, por meio de determinação judicial, a internação e a interdição civil dos viciados em tóxicos, justificando-se, portanto, o presente artigo científico e a opção por tal *corpus*.

No Brasil, consideráveis avanços têm ocorrido desde a década de 70, do século XX, quando se deu início à “Reforma Psiquiátrica”. Recentemente editou-se a Lei 10.216/01 que dispõe sobre a proteção e os direitos dos doentes mentais, inclusive do dependente químico que é tratado como tal. Em 2002 com o advento do Novo Código Civil, que entrou em vigência em 2003, os viciados em tóxicos foram incluídos no rol dos relativamente incapazes,

sujeitos à interdição civil. Em 2006, outro avanço na legislação brasileira se deu com a publicação da Lei de Drogas 11.343 que passou a tratar o toxicômano como um doente e não mais como um criminoso equiparado ao traficante de drogas.

Destarte, tendo em vista a enorme evolução da área médica no aspecto de se respeitar os direitos individuais, bem como o chamado “Dever de Informação”, sobrepõe-se a noção de que cada vez mais a autonomia e a autodeterminação do paciente sejam respeitadas. Assim, apresenta-se um estudo sobre o consentimento informado nos tratamentos de saúde, uma vez que não há como proceder um tratamento sem que haja intervenção no corpo ou na mente do paciente e segundo a melhor doutrina, para que tal intervenção aconteça de forma legítima torna-se indispensável o consentimento do paciente.

Outra vertente a ser enfocada refere-se aos direitos e garantias fundamentais da pessoa humana, consubstanciados no estudo do Direito Constitucional, o qual prima pela vida como bem supremo e tem como fundamento a dignidade da pessoa humana, fato que deve se fazer respeitar diante do conflito existente entre médicos e pacientes, em especial os toxicomaníacos, que na maioria das vezes relutam em aceitar o tratamento ambulatorial, voluntário, quanto mais o hospitalar.

Outrossim, estudos e relatos efetuados em monografia acadêmica¹⁷¹, precedente a este artigo, concluem que não há alternativa para o restabelecimento da sanidade mental e da vida do dependente químico que não seja a submissão voluntária e consciente a um tratamento adequado, obviamente para parar de usar a droga, além de mudanças de hábitos.

2 OS ASPECTOS CONSTITUCIONAIS DO CONSENTIMENTO INFORMADO NOS TRATAMENTOS DE SAÚDE (PSIQUIÁTRICOS)

Primeiramente importante consignar ser impossível tratar do tema consentimento informado sem antes situá-lo na órbita constitucional. Tem-se além do direito fundamental a vida, o direito à saúde, à liberdade, à igualdade entre os demais descritos no artigo 5º, *caput*, da Constituição Federal¹⁷², bem como todos os outros tratados na Carta Maior.

¹⁷¹ LEME. Lígia Martins de Toledo Leme. *O internamento compulsório em razão da drogadição*. Trabalho de Conclusão do Curso de Direito. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2009.

¹⁷² “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes [...]”.

Assim, não se pode olvidar que mesmo o drogadito (interditado ou não) é titular de direitos e deve ter sua autonomia respeitada, uma vez que possui personalidade civil¹⁷³ e, aparte de ter ou não capacidade plena (capacidade de direito + capacidade de fato), o certo é que é sujeito de direitos, sendo que os primeiros que se incluem são os de ordem constitucional.

Desta forma, nas palavras de Roberto (2005, p. 25) “[...] não se pode iniciar qualquer procedimento ou praticar qualquer conduta em seu paciente, se este não houver concordado”. Sabe-se, portanto, que para que um tratamento médico se torne legítimo é imprescindível que se compatibilize a intervenção médica com o consentimento informado do paciente.

Sendo a vida um bem supremo, objeto de todo o interesse e proteção do Estado, nenhum outro direito subsiste sem ela e conforme Adriano De Cupis “o direito á vida é essencial (...). É um direito inato, adquirido no nascimento, portanto, intransmissível, irrenunciável e indisponível” (apud ROBERTO, 2005, p. 26). A doutrina majoritária ainda divide o direito a vida em direito de preservação da vida, ou seja, a permanecer vivo e direito à existência digna, quanto à subsistência (MORAES, 2008).

Após exposição sobre o direito a vida passa-se ao estudo do fundamento da dignidade da pessoa humana, viga-mestra dos direitos e garantias fundamentais da Constituição Federal (Art. 1º, III), sendo considerado o principal direito constitucionalmente garantido do qual todos os outros advêm (ROBERTO, 2005).

Segundo os ensinamentos de André Gonçalo Dias Pereira (apud ROBERTO, 2005, p. 40):

A dignidade da pessoa humana é um valor espiritual e moral, que lhe é inerente e pressupõe o respeito por parte das demais pessoas, consagrado pela manifestação da maioria dos direitos da personalidade como a própria vida, a intimidade, a honra, a imagem. O fundamento da dignidade da pessoa humana possui duas acepções na Constituição Federal: um direito individual protetivo (com relação ao próprio Estado e aos demais indivíduos) e um dever fundamental de tratamento igualitário dos semelhantes (baseado no direito romano: viver honestamente, não prejudicar ninguém e dar a cada um o que é necessário).

Deste modo, importa dizer que “[...] Estado existe em função de todas as pessoas e não estas em função do Estado (...). Assim, toda e qualquer ação do ente estatal deve ser avaliada, sob pena de inconstitucional e de violar a dignidade da pessoa humana (...)” (SANTOS, 2001).

¹⁷³ Artigos 1º e 2º, do Código Civil, os quais ditam respectivamente “Toda pessoa é capaz de direitos e deveres na ordem civil” e “A personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida; (...)”.

Vale dizer que a expressão ora em análise abarca diversos outros bens jurídicos protegidos objetos deste trabalho, tais quais a saúde, a liberdade e a autodeterminação para o tratamento, bem como a integridade física e moral do paciente (ROBERTO, 2005).

Importante registrar as palavras de Luciana Mendes Pereira Roberto (2005, p. 42):

A justificação primordial do consentimento informado encontra-se nos contornos do fundamento da dignidade da pessoa humana, que, por sua vez, necessita de vida para ocorrer. Todos os outros direitos são consequências do respeito á dignidade: liberdade, igualdade, saúde integridade pessoal, pois é o respeito a estes direitos que se consolida uma vida digna.

Ad argumentandum, tão importante quanto a vida e a dignidade da pessoa humana, estão a saúde, a liberdade e a igualdade, elementos fundamentais para a análise do consentimento informado, uma vez que o que se busca primeiramente é a saúde, física e psíquica, abalada pelo uso de substância entorpecente, aliada a norma programática (SILVA, 2004) contida na Constituição Federal, a qual deve garantir por parte do Estado os tratamentos médicos adequados. O Art. 196 da CF determina que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Desta forma, “[...] é por meio de políticas sociais e econômicas que o Estado trabalhará preventiva e diretamente (...), com o intuito de reduzir o risco das doenças e garantir o acesso à saúde (promoção, proteção e recuperação) de forma universal e com igualdade” (ROBERTO, 2005, p. 54).

Joyceane Bezerra de Menezes (2011) afirma que:

A saúde a que se refere a Constituição Federal de 1988, corresponde àquela definida pela Organização Mundial de Saúde como ‘um estado completo de bem estar físico, mental e social, o qual envolve a participação, a prevenção e a execução da medicina individual e social.’ Vê-se, pois, que a saúde, a vida e a dignidade da pessoa humana são conceitos de tal modo intrincados que uma vida sem saúde, em pouco ou nada é capaz de alcançar aquela *dignidade*.

Outrossim, a liberdade vem consubstanciada no consentir ao tratamento de saúde, ou seja, na autodeterminação de se submeter as orientações médicas, com exceção das medidas compulsórias impostas pelo Estado, nos casos que envolvam perigo a coletividade. Assim, diante do direito a liberdade e, neste caso, a liberdade de consentir, o profissional da saúde tem o dever de respeitar a recusa do dependente em se submeter a determinado procedimento.

Por fim, com relação à igualdade, revelada pelo princípio da isonomia proposto na Constituição Federal, segundo o qual todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, cabe apenas constar que reflete no direito a autodeterminação e na troca de informações que deve existir entre o profissional da área médica e o paciente, além do acesso igualitário às ações e serviços, previstos no Título da Ordem Social.

Assim, vê-se que:

A consagração do consentimento informado está permeada, no ordenamento jurídico brasileiro, em diferentes fontes, seja na Constituição Federal vigente, que protege o direito à vida, à dignidade da pessoa humana, o direito à liberdade e à igualdade, o direito à saúde, os direitos de personalidade, a autodeterminação das pessoas (ROBERTO, 2005, p. 73).

Tendo em vista que não há como proceder um tratamento sem que haja intervenção no corpo ou na mente do paciente o Código de Ética Médica (CEM) prevê o dever de informação no relacionamento entre médico e paciente e, o dever de respeitar o direito do paciente e seu representante legal de decidirem livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo iminente risco de morte¹⁷⁴. Diversos são os dispositivos que permeiam a faculdade de informação e o livre convencimento do paciente no CEM.

O capítulo IV intitulado ‘Direitos Humanos’ prevê em seu Art. 22 que é vedado ao médico “[...] deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.”. Já o artigo 28 do CEM veda “[...] desrespeitar o interesse e a integridade do paciente em qualquer instituição na qual esteja recolhido, independentemente da própria vontade”.

Deste modo, pode-se conceituar consentimento como sendo anuência, aquiescência, permissão, tolerância e sendo assim, tem-se que “[...] o consentimento do paciente para o tratamento de saúde torna lícita ou justificada a conduta do profissional que o executa, pois o tratamento pressupõe uma invasão à integridade física e/ou moral e à saúde do paciente” (ROBERTO, 2005, p. 83), ou seja, trata-se de uma manifestação de vontade.

Maria Helena Diniz defende que o consentimento do paciente, depois da devida informação, advém do direito a autodeterminação do sujeito com relação a sua vida e saúde que se estende, inclusive, ao dissentimento e aduz ainda:

O paciente tem direito de opor-se a uma terapia, de optar por tratamento mais adequado ou menos rigoroso, de aceitar ou não uma intervenção cirúrgica, de mudar ou não de médico ou hospital etc. O objetivo do princípio do consentimento

¹⁷⁴ Conforme disposição do artigo 31, do Código de Ética Médica.

informado é aumentar, como diz Mark Hall, a autonomia pessoal das decisões que afetam o bem-estar físico e psíquico (apud ROBERTO, 2005, p. 83).

Cumpra constar ainda que o consentimento informado possui três pressupostos de admissibilidade a serem observados. O primeiro requisito para que o consentimento seja válido é ser o consenciente *capaz* e aqui se incluem as disposições dos Arts. 3º, 4º e 5º, do Código Civil.

Deve-se observar, em contrapartida ao que defende o ordenamento jurídico brasileiro, que tolhe por completo os relativamente e os absolutamente incapazes, a Declaração de Lisboa sobre os Direitos do Paciente (PORTUGAL, 2010) em que se resguarda o direito do paciente, inclusive os legalmente incapazes, de serem envolvidos na discussão acerca do melhor tratamento a ser realizado tanto mais seja permitida sua capacidade de entender. Tal fato parece poder ser diretamente aplicado aos casos de drogadição.

O segundo requisito para que o consentimento seja válido é o da *informação*, dever, em absoluto, do médico que é o detentor dos conhecimentos específicos que devem ser transmitidos, de forma clara e fundamentada, acerca da intervenção física e, frise-se, mental, assim como os riscos e prognósticos. Segundo a melhor doutrina é com base nas informações que a autodeterminação se alicerçará para fins de submissão ou não ao tratamento indicado (ROBERTO, 2005)¹⁷⁵. De acordo com Neri Tadeu Câmara Souza (2010):

O dever de informação é uma das regras primordiais da atividade médica. O médico está proibido de omitir do paciente as condições em que vai se estabelecer o seu tratamento. Há que se contar com o consentimento do paciente para a realização dos procedimentos a serem tomados, sempre, informando convenientemente as condições em que serão realizados.

Por derradeiro, o terceiro requisito é o próprio *consentimento* do paciente que deverá ser expresso, de preferência na forma escrita, a fim de comprovar documentalmente o dever cumprido do médico de informar acerca do diagnóstico e prognóstico.

Passa-se a seguir a discorrer acerca da autonomia da vontade do dependente químico, a qual deve ser considerada em todos os seus termos, mesmo após o devido processo legal de interdição, uma vez que conforme já sustentado, em havendo um mínimo de juízo crítico, este deve ser respeitado como expressão da liberdade e dignidade da pessoa (MENEZES, 2011).

¹⁷⁵ Não se discutirá no presente trabalho acerca de como a informação deve ser repassada ao paciente, ou seja, a maneira apropriada segundo seu entendimento e estado físico e psicológico.

2.1 A Autonomia da Vontade do Dependente Químico e as Exceções ao Consentimento Informado

Não se discute a importância da autonomia da vontade na conduta do paciente dependente químico. Segundo Neri Tadeu Câmara Souza (2010) “[...] impõe-se que sejam respeitados a crença, a vontade e os valores morais de um paciente” e acrescenta mais que “as decisões do paciente têm de vir acompanhadas de um suficiente grau de reflexão”.

Antonieta Barbosa (2010, p. 275) analisa que “[...] o reconhecimento pela sociedade dos direitos fundamentais das pessoas está repercutindo nas relações entre os médicos e os pacientes, levando a uma maior emancipação do paciente na escolha do tratamento”.

Na mesma seara, Joyceane Bezerra de Menezes (2011) complementa que:

[...] no direito brasileiro, a teoria geral da liberdade de ação sustenta a autonomia individual do sujeito que deve ser mantida, exceto em casos ultra-excepcionais, de absoluta falta de discernimento. E, mesmo nestas hipóteses, a restrição à capacidade civil não deve ser integral. Na medida do possível, há que se resguardar ao dependente, a possibilidade de praticar os atos ainda compatíveis com o seu discernimento. Isto porque, mesmo acometido de algum transtorno ou dependência, o indivíduo persevera no direito ao desenvolvimento de sua personalidade, consectário da dignidade da pessoa humana.

Ronald Dworkin sustenta que:

[...] quando as escolhas de um paciente com demência moderada forem razoavelmente estáveis e coerentes com o caráter geral de sua vida anterior e, grosso modo, incoerentes e autodestrutivas somente na medida em que também são as escolhas das pessoas plenamente competentes, pode-se considerar que ela ainda detém o controle de sua vida e que, por esse motivo, tem direito à autonomia (apud MENEZES, 2011).

Assim, o diagnóstico da dependência química não pode por si só ser limitador da autodeterminação do drogadito, “[...] exceto se confirmado o comprometimento do juízo crítico em tempo *ulterior* ao efeito imediato da droga, mediante o devido processo legal” (MENEZES, 2011), para os casos de interdição civil e internamento compulsório.

Ocorre que, em razão das drogas, a manifestação volitiva do dependente químico pode se encontrar mais ou menos comprometida. Como é sabido o dever profissional do médico encontra exceção na autonomia da vontade do paciente quando diante de iminente perigo de morte, ou seja, em situações extremas de risco de morte para si e para terceiros.

Nos casos dos dependentes químicos, quando estão com a chamada síndrome da

abstinência¹⁷⁶ podem se tornar excessivamente agressivos, com risco, inclusive, de convulsão e, para livrá-los da situação de risco em que se encontram faz-se necessário, o internamento, mesmo que venham a recair nas drogas novamente.

Segundo Antonieta Barbosa (2010, p. 273):

O grau de risco de algum prejuízo ao paciente determinará até onde deve ir a intervenção do médico, sem um prévio consentimento por parte deste. Mas, o risco de vida, sem dúvida, é mandatário em impor a obrigatoriedade de agir do médico, mesmo sem o consentimento do paciente, até, conforme o caso, com sua oposição.

De acordo com Luciana Mendes Pereira Roberto (2005, p. 150) a doença mental é um distúrbio psíquico originada de processo patológico cerebral ou por desvio de conduta, podendo ser congênita ou adquirida (dependência química) e defende juntamente com André Gonçalo Dias Pereira que “[...] o internamento compulsivo de doentes afectados por anomalia psíquica configura claramente uma excepção à doutrina do consentimento informado” (apud ROBERTO, 2005, p. 150).

Tal prerrogativa deve ser usada tão somente nos casos de o paciente dependente químico apresentar perigo para si e para terceiros e somente será legitimada tal ação diante de iminente perigo de vida, visando resguardar a coletividade.

Vê-se, conforme entendimento de Menezes (2011) que diante das ‘exceções’ ao consentimento informado, a atuação profissional do médico deve prevalecer, estando o médico amparado a aplicar tratamento à revelia daquele que se encontra com a sua cognição comprometida, tudo pela preservação da vida e saúde.

3 INTERNAMENTOS DE DROGADIÇÃO – BREVE HISTÓRICO

Antes de abordar o internamento de drogadição é preciso que se trace um breve relato da história recente, acerca dos tratamentos direcionados aos doentes mentais e a evolução ocorrida no Brasil até os dias atuais.

Desde os tempos mais remotos da história da humanidade, o isolamento do doente

¹⁷⁶ Entende-se como tal o "conjunto de modificações orgânicas que se dão em razão da suspensão brusca do consumo de droga geradora de dependência física e psíquica, como o álcool, a heroína, o ópio, a morfina, etc" (DINIZ, 2005). Caracteriza--se em geral por [alucinações](#) e crises [convulsivas](#). A síndrome de abstinência apresenta sintomas como [disforia](#), [insônia](#), [ansiedade](#), irritabilidade, [náusea](#), agitação, [taquicardia](#) e [hipertensão](#), tais sintomas podem se agravar ou serem mais brandos de acordo com a substância usada.

mental era tido como necessário, posto que essa fração da população era considerada perigosa e até mesmo demoníaca; outrossim, o isolamento era caracterizado como “[...] um ato terapêutico (tratamento moral e cura), epistemológico (ato de conhecimento) e social (louco perigoso, sujeito irracional)” (apud MEDEIROS, 2007, p. 84).

Foi em 1804 com o advento do Código Civil de Napoleão Bonaparte (França), o primeiro que:

[...] ao tratar da questão da proteção aos bens dos incapazes através do instituto da interdição, inovou ao prever que a decretação da incapacidade, com a consequente privação da liberdade do interditando, só se efetivaria após um julgamento, em que deveria ser garantido o interrogatório do suposto incapaz. Estabelece-se aí o direito ao contraditório, isto é, o direito de defesa em relação à decretação unilateral da incapacidade atribuída (MEDEIROS, 2007, p. 85).

O século XIX na França marcou a evolução dos estudos psiquiátricos, mas foi a psiquiatria alemã com a grande colaboração de Freud¹⁷⁷ que revolucionou não só o entendimento sobre doença mental, bem como sobre o tratamento para tal (MEDEIROS, 2007). Nas palavras de Maria Bernadete (2007, p. 86) buscava-se, naquela época uma resposta fisiológica para as doenças mentais, e não se consideravam fatores sociais ou pessoais. Atualmente a definição de dependência abrange não só a compulsão pela droga, como também os aspectos sociais, ambiente familiar, relacionamento social entre outros.

No Brasil, mais especificamente no Rio de Janeiro, em 1852 foi criado o primeiro hospital público psiquiátrico, denominado D. Pedro II, inaugurando-se a política oficial de tutela e segregação do doente mental no país (MEDEIROS, 2007). Não demorou muito tempo para que comesçassem a aparecer críticas acerca da forma como os doentes mentais eram tratados nesses tipos de estabelecimentos, tendo Machado de Assis, em 1882, escrito o conto “O Alienista”, denunciando a situação em que estas pessoas viviam conforme se lê abaixo:

A vereança da Itaguahy, entre outros pecados de que é arguida pelos cronistas, tinha o de não fazer caso dos dementes. Assim é que cada louco curioso era trancado em uma alcova, na própria casa, e, não curado, mas descurado, até que a morte o vinha defraudar do benefício da vida; os mansos andavam à solta na rua. Simão Bacamarte entendeu desde logo reformar tão ruim costume; pediu licença à câmara para agasalhar e tratar, no edificio que ia construir, todos os loucos de Itaguahy e das demais vilas e cidades, mediante um estipêndio, que a câmara lhe daria quando a família do enfermo não o pudesse fazer. A proposta excitou a curiosidade de toda vila, e absurdos, ou ainda maus. A idéia de meter os loucos na mesma casa, vivendo em comum, pareceu em si mesma um sintoma de demência e não faltou quem insinuasse à própria mulher do médico (apud MEDEIROS, 2007, p. 87).

A segregação dos doentes mentais era tida como uma forma de proteger a sociedade

¹⁷⁷ Sigmund Freud (1856-1939) é considerado o pai da psicanálise.

dos comportamentos inadequados destes indivíduos, priorizando-se as instituições em detrimento da pessoa (MENEZES, 2011). Ainda nos dias atuais a marca da exclusão e do preconceito continua a permear as relações da sociedade e destes enfermos. No caso dos dependentes químicos esse preconceito se agrava, pois este não é visto como um doente, mas como um ‘vagabundo’, ‘sem vergonha’, ou seja, marginalizado.

O Brasil do século XX, mais precisamente meados dos anos 70, impulsionado pelo que ocorria no mundo nos movimentos em defesa da liberdade e garantia dos direitos fundamentais¹⁷⁸, começou a preocupar-se com a situação dos doentes mentais, fato que levou a discussão do que foi chamado de “Reforma Psiquiátrica” (MEDEIROS, 2007). Segundo a Revista Época (2009), nos últimos 20 anos, cerca de 70% dos leitos psiquiátricos foram fechados.

Passou a surgir no país a idéia de “comunidade terapêutica”, de forma que a eletrochoquerapia¹⁷⁹ e o isolamento até então indiscriminadamente utilizados, passaram a dar lugar a atividades em grupo, tratamento com medicamentos, a fim de fortalecer os aspectos sadios dos indivíduos. A idéia do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), pela Reforma Psiquiátrica, era a desativação progressiva dos hospitais psiquiátricos e manicômios judiciais (MEDEIROS, 2007).

Assim, passou-se a repudiar os tratamentos asilares e em hospitais de custódia e de acordo com Menezes (2011) o tratamento em regime de internação passou a ser estruturado de forma a oferecer assistência integral ao doente mental e dependente químico acrescentando ainda:

[...] não apenas os serviços médico, mas também serviços de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros. Isto porque o fim primordial da internação, mesmo enquanto medida *in extremis*, será a reabilitação e reinserção do paciente ao seu meio de convívio.

Em 1987 foi criado em São Paulo o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do país; e, em 1989, foi apresentado à Câmara dos Deputados o Projeto de Lei intitulado “Reforma Psiquiátrica” sob o n. 3.657, do deputado Paulo Delgado, em que segundo Gondin:

Ao lado do Projeto de Lei n. 3.657/89 que previa a extinção gradativa dos manicômios e a regulamentação dos direitos do doente mental em relação a seu

¹⁷⁸ Em 1948 a Assembléia Geral da ONU proclamou a Declaração Universal dos Direitos Humanos (BRASIL, 2009).

¹⁷⁹ Tal procedimento foi amplamente denunciado pelo filme brasileiro, “Bicho de Sete Cabeças”, 2001, baseado no livro autobiográfico *Canto dos Malditos*, de Austregesilo Carrano Bueno que conta a história de um jovem que é internado em um hospital psiquiátrico quando os pais o descobrem com um cigarro de maconha.

tratamento, o Brasil efetivava a sua reforma psiquiátrica no campo dos saberes, da cultura e no jurídico (apud MEDEIROS, 2007, p. 92).

Logo em 1990 o Brasil assinou a Declaração de Caracas, marco dos processos na atenção à saúde mental nas Américas, que veio acompanhada em 1991 pela aprovação dos “Princípios para a proteção das pessoas atingidas por doenças mentais” (REVISTA ÉPOCA, 2009).

Somente em 2001 foi aprovada a Lei 10.216, a mais longa tramitação de um projeto no Congresso, a qual dita os serviços de saúde pública para os usuários de drogas, elencados na área da saúde mental, cuja ementa discorre sobre “a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”.

Cumprir assinalar a importante mudança ocorrida com o advento do Código Civil em 2002 em que passou a relacionar os viciados em tóxicos no rol dos relativamente incapazes¹⁸⁰ em contraposição ao Código Civil de 1916 que os incluía no rol dos absolutamente incapazes, sob a terminação “loucos de todo o gênero” (MENEZES, 2011).

Em concordância com o que escreveu Raul de Mello Franco Junior (2009), famílias desesperadas estão batendo às portas do Poder Judiciário, relatando que já perderam tudo, a saúde, a paz, o patrimônio e, por estarem prestes a perder a própria vida e a vida de um ente querido, necessitam de uma intervenção do poder público. As opiniões acerca da melhor forma de tratamento, ainda são divergentes, porém claro está que alguma intervenção terapêutica é necessária.

Diversas atividades de atenção e reinserção social do drogadito e seus familiares estão, pouco a pouco, sendo disponibilizadas pelo Poder Público. A Lei 11.343/06 exige a observância de princípios legais, como o respeito ao dependente de drogas ou álcool, definição de projeto terapêutico individualizado e o atendimento ao doente e a seus familiares por equipes multiprofissionais (FRANCO JUNIOR, 2009).

A internação vem sendo comumente usada ante a gravidade do grau de dependência do paciente e dos transtornos que ele apresenta. O tratamento deve ser bem orientado, na seara doméstica e ambulatorial, para que se torne maneira eficaz de recuperar o indivíduo. Embora a psicologia ainda indique o internamento voluntário como melhor alternativa e sucesso na recuperação, é fato que a internação compulsória e involuntária é invocada pela família como última saída à crise gerada no seio familiar pela presença das drogas.

¹⁸⁰ Conforme artigo 4º, inciso II, do Código Civil.

Mesmo que se diga que tratamentos involuntários e compulsórios não geram resultados positivos, muitas vezes estes se tornam a última chance de um drogado e de seus familiares, sendo inclusive medida imprescindível para livrá-lo da situação de emergência, ou seja, do risco em que se encontra.

Contudo, encontrar uma vaga em algum hospital psiquiátrico tornou-se uma tarefa difícil. O poeta Ferreira Gullar recentemente acendeu a polêmica dos internamentos psiquiátricos ao defendê-los em sua coluna publicada no jornal Folha de São Paulo e em entrevista à Revista Época, sustentou ser demagoga a campanha contra a internação de doentes mentais, sustentando que o internamento, para a família e para o doente mental, é um instrumento necessário nos momentos de surto (apud REVISTA ÉPOCA, 2009).

O poeta, pai de dois esquizofrênicos e dependentes químicos, um deles faleceu de cirrose hepática, denunciou, ainda, que o aumento da população de rua não é somente fruto da desigualdade social, mas muitas vezes trata-se de pessoas sem assistência psiquiátricas que possuem algum transtorno mental, incluindo-se aí a adicção (apud REVISTA ÉPOCA, 2009).

Os que se opõe às declarações de Gullar sustentam, em consonância com a Lei 10.216/2001, que os doentes mentais devem ser atendidos em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), já que a idéia é atendê-los sem retirá-los do convívio da família e da sociedade (REVISTA ÉPOCA, 2009). Segundo Humberto Verona, presidente do Conselho Federal de Psicologia “O hospital é um lugar de isolamento, funciona como uma prisão. As pessoas vão e não voltam” e mais, “Algumas famílias querem que a pessoa fique internada. É a idéia da instituição como depósito” (apud REVISTA ÉPOCA, 2009). Ferreira Gullar, entretanto, se indigna com estes tipos de declarações defendendo que:

Ninguém é a favor de manicômio ou encerrar uma pessoa num hospital pelo resto da vida. Isso não existe há muito tempo. Mas as famílias precisam ter a quem pedir ajuda (apud REVISTA ÉPOCA, 2009).

O fato é que o dependente químico, na esmagadora maioria das vezes recusa-se a aceitar que o vício é uma doença a ser tratada como qualquer outra e mesmo diante da aceitação de sua dependência se recusa à submissão de tratamento ambulatorial. Diante deste problema, cada vez mais recorrente na sociedade hodierna, é de se questionar a possibilidade de obrigar alguém a se submeter a um tratamento. Outrossim, é eficaz a internação compulsória para tratamento de alcoolistas e toxicômanos?

Segundo Franco Júnior (2009) o Código de Ética Médica afirma que:

[...] o paciente ou seu representante legal tem o direito de escolher o local onde será tratado e os profissionais que o assistirão. O paciente pode decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar. Os Conselhos de Medicina enfatizam que obrigar o paciente a se submeter, contra a sua vontade, a um regime de confinamento institucional é sinônimo de ilícito penal (cárcere privado). O paternalismo ou o autoritarismo médico é, nesses casos, capaz de inibir ou contrariar direitos elementares de cidadania, próprios da condição humana.

Contudo, salienta o autor, se o doente mental não tem autonomia consciente ou estado crítico consciente, a restrição do Código de Ética Médica aplica-se somente a casos de normalidade psíquica. Portanto, diante de uma situação de risco de morte ao paciente ou, neste caso, ao dependente químico, deverá o médico intervir coercitivamente de modo a internar o paciente que esteja em crise psicótica ou até mesmo em ‘overdose’¹⁸¹ para resguardar, primeiramente, a vida do indivíduo.

Na seara cível, Franco Júnior (2009) discorre que:

O Decreto 891/38, produzido pelo Governo Vargas, continua em vigor e permite que os toxicômanos ou intoxicados habituais sejam submetidos a internação obrigatória ou facultativa, por tempo determinado ou não. A medida tem cabimento sempre que se mostre como forma de tratamento adequado ao enfermo ou conveniente à ordem pública e será efetivada em hospital oficial para psicopatas ou estabelecimento hospitalar submetido à fiscalização oficial. O pedido pode ser formulado pela autoridade policial, pelo Ministério Público ou, conforme o caso, por familiares do doente. Paralelamente, como medida de restrição a atos da vida civil, o Código Civil também prevê a possibilidade de interdição de ébrios habituais e dos viciados em tóxicos (art. 1767, inc. III, CCB).

Na esfera criminal, a Lei 11.343/06 considera inimputável, por não entender, em razão da dependência, o caráter ilícito do crime, o drogadito que deverá ser encaminhado pelo juiz a tratamento médico¹⁸². O magistrado poderá também determinar ao Poder Público que coloque à disposição do infrator estabelecimento de saúde para tratamento especializado¹⁸³.

3.1 Internamento Involuntário, Compulsório e Voluntário de Drogadição

O internamento psiquiátrico, como ato médico, vem enfrentando duras críticas, tendo em vista o processo de reforma psiquiátrica pelo qual o Brasil vem passando. Conforme insistentemente mencionado, os serviços para as pessoas que fazem uso de drogas estão incluídos na área de saúde mental e são disciplinados na pela Lei 10.216/01.

181 Dose muito forte de uma droga que causa efeitos graves (coma, morte); superdosagem (BUENO, 2000).

182 Artigo 45 da Lei 11.343/06.

183 Art. 28, § 7º, da Lei 11.343/06.

A Lei supra, orienta o médico psiquiatra sobre seu procedimento legal quando necessitar realizar o internamento de algum paciente, de forma involuntária. Esta Lei redefiniu o modelo de atenção à saúde mental no Brasil, não proibindo as internações, mas estabelecendo que se deve priorizar os serviços extra-hospitalares (REVISTA ÉPOCA, 2009).

Ocorre que, dos 1.290 CAPS existentes no Brasil, apenas 40 unidades, conhecidas como CAPS 3, são capazes de internar pacientes em crise. Segundo Sérgio Tamai, da Associação Brasileira de Psiquiatria, “[...] não há política de saúde mental, mas um discurso ideológico que sobrevive há duas décadas sem nenhuma discussão médica de verdade” (apud REVISTA ÉPOCA, 2009).

O Art. 2º, da Lei 10.216/01, dita que “[...] 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”. Note-se que a Lei é expressa ao mencionar “[...] atendimentos em saúde mental de qualquer natureza”, ou seja, inclui-se aí não só os doentes mentais por fatores congênitos, mas também os por fatores adquiridos, como é o caso dos toxicômanos.

A partir da aprovação desta Lei voltou-se a atenção aos doentes mentais para os quais se estabeleceu um tratamento prioritariamente em regime aberto, visando à reinserção social destes. Segundo Medeiros (2007, p.93), a Lei 10.216/2001 foi “[...] a primeira a discutir e preconizar a desospitalização e desmanicomialização no Parlamento latino-americano”.

Segundo Delgado, autor do projeto que resultou na Lei, trata-se de “uma lei social, talvez a mais ampla de todas as leis médicas brasileiras, e que envolve maior número de pessoas da sociedade, usuários, técnicos, aficionados, entusiastas, pessimistas” (apud MEDEIROS, 2007, p. 93).

O artigo 4º da Lei supracitada dispõe que:

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.

Tal artigo vincula a forma como o tratamento psiquiátrico dos doentes mentais deve ser administrado para que o internamento não seja banalizado e seja apenas utilizado como último meio de recuperação do doente. Sendo necessário, é preciso que se respeite o paciente a fim de recuperá-lo, reintegrá-lo ao seio familiar e, em consequência à sociedade, tal qual o objetivo do internamento de acordo com a presente Lei.

Outrossim, esta Lei determina ainda ser de competência do Estado a responsabilidade pelo desenvolvimento da política da saúde mental e assistência com criação de estabelecimentos apropriados a esta nova política extra-hospitalar que abrange serviços ambulatoriais, centros de convivência, hospitais-dia, residenciais terapêuticos, entre outros (MEDEIROS, 2007).

Por conseguinte, o Art. 6º apresenta os diversos tipos de internação psiquiátrica, quais sejam, internação voluntária (que se dá com o consentimento do usuário); internação involuntária (é aquela sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro) e internação compulsória (a determinada pela justiça). De acordo com o Art. 9º, tal tipo de internamento é determinado pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Já o Art. 8º estabelece que:

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

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

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

De acordo com Elias Abdalla Filho (2009), a pré-disposição do paciente para se tratar tem uma influência fantástica na recuperação de seu transtorno. Esse tipo de internação pode tranquilizar o paciente, sua família e até mesmo, o próprio médico, porém, nem sempre esta disposição por parte dele realmente acontece.

A internação psiquiátrica involuntária, por sua vez, é aquela realizada sem o consentimento do paciente e a pedido de terceiros. Na maioria das vezes, são os familiares que solicitam a internação do paciente. Situações como doença mental com alto risco de auto-agressão ou heteroagressão, bem como transtorno grave que comprometa a capacidade do

paciente, dentre outras, são frequentes indicações de internamento (ABDALLA FILHO, 2009).

Segundo o Art. 8º, § 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”.

O internamento compulsório, por sua vez, é aquele procedido por meio de uma determinação judicial. Embora o Brasil esteja abandonando o tratamento em hospitais, ainda não foi capaz de oferecer serviços suficientes para substituí-lo. Ocorre que há uma lacuna em relação ao atendimento a ser dado a um doente mental que procure a rede pública de saúde, uma vez que, conforme já relatado cerca de 70% dos hospitais psiquiátricos já foram fechados por uma série de portarias do Ministério da Saúde, porém a nova política de saúde atual ainda é ideológica e não tem capacidade para atender a demanda (REVISTA ÉPOCA, 2009).

A crítica em torno da Lei 10.216/2001 diz respeito à falta de implementação de recursos necessários para promover o novo modelo adotado na idéia dos CAPS. Desde a promulgação da Lei supra, os recursos antes destinados aos hospitais psiquiátricos agora são destinados aos CAPS. Segundo dados do ano de 2007 divulgados pela Revista Época (2009), 63,4% da verba total destinada à saúde mental vai para os CAPS; os hospitais, que atendem 32 mil pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), ficam com 36,6% das verbas totais. Ainda segundo a revista supra “[...] cinco anos antes, a proporção era inversa: 75,2% para os hospitais e 24,7% para outros tipos de atendimento” (REVISTA ÉPOCA, 2009).

É comum acontecer a confusão entre as duas últimas modalidades de internação. Embora ambas tenham a característica de inicialmente serem contra a vontade do doente, há peculiaridades que as distinguem. A internação, ao mesmo tempo em que pode ser compulsória, também pode ser involuntária, quando o juiz determina o internamento e o paciente se recusa a ser internado, porém mediante ordem judicial o estabelecimento e o médico responsável realizam a medida.

Há casos em que a internação pode ser compulsória e voluntária, ou seja, quando diante de determinação judicial o paciente consente a medida vendo-a como melhor forma de tratamento. Já na internação involuntária, mas não compulsória, o psiquiatra ante a situação de risco de morte do paciente, por exemplo, realiza a internação sem o consentimento do mesmo e comunica ao Ministério Público Estadual, no prazo de 72 (setenta e duas) horas, conforme Art. 8º, §1º da Lei 10.216/01.

Pelo desenvolvimento deste artigo científico, que sucede a monografia apresentada na graduação por esta especializanda, conclui-se, juntamente com a literatura médica, que o internamento voluntário é o mais adequado ante a dificuldade de se tratar a doença da dependência química. De acordo com Oliveira, psicólogo da Universidade Federal da Bahia:

Os profissionais de saúde mental ligados ao movimento antimanicomial dizem que a sociedade tem de desenvolver uma nova sensibilidade para lidar com as pessoas com transtornos mentais, rompendo a cultura de isolamento e encarceramento que predominou no passado (apud REVISTA ÉPOCA, 2009).

Ainda segundo Nogueira Filho, “Uma vez toxicômano, toxicômano por toda a eternidade. E, interessantemente, passa a existir a toxicomania sem as drogas (apud PEREIRA, 2008)”.

Conclui-se ser muito provável que o toxicodependente tenha uma recaída após um internamento involuntário ou compulsório. A experiência de profissionais que trabalham com adictos mostra que o sucesso só é alcançado quando o dependente se aceita como um doente e aceita voluntariamente o tratamento.

4 DA BANALIZAÇÃO DOS INTERNAMENTOS NÃO CONSENTIDOS E DA INTERDIÇÃO CIVIL

Sob o manto da proteção ao dependente químico, supostamente incapaz, diversos são os interesses particulares em jogo que levam a família a buscar o Poder Judiciário com um pedido de internação compulsória ou interdição civil. Querer resguardar o patrimônio da família ou até mesmo a vida do drogadito são motivos suficientes para a internação. Ocorre que desvios dos padrões de normalidade não podem por si só serem indicadores de doença mental aptos a ensejar internamento involuntário/compulsório.

Livrar-se da presença do drogadito, internando-o com sedativos não o livrará da doença do vício, tampouco livrará a família do problema. A literatura psiquiátrica é farta ao apontar tal medida como paliativa, tendo sucesso apenas quando tem o fim de desintoxicar um indivíduo que se encontra em situação grave, de risco de morte, extremamente compulsivo e transtornado, para que este não morra na rua, como ocorre com tantos outros que acabam vítimas da própria doença ou mesmo assassinados. Defende-se que:

[...] na medida em que persistir, com juízo crítico, opondo-se à medida interventiva, a vontade do dependente prevalecerá sobre o interesse da família e/ou de terceiros.

Isto em razão da cláusula geral de tutela, constitucionalmente consubstanciada no princípio da dignidade da pessoa humana e no direito geral de liberdade, também assentados como princípio constitucional (MENEZES, 2011).

Ainda nas palavras da autora supracitada “[...] a pessoa demenciada e, por semelhança, aquela privada de suas faculdades ainda que temporariamente, também pode ter reconhecida a autonomia”.

Por derradeiro, oficializada a exclusão, o dependente químico ou doente mental tornar-se-ão cidadãos incompletos que mesmo sendo sujeitos de direito, capazes, serão declarados incapazes de exercer simples atos da vida cotidiana levando-os conseqüentemente à margem da sociedade, estigmatizados por sua doença e, além de tudo, certificadamente ‘incapazes’. Segundo Castel (apud, MEDEIROS, 2007, p. 105):

Quer seja total ou parcial, definitiva ou provisória, a exclusão, no sentido próprio da palavra, é sempre o desfecho de procedimentos oficiais e representa um verdadeiro *status*. É uma forma de discriminação negativa que obedece a regras estritas de construção.

É clara a inconstitucionalidade da prática indiscriminada dos internamentos involuntários e compulsórios. Supre-se não só o direito à liberdade destes indivíduos, como também o direito à vida e à saúde, já que estes estabelecimentos na forma histórica com que foram concebidos são depósitos humanos, que deixam os adictos abandonados sem qualquer perspectiva futura, uma violenta afronta aos direitos fundamentais, à dignidade da pessoa humana, entre outros.

Ferem-se cruelmente direitos previstos pela Constituição Federal de 1988, como o direito à propriedade, à igualdade, uma vez que a interdição e a internação involuntária ou compulsória não deixam de ser uma forma de exclusão destes indivíduos da sociedade, posto que não recebem um tratamento digno, ou seja, adequado.

A permanência dessas práticas reiteradas segue na contramão do que vem sendo objeto de luta desde a década de 1970, ou seja, a desinstitucionalização que segundo Medeiros (2007, p. 96) “[...] incluem transformações nas instituições que hoje prestam serviços no saber médico-psiquiátrico; nas prioridades de investimento; nas práticas sociais de atendimento e nos procedimentos jurídicos e legais”.

O trabalho tem que ser conjunto entre Estado (Legislativo, Executivo e Judiciário), profissionais da área da saúde e sociedade (envolvimento familiar), a fim de que prevaleça o atual entendimento de que o dependente químico conserva a sua autonomia privada, quando

preservada a sua capacidade cognitiva e, por tal fato, poderá exercer seu direito a recusa de tratamento e/ou internamento (MENEZES, 2011).

Importa ressaltar que a Comissão de Assuntos Sociais do Senado aprovou no dia 10 de abril de 2013, a internação compulsória de dependentes químicos e traficantes de drogas já presos que sejam viciados. A matéria ainda vai tramitar nas comissões de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH) e de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ). O texto aprovado, em forma de substitutivo (PLS 111/201) prevê que o juiz, com base em um laudo emitido por comissão técnica, poderá encaminhar os dependentes químicos e traficantes viciados em drogas para tratamento especializado e, se necessário, à internação compulsória.

5 CONCLUSÃO

Conforme amplamente difundido neste trabalho o consentimento informado do paciente consiste na manifestação da vontade advinda das informações prestadas pelo médico ao paciente acerca do diagnóstico, prognóstico e tratamento indicado em razão da debilidade física ou psíquica em que se encontra. Assim, procurou-se demonstrar a importância da anuência aos tratamentos de drogadição, em contraposição ao que dispõe a legislação atual sobre o assunto, de forma que se deve respeitar a autonomia da vontade do dependente químico quando este estiver em condições de se autodeterminar, como meio de respeitar e preservar seus direitos fundamentais.

Sabe-se que o dependente químico é equiparado ao doente mental, sendo que este, por si só, muitas vezes não tem consciência do seu estado de saúde, físico ou psicológico, e, portanto, não sente o sofrimento inerente à sua condição. Contudo, tal fato nem sempre ocorre com o drogadito, que na maioria das vezes apresenta diversos momentos de lucidez, a não ser quando está sob o efeito da droga, e embora esteja fazendo uso compulsivo de determinada substância, ele ainda apresenta, em tempo ulterior ao uso, consciência de espaço e de certa autodeterminação e desta forma, sofre com o estado de impotência em que se encontra.

Assim, um internamento compulsório ou involuntário levaria o dependente químico a um “stress” traumático imensurável, e a revolta causada por uma situação como esta somente serviria para o viciado recair nas drogas, muitas das vezes ainda mais compulsivo do que a situação em que se encontrava. Uma sentença judicial de interdição ou internamento oficializa a incapacidade e a doença do adicto, fato que não garante sua cura ou ressocialização.

A discussão em torno destes institutos dá-se em razão do binômio exclusão *versus* proteção, sendo que a proteção abrangeria não só o drogadito, como também a família deste indivíduo, que na maioria das vezes busca a determinação judicial ante à impossibilidade de convivência, além do risco de vida não só do viciado, por ‘overdose’, como também da família que eventualmente pode estar sob ameaça de traficantes e do próprio dependente químico violento ou em surto psicótico. A exclusão se configura pelo uso indiscriminado de determinações judiciais, como instrumento de proteção aos supostos incapazes, incluindo os dependentes químicos.

Apesar disto, não se trata, contudo, de por fim ao instituto da interdição e curatela, nem mesmo por fim à prerrogativa de internamento compulsório e involuntário, mas de se impor limites e um rigor maior para que tais institutos apenas sejam usados para os incapazes que realmente necessitam desta tutela, sempre em respeito às suas diferenças e incapacidades para que o liame entre proteção e exclusão não esmoreça ainda mais para o lado da exclusão.

Não se pode permitir o uso destas medidas, frisam-se, excepcionais como forma de solucionar problemas familiares. Os familiares de viciados em drogas juntamente com o apoio da sociedade em geral devem primeiramente, ao invés de quererem internar seus filhos a todo o custo (involuntariamente e/ou compulsoriamente), cobrar do Estado políticas públicas para efetivação e ampliação dos tratamentos ambulatoriais nas formas dos CAPS buscando, inclusive, o Poder Judiciário para que determine ao Estado o fornecimento gratuito desses serviços terapêuticos na forma como foram concebidos.

Apesar dos procedimentos relativos à interdição (do dependente químico) e ao internamento compulsório estarem regularmente previstos na legislação brasileira, estes usados indiscriminadamente se revelam inconstitucionais, pois ferem direitos e garantias que deveriam ser prioritariamente preservados. Estes procedimentos se estabeleceram sob o manto da proteção dos incapazes, mas que por estarem se tornando banais, na perspectiva de que, cada vez mais, busca-se o judiciário para promover de forma ‘lícita’ a interdição ou o internamento destes cidadãos, deveriam ser reformuladas.

Tendo em vista que o modelo atual é o extra-hospitalar, sendo os internamentos medidas extremas, não se pode de forma simplista privar a pessoa ainda que temporariamente de seus direitos mais genéricos e universais, consubstanciados no direito à dignidade da pessoa humana, que se sustentam nos demais direitos fundamentais aqui abordados, tais quais o direito a liberdade e a igualdade.

Outrossim, não pretende este trabalho defender todos os direitos fundamentais de forma absoluta, pois como é sabido os princípios da proporcionalidade e ponderação balizam o conflito existente quando há confrontos entre normas, especialmente os direitos fundamentais. Entretanto não se pode aceitar esta abordagem ‘higienista’ de recolhimento dos dependentes químicos como forma de solucionar o problema enfrentado.

REFERÊNCIAS

ABDALLA FILHO, Elias./Internação Involuntária em Psiquiatria./ Disponível em: <http://www.abpbrasil.org.br/boletim/exibBoletim/?bol_id=10&boltex_id=40>. Acesso em 21 de abril de 2009.

BARBOSA, Antonieta. *Câncer, Direito e Cidadania: Como a lei pode beneficiar pacientes e familiares*, 13. ed., São Paulo: Atlas, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude/>>. Acesso em: 12 de maio de 2009.

BRASIL. Nações Unidas do Brasil. Disponível em: <<http://www.onu-brasil.org.br>>. Acesso em: 22 de abril de 2009.

BUENO, Silveira. *Dicionário escolar Silveira Bueno*, 2.ed. ver. e ampl., São Paulo: Ediouro, 2000.

DINIZ, Maria Helena. *Curso de Direito Civil Brasileiro*, 19. ed., São Paulo: Saraiva, 2005, vol. V.

FRANCO JUNIOR, Raul de Mello. /Internação Compulsória para Tratamentos de Alcoólatras e Dependentes Químicos/. Disponível em: <<http://www.raul.pro.br/artigos/drogas.htm>>. Acesso em 18 de abril de 2009.

MEDEIROS, Maria Bernadette de Moraes. *Interdição Civil: proteção ou exclusão?*, São Paulo: Cortez, 2007.

MENEZES, Joyceane Bezerra de. /A autonomia privada do paciente dependente químico no Brasil e a discussão sobre a internação involuntária: instrumentos de controle/. Disponível em: <http://www.conpedi.org.br/anais/36/03_1503.pdf>. Acesso em: 15 de abril de 2011.

MORAES, Alexandre de. *Direito Constitucional*. 23. ed., São Paulo: Atlas, 2008.

PEREIRA, Amanda Schreiner./A toxicomania enquanto doença incurável e sua relação com um tratamento possível./ Disponível em: <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/aletheia/n27/n27a16.pdf>>. Acesso em: 05 de maio de 2009.

PORTUGAL. Declaração de Lisboa sobre os Direitos do Paciente. Disponível em:

<www.dhnet.org.br/direitos/codetica/medica/14lisboa.html>. Acesso em 19 de outubro de 2010.

ROBERTO, Luciana Mendes Pereira. *Responsabilidade Civil do Profissional de Saúde e o Consentimento Informado*. Curitiba: Juruá, 2005.

SANTOS, Fernando Ferreira dos./Princípio Constitucional da Dignidade da Pessoa Humana./Disponível em: <http://jus.uol.com.br/revista/texto/160/principio-constitucional-da-dignidade-da-pessoa-humana>. Acesso em 11.05.2011.

SEGATO, Cristiane; MARTINS, Ivan; VERA, Andres; BUSCATO, Marcela; SANCHES, Mariana. Dói internar um filho. As vezes não há outro jeito. *REVISTA EPOCA*, Rio de Janeiro, edição nº 576, Ed. Globo, p. 72-81, jun. 2009.

SILVA, José Afonso da. *Curso de Direito Constitucional Positivo*. 23. ed. rev. e atual. São Paulo: Malheiros, 2004.

SOUZA. Néri Tadeu Câmara./O Consentimento Informado na Atividade Médica e a Autonomia do Paciente/. Disponível em: <<http://www.buscalegis.ufsc.br/revistas/index.php/buscalegis/article/viewFile/7104/6671>>. Acesso em 19 de outubro de 2010.