



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE DIREITO**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO**

**DANIELLE CARVALHO ASSUNÇÃO**

**A ANÁLISE DA INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA EM CASOS DE ALCOOLISMO**

**FORTALEZA**  
**2014**

**DANIELLE CARVALHO ASSUNÇÃO**

**A ANÁLISE DA INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA EM CASOS DE ALCOOLISMO**

Monografia submetida à Coordenação do Curso de Graduação em Direito da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Direito.

Área de concentração: Direito Civil

Orientador: Professor William Paiva Marques Júnior

**FORTALEZA**

**2014**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Setorial da Faculdade de Direito

- 
- A851a Assunção, Danielle Carvalho.  
A análise da internação involuntária em casos de alcoolismo / Danielle Carvalho Assunção. –  
2014.  
71 f. : enc. ; 30 cm.
- Monografia (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Direito, Curso de  
Direito, Fortaleza, 2014.  
Área de Concentração: Direito Civil.  
Orientação: Prof. Me. William Paiva Marques Júnior.
1. Acoolismo - Brasil. 2. Direito à Saúde - Brasil. 3. Internação Compulsória de Doente  
Mental. I. Marques Júnior, William Paiva (orient.). II. Universidade Federal do Ceará – Graduação  
em Direito. III. Título.

**DANIELLE CARVALHO ASSUNÇÃO**

**A ANÁLISE DA INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA EM CASOS DE ALCOOLISMO**

Monografia submetida à Coordenação do Curso de Graduação em Direito da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Área de concentração: Direito Civil

Aprovada em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Professor Me. William Paiva Marques Júnior (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Mestranda Williana Ratsunne da Silva Shirasu  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Mestranda Julianne Melo dos Santos  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Aos meus pais,

Base de todo meu saber, amor e gratidão.

Privilégios esses dos quais a todo o momento tentarei retribuir.

## AGRADECIMENTO

Aos meus pais, com o imenso prazer que tenho em retribuir por tudo que já me proporcionaram, pois toda a dedicação de vocês durante esses anos me emociona e é o combustível que me move. A gratidão que tenho por vocês é algo que hoje não sou boa em demonstrar com palavras, e que talvez eu nunca consiga expressar com ações grandiosas, mas que para todo o sempre eu estarei tentando explicar, mesmo com pequenos gestos, o meu imenso sentimento de amor por vocês.

À minha mãe, por ser essa mulher que me mostrou que o amor entre mãe-filha está acima de todas as dificuldades, e mesmo que um dia ela já tenha vivenciado e se amargurado nessa relação, hoje eu só posso confirmar que você venceu um mal e se tornou a melhor mãe que alguém poderia ter. Tenho tanto orgulho de você, pela mulher batalhadora, linda, meiga, e imensamente inteligente, mesmo que desacreditada de sua capacidade, sem você eu nada seria.

Ao meu pai, pessoa que me inspira, me molda, e me faz ver o mundo de forma tão mais simples, seus ensinamentos foram basilares. Dedico a você em especial minha trajetória na vida acadêmica e meu trabalho de fim de curso. Gostaria de ser a influência para uma específica escolha na sua vida, espero que um dia isso seja possível, e que você, mamãe e eu tenhamos uma vida melhor, em que eu possa continuar proporcionando a fonte de alegria de vocês, sem que nada seja capaz de atrapalhar a felicidade que nossa família é capaz de exalar.

Ao Professor William Marques, tanto por desempenhar seu papel de forma exímia no magistério, sempre zelando pelo bem de seus alunos, como também por ter sido meu orientador, não tendo hoje palavras para expressar como o destino foi bondoso em te trazer para me ajudar em um momento delicado. Admiro-te não só pelo seu profissionalismo, mas por ser essa pessoa incrível, irreverente, atenciosa, dentre outras muitas qualidades das quais não tenho linhas para exaltar. Meu muito obrigada professor-coordenador-orientador.

Aos queridos professores, e em especial, a Marcelo Guerra, por ser um dos maiores doutrinadores da atualidade, e que tenho uma grande estima, sempre o admirando por ser um grande pai, e nos últimos cinco anos, o reconhecendo como um mestre no saber jurídico; Raul Nepomuceno, pelo auxílio durante o desenvolvimento do presente trabalho e pela riqueza de ensinamentos do qual tive o prazer de obter durante a faculdade, sendo hoje um exemplo de professor que o corpo estudantil reconhece.

Aos amigos que fiz no decorrer da faculdade, e em especial dedicatória, a Belchior Conrado, pessoa que já me proporcionou muitos momentos alegres, e me faz enxergar tudo de forma peculiar. Hoje você demonstrou sua sinceridade e companheirismo, qualidades essas que reconheço e quero cultivar. Às verdadeiras amigas, Juliana Lemos , por todo o carinho, a ajuda, e os ensinamentos de vida que desde o começo da faculdade me impressionaram e fizeram enxergar a outra beleza interior que você possui; Renata Clares pela doçura de amiga que se mostrou nesses últimos anos, e que tive a sorte de me aproximar. Mesmo diante de tantas diferenças, é incrível como conseguimos nos dar tão bem e espero que isso se perdue.

Aos meus antigos e fieis amigos Anna Silvia Façanha, Camila Fontenele, Cecília Pinheiro, Juliana Braga, Oscar Lima, e Raul Aquino, pois foram vocês que me fizeram ser uma pessoa melhor, a minha singelo 'obrigada' por tudo que vocês são para mim. Amo muito vocês.

## RESUMO

O presente trabalho busca analisar os impactos negativos do uso excessivo do álcool, e as reflexões do alcoolismo como um problema que afeta diferentes contextos, desde os prejuízos na própria saúde do alcoolista, passando ao meio intrafamiliar, que se desestrutura no intuito de cuidar daquele que não quer ser tratado, Constatou-se a importância de se refletir sobre o alcoolismo, pois além de ser um problema de saúde fisiológico, é também uma doença psicossocial. A magnitude do problema do uso indevido de álcool, verificada nas últimas décadas, ganhou proporções tão graves que hoje é uma questão de saúde pública em quase todos os países. Analisou-se o direito fundamental social à saúde na Constituição Federal, ressaltando a sua ligação direta com o princípio da dignidade da pessoa humana e a impossibilidade de omissão do Estado perante situações fáticas emergenciais que demandem atuação do poder público como, nos casos de decadência física, mental e social dos dependentes do álcool, ante a indisponibilidade irrenunciabilidade do direito fundamental à saúde. Concluiu-se que há necessidade de internação pela Lei nº 10.216/01 nestes casos excepcionais e emergências, caso já tenha sido procurado, de forma precípua, outros meios extra-hospitalares para tratar o alcoolista.

Palavras-chave: Alcoolismo. Direito à saúde. Lei 10.216/01. Internação Involuntária.

## **ABSTRACT**

This study aims to examine the negative impacts of excessive alcohol use and the reflections of alcoholism as a problem that affects different contexts , since the losses in the very health of alcoholics, going to a family environment, which disrupts the intention to take care of him that not want to be treated. Notes the importance of reflecting on alcoholism, as well as being a problem of physiological health, it is also a psychosocial disease. The magnitude of the problem of alcohol misuse, in recent decades, gained such serious proportions that today is a public health issue in almost all countries. Analyzed the fundamental social right to health in the Federal Constitution, emphasizing their direct connection with the principle of human dignity and the impossibility of omission of the State before emergency factual situations that demand performance of the government as in cases of physical decay, mental and social development of alcohol dependence , compared to the unavailability of non-waiver of the fundamental right to health . It is concluded that there is need for hospitalization by Law n° 10,216/01 in these exceptional cases and emergencies, if already sought to beforehand way, other outpatient means to treat alcoholics.

**Keywords:** Alcoholism Right to health. Law No 10.216/01. Involuntary hospitalization.

## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2.</b>	<b>O ÁLCOOL COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1.</b>	<b>O consumo do alcoolismo durante os tempos.....</b>	<b>13</b>
<b>2.2.</b>	<b>Visão jurídica da droga lícita.....</b>	<b>17</b>
<b>2.3.</b>	<b>Reflexos do álcool na sociedade.....</b>	<b>21</b>
<b>3.</b>	<b>A INTERNAÇÃO PELA LEI Nº 10.216/01.....</b>	<b>27</b>
<b>3.1</b>	<b>A constituição de 1988 e o direito fundamental à saúde.....</b>	<b>28</b>
<b>3.2</b>	<b>O texto constitucional e a reforma psiquiátrica da Lei nº 10.216/01.....</b>	<b>33</b>
<b>3.3.</b>	<b>A capacidade da pessoa natural.....</b>	<b>35</b>
<b>3.3.1.</b>	<b>Ébrios habituais e eventuais.....</b>	<b>36</b>
<b>3.4.</b>	<b>A internação involuntária pela Lei nº 10.216/01.....</b>	<b>39</b>
<b>3.4.1.</b>	<b>A natureza jurídica.....</b>	<b>40</b>
<b>3.4.2.</b>	<b>A nomenclatura ‘saúde mental’.....</b>	<b>43</b>
<b>3.4.3.</b>	<b>O procedimento da internação involuntária pela Lei nº 10.216/01.....</b>	<b>44</b>
<b>3.4.4.</b>	<b>Lei nº 10.216/01 ampliada aos dependentes químicos.....</b>	<b>47</b>
<b>4.</b>	<b>O ALCOOLISMO E A INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA.....</b>	<b>50</b>
<b>4.1</b>	<b>A viabilidade da internação.....</b>	<b>51</b>
<b>4.2</b>	<b>Possível ineficácia do tratamento interventivo.....</b>	<b>56</b>
<b>4.3</b>	<b>A rede de serviços extra hospitalar.....</b>	<b>59</b>
<b>4.4</b>	<b>O Projeto de Lei da Câmara dos Deputados nº 37 de 2013.....</b>	<b>61</b>
<b>5.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>66</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>68</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Em geral o consumo do álcool faz parte do cotidiano do ser humano, além de ser admitido, é inclusive incentivado pela sociedade. Esse é um dos motivos pelo qual a bebida alcoólica foi o cerne do trabalho, pois sua perspectiva social é distinta quando comparada com as demais drogas. Serão abordados os problemas interpessoais, as complicações de saúde do próprio alcoolista e os possíveis transtornos mentais que o consumo do álcool pode causar, para, após isso, ser analisada a viabilidade de forçar um tratamento imposto pela família ao parente.

No primeiro capítulo, faz-se um relato do histórico das sociedades que já se preocupavam com o consumo da bebida para depois mostrar como o álcool hoje é aceito culturalmente por quase todos países. Mostra-se a forma que ordenamento jurídico pátrio versa sobre questões que envolvam a droga lícita e também os resultados de alguns estudos internacionais e nacionais a respeito da dependência do álcool, frisando os problemas físico, social e mental que o consumo acarretará ao indivíduo com o passar do tempo. No fim, é ressaltada a difícil busca da família na tentativa de fornecer um tratamento eficaz ao parente, visto que o Estado disponibiliza de uma rede de atendimento não aperfeiçoada, mesmo que o Poder Público seja o responsável principal na promoção de políticas públicas de saúde.

Nesse contexto, no segundo capítulo, é estudado o porquê de a Constituição Federal de 1988 ser o parâmetro para a abordagem da ‘saúde mental’, pois esse Direito é uma garantia, e independente da doença, deverá ser fornecida uma rede assistencial que previna, trate e ressocialize de forma eficaz o sujeito. É feita a abordagem quanto à capacidade civil dos ébrios, e se estes sujeitos poderão ser interditados caso seja constatado por médico especialista que já foi desenvolvido alguma deficiência mental. Mostra-se a importância da Lei nº 10.216/01, promulgada após as lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica, e como é hoje o procedimento da internação involuntária questionando se ela é uma medida heroica, em que se priorizam os direitos à vida e à saúde em detrimento aos da liberdade e da autonomia da vontade. À luz do texto constitucional, analisa-se a ampliação da Lei nº 10.216/01, que dispõe especificamente sobre ‘a proteção das pessoas com transtorno mental’, mas diante de um

novo

contexto social onde mudanças estabelecem outros parâmetros, é importante ser garantida a universalidade de acesso à saúde para que dependentes químicos sejam também assistidos pela Lei nº 10.216/01.

No capítulo três é analisada a viabilidade da internação involuntária pela Lei nº 10.216/01 ampliada aos casos de alcoolismo, mostrando que em situações excepcionais, e quando certificado que a doença é crônica, há a possibilidade de a família intervir, pois o indivíduo não estará mais em condições de gerir suas obrigações. Ademais, é demonstrada a necessidade de proteger o direito à vida e à dignidade da pessoa humana, mesmo quando o sujeito rejeita qualquer tipo de tratamento, circunstância essa em que intervenção é o meio viável para promover uma melhora nas condições físicas, sociais e mentais. Posteriormente é analisada a rede de serviços extra-hospitalar oferecida pelo Estado com a operacionalização de uma nova política por meio da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) Lei nº 8.080/90. Salienta-se por fim a discussão sobre o Projeto de Lei da Câmara nº 37 de 2013 que dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e dentre outros pontos, trata sobre a possibilidade da internação involuntária no tratamento específico de dependentes químicos.

A internação involuntária, mesmo feita com as melhores intenções, nem sempre traz os resultados positivos almejados, pois contraria a vontade da própria pessoa que recebe a ajuda, o que pode não ser uma medida eficaz, pois seus efeitos são imediatistas e com grandes possibilidades do sujeito reincidir para o consumo do álcool.

Assim, em um primeiro momento, far-se-á uma abordagem do contexto social, cultural e jurídico da bebida alcoólica como um grave problema de saúde pública. Em pó, será explicitado o direito à saúde, garantia constitucional, para posteriormente falar da possibilidade de internar conforme procedimento estabelecido na Lei da Reforma Psiquiátrica, o que inclui seus conceitos, princípios, elementos valorativos e as críticas costumeiramente a ela direcionadas. Citar-se-á precedentes de atuais decisões judiciais permitindo a internação involuntária de alcoolista, e, em uma análise final, irá ser defendida a prevalência do direito à saúde, demonstrando a internação como viável, mas somente quando outros meios já tiverem sido tentados, e também se o alcoolismo já tenha evoluído para um estado crítico.

## 2. O ÁLCOOL COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

O consumo de álcool é um grave problema de saúde pública, podendo interferir simultaneamente na vida pessoal, familiar, profissional e social do alcoólatra. Hoje o álcool faz parte da cultura de diversas sociedades e tem uma publicidade massiva contributiva para disseminação do uso substância que, apesar de prazerosa nas primeiras horas, traz uma série de problemas de saúde, e acaba por torná-lo um dos maiores problemas da saúde pública a um nível mundial. Beber com moderação é possível, mas raros são os que conseguem, e mais sério quando outros não reconhecem estar fazendo o uso abusivo e nocivo do álcool. Parte desses consumidores não é dependente, mas incorrem em riscos que deveriam e poderiam ser evitados.

### 2.1. O CONSUMO DO ÁLCOOL DURANTE OS TEMPOS

Desde os padrões de produção até os de consumo, o álcool esteve presente em quase todas as sociedades que se desenvolveram no mundo. Apesar de a bebida ter sido tão bem vista durante os tempos, com a evolução dos estudos na área de saúde foi possível o conhecimento das várias consequências devastadoras que consumo abusivo do álcool traz ao indivíduo. No Brasil o marco histórico que mudou o pensamento da sociedade a respeito do consumo da bebida foi a formação da Liga Brasileira de Higiene Mental, LBHM, responsável por organizar e dar um “saber jurídico no âmbito da repressão ao consumo de álcool” (PINHO, 2009, p. 33).

À exemplo do tempo em que a bebida se perpetua durante as gerações, já no código de leis do rei Hamurabi<sup>1</sup> havia regulamentos sobre o ato de beber. Antônio Escohotado (2003 p. 20) relata que, por volta de 2200 a.C., a cerveja já era recomendada como tônico para mulheres que estivessem amamentando, mas que há registros da proibição do consumo de cerveja, sendo esta considerada a “perdição da alma”. Relata ainda casos em que mulheres foram mortas em Roma por terem sido flagradas bebendo. Neste período, os cristãos foram perseguidos por usarem vinho em suas cerimônias, por ser esta substância causadora de um “relaxamento induzido”.<sup>2</sup> Apesar de o vinho participar ativamente das

---

<sup>1</sup> Revista Galileu, Agosto 2003

<sup>2</sup> Este “relaxamento” era aceitável pelos pagãos como um dos dons dionisíacos, admitido também no Antigo Testamento da Bíblia Sagrada, mas Paulo de Tarso – ao converter-se ao cristianismo – acaba com todo estímulo a “condutas relaxantes”. Daí surgem seitas totalmente abstêmias, para as quais beber é pecado mortal.

celebrações sociais e religiosas greco-romanas, o abuso de álcool e a embriaguez alcoólica já eram severamente censurados pelos dois povos.

O termo alcoolismo foi originalmente cunhado em 1849, na Suécia, por Magnus Huss, após a publicação de seu trabalho “*Alcoolismus Chronicus*”.<sup>3</sup>

Logo depois, o ano de 1919 ficou marcado nos Estados Unidos pela conhecida “Lei Seca”, a norma que entrou em vigor em todo território americano em 1920 proibindo a produção, transporte e comercialização de bebidas alcoólicas. Este período entre as guerras mundiais, a fabricação e venda de bebidas alcoólicas foram proibidas nos EUA, gerando, como subproduto indesejável, o *gangsterismo*. O cinema consagrou esse movimento, inclusive produziu vários filmes a respeito, exibindo diversas histórias conhecidas de *gângsteres*, à exemplo do líder Al Capone que liderou um criminoso grupo dedicado ao contrabando e venda de bebida durante essa década de 1920.

Em 1940, Jellinek referia-se às consequências físicas do beber pesado, de longa duração. A definição de alcoolismo foi reestruturada e o comportamento do alcoólico passou a ser classificado como doença, o que gerou uma noção de repercussão negativa e social.<sup>4</sup> Jellinek subdividiu o alcoolismo em uma série de “tipos” designados por letras gregas. Posteriormente o termo foi usado por Jellinek e outros para indicar o consumo de álcool que leva a qualquer tipo de dano, físico, psicológico ou social, para o indivíduo e para sociedade.<sup>5</sup>

Pelo lado positivo as bebidas alcoólicas desenvolveram novos modos de produção, distribuição e promoção, bem como novos costumes de consumo e instituições (Jernigan,2000). Em relações às manifestação do álcool no corpo:

Na fase da excitação, caracterizada por um afrouxamento dos freios morais, a pessoa ainda tem consciência, mas apresenta diminuição da capacidade de autocrítica e julgamento, vivacidade motora, desinibição, euforia e loquacidade (ou tristeza, noutros casos), lentidão nos reflexos e baixa capacidade de concentração. Os principais sinais clínicos são dilatação das pupilas, umidificação da pele e

---

“Segundo suas tradições, quando Lúcifer caiu dos céus, se uniu à Terra e produziu a videira. Lúcifer e Baco são uma mesma pessoa ou – em outras versões – pai e filho” (ESCOHOTADO, 2003, p. 38).

<sup>3</sup> “o termo alcoolismo foi usado como sinônimo de ‘ebriedade’ pela primeira vez na Europa e o conceito de doença difundido pelo mundo. (Fortes 1975, p 11-25; Edwards et al 1994)

<sup>4</sup> Jellinek definiu o alcoolista como :“todo indivíduo cujo consumo de bebidas alcoólicas pudesse prejudicar o próprio, a sociedade ou ambos, e categorizou o alcoolismo como doença, tendo como base as quantidades de álcool consumidas.”(Jellinek 1960)

<sup>5</sup> Jellinek subdividiu o alcoolismo em uma série de “tipos” designados por letras gregas.( WHO, 1951, Nº. 42; Annex 2, Jellinek estimation formula)

aceleração da respiração e do pulso (FRANÇA, 1978, p. 3; JESUS, 2003, p. 509; SILVA, 2004, p. 56).

Com o advento da industrialização, o álcool começa a ser produzido em grande escala, resultando na redução de preços ao consumidor, o que provocou um estímulo de seu comércio. O transporte, através das caravanas, e a distribuição, por meio das primeiras tabernas instaladas nas cidades em formação, desempenharam papel relevante na difusão das bebidas industrializadas. (FORTES & CARDO, 1991, p. 2)

Como a aguardente tornou-se disponível e o transporte foi melhorado, as bebidas alcoólicas tornaram-se um bem de mercado, que estava disponível em todas as estações do ano, e em qualquer momento durante a semana. Este aumento da oferta e disponibilidade muitas vezes provou ser desastroso para as economias indígenas (Colson E, et al. 1988). As consequências também foram muitas vezes catastróficas em vários outros lugares no mundo (Room R, et al. 2002).

Silva, (2004, p. 41) compila as críticas aos padrões de consumo do álcool:

(...) sendo o álcool uma droga historicamente consumida e o seu uso um hábito socialmente aceito, inclusive estimulado por criativos meios de publicidade – diversamente do que ocorre com outras drogas, cujo comércio e consumo configuram prática ilícita – é muito frequente o vício do alcoolismo, a ponto de tornar-se "um dos problemas mais inquietantes que se apresentam atualmente em todos os países civilizados", verdadeiro problema de saúde pública, com reflexos nefastos para aquele que ingere a bebida alcoólica, e também com consequências outras, não menos graves, de caráter social, econômico e jurídico

Durante a década passada, uma crescente preocupação com as consequências do uso do álcool estimularam o renascimento de ideias sobre a regulamentação internacional das bebidas alcoólicas.

Eventualmente, e com grande dificuldade, sociedades industrializadas como países da Europa, enquadraram o álcool como um problema substancial de saúde. Em vários países houve cresceu os movimentos sociais populares para limitar a bebida e até mesmo proibir, fato que ganhou ampla participação e força eventualmente política.

Em relação a essa mudança de pensamento quanto ao uso do álcool, MEDINA, REBOLLEDO e PEDRÃO(2004 p. 316-23) trazem o seguinte ensinamento:

A imagem que as sociedades elaboram em relação a determinados fenômenos é a representação desse fenômeno idealizada e mediada por um conjunto de valores, crenças, atitudes, atribuições, vieses e estereótipos, de acordo com estímulos informativos que recebem o respectivo grupo social.

Em nível internacional, estimulados pelo patrocínio da OMS, alguns estudiosos tiveram o interesse em se pronunciar sobre a necessidade de uma convenção internacional de debates para o álcool e iniciar pesquisas sobre as consequências do seu uso, pois se tornou crescente o consumo da bebida nas regiões de rápido desenvolvimento do mundo, como Ásia Oriental, assim como causando aumentos significativamente danosos em países como os da África e América Central e do Sul (Room R, Schmidt L, Rehm J, Makela P 2008, p. 337 a 2364.)

No Brasil, em virtude da característica de heterogeneidade que predomina a dependência do álcool e outras drogas, uma vez que afeta as pessoas de distintas maneiras e por diferentes razões, nos mais diversos contextos e circunstâncias, discutem-se as modalidades de tratamento e as medidas de prevenção. O foco da atenção deve privilegiar as necessidades dos usuários, que, muitas vezes, não correspondem às expectativas dos profissionais de saúde com relação à abstinência, fator esse que dificulta a adesão ao tratamento, bem como as práticas preventivas ou de promoção voltadas aos usuários que não se sentem acolhidos em suas diferenças (Ministério da Saúde, 2004).

Reconhecer o consumidor, suas características e necessidades, assim como as vias de administração de drogas, exige a busca de novas estratégias de contato e de vínculo com ele e seus familiares, para que se possa desenhar e implantar múltiplos programas de prevenção, educação, tratamento e promoção, adaptados às diferentes necessidades. Para que uma política de saúde seja coerente, eficaz e efetiva, deve-se levar em conta que as distintas estratégias são complementares e não concorrentes, e que, portanto, o retardo do consumo de drogas, a redução dos danos associada ao consumo e a superação do consumo, são elementos fundamentais para sua construção. (Ministério da Saúde, 2004)

No Brasil o alcoolismo apresenta-se como um problema grave, de jurisdição pública, que permeia elevados custos para o sistema de Saúde, acarretando problemas neurológicos, gastrointestinais, cardiovasculares e psiquiátricos.(MACIEL; PILLON, 2010).

A evolução do tratamento jurídico quanto ao controle do uso do álcool já surtiu alguns efeitos, inclusive com reflexo nos parâmetros adotados pelas três esferas de Poder. O Legislativo, por exemplo, já elaborou importantes normas sobre o controle, permissão ou proibição do consumo da bebida em determinadas ocasiões, destaque para a Lei nº 11.705/2008 conhecida popularmente como “Lei Seca”. No âmbito do Judiciário, já é entendimento que o alcoolismo é uma doença crônica a depender de cada caso específico, pessoas poderão ser interditas<sup>6</sup> e não podem ser demitidas quando acometidas pela

---

<sup>6</sup> STOLZE, 2002, p. 101-103

doença. Quanto ao Executivo há uma necessidade grande para que sejam voltados maiores esforços para implementação de políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas no intuito prevenir e conscientizar a população sobre os problemas do álcool.

Hoje, mesmo com a ampla divulgação de estudos acerca dos problemas decorrentes do consumo exagerado, e com a publicitação de vários casos catastróficos decorrentes do uso da bebida, das quais são diariamente reportados em meio televisivo e manchetes de jornais, pode-se dizer que não há conscientização da população para a real problemática dos efeitos que o álcool pode causar. Na realidade, beber continua sendo uma atitude incentivada na maioria das comunidades, assim como a própria sociedade possui um conceito muito positivo sobre a bebida, estando o álcool presente em praticamente quase todos os momentos da vida do indivíduo seja para celebrar algumas conquistas alcançadas, ou para lamentar a perda de algo significativo.

O Estado é diretamente responsável no controle da saúde populacional, e ao liberar as chamadas drogas lícitas, como o álcool e cigarro não as tornam não atrativas, pelo contrário, algumas delas chegam a ter seu consumo incentivado diante da grande propaganda feita ao seu favor, o que irá prejudicar futuramente o consumidor, ou até outras pessoas que convivem com o alcoolista, podendo também causar danos a terceiros totalmente desvinculados ao dependente. Não há dúvidas da gigante indústria da publicidade que hoje explora a propaganda, associando o álcool à alegria, à sensualidade, geralmente os anúncios publicitários apresentam mulheres bonitas, saudáveis, bem sucedidas, sugerindo sucesso daqueles que fazem o uso da bebida.

## **2.2. Visão jurídica da droga lícita**

Diversos autores ratificaram que os usuários da bebida alcoólica podem estar avançando para a dependência desta como também de outras drogas. Essas bebidas que degeneram o aparato orgânico, psíquico, familiar e social, provavelmente tem sua venda liberada devido a articulações políticas e econômicas de quem lucra com sua venda.

Por se tratar de um problema de saúde pública, a Organização Mundial da Saúde<sup>7</sup> acredita que, como tal, é preciso enfrentá-lo a partir da formulação de políticas governamentais. No caso do Brasil, a OMS sugere que se adote nessa área uma política

---

<sup>7</sup> *Global status report on alcohol and health 2014*. Disponível em [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1) acessado dia 13/10/2014

inspirada na do controle do tabaco, em que o país virou referência mundial (SOARES, 2006).

Há de se considerar que o Direito deve estar alinhado com os fatos sociais, e como a dependência química se tornou um problema de saúde pública, é imprescindível que o Estado tome providências imediatas, principalmente no âmbito do Legislativo, para combater esse mal já assolado na sociedade brasileira. Diante da problemática já instaurada, e que está diretamente ligada a questões sociológicas e culturais, o ordenamento jurídico pátrio assegura algumas normas que tanto protege o indivíduo, como também o reprime pelo uso exacerbado do álcool.

Neste novo contexto, alguns países, preocupados com a ingestão do álcool, passaram por uma série de transformações legislativas, repercutindo inclusive no Brasil, onde incluiu de forma precípua o debate das drogas no Código Penal de 1890, instituído pelo Decreto nº 847 em seu Capítulo III, Art. 159 "Crimes contra a saúde pública" e tratou sobre o álcool no Capítulo XII art. 396 a 398 " Dos mendigos e Ébrios".<sup>8</sup>

Em breves linhas, há de se fazer uma abordagem geral de como o álcool e seu consumo é tratado pelo ordenamento jurídico brasileiro.

No Código Civil de 2002, por exemplo, os ébrios habituais, os viciados em tóxicos e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido são relativamente incapazes, CC, art. 4º, II. Nesses casos não precisarão atuar sempre em conjunto com um representante, somente em específicos momentos. Já a embriaguez fortuita ou patológica pode gerar incapacidade absoluta circunstancial, sendo estes considerados absolutamente incapazes no momento do ato praticado, art 3º III, CC.

No Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069/90, o menor é protegido para que seja evitado o consumo precoce. É disposto no Estatuto a proibição da venda, fornecimento ou a entrega de substancia cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica a qualquer criança ou adolescente, como por exemplo, de produto ou a bebida alcoólica.

---

<sup>8</sup> Disponível em [http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaNormas.action?numero=847&tipo\\_norma=DEC&data=18901011&link=s](http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaNormas.action?numero=847&tipo_norma=DEC&data=18901011&link=s) > acessado na data 07.10.2014

No âmbito criminal, o Código Penal de 1940 dispõe que a embriaguez, voluntária ou culposa, pelo álcool ou substância de efeitos análogos, não exclua a responsabilidade penal conforme o art. 28 CP.<sup>9</sup> Por outro lado, isenta de pena “o agente que, por embriaguez completa, proveniente de caso fortuito ou força maior, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento”. A lei não excluirá a imputabilidade de pessoas que bebem em excesso de forma dolosa ou culposa, mas em casos em que o alcoolismo é clinicado como crônico podem excluir a imputabilidade, (art. 26 CP) ou atenuar a pena conforme art 26 §1 CP.<sup>10</sup>

Quanto ao Código de Trânsito Nacional, este foi o sofreu mudanças mais significativas e visivelmente tiveram resultados positivos. Depois da vigência da Lei n. 11.705/08, “Lei Seca”, que entre outras alterações impostas ao Código de Trânsito modificou seu art. 306 CTB, mas sem alteração em relação às penas cominadas, diminuiu significativamente o número de acidentes de trânsito causados pela ingestão de bebida alcoólica. Hoje, já foi editada uma nova norma para corrigir pequenas minúcias que a Lei Seca continha. A Lei n. 12.760, de 20-12-2012, denominada de “Nova Lei Seca” agora altera o art. 306 assim dispondo:

Art. 306. Conduzir veículo automotor com capacidade psicomotora alterada em razão da influência de álcool ou de outra substância psicoativa que determine dependência:

Penas - detenção, de seis meses a três anos, multa e suspensão ou proibição de se obter a permissão ou a habilitação para dirigir veículo automotor.

§ 1º As condutas previstas no caput serão constatadas por:

I - concentração igual ou superior a 6 decigramas de álcool por litro de sangue ou igual ou superior a 0,3 miligrama de álcool por litro de ar alveolar; ou

II - sinais que indiquem, na forma disciplinada pelo Contran, alteração da capacidade psicomotora.

<sup>9</sup> Quanto ao art. 28, deve ser efetuada uma interpretação necessariamente restrita, excluindo-se do âmbito do dispositivo a embriaguez patológica ou crônica. Fala-se em embriaguez patológica como aquela à que estão predispostos os filhos de alcoólatras que, sob efeito de pequenas doses de álcool, podem ficar sujeitos a acessos furiosos. Na embriaguez crônica, há normalmente um estado mental mórbido (demência alcoólica, psicose alcoólica, acessos de delirium tremens etc.), e o agente poderá ser inimputável ou ter a culpabilidade reduzida (art. 26) (MIRABETE, 2004, p. 223).

<sup>10</sup> art 26, §1 É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

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

§ 2º A verificação do disposto neste artigo poderá ser obtida mediante teste de alcoolemia, exame clínico, perícia, vídeo, prova testemunhal ou outros meios de prova em direito admitidos, observado o direito à contraprova.

§ 3º O Contran disporá sobre a equivalência entre os distintos testes de alcoolemia para efeito de caracterização do crime tipificado neste artigo.

Da leitura dos incisos do art. 306, a prova técnica consentida sempre deverá ser tentada via realização de exames de alcoolemia ou teste do bafômetro (inciso I, art 306), e só em caso de recusa do suposto autor do delito em se submeter a tais exames, é que esta poderá ser suprida por qualquer outro tipo de prova lícita (inciso II, art 306). A denominada “Nova Lei Seca” resolveu a questão da quantificação de álcool por litro de sangue, exigida na redação anterior do art. 306, caput, e com isso ampliou a possibilidade de responsabilização penal.

No ramo do Direito do Trabalho, a Consolidação das Leis do Trabalho, prevê como motivadora de justa causa para demissão do emprego por conta de embriaguez habitual CLT, art. 482, ‘f’<sup>11</sup>. A dispensa de empregados considerados dependentes de álcool tem sido objeto de exame no Judiciário, e também no legislativo, inclusive está em trâmite um projeto de lei nº 83/2012 que propõe alterar a norma no que respeito à dispensa do empregado alcoolista, excluindo dela a possibilidade de demissão em casos de embriaguez habitual. Essa iniciativa legislativa evidencia a mudança de paradigma, pois a modificação proposta ressalta a necessidade de tratamento diferenciado para o alcoolista, uma vez reconhecida a patologia, é preciso garantir maior proteção ao trabalhador. Em justificativa anexa ao Projeto de Lei, o legislador pretende distinguir o dependente alcoólico daquele usuário ocasional ou do consumidor regular que não apresenta padrão de dependência, para “evitar a aplicação indiscriminada das disposições do Projeto a pessoas que não demandam proteção específica da Lei”.

Já é consolidado o entendimento do Tribunal Superior do Trabalho, com diretriz na Súmula n.º 443 do TST, que se presume discriminatória a despedida de empregado que sofre de alcoolismo, devendo ser invalidado o ato, com a reintegração do empregado no trabalho<sup>12</sup>. No início de dezembro de 2012, a 6ª Turma também abordou a questão da

---

<sup>11</sup> “Art. 482 – Constituem justa causa para rescisão do contrato de trabalho pelo empregador: f) embriaguez habitual ou em serviço”

<sup>12</sup> AGRAVO DE INSTRUMENTO. RECURSO DE REVISTA. DANO MORAL. ALCOOLISMO CRÔNICO. No caso, restou incontroverso nos autos que o autor é portador de alcoolismo crônico. A Corte Regional enfatizou a questão de que a autarquia, mesmo sabendo da gravidade do estado de saúde do autor, não o encaminhou para a previdência social. Frisou que a conduta da autarquia em despedir o autor sem justa causa

impossibilidade da dispensa por justa causa em razão de mau comportamento de indivíduo dependente de substância alcoólica.<sup>13</sup>

Por fim, foram recentemente divulgados novos dados do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e essa pesquisa aponta que o alcoolismo é o principal motivo de pedidos de auxílio-doença por transtornos mentais e comportamentais por uso de substância psicoativa. O número de pessoas que precisaram parar de trabalhar e pediram o auxílio devido ao uso abusivo do álcool teve um aumento de 19% nos últimos quatro anos, ao passar de 12.055, em 2009, para 14.420, em 2013<sup>14</sup>. O auxílio-doença é um direito de todo trabalhador segurado pelo INSS, que não perde o emprego ao se ausentar. Para pedir o auxílio-doença por uso abusivo de droga, o solicitante deve ter pelo menos 12 meses de contribuição e comprovar, por meio de perícia médica, a dependência da droga que o incapacita de exercer o trabalho. O valor do benefício varia de acordo com o valor recolhido pela Previdência Social.

### **2.3. Reflexos do álcool na sociedade**

Estudos sobre a bebida alcoólica mostram como o produto é de alto potencial destrutivo se consumida exageradamente, se houver abuso, os impactos poderão atingir diversos setores da vida do indivíduo, causando danos tanto intrapessoal como interpessoal.

A Organização Mundial da Saúde (OMS 2014) divulgou recentemente, em maio de 2014, o Relatório Global sobre Álcool e Saúde, que traz informações sobre o consumo de álcool no mundo e avalia os avanços realizados nas políticas do álcool desde a publicação das Estratégias Globais para Redução do Uso Nocivo do Álcool, em 2010 (OMS 2010). O

---

teve cunho discriminatório, violando os princípios fundamentais da dignidade da pessoa humana e dos valores sociais do trabalho. Constatada a dispensa discriminatória, em razão de o autor ser portador de alcoolismo crônico, não há que se cogitar de violação do artigo 186 do Código Civil. A decisão regional está em consonância com a jurisprudência deste c. Tribunal. Precedentes. Agravo de instrumento conhecido e não provido. (TST , Relator: Alexandre de Souza Agra Belmonte, Data de Julgamento: 20/08/2014, 3ª Turma)

<sup>13</sup> AGRAVO DE INSTRUMENTO. ECT. DISPENSA POR JUSTA CAUSA. AUSÊNCIA DO CONTRADITÓRIO E DA AMPLA DEFESA NO PROCEDIMENTO DE APURAÇÃO DAS IRREGULARIDADES IMPUTADAS AO EMPREGADO. ALCOOLISMO CRÔNICO. Não demonstrada violação dos dispositivos legais indicados, não há como admitir o recurso de revista. Agravo de instrumento desprovido. DANO MORAL. VALOR DA INDENIZAÇÃO. DIVERGÊNCIA JURISPRUDENCIAL. O recurso de revista está amparado apenas em divergência jurisprudencial e o único aresto transcrito é oriundo de órgão diverso daqueles que constam na alínea a do art. 896 da CLT. Assim, não há como admitir o apelo. Agravo de instrumento desprovido. (TST - AIRR: 1310400620095110052 131040-06.2009.5.11.0052, Relator: Aloysio Corrêa da Veiga, Data de Julgamento: 07/12/2011, 6ª Turma, Data de Publicação: DEJT 16/12/2011)

<sup>14</sup> Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2014-02/alcoolismo-e-o-principal-motivo-de-pedidos-de-auxilio-doenca-por-uso-de-drogas>> acessado dia 10/10/2014

documento, que é publicado anualmente desde 2005, apresenta dados de 194 países em termos de mortalidade, doenças e sistema de saúde, incluindo indicadores como a esperança média de vida, a mortalidade relacionada com algumas doenças em particular, os fatores de risco, funcionamento e tratamento nos serviços de saúde, assim como o investimento financeiro feito.<sup>15</sup>

O estudo aponta, por exemplo, que, em 2012, cerca de 3,3 milhões de pessoas morreram em todo o mundo, em consequência do consumo exacerbado de álcool (OMS 2014). A Europa é a região com maior consumo per capita de bebidas alcoólicas do mundo.

Hoje, entre os países avaliados, o Brasil ocupa a 53.<sup>a</sup> posição entre os que mais consomem álcool. A liderança é da Bielorrússia aonde o consumo anual per capita chega a 17,5 litros, duas vezes o volume brasileiro. Mas as projeções até 2025 mostram que o consumo no Brasil voltará a aumentar, ultrapassando a marca de 10,1 litros por ano por pessoa. Em 1985, o índice não chegava a 4 litros. A OMS também estima que 76,3 milhões de pessoas possuam diagnóstico do consumo abusivo de álcool. Seu consumo desregrado é um dos principais fatores que contribuem para a diminuição da saúde mundial, sendo responsável por 3,2% de todas as mortes e por 4% de todos os anos perdidos de vida útil. Em 2010, enquanto os casos de abuso de álcool chegaram a 11,1% das mulheres que bebem, entre os homens, este número quase chegou aos 30%. Segundo a pesquisa, no Brasil se perde em média cinco anos de vida devido ao consumo de bebidas alcoólicas.

Por outro lado, a maior parte da população mundial é abstinência ou não bebeu nos últimos 12 meses. Aproximadamente metade da população mundial (48%) nunca fez uso de álcool. No Brasil, cerca de 42% da população não ingeriu bebidas alcoólicas em 2010. Entre os brasileiros que nunca beberam, as mulheres são maioria (mulheres: 30,8% ; homens: 12,4%), e ainda, relataram não terem feito uso de álcool nos últimos 12 meses com mais frequência (mulheres: 22% ; homens: 18%).<sup>16</sup>

Segundo a OMS, a bebida pode não só criar dependência, mas também leva ao desenvolvimento de outras 200 doenças. No Brasil, o álcool esteve associado a 63% e 60% dos índices de cirrose hepática e a 18% e 5% dos acidentes de trânsito entre homens e

---

<sup>15</sup> WHO 2014. Disponível em [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1) > acessado dia 15/10/2014

<sup>16</sup> <sup>17</sup> Dados colhidos do *Global status report on alcohol and health 2014*.(WHO 2014)

mulheres em 2012. Especificamente em relação aos transtornos relacionados ao uso do álcool, estima-se que 5,6% (mulheres: 3%; homens: 8%) dos brasileiros preenchem critérios para abuso ou dependência.<sup>17</sup>

Quando se fala em dependência química, a preocupação maior é com as drogas ilícitas, cocaína, maconha, crack, ecstasy, entre tantas outras. No entanto, o grande inimigo está sob o manto do socialmente aceitável. O álcool nem sequer é considerado uma droga que causa dependência física e psicológica visto que é aceito por grande parte da sociedade. Sua venda é livre e ele integra a cultura atual ligada ao lazer e à sociabilidade. O álcool por se tratar de uma droga classificada como lícita, tem seu consumo feito de forma desregrada por muitas pessoas em diversos lugares, merecendo, principalmente dos países citados no Relatório Global, um maior compromisso e liderança no que concerne à redução do uso nocivo do álcool.

A maioria dos países que aparecem no Relatório apresentaram nos últimos anos, políticas nacionais principalmente voltadas ao beber e dirigir, como foi o caso do Brasil, com a sanção da Lei nº 12.760/2012. Trata-se de uma alteração no Código de Trânsito Brasileiro que, além de aumentar o valor da multa administrativa, de R\$ 957,69 para R\$ 1.915,38, podendo dobrar em caso de reincidência no período de 12 meses, amplia as possibilidades de provas da infração de dirigir sob a influência de álcool ou de qualquer substância psicoativa, as quais foram disciplinadas pelo Conselho Nacional de Trânsito.

No entanto as medidas preventivas não podem e não devem se resumir aos instrumentos legais para prevenir e reprimir a embriaguez no trânsito, pelo contrário, deve ser utilizada como parâmetro para muitas outras políticas-públicas.

Outra pesquisa feita à nível nacional foi o LENAD, Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, que é realizado pelo INPAD, Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas, da UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo); financiado pelo CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) e pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP),e segundo as conclusões do II Levantamento, divulgado em abril 2013 estima-se que 11,7 milhões de pessoas sejam dependentes de álcool no Brasil. Este levantamento produzido pela Universidade Federal de

---

17

São Paulo (Unifesp), concluiu também que os 20% dos adultos que mais bebem ingerem 56% de todo o álcool consumido por adultos.

Os resultados do II LENAD foram obtidos através de entrevistas feitas com uma amostra com 4.607 moradores de 149 municípios brasileiros, sendo 9% deles menores de 18 anos. Entre os adultos, um total de 54% dos entrevistados revelou consumir álcool regularmente, ou seja, uma vez por semana ou mais. Entre os participantes do estudo 52% são mulheres e 48% homens.<sup>18</sup> Embora não tenha aumentado a quantidade de pessoas que bebem álcool no Brasil, os que bebiam, agora fazem o consumo frequentemente. Mulheres e especialmente as mais jovens são a população mais em risco, apresentando maiores índices de aumento entre 2006 e 2012 e bebendo de forma mais nociva.<sup>19</sup>

Apesar dos resultados negativos, houve uma diminuição generalizada no comportamento de beber e dirigir entre 2006 e 2012, resultado da prevenção fomentada pelo Poder Público e do êxito da Lei Seca, LEI Nº 11.705, sancionada em 2008, e com novas alterações em 2012. A região Nordeste apresentou a maior diminuição enquanto na Região Centro-Oeste as mudanças na legislação foram de poucos efeitos.<sup>20</sup>

No campo das políticas de saúde mental da América Latina, a Organização Pan-Americana da Saúde realizou a Conferência Regional para a Reestruturação Atenção Psiquiátrica na América do Sul, em Caracas, Venezuela, em novembro de 1990. A conferência produziu a "Declaração de Caracas", que, basicamente, teve como proposta a eliminação progressiva dos hospitais psiquiátricos como serviço central oferecido na área de saúde mental, com a humanização dos hospitais psiquiátricos<sup>21</sup>, para a ampliação dos direitos das pessoas com transtornos mentais. A Declaração de Caracas teve repercussões significativas em todo o continente sul-americano, especialmente no Brasil.<sup>22</sup>

---

<sup>18</sup> I LENAD Disponível em

<<http://www.justica.sp.gov.br/portal/site/SJDC/menuitem.ba0d4614425a2578db0b60d3390f8ca0/?vgnnextoid=9093ac913f25f310VgnVCM10000093f0c80aRCRD&vgnnextfmt=defaultf>> acessado dia 08/10/2014

<sup>19</sup> II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014

<sup>20</sup> Disponível em <http://inpad.org.br/lenad/resultados/alcool/resultados-preliminares/> acessado dia 08/10/2014

<sup>21</sup> Alves DSN, 2007

<sup>22</sup> A partir da década de 1990 e influenciada pela Declaração de Caracas, a política pública da RPB tem sido orientada para a mudança deste modelo assistencial, contando com o apoio crucial dos governos municipais. O marco fundamental da reforma psiquiátrica no Brasil é a Lei federal 10.216/2001, que define as pessoas com transtornos mentais como uma parte vulnerável da sociedade e institui as condições legais para

Em uma análise geral, o mundo está bebendo um pouco mais do que em 2005, ano em que foi feito o primeiro Relatório Mundial pela OMS. A julgar pelas médias nacionais, a Bielorrússia, Moldávia e Rússia são os maiores consumidores de álcool do mundo, entornando entre 15 a 18 litros por adulto anualmente, de acordo com um novo relatório da Organização Mundial da Saúde, (OMS 2014).

A principal bandeira dos especialistas que tentam incluir a discussão sobre o álcool na agenda nacional é a proibição total da propaganda de bebidas. Países que adotaram essa medida reduziram em 30% os acidentes fatais de carro (MELO, 2001).

Estima-se que o álcool é uma das substâncias psicoativas mais precocemente consumidas pela população jovem. Vários estudos, tanto nacionais quanto estrangeiros, confirmam que, se o álcool é facilmente obtido e possui uma farta propaganda em torno de seu consumo e que isto se reflete o uso precoce e disseminado (SOARES, 2006).

Em relação ao consumo do álcool, pondera Ronaldo Laranjeira<sup>23</sup>:

O uso nocivo do álcool sempre envolve risco: risco físico para a saúde e risco comportamental para o ambiente. Uma sociedade complexa como a nossa não está aparelhada para proteger o indivíduo intoxicado. Inúmeras pesquisas a respeito do assunto deixam claro o grande custo social do uso nocivo do álcool.

(...)

Vivemos numa cultura que estimula e facilita o consumo de bebidas alcoólicas. Os anúncios publicitários passam a impressão de que álcool não faz mal. Muitos pais dizem – meu filho só bebe, não usa drogas, como se isso não representasse motivo para preocupações. Na realidade, se computarmos o número de acidentes e mortes causado por drogas, especialmente entre jovens, o do álcool dispara na frente de qualquer outra como o principal responsável.

O álcool tem posição elevada entre as causas da carga de doenças. O projeto sobre a carga mundial de doenças (MURRAY et al. 1996) estimou que o álcool seria responsável por 1,5% de todas as mortes. Essa carga inclui transtornos físicos, como cirrose e lesões, como, por exemplo, lesões por acidentes com veículos a motor imputáveis ao álcool. O álcool impõe alto custo econômico à sociedade.

Segundo uma estimativa, o custo econômico anual do abuso do álcool nos Estados Unidos seria de US\$148 bilhões, incluindo US\$19 bilhões para gastos em atenção de saúde (Harwood et al. 1998).

---

o fortalecimento da rede comunitária em saúde mental. Os principais êxitos e desafios da RPB são destacados neste texto. (Alves, Domingos et al 2012)

<sup>23</sup> Entrevista com Drauzio Varela Disponível em <http://drauziovarella.com.br/dependencia-quimica/tratamento-do-alcoolismo/> acessado dia 16/10/2014

No Canadá, os custos econômicos do álcool alcançam a aproximadamente US\$18,4 bilhões, representando 2,7% do produto interno bruto. Estudos em outros países avaliaram o custo dos problemas relacionados com o álcool em cerca de 1% do PIB (Collins e Lapsely 1996; Rice et al. 1991).

Recente estudo demonstrou que os gastos hospitalares relacionados com o álcool no Estado do Novo México, em 1998, somaram US\$ 51 milhões, em comparação com US\$ 35 milhões arrecadados em impostos sobre o álcool (New Mexico Department of Health 2001), mostrando claramente que as comunidades gastam mais dinheiro em atenção a problemas ligados ao álcool do que o que dele arrecadam.

Beber com moderação é possível, mas raros são os que reconhecem estar fazendo uso abusivo e nocivo do álcool. Muitos ainda não são dependentes da bebida, mas incorrem em riscos que deveriam e poderiam ser evitados. Ao observar as estatísticas anteriormente explanadas, há de se ressaltar os danos tanto intrapessoais como os interpessoais causados ou pelo uso episódico da bebida, ou pela doença crônica que o indivíduo já desenvolveu.

Feito um breve esboço histórico e demonstradas as consequências sociais e jurídicas que o consumo do álcool acarreta à sociedade, considerado hodiernamente um grave problema de saúde pública do país, passa-se ao estudo da intervenção involuntária pela Lei da Reforma psiquiátrica, nº 10.216/01, para posteriormente fazer uma análise de sua aplicabilidade aos casos de alcoolismo à luz do ordenamento jurídico pátrio.

### **3. A INTERNAÇÃO PELA LEI N° 10.216/01**

Inicialmente, é importante tratar das garantias contidas na Constituição Federal de 1988 no que diz respeito à saúde, tratando especificamente sobre a reforma psiquiátrica, para depois falar sobre a capacidade civil de ébrios habituais, e posteriormente adequar a hipótese da internação da Lei n° 10.216/01 a pessoas que sofrem com o alcoolismo.

A princípio, faz-se necessário fazer uma breve análise da Constituição Federal de 1988 no que cerne ao direito à saúde, e que o alcoolismo pode levar a pessoa a um estágio da doença que a debilita ao ponto de incapacitá-la civilmente para algumas obrigações, inclusive podendo ser interditada.

Ressalta-se que a participação e empenho dos pacientes e de suas famílias na busca de um tratamento mais adequado às suas necessidades, sendo este avanço importante, razão inclusive para promulgação da lei 10.216/01, pois mudou o pensamento da sociedade quanto às medidas ineficazes ou questionáveis que vinham sendo tradicionalmente tomadas em relação a pessoas com transtornos mentais, pois são eles, a parcela da sociedade, que está sobrecarregada com desvantagens, principalmente porquê essas pessoas são geralmente pobres, portanto, à margem da sociedade e excluídos da sua condição de cidadãos.

Hoje no Brasil, a única legislação vigente que garante e autoriza as internações involuntárias é a Lei n° 10.216/01, a qual contém algumas peculiaridades. Há uma junção

entre a percepção do profissional, o diagnóstico do paciente e a liberdade de escolha do sujeito, ou em casos específicos, o desejo da família. Para cessar tais internações, basta a solicitação do paciente ou pedido do parente, seguindo os preceitos éticos do caso. Outros aspectos importantes destas intervenções terapêuticas é a comunicação ao Ministério Público Estadual 72 horas após a efetiva concretização do procedimento.

Feito esse estudo, falar-se-á sobre a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, tratando especificamente sobre a internação psiquiátrica na modalidade involuntária definir sua aplicação, a natureza jurídica, a quem é direcionada, e, também, se esse modalidade poderia ser utilizada nos casos de dependentes químicos e de alcoólatras, ou se seria aplicável apenas para remediar uma situação emergencial de qualquer maneira.

### **3.1. A constituição de 1988 e o direito fundamental à saúde**

De forma precípua, o direito à saúde encontra guarida na Declaração Universal da Organização das Nações Unidas – ONU, de 1948, art.25<sup>24</sup>, que declara expressamente que a saúde e o bem-estar da humanidade são direitos fundamentais do ser humano. Neste mesmo sentido são encontradas referências ao direito à saúde como direito social, como é o caso do Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966<sup>25</sup>. Este Pacto Internacional também trata do direito à saúde, assim dispendo em seu artigo 12: “[...] Presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental.”

No mesmo ideal de proteção integral à Saúde, a Convenção Americana de Direitos Humanos, de 1969, conhecida como Pacto de San José da Costa Rica postula em

---

<sup>24</sup> Artigo 25. 1. Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle.

<sup>25</sup> DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS 1948

seu “Artigo 5º - Direito à integridade pessoal. 1. Toda pessoa tem direito a que se respeite sua integridade física, psíquica e moral”.<sup>26</sup>

No âmbito nacional coube à Constituição Federal de 1988 definir, com parâmetro na evolução dos direitos sociais e com base nesses tratados internacionais, os princípios que alicerçam a dignidade da pessoa humana. Impõe-se definir que a Constituição, no plano jurídico, constitui a lei fundamental e suprema de um Estado, que estabelece sua estruturação, a formação dos Poderes Públicos e a aquisição do poder de governar, com a distribuição de competências, direitos, garantias e deveres dos cidadãos (Moraes, 1998, p.32).

A Constituição está no vértice do sistema jurídico do País, afirmando Kelsen que “se começarmos levando em conta apenas a ordem jurídica do Estado, a Constituição representa o escalão de direito positivo mais elevado.” (KELSEN, 1991, p. 240)

O reconhecimento dos direitos humanos, internacional e nacionalmente, é espelho do processo de expansão, fortalecimento e cumulação de direitos fundamentais em âmbito global. A Constituição Federal Brasileira de 1988 traz a dignidade da pessoa humana como base axiológica dos direitos fundamentais, e ela é prevista no art. 1º, inciso III, da Carta Magna em seguida determina os direitos sociais, neles incluído a saúde como direito social.

A Constituição Federal de 1988 registra valores econômicos, políticos e sociais do país e fixa o papel do Estado como provedor de políticas públicas, sendo conhecida como “dirigente”, pois as normas constitucionais revelam-se instrumentais, na medida em que objetiva prover os principais anseios de uma dada sociedade, em dado momento política e com dada organização econômica, sem, contudo, olvidar o respeito aos direitos fundamentais. E em sendo instrumentais, tornam-se vinculadoras, dotadas de validade e eficácia, o que possibilita ao conteúdo das imposições ali estabelecidas dar normatividade à *lex fundamentalis*.<sup>27</sup> Em suma:

---

<sup>26</sup> Disponível em:

<<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/sanjose.htm>> acessado em 08/10/2014

<sup>27</sup> “A Constituição passa a ser, assim, não apenas um sistema em si – com a sua ordem, unidade e harmonia – mas também um modo de olhar e interpretar todos os demais ramos do Direito. Este fenômeno, identificado por alguns autores como filtragem constitucional, consiste em que toda a ordem jurídica deve ser

[...] a Constituição figura hoje no centro do sistema jurídico, de onde irradia sua força normativa, dotada de supremacia formal e material. Funciona, assim, não apenas como parâmetro de validade para a ordem infraconstitucional, mas também como vetor de interpretação de todas as normas do sistema (CANOTILHO, 1991, p. 45)

O Texto Constitucional Brasileiro adotou uma cláusula geral de tutela e promoção da pessoa humana. Consiste em uma cláusula de promoção ampla do ser humano que deve ser interpretada segundo o preceito do art 5º, §2, relativo a não exclusão de quaisquer direitos e garantias assegurados ao indivíduo, mesmo que não expressos na Constituição, desde que decorrentes dos princípios acolhidos (TEPEDINO, 1999, p. 48.)

Em análise ao tema do presente estudo, com foco no tratamento de dependentes químicos, em especial dos alcoólatras, o direito à saúde é reconhecido e garantido dentre todos que integram o mínimo existencial da dignidade da pessoa humana, um dos fundamentos da República, que apenas com o advento da Constituição de 1988, esse direito à saúde ganhou status de direito fundamental universal.

A previsão do direito à vida está no caput do art 5º da Constituição Federal e é entendida como garantia de uma vida digna e saudável, pressupondo que as diretrizes estão voltadas para a prevenção e o tratamento das doenças que possam fragilizar o ser humano. O direito à saúde, mesmo que não expressamente previsto entre os direitos e garantias fundamentais, é reconhecido como um direito fundamental.<sup>28</sup>

Pondera Gustavo Henrique de Aguiar Pinheiro: (2014, p 28,29)

Os direitos fundamentais, do ponto de vista formal, são aqueles direitos que o direito vigente qualifica como tais, sendo certas que as normas constitucionais referentes à Saúde Mental são normas de estrutura aberta, com natureza jurídica de princípios.

[...]

---

lida e apreendida sob a lente da Constituição, de modo a realizar os valores nela consagrados. A constitucionalização do direito infraconstitucional não identifica apenas a inclusão na Lei Maior de normas próprias de outros domínios, mas, sobretudo, a reinterpretação de seus institutos sob uma ótica constitucional. À luz de tais premissas, toda interpretação jurídica é também interpretação constitucional. Qualquer operação de realização do direito envolve a aplicação direta ou indireta da Constituição. Direta, quando uma pretensão se fundar em uma norma constitucional; e indireta quando se fundar em uma norma infraconstitucional, por duas razões: a) antes de aplicar a norma, o intérprete deverá verificar se ela é compatível com a Constituição, porque, se não for, não poderá fazê-la incidir; e b) ao aplicar a norma, deverá orientar seu sentido e alcance à realização dos fins constitucionais (BARROSO, 2007, p. 1-37.)

<sup>28</sup> Disponível em: [http://www.direitopublico.com.br/pdf\\_10/DIALOGO-JURIDICO-10-](http://www.direitopublico.com.br/pdf_10/DIALOGO-JURIDICO-10-) acesso em 06/10/2014

A norma-princípio se distingue da norma-geral, concepção tradicional de norma jurídica, onde uma conduta determinada vem comandada como obrigatória, proibida ou permitida, por ser dotada de uma conduta específica, ordena que algo seja realizado na medida do possível, dentro das possibilidades jurídicas e fáticas<sup>29</sup>

Complementa Marcelo Lima Guerra (2003, p. 103-104):

A aplicabilidade imediata das normas jusfundamentais traduz, igualmente, na vinculação imediata dos órgãos públicos às regras que podem ser derivadas de ou adscritas a cada uma de tais normas jusfundamentais, independentemente do reconhecimento expresso de tais regras integrantes de uma norma jusfundamental, a qual ocupa posição superior na pirâmide normativa, elas se aplicam mesmo contra regras expressas em textos infraconstitucionais.

A Constituição Federal de 1988 constitui-se, segundo grande parcela dos doutrinadores, como normas dotadas de plena eficácia, e são, sobretudo, normas-conteúdo que dão efetividade ao papel estatal de promover políticas capazes de garantir o exercício dos direitos fundamentais.

Com efeito, com a validação da Constituição Federal de 1988, estabeleceu-se o Estado Democrático de Direito, constitucionalizando-se, pois, os valores fundamentais de um povo e subordinando a atuação dos poderes públicos a princípios e normas inderrogáveis, como o direito à saúde.

A saúde é direito social consagrado nos arts. 6º e 196 da Constituição Federal, também se relevando dever do Estado, garantido mediante políticas sócias e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (PINHEIRO, 2004, P.21)

Menciona-se, o Título I da Carta Magna, que dispõe acerca dos seus princípios fundamentais, na medida em que considera, como um de seus fundamentos, a dignidade da pessoa humana, que, por sua vez, encontra-se intimamente atrelada ao direito à saúde. Posto como direito social e se insere na órbita dos direitos fundamentais, devendo ser tratada como direito fundamental à vida e também como direito difuso, usufruído por todos indistintamente, conforme demonstra o art.6º, da CF/88: ‘‘São direitos sociais a educação, a

---

<sup>29</sup> Conforme Robert Alexy (2001, p.87) *os principios são mandamentos de otimização, caracterizados por el hecho de que pueden ser cumplidos em diferente grado y que la medida debida de su cumplimiento no solo depende de las posibilidades reales sino tambien de las jurídicas*

saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. ”

No Título VIII da Constituição, que trata da Ordem Social, inserido no Capítulo II, concernente à seguridade social, preceitua em seu art. 196, da Constituição Federal, que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e do acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. ”

Do qual se depreende que:

[...] é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (PLANALTO, 2012).<sup>30</sup>

Diante desse preceito constitucional, verifica-se que o Estado está juridicamente obrigado a exercer políticas públicas visando à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como para garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde voltados a atender o maior número de pessoas que necessitem de amparo.

Além disso, vale ressaltar que tais dispositivos, artigos 6º e 196 da CF, destacam o Estado como garantidor da saúde pública, estando suas ações e seus serviços vinculados ao enunciado constitucional, independentemente da norma jurídica infraconstitucional que o regulamente.

A política de promoção, prevenção, tratamento e educação voltada para o uso de álcool e outras drogas deverão necessariamente ser construídas nas interfaces em todos setores, visto que o uso de álcool e outras drogas são um grave problema de saúde pública, em que o Ministério da Saúde, pautado no compromisso ético de defesa da vida, apresenta as diretrizes para a construção de uma política de atenção integral, assumindo completamente o desafio de prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool e outras drogas e enfocando a implementação e implantação de ações com estratégias mais amplas, que possam contemplar grandes parcelas da população e que não priorizem a abstinência como única meta viável.<sup>31</sup>

<sup>30</sup> . Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm) > acessado em 05/10/2014

<sup>31</sup> Ministério da Saúde, 2003, p.10

Em escala federal, estadual e municipal, o Estado, *lato sensu*, exerce um conjunto de ações que visam atendimento a determinados setores da sociedade, exercendo então a chamada política pública em que se deve propor ações preventivas diante de situações de risco à sociedade

No que concerne ao sistema político, foram definidas diretrizes voltadas para o alcance de maior equilíbrio entre os Poderes e o restabelecimento do processo democrático no âmbito político e institucional. A Constituição de 1988 estabeleceu no plano da proteção social, a expansão de uma série de direitos, com destaque para o reconhecimento da saúde como direito social a cidadania e dever do Estado.

O Legislativo nesses últimos vinte e quatro anos tem sido um vocalizador das políticas definidas pelo Ministério da Saúde que visam alcançar princípios e garantias da saúde. Este poder também expressa uma fragmentação acentuada, com um movimento predominante de atendimento a demandas legítimas, porém específicas de determinados grupos.

Tais demandas ganham espaço e se transformam em leis pontuais à medida que as diretrizes da Constituição se voltam a tratar de pessoas que sofrem de transtornos mentais, e isso foi se concretizando com o tempo, merecendo destaque para o marco da promulgação da lei de Reforma Psiquiátrica, Lei nº 10.216/01. Por sua vez, essa norma foi resultado de uma longa luta, que perdura desde os anos 1970, em busca de da criação de um sistema de desinstitucionalização, que cuide, ampare e que não isole ou exclua a pessoa que sofre de algum tipo de transtorno mental ou dependência química ( Batista TWD, Machado CV, 2009 p. 829-839)

### **3.2. A constituição e reforma psiquiátrica Lei nº 10.216/01.**

A Constituição Federal não exclui nenhuma pessoa, nem muito menos as portadoras de transtorno mental ou dependentes químicos, que, em decorrência de sua maior vulnerabilidade, exigem uma tutela especializada de seus interesses a fim de resguardar a sua igualdade material junto à sociedade.<sup>32</sup>

---

<sup>32</sup>

RIDB, 2003 p.10590 Disponível em:

[http://www.idbfdul.com/uploaded/files/2013\\_10\\_10565\\_10593.pdf](http://www.idbfdul.com/uploaded/files/2013_10_10565_10593.pdf) acesso em 05/10/2014

O texto constitucional revela valores imperativos, destacando-se a supervalorização aos princípios democráticos e aos direitos fundamentais, quer sejam eles individuais, sociais, coletivos ou difusos, bem como a repartição de competências entre os Poderes Públicos para tratá-los.

A lei da Reforma Psiquiátrica n 10.216/01 visou de uma vez por todas banir os manicômios, proporcionando que àqueles que sofrem de transtornos mentais possam conviver livremente na sociedade. A Lei de 2001, à luz da Constituição Federal 1988 que coloca a saúde como preceito fundamental, preocupa-se em ressaltar o dever do Estado em fornecer tratamento digno ao doente, independente de qual tipo de problema que desenvolveu. Veja-se o que dispõem o art. 3º desta lei:

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

O Estado, pois, é o encarregado de fornecer “uma política de saúde mental” que promova não apenas o tratamento ao enfermo, mas também à família deste. A rede territorial de serviços oferecida pelo Estado inclui centros de atenção psicossocial (CAPS), centros de convivência e cultura assistidos, cooperativas de trabalho protegido, residências terapêuticas, descentralizando o atendimento em saúde, conforme previsto na Lei Federal que institui o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil com a Lei nº 8.080/90.

A reforma psiquiátrica no Brasil está avançando, dentro das linhas de ação com base no desenvolvimento do país diante de um processo democrático, inclusive já tendo instituído os Conselhos de Saúde, Conselhos da Educação e das Diretorias de Serviços Sociais podendo ser feitos à níveis municipal, estadual e nacional.

Programas de governo, como o SUS, ajudam a tratar os que precisam de atenção mais específica, visto que esses enfermos apresentam um quadro psicológico-mental da qual necessitam de tratamento mais diferenciado. De acordo com o artigo 16 da Lei nº8.080/90<sup>33</sup>, além de adotar políticas gerais de saúde, de definir e coordenar sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade e de estabelecer normas de vigilância sanitária, cabe à União em relação a direção nacional do (SUS) promover a descentralização para as

---

<sup>33</sup> Art. 16,XV, Lei nº 8080/90 - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal. O Estado, por sua vez, conforme inciso I do artigo 17<sup>34</sup> deve promover a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde, sem prejuízo de ações suplementares e prestações de apoio técnico e financeiro.

Apesar dos novos valores atribuídos aos direitos à vida e saúde, tidos como direitos fundamentais, vigente na Carta Magna de 1988, da instituição de programas como o SUS e do sucesso da nova política de saúde mental, especialmente após a promulgação da Lei nº 10.216/01, ainda sim, há muito a se fazer quanto à prevenção, tratamento, reabilitação e reinserção social de pessoas com transtornos mentais, e mais relevantes ainda, há de se ressaltar para o modo como a Lei, em alguns momentos, passa a ser aplicada a pessoas com dependência química advindas do uso de drogas lícitas ou ilícitas.

É importante frisar que com o passar dos anos, não apenas as drogas ilícitas mais pesadas, como LSD, cocaína e crack devem ser tratadas pelo Estado como únicas substâncias de risco ao ser humano, pelo contrário, cada vez ficam mais evidente os percentuais de pessoas que morrem ou ficam com debilitadas físicas ou mentais pelo consumo de um produto tão aceitável socialmente.

O álcool, mesmo com algumas regras já implantadas em nosso Ordenamento Jurídico que controlam indiretamente a sociedade no que toca ao seu uso, e por causa das recentes políticas públicas que demonstram os riscos do seu consumo exagerado, ainda é causador de problemas da vida social, familiar, física, e até mesmo mental do dependente. A depender do quadro do alcoolismo, é possível que o dependente perca algumas de suas capacidades cognitivas, e esse problema virá não somente nos momentos de embriaguez, mas surtirá com consequências definitivas que poderá causar mais danos e malefícios ao indivíduo caso o consumo não seja contido com tratamento adequado.

É indubitável que na maioria das vezes a pessoa que bebe só se mostrará debilitada em passageiros estados de embriaguez, não havendo que se falar em interdição de direitos. Ocorre que se for constatado o alcoolismo, e a doença tiver evoluído para um quadro mais acentuado, atingindo a integridade mental do dependente, é necessário fazer

---

<sup>34</sup> Art. 17, I Lei nº 8080/90- promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;

um estudo inicial das possíveis interdições, mostrando a necessidade da tutela para representar ébrios habituais, e posteriormente mostrar a viabilidade de eventuais interdições de alcoolistas com o objetivo de tratá-los de forma eficaz.

### 3.3. A capacidade da pessoa natural

Pode-se falar que a capacidade é a medida da personalidade, pois para uns ela é plena, e para outros é limitada. (GONÇALVES, 2010 p. 95). O art. 1º do Código Civil de 2002, concatena o conceito de capacidade com o de personalidade, dispondo que “ pessoa é capaz de direitos e deveres na ordem civil”. Afirmar que o homem tem personalidade é o mesmo que dizer que ele tem capacidade para ser titular de direitos<sup>35</sup>. José Carlos Moreira Alves (p. 115) difere a capacidade da personalidade, citando Domenico Barbero (1959 p. 139)

Parece-nos, entretanto, que é mister distingui-las. Com efeito, enquanto personalidade jurídica é o conceito absoluto (ela existe ou não existe), capacidade jurídica é conceito relativo (pode ter-se mais capacidade jurídica ou menos). A personalidade jurídica é a potencialidade de adquirir direitos ou contrair obrigações; a capacidade jurídica é o limite dessa potencialidade.<sup>36</sup>

Ao nascerem, todos adquirem a capacidade de aquisição *de direitos*, esta é inerente ao homem, é a capacidade de *direito* ou de *gozo*, e não se faz distinção a todos que a possuem, estende-se aos delimitados mentalmente independente de seu grau de desenvolvimento. Estas pessoas podem herdar bens privados deixados por seus pais, receber doações, ou seja, podem adquirir bens e direitos sozinhos. No direito brasileiro não existe incapacidade de direito, porque todas, ao nascer, se tornam capazes de adquirir direitos, teor do art. 1º CC/02.

Como bem ressalta Caio Mario (1981 p. 161-162) “ a privação total de capacidade implicaria a frustração da personalidade: se ao homem, como sujeito de direito, fosse negada a capacidade genérica para adquiri-lo, a consequência seria o seu aniquilamento no mundo jurídico. ”

Ocorre que nem todas as pessoas possuem a capacidade *de fato*, que seria aquela da aptidão para o exercício de direitos. Denominada também de capacidade de *exercício* ou *ação*, ela está presente para atos da vida civil. O Código Civil, assim, restringe à algumas

<sup>35</sup> Silvio Rodrigues, Direito Civil. 2002

<sup>36</sup> ALVES, 1986

peças que não possuem certos requisitos materiais, como a maioridade, de exercer a autodeterminação, exigindo que essas peças atuem sempre com participação de outra, em que esta irá representa-la ou assisti-la. Wald (p.137) bem sintetiza as diferenças entre as referidas capacidades:

Se todos os homens são capazes de direito, podendo ter direitos subjetivos e contrair obrigações, nem todos são aptos a praticar pessoalmente os atos da vida civil. Distinguimos, pois, a capacidade de direito, ou seja, a possibilidade de adquirir direitos e contrair obrigações por si ou por terceiros, da *capacidade de fato* também chamada capacidade de exercício ou de negócio, em virtude da qual um indivíduo pode praticar pessoalmente os atos da vida civil, sem necessitar de assistência ou representação.

Quem possui as duas espécies de capacidade tem a capacidade *plena*. Com base nessa fórmula “quem só ostenta a de direito, tem capacidade limitada e necessita como visto, de outra pessoa que substitua ou complete a sua vontade”. São, por isso, chamados de “incapazes” (GONÇALVES, p.96).

Com o intuito de proteger as peças incapazes, ou seja, aquelas portadoras apenas da capacidade *de direito*, a lei exige que para o exercício pessoal de seus direitos, elas sejam representadas ou assistidas nos atos jurídicos em geral. A incapacidade que somente pode ser de a *de fato*, somente pode ser imposta por lei, pois a regra é que todos possuam capacidade. Desta forma, o art. 3º do Código Civil menciona os incapazes como aqueles absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os seus direitos e que devem ser representados, sob pena de nulidade do ato<sup>37</sup>. O art. 405,§1 também conceitua quem é considerado incapaz, e os exclui do processo para atuar como testemunhas. Já no art. 4º, o Código enumera os relativamente incapazes, dotados de algum discernimento e por isso autorizados de participar de atos jurídicos de seu interesse, desde que devidamente assistidos por seus representantes legais, sob pena de anulabilidade<sup>38</sup>.

### 3.3.1 Os ébrios eventuais e habituais.

Da análise do inciso III, art. 3º CC/02, a norma faz ressalva ao tratar daqueles que não podem exprimir totalmente sua vontade por uma causa transitória, diferente do inciso II do artigo em comento, em que este não abrange as peças portadoras de doença ou demência mental permanente. Assim, são consideradas incapazes as peças que não são

---

<sup>37</sup> Art. 166, I Código Civil2002

<sup>38</sup> Art 171,I

capazes de exprimir sua vontade em determinado momento, ou por uma doença, exemplo arteriosclerose, ou se acometida por causa transitória como uma embriaguez eventual.

Moreira Alves (1986, p.91) esclarece que o inciso III, art. 3º do Código Civil, estabelece que ainda que por motivo transitório, aqueles sem condições de exprimir a sua vontade são considerados absolutamente incapazes para atender aos casos em que já a paralisia total, embora temporária, e conseqüentemente, para permitir que haja curatela nesses casos em que a transitoriedade não seja absolutamente fugaz, como de 2 dias v.g., mas se prolongue ao longe de algum tempo, como se 2 anos v.g., fazendo-se a ressalva na parte concernente ao direito de família.

Desta forma, conforme a redação dos art. 3º, III e 1767, II, III do Código Civil, não é possível realizar a interdição de alguém por uma causa transitória caso ela não possa exprimir sua vontade. Os ébrios eventuais, pois, não estão sujeitos a curatelas, mesmo que no momento de embriaguez estejam limitados pelos efeitos do álcool. Confira-se a redação de parte dos referidos artigos, *ipsis litteris*:

Art. 3o São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil:  
 [...]
 III - os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade.  
 [...]
 Art. 1.767. Estão sujeitos a curatela:  
 [...]
 II - aqueles que, por outra causa duradoura, não puderem exprimir a sua vontade;  
 III - os deficientes mentais, os ébrios habituais e os viciados em tóxicos;

É nulo o ato jurídico exercido pela pessoa que se encontrava completamente embriagado no momento em que o praticou, pois neste momento transitório, não se encontrava em perfeitas condições de exprimir seu desejo.

Noutro sentido, os ébrios habituais e os viciados em tóxico são considerados relativamente incapazes (art. 4º, II). A incapacidade relativa permite que o incapaz pratique atos da vida civil, desde que assistido por seu representante legal, sob pena de anulabilidade, conforme art. 171, I CC. Em certos momentos o relativamente incapaz poderá praticar atos sozinho, como ser testemunha em processo (art. 228, I CPC/73) e casar (art. 1517 CC/02). Assim dispõe o inciso II do art. 4 do Código Civil que trata dos ébrios habituais "São incapazes, relativamente a certos atos, ou à maneira de os exercer: os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido".

Os relativamente incapazes são assim tratados, pois se entende que eles já têm razoável discernimento e não ficarão afastados da atividade jurídica, podendo praticar inclusive alguns atos isolados. Conforme Carlos Roberto Gonçalves (2011 p.121), os relativamente incapazes “estão em uma situação intermediária entre a capacidade plena e a incapacidade total.”.

Com o avanço dos estudos da ciência médico-psiquiátrica, os ébrios habituais foram inclusos no rol dos relativamente incapazes, e foi estabelecida uma graduação para a debilidade mental. Quando esta debilidade for máxima e o ébrio estiver totalmente privado do necessário discernimento para a prática de atos da vida civil, ele poderá ser considerado absolutamente incapaz (art. 3º II CC/02).

Caberá ao juiz<sup>39</sup> determinar os limites da curatela do ébrio habitual conforme o desenvolvimento mental do interdito, que poderão circunscrever-se à privação do direito de, sem curador, praticar atos que possam onerar ou desfalcocar seu patrimônio. Se por acaso a embriaguez houver evoluído para um caso patológico, destruindo a capacidade de autodeterminação do alcóolatra, o vício assim deve ser tratado como doença mental, ensejador, nesse caso de incapacidade absoluta.<sup>40</sup> Pondera Pablo Stolze ( 2002, p. 101-103)

[...] se a embriaguez houver evoluído para um quadro patológico, aniquilando a capacidade de autodeterminação do viciado, nesse caso, devera ser tratada como doença mental, ensejadora de incapacidade absoluta, nos termos do art. 3º, II do novo diploma.

Consoante com o que fora exposto quer-se ressaltar a proteção que o ordenamento jurídico deu àqueles que, por comprometimento de saúde, ou por outro motivo, como o estado de embriaguez, devem ser restritos de praticar atos jurídicos sozinhos.

Os ébrios habituais que segundo a norma são relativamente capazes, a depender do grau, ou estágio da doença poderão claramente ser interditados, pois estarão em um estado de saúde comparados àqueles que sofrem com insanidade mental. Preceitua os arts. 1772 e 1782 do Código Civil sobre a interdição dos deficientes mentais, dos ébrios habituais e viciados em outras drogas, sendo o juiz o responsável por determinar os limites da

---

<sup>39</sup> Art. 1.772. Pronunciada a interdição das pessoas a que se referem os incisos III e IV do art. 1.767, o juiz assinará, segundo o estado ou o desenvolvimento mental do interdito, os limites da curatela, que poderão circunscrever-se às restrições constantes do art. 1.782.

<sup>40</sup> Art. 3o São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil: II - os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos;

curatela, devendo realizar o exame pessoal do interditando acerca de sua vida (art. 1.181 CPC/73).

É, pois, possível a interdição dos ébrios, mas somente em casos comprovados de que o alcoolismo está em um estado crônico patológico e que está afetando o estado mental da pessoa, e, em consequência, ela não consiga mais cuidar de sua vida ou negócios. Nestes casos, a incapacidade advém de um estado psíquico, podendo haver a intervenção. Necessário fazer a ressalva de que para que o processo de interdição se dê de forma regular, é obrigatória a presença e a nomeação de um perito médico para proceder ao exame do interditando, caso contrário, o processo será nulo.

A respeito do alcoolismo crônico, disserta FRAGOSO (2003, p. 251):

O alcoolismo crônico constitui caso de doença mental, que exclui ou atenua a imputabilidade. O álcool gera dependência física, com graves conseqüências sobre o processo volitivo, e conseqüentemente, sobre a capacidade de autogoverno. Esta solução não permite dúvidas. Nestes casos, no entanto, será extremamente mais difícil a já árdua tarefa de saber se o agente tinha capacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se segundo tal entendimento

Relevante fazer essa análise de como dispõe o Código Civil sobre a capacidade dos alcóolatrás, principalmente no que concerne aos ébrios habituais dos quais, via de regra, são considerados relativamente incapazes, mas em casos especiais, a depender do quadro do alcoolismo, eles poderão apresentar um quadro da doença que seja semelhante aos absolutamente incapazes, merecendo o mesmo tratamento dos que possuem enfermidade ou deficiência mental, podendo inclusive sofrer um processo de intervenção.

### **3.4 A internação involuntária pela lei nº 10.216/01**

Apesar de a Lei nº 10.216/01 assegurar a implantação de uma Rede de Atenção à Saúde Mental, a norma não descarta a necessidade de internação hospitalar quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, conforme dispõem o art. 4º da referida norma.<sup>41</sup>

A internação psiquiátrica, voluntária ou involuntária, em estabelecimento de saúde integrante ou não do Sistema Único de Saúde, encontra-se regulamentada pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria/SAS 2391/2002, que segue o disposto na Lei nº

---

<sup>41</sup> Art. 4 Lei 10.216/01 - A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

10.216/2001. Percebe-se da análise conjunta da Lei e da Portaria que a internação psiquiátrica deve ter a menor duração temporal possível e só pode ocorrer após todas as tentativas de utilização das demais possibilidades terapêuticas e esgotados todos os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistencial <sup>42</sup>.

Além da internação voluntária, possível quando o próprio paciente assim escolhe, há casos em que a capacidade de decidir autonomamente do indivíduo está prejudicada. Os Estados de Direito reconhecem essa possibilidade e preveem leis específicas para tais circunstâncias em que é cabível a internação involuntária, sendo responsabilidade dos profissionais que atuam em saúde mental e também de juristas definir quando ela poderá ser imposta contra vontade do dependente químico.

### **3.4.1 - natureza jurídica**

Sob a ótica jurídica, a internação psiquiátrica traz questionamentos binários: o doente é capaz ou incapaz, necessita ser internado ou não, oferece ou não perigo<sup>43</sup>. Quando essas perguntas se reportam às internações involuntárias, feitas sem o consentimento do paciente, a questão fica mais evidente.

Inicialmente, é necessário mencionar que este tipo de tratamento sequer existia no passado, “sua legitimidade e aplicação só foram possíveis na contemporaneidade com a teoria dos direitos fundamentais. A natureza jurídico-constitucional da internação psiquiátrica involuntária é encontrada na própria Constituição Federal de 1988” (PINHEIRO 2015, p.71).

Pondera Gustavo Henrique (2011, p 72): com efeito, a natureza jurídica da internação psiquiátrica involuntária é nitidamente de “restrição de direito de liberdade”, representando espécie de limitação civil ou administrativa a direito fundamental de defesa.

Complementa o jurista José Carlos Vieira de Andrade:

Em se tratando de internação involuntária ou compulsória, de facto, estamos perante uma situação de restrição de direitos fundamentais: não haverá dúvidas de que, por um lado, o internamento compulsivo constitui uma privação de liberdade

---

<sup>42</sup> Art. 2º Portaria 2391/GM.. Definir que a internação psiquiátrica somente deverá ocorrer após todas as tentativas de utilização das demais possibilidades terapêuticas e esgotados todos os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistencial, com a menor duração temporal possível.

<sup>43</sup> Zemischlany Z, Melamed Y. The impossible dialogue between psychiatry and the judicial system: a language problem. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2006;43(3):150-8.

contra a vontade do interessado, e de que, por outro lado, o indivíduo portador de anomalia psíquica é uma pessoa física titular de direitos fundamentais.<sup>44</sup>

Carlos Carranza Casares reforça a natureza constitucional da internação psiquiátrica involuntária.

A retenção de uma pessoa com transtornos mentais contra sua vontade e em condições que impeçam de andar por sua própria vontade, como pode ocorrer em um hospital psiquiátrico, resulta na equiparação da clássica privação de liberdade. Nesta ordem de ideias, a Corte Suprema desde 1928 tem admitido a impetração de Habeas Corpus para proteger o direito de não ser detido por causa de enfermidade mental sem ordem de juiz.<sup>45</sup>

Assim, a natureza da internação involuntária é complexa, mesmo sendo considerado um tratamento, ato médico, ou forma de restrição ao direito de liberdade, é imprescindível examiná-la como um todo, ressaltando sua relação estreita com o direito fundamental à liberdade e direito à saúde.

E quanto a este aspecto da liberdade, ressalva Paulo Bonavides:

Os direitos da primeira geração ou ‘direitos de liberdade’ tem por titular o indivíduo, são oponíveis ao Estado, traduzem-se como faculdade ou atributos da pessoa e ostentam uma subjetividade que é seu traço mais característico. Enfim são direitos de resistência ou de oposição perante o Estado.<sup>46</sup>

A Constituição Federal não tratou da limitação ao direito de liberdade produzida pelo internamento psiquiátrico involuntário, no entanto convém examinar que o texto constitucional estabelece hipóteses excepcionais de privação a liberdade.

A Constituição brasileira é diferente da Portuguesa, onde esta no art. 27, 3, ‘h’ excepciona o direito de liberdade, permitindo o internamento psiquiátrico no país, desde que efetuado em estabelecimento terapêutico adequado, decretado ou confirmado por autoridade judicial competente. Vejamos:

Artigo 27.º - Direito à liberdade e à segurança  
 1. Todos têm direito à liberdade e à segurança.  
 3. Exceptua-se deste princípio a privação da liberdade, pelo tempo e nas condições que a lei determinar, nos casos seguintes:

<sup>44</sup> ANDRADE, José Carlos Vieira de. O internamento compulsivo de portadores de anomalias psíquicas na perspectiva dos direitos fundamentais, in A lei da saúde mental e o internamento compulsivo, Coimbra: Coimbra Editora, 200, p.78

<sup>45</sup> CASARES, Carlos A. Carranza. Salud mental y derechos a concretar, Buenos Aires: Editorial de la Universidad Católica Argentina, 2007, p74.

<sup>46</sup> BONAVIDES, Paulo. Curso de direito constitucional, 13 ed, São Paulo, Malheiros, 2003, p 563-564

h) Internamento de portador de anomalia psíquica em estabelecimento terapêutico adequado, decretado ou confirmado por autoridade judicial competente.<sup>47</sup>

A nossa Constituição Federal de 1988, como regra geral, há o respeito ao direito à liberdade, e trata como exceções as prisões penais, processuais, civis e disciplinares sem o texto fazer referência a internação involuntária, sendo certo que esta modalidade de restrição da liberdade não se realiza por motivos penais, inadimplemento de obrigação alimentar, e muito menos por pretextos administrativos, não podendo ser enquadrada como espécie de prisão.

Coube a Lei nº 10.216/01 a instituição e a regulamentação da internação psiquiátrica involuntária que em poucos artigos dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental.

A Lei Federal está em dissonância em relação aos parâmetros constitucionais que estabelecem as possibilidades de restringir direitos fundamentais, visto que a Carta Maior não autoriza a internação psiquiátrica involuntária e também não permite expressamente que a Lei nº 10.216/01 trate sobre restrição de direitos de pessoas com transtornos mentais.

Não se quer dizer que a norma é inconstitucional, pois mesmo sem indicações acerca da ausência de leis que autorizem expressamente e especificamente a internação psiquiátrica involuntária, outros fundamentos constitucionais permitem a validade da referida Lei nº 10.216/01.

Como bem explicita Gustavo Pinheiro (2010, p. 76), embora a Lei nº 10.216/01 não tenha autorização constitucional expressa para restringir o direito à liberdade dos pacientes psiquiátricos involuntários, é notório que as internações sem consentimento somente pode existir diante, dentre outros fatores posteriormente examinados, da possibilidade de danos para si ou para terceiros, ou seja, violação a direitos fundamentais próprios (tentativa de suicídio, por exemplo) ou de outrem (vida, integridade física, propriedade)

---

<sup>47</sup>

Disponível em

<<http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx#art27>> acessado dia 06/10/2014

Gilmar Ferreira Mendes (2002, p. 240):

A possibilidade de uma colisão legitimária, assim, o estabelecimento de restrição a um direito não submetido a uma reserva legal expressa. [...] nesses casos, o legislador pode justificar sua intervenção com fundamentos nos direitos de terceiros ou em outros princípios de hierarquia constitucional.<sup>48</sup>

Desta forma, embora a lei nº 10.216/01 não tenha autorização constitucional expressa ou delegação constitucional, a norma tem garantida sua constitucionalidade em virtude da possibilidade de causar danos à própria pessoa acometida pela doença mental, violando direitos fundamentais, como direito à vida, como também pode violar o chamado “direito dos outros”, pois o doente que sofra de transtornos mentais pode vir a comprometer a sua integridade física ou a de terceiros.

### 3.4.2. Análise da nomenclatura ‘saúde mental’

Conceitos em Saúde Mental ainda carregam em si certa insuficiência, haja vista a própria multiplicidade do fenômeno estudado. Pondera-se que:

[...] a conceituação em saúde mental é marcada por muito caminhos, cada um deles se oferecendo para instituí-la, mas nenhum deles podendo dar conta da liberdade de abstração necessária, dos nós ideológicos, das heranças (sejam materialistas ou as fenomenológicas) que produzem as nomeações para a saúde e a doença.<sup>49</sup>

A Organização das Nações Unidas – ONU, ao declarar em 1991 os “Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental” utilizou a expressão usuário para designar aquela pessoa que esteja recebendo assistência à Saúde Mental, incluindo todas aquelas admitidas a um estabelecimento de saúde mental, vocábulo muito difundido entre os profissionais de Saúde Mentais brasileiros, mas que não deixa de confundir, pois é certo que a expressão usuário também é utilizada especificamente para designar aquela pessoa que faz uso de drogas ilícitas.<sup>50</sup>

Gavin Davidson, Maura McCallion e Michael Potter noticiam que a Irlanda do Norte, assim como ocorre em diversos outros países, também considera relevante a questão

<sup>48</sup> Resta evidente que a colisão dos direitos fundamentais que podem ser em sentido estrito ou amplo, com o sacrifício mínimo dos direitos contrapostos, autoriza o legislador, em consideração à unidade da Constituição e à sua ordem de valores, a emitir regulação restritiva de um dos direitos envolvidos no conflito, que, contudo, jamais poderá ocorrer de maneira absoluta. (PINHEIRO 2010, p 77)

<sup>49</sup> FERNANDES, 1999 p. 95)

<sup>50</sup> “Usuário” significa uma pessoa recebendo assistência à saúde mental, incluindo todas as pessoas admitidas em um estabelecimento de saúde mental; (ONU 1991)” Disponível em:

<http://www.mp.ap.gov.br/arquivos/IForum/arquivos/protecaopessoatm.pdf> acessado dia 08/10/2014

da terminologia referente a pessoa portadora de transtornos mentais, sendo apontadas as seguintes possibilidades: paciente, cliente, usuário, consumidor e pessoa com necessidades em Saúde Mental. (DAVIDSON, 2003, p.15).

A concepção inovadora da Lei da Reforma Psiquiátrica é falha quanto a ausência da definição de “transtorno mental”, lacuna que o Projeto de Lei nº 6.13/01, de autoria do deputado federal Jutahy Junior, PSDB-BA, pretende suprir, acrescentando o parágrafo único ao artigo primeiro do comentado dispositivo legal, nos seguintes termos “transtorno mental para o fins desta lei, significa enfermidade psíquica em geral e substitui a expressão ‘alienação mental’ e quaisquer outras designações legais relativas à mesma classificação. O referido Projeto de Lei atualmente está arquivado desde 2012 pela Mesa Diretora da Câmara dos Deputados

A Lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em ‘Saúde Mental’.

De acordo com o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (2012), a Portaria nº 336, de 19/02/2002, do Ministério da Saúde, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e o modelo assistencial em saúde mental, definindo o contexto do atendimento aos dependentes de drogas na rede pública de saúde, através dos Centros de Atenção Psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, como unidades de serviço tanto no atendimento das pessoas com transtornos mentais como de pessoas com transtornos decorrentes do uso prejudicial e dependência de substâncias psicoativas.<sup>51</sup>

### **3.4.3 O procedimento da internação involuntária pela lei 10.216/01**

Ao tratar das internações psiquiátricas ressalta-se que a maioria dos países que tenham desenvolvido legislações específicas para tratamentos involuntários, não definiu orientações contemplando em sua totalidade os procedimentos, critérios, condições e patologias que sejam aceitas sem contestações a pedido de terceiro.<sup>52</sup>

---

<sup>51</sup> “ A Política Estadual orienta os municípios a proporcionarem atenção às pessoas com sofrimentos em saúde mental, álcool e outras drogas. Incentiva a criação de novos serviços em rede e o fortalecimento dos existentes, com base nas Portarias MS: 224/92, 336/02, 1612/05, 189/02”:( PPA 2009)

<sup>52</sup> Estados Unidos e Canadá

De acordo com a Lei ordinária nº 10.216/01, podemos considerar que as internações voluntárias ou involuntárias são adequadas quando médico e os profissionais da saúde admitem, ou corroboram.

Confira-se a redação de parte dos referido artigo da a lei ordinária, *ipsis litteris*:

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.

Outro ponto de interesse diz respeito ao fim do tratamento via internação involuntária. Além do evento de alta médica, fica claro na lei que os responsáveis legais têm o direito de retirar o paciente, o que é lógico visto que se um indivíduo tem a capacidade de discernimento preservada, ele pode aceitar se tratar ou não, alternativa possível caso o paciente não esteja correndo risco de vida.

A internação involuntária existe em psiquiatria porque tal capacidade por vezes falta ao paciente. Quando isso ocorre, alguém toma em suas mãos as deliberações sobre a vida dele, analogamente ao caso das pessoas interditadas e a lei brasileira é clara ao dizer quem assume tal papel, no artigo 1.775 do Novo Código Civil:

O cônjuge ou companheiro, não separado judicialmente ou de fato, é, de direito, curador do outro, quando interdito.

§ 1º - Na falta do cônjuge ou companheiro, é curador legítimo o pai ou a mãe; na falta destes, o descendente que se demonstrar mais apto.

§ 2º – Entre os descendentes, os mais próximos precedem aos mais remotos.

§ 3º – Na falta das pessoas mencionadas neste artigo, compete ao juiz a escolha do curador.

As consequências advindas de tal internação involuntária, inexoravelmente, reflexivas no âmbito civil, gerando, sem sombra de dúvidas, a perda da capacidade e das liberdades, tornando defesa a manifestação de vontade no que concerne a aderir ou a recusar o tratamento psiquiátrico imposto pela família que acaba decidindo sobre um parente com transtorno mental.

A internação involuntária, que é modalidade excepcional de tratamento só deve ser admitida quando for a única forma de garantir a submissão ao tratamento do internado, e jamais deve ser feita como medida de simples restrição de liberdade.

KRAUNT (2000) afirma alguns princípios e garantias na internação involuntária como a possibilidade de existir reais danos para si ou para terceiros; o tratamento psiquiátrico prescrito deve considerar imprescindível a internação, por não existir alternativas terapêuticas mais eficazes e menos restritivas; o direito a habeas corpus de modo que o internado possa recorrer ao órgão judicial para que num prazo breve se pronuncie pela legalidade de sua privação de liberdade; e a garantia que a reclusão involuntária não deve se constituir, per si, um motivo suficiente para restringir a capacidade legal.

As instituições psiquiátricas não podem ser instrumento de cerceamento de liberdade e de opressão. É necessário manter o respeito aos direitos humanos, a fixação de critérios objetivos para o tratamento involuntário, o trabalho clínico para que a paciente saia do tratamento e retorne à voluntariedade. Essas são as diretrizes que devem nortear qualquer trabalho médico na psiquiatria, harmonizando-se com a ética e com o humanismo.<sup>53</sup>

Cabe a reflexão de que a intervenção da Lei nº 10.216/01, à luz do texto constitucional, garante um mínimo de proteção se alguém precisar e quiser utilizar a rede de proteção disponível, e também garante aos familiares do doente fazer pelo parente doente a internação caso as pessoas portadoras de transtornos mentais não a queira.

O tratamento obrigatório, isto é, imposto ao paciente, é uma situação-limite para os profissionais da saúde. Os médicos, de acordo com seu código de ética, só estão autorizados a impor uma conduta terapêutica contra a vontade do paciente em casos explícitos de iminente risco de vida. Portanto, é uma medida heroica, cuja justificativa ética sustenta-se na defesa concreta e objetiva da vida em situação de risco imediato.

A internação involuntária deve ser realizada apenas quando existe situação de risco iminente para o paciente ou para terceiros. Sua regulamentação está presente nas legislações de diversos países, e consta da ‘Declaração de Princípios das Nações Unidas sobre a Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e a Melhoria da Assistência em Saúde

---

<sup>53</sup> PÔRTO, isabel maria salustiano arruda. a implementação da reforma psiquiátrica em fortaleza, ceará: contexto, desafios e perspectivas. 2010. 163 f. Tese (Mestrado em Ciências da Saúde) – Curso em Saúde Pública, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ, Ceará, 2010

Mental', de dezembro de 1991. Esse tipo de internação só pode ocorrer mediante interferência da família juntamente com determinação médica, mas isso não basta: precisa ser comunicada ao Ministério Público, que a submeterá a um órgão de revisão uma comissão multidisciplinar, para assegurar ao paciente o direito ao contraditório e para verificar a real necessidade da medida.

O que se deseja, com essas ressalvas, é garantir ao paciente, nos casos extremos em que a internação involuntária for necessária, o direito de revisão e acompanhamento. Quando bem indicada, uma internação involuntária frequentemente passa a ser aceita pelo paciente e torna-se voluntária, pois sempre passa pelo crivo da comissão revisora.

É preciso aperfeiçoar esse mecanismo em nosso país, porque ele não apenas protege os direitos do paciente, mas impõe uma qualificação permanente dos serviços públicos de saúde mental.<sup>54</sup>

Se observar o choque de princípios das quais estão garantidos na Constituição (liberdade x saúde), o indivíduo tem direito à liberdade, e caso não queira se tratar de qualquer doença, poderá, a seu critério, não buscar ajuda. Ocorre que, à luz dos princípios fundamentais do Estado Democrático de Direito e da Constituição Federal de 1988 fundada sempre na dignidade da pessoa humana, deve-se priorizar o direito à vida e à saúde, em casos específicos que, a depender do quadro que o indivíduo apresenta, por exemplo, não tendo mais o pleno discernimento para fazer escolhas, deverá ele ser protegido de todas formas, e um dos mecanismos de proteção, sem dúvidas, é o que fornece um tratamento adequado para sua doença, sendo necessário realizá-lo mesmo sem o querer do paciente.

#### **3.4.4. Lei 10.216/01 ampliada aos dependentes químicos**

Embora, em tese, a Lei nº 10.216/01 trate exclusivamente de transtornos mentais, hoje este diploma é utilizado na justificativa das internações de dependentes de drogas e alcoolistas pela total ausência de um programa, ou política, ou legislação específica para esses dependentes.

É de suma importância salientar, que ao tratar do usuário dependente, aquele que se amolda na possibilidade de internação, ou seja, aquele usuário que não possui resquícios de domínio próprio, saúde psicológica e física e não do usuário dependente que ainda de

---

<sup>54</sup>

certo modo possui domínio sobre seus atos. Hodiernamente já há precedentes de tribunais estaduais condizentes com o risco à saúde física e mental que dependentes de álcool e outras drogas vêm adquirindo com o passar do tempo<sup>55</sup>

A Lei da Reforma Psiquiátrica nº 10.216/01 buscou transformar as práticas antimanicomias e garantiu não só os portadores de transtornos mentais, mas também aos usuários de álcool e outras drogas a universalidade de acesso e direito a assistência, valorizando a territorialização do atendimento, edificando redes assistenciais com vistas à reinserção social e ressocialização dos usuários (PINHO, 2009).

Entende-se hoje que as internações pela Lei da Reforma Psiquiátrica não são mais lugares de segregação social. As clínicas passaram processo complexo em que houve a transformação do imaginário social sobre as doenças mentais, e que a busca pelo tratamento significa desejo pelo direito à vida.<sup>56</sup>

No campo da assistência à saúde mental, desde a implantação do SUS até a aprovação da Lei nº 10.216 em 2001, inúmeras transformações das práticas e saberes foram desenvolvidas, garantindo aos usuários de serviços de saúde mental e, conseqüentemente, aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, a universalidade de acesso e direito à assistência, bem como à sua integralidade, valorizando a territorialização do atendimento, a partir da estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, configurando redes assistenciais mais adequadas às variadas demandas desse segmento da população, como assistência à saúde, benefícios sociais, esporte, lazer, cultura, moradia, trabalho, e educação.

---

<sup>55</sup> AGRAVO DE INSTRUMENTO. OBRIGAÇÃO DE FAZER. LIMINAR. INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA DE DEPENDENTE QUÍMICO MAIOR, A PEDIDO DA MÃE. Legitimidade ativa caracterizada, nos termos do artigo 6º, inciso II, da Lei nº 10.216/2.001. Obrigação do Município decorrente do artigo 3º da Lei nº 10.216/2.001, expressamente prevê ser responsabilidade do Estado, além do desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais. Internação cabível, mesmo diante da ausência de laudo médico atual, diante da inviabilidade de se consegui-lo em tempo oportuno, dada a condição de agressividade e crises que apresenta o filho da autora, inclusive com risco à segurança desta. Ademais, o parecer acostado é contemporâneo ao ajuizamento, cuja pretensão tardou em ser analisada por questões de competência, a que a autora não ensejou. Previsão no inciso III do artigo 1.767 do Código Civil de que os deficientes mentais, os ébrios habituais e os viciados em tóxicos estão sujeitos a curatela. Determinada a intervenção do Ministério público no processo, o que supre de momento a necessidade de proteção dos direitos do dependente químico, isso porque imprescindível o devido contraditório. Decisão reformada. Recurso provido. (TJ-SP - AI: 20322362020138260000 SP 2032236-20.2013.8.26.0000, Relator: Oswaldo Luiz Palu, Data de Julgamento: 02/04/2014, 9ª Câmara de Direito Público, Data de Publicação: 02/04/2014)

<sup>56</sup> AMARANTE, 2004.

O que se observa no País é uma extensa judicialização das internações psiquiátricas, sob a pressão da gravidade dos casos associados ao consumo de drogas. Não se pode, porém, banalizar a internação da Lei nº 10.216/01 realizada contra a vontade do paciente apenas usando o argumento da gravidade da situação clínica e social que afeta pessoas que consomem droga.

Pondera Gustavo Henrique de Aguiar (p. 86):

Toda internação psiquiátrica involuntária, por suas características híbridas – jurídicas e médicas – está permanentemente sob a vista do Ministério Público e do Poder Judiciário. Sem nenhum desrespeito aos médicos, até por que isso é realidade na maior parte do mundo, um psiquiatra não pode deliberar sozinho pelas duas partes acima aludidas (acusador e julgador), presentes na natureza da IPI, pois é evidente que a parte jurídica, a envolver a disciplina dos direitos fundamentais, exige a atuação de um magistrado, que examine imparcialmente, não tanto a parte clínica, mas sim a constitucionalidade da restrição ao direito fundamental à liberdade.

São divergentes as opiniões acerca da melhor forma de tratamento aos dependentes, mas todos defendem que alguma intervenção terapêutica é sempre melhor do que a omissão, e que é possível o tratamento. O sucesso desta iniciativa, como qualquer intervenção médica responsável, depende do acerto entre a medida usada e as necessidades do paciente. Qualquer atividade de atenção e reinserção social exige a observância de princípios legais, como o respeito ao dependente de drogas ou do álcool, a definição de projeto terapêutico individualizado e o atendimento, ao doente e a seus familiares, por equipes multiprofissionais.

Esta alternativa, de caráter extrema e somente utilizada na via subsidiária, deve ser sopesada por equipe profissional habilitada, de acordo com o grau de dependência do paciente, a gravidade dos transtornos que ele apresenta suas peculiaridades socioculturais, o nível de comprometimento familiar na busca da cura, e a insuficiência de medidas de tratamento anteriores.

Se for feito um tratamento somático e psicossocial bem ajustado, no plano doméstico ou ambulatorial, este sim é capaz de manejar a fissura, orientar sobre as possíveis recaídas e inibir o uso das drogas ilícitas, como também das lícitas, a exemplo, o álcool, e recuperar pessoas.

A busca imediata pelo tratamento do alcoolismo, se não for feita de forma minuciosa, poderá ser mal sucedida e não trazer resultados positivos. A internação inclusive

poderá ser a primeira e única escolha evocada pela família como solução para tratar o parente alcoolista.

A grande indagação que se faz é em relação ao alcoolismo é será ser possível e oportuno escolher a internação involuntária como via de tratamento para alcoólatras?

#### **4. A INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA AMPLIADA AOS CASOS DE ALCOOLISMO**

Primeiramente é necessário distinguir a diferença entre a ação aguda do álcool e de qualquer droga produtora de dependência e as adaptações neurofisiológicas que ocorrem ao longo do processo de uso continuado. A ação dessas substâncias, nos processos cognitivos, motivacionais, e comportamentais tornam a dependência uma situação patológica da qual é muito difícil sair. Portanto existe uma interação entre a biologia da ação da droga e os processos comportamentais patológicos que tornam a interrupção do uso mais difícil. (BRASIL 2006, p 44)<sup>57</sup>

Como já exposto em linhas anteriores, ‘se a embriaguez houver evoluído para um quadro patológico, aniquilando a capacidade de autodeterminação do viciado, nesse caso, devera ser tratada como doença mental, ensejadora de incapacidade absoluta’<sup>58</sup>

O vício do álcool já é reconhecido desde 1967 pela OMS (Organização Mundial da Saúde) como uma doença pela Classificação Internacional das Doenças (CID-8), a partir da 8ª Conferência Mundial de Saúde<sup>59</sup>. No CID-8, os problemas relacionados ao uso de álcool foram inseridos dentro de uma categoria mais ampla de transtornos de personalidade e de neuroses. Para prejuízos crônicos do consumo pesado do álcool os resultados são piores, possivelmente por outros fatores associados, como por exemplo, cirrose hepática, que pode

---

<sup>57</sup> Disponível em [http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2010/anexo\\_diretrizes\\_em\\_saude\\_mental.pdf](http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2010/anexo_diretrizes_em_saude_mental.pdf) acessado em 08/10/2014

<sup>58</sup> STOLZE, 2002.

<sup>59</sup> (2) Disponível em: <<http://www.alcoolismo.com.br/artigos/historia.htm>> Acesso em: 03/10/2014

estar relacionada, além do consumo de álcool, com hepatites virais, deficiências nutricionais, segundo o Relatório Anual da OMS.<sup>60</sup>

O alcoolismo é uma doença crônica, caracterizada pela perda do controle sobre beber, causado por uma anormalidade biológica pré-existente e que tem um curso progressivo previsível. Os transtornos causados hodiernamente pelo álcool são grandes, como bem destacou Haroldo Caetano da Silva:

[...] sendo o álcool uma droga historicamente consumida e o seu uso um hábito socialmente aceito, inclusive estimulado por criativos meios de publicidade por todos os meios de media[SIC] – diversamente do que ocorre com outras drogas, cujo comércio e consumo configuram prática ilícita – é muito frequente o vício do alcoolismo, a ponto de tornar-se "um dos problemas mais inquietantes que se apresentam atualmente em todos os países civilizados", verdadeiro problema de saúde pública, com reflexos nefastos para aquele que ingere a bebida alcoólica, e também com consequências outras, não menos graves, de caráter social, econômico e jurídico (SILVA, 2004, p. 41).

Para atenuar os graves danos pessoais, interpessoais, e que atinge diversos setores do serviço público, é necessário angariar esforços para o combate ao alcoolismo, colocando-o em conformidade com princípios de direitos humanos, requerendo e buscando uma ênfase no espírito fundamental do Ordenamento Jurídico do País, principalmente com o que precípua a Constituição, visando sempre a dignidade da pessoa humana.

Hodiernamente há precedentes jurisprudenciais pátrios que entendem cabível a internação involuntária a depender do quadro do alcoolista.<sup>61</sup>

#### 4.1. Viabilidade da internação

<sup>60</sup> OMS, 2014. Disponível em [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1) acessado dia 05/10/2014

<sup>61</sup> APELAÇÃO CÍVEL AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER- Internação compulsória de dependente químico e em álcool em clínica especializada às expensas da Municipalidade Autora que promoveu ação contra a Municipalidade e seu filho Sentença que indeferiu liminarmente a inicial, por ilegitimidade ativa da autora - O fato da autora ser genitora de dependente químico e alcoólatra, confere-lhe legitimidade para postular a internação do filho em Juízo, pois ainda que o mesmo seja maior e não tenha sido declarado incapaz judicialmente, é fato notório que pessoas dependentes de drogas e de álcool não tem discernimento para se internarem voluntariamente em clínica especializada para tratamento Inteligência dos arts. 3º e 6º da Lei Federal nº 10.216/2001 e art. 11 do Decreto Federal nº 24.559/1934 O bem jurídico que se visa tutelar é a saúde, a integridade física e mental, e a própria vida assegurado a todo cidadão decorrente do dever do Estado em sentido genérico, e consagrado constitucionalmente como direito fundamental da dignidade da pessoa humana (inciso III do art. 1º da CF) Legitimidade da autora, ora genitora, reconhecida Precedentes - Sentença de extinção do feito afastada - Recurso da autora provido para o fim de afastar o indeferimento da petição inicial, com o retorno do feito à origem para prosseguimento. (APL 267465720118260053 Relator(a): Maria Laura Tavares Julgamento: 13/02/2012 Órgão Julgador: 5ª Câmara de Direito Público Publicação: 27/02/2012)

A OMS recomenda que as autoridades do Estado encarem o assunto como questão de saúde pública, ensejando diversas tentativas para que se possam amenizar os problemas que a dependência gera, buscando meios de tratamento a nível clínico e laboratorial. (OMS 2001 p.121-123)

Segundo a Secretária Nacional Antidrogas (2006):

O alcoolismo, termo antigo e de significado variável, refere-se a um padrão crônico e continuado de ingestão de álcool, ou mesmo periódico, e que é caracterizado pelo comprometimento do controle sobre a ingestão, frequentes episódios de intoxicação e preocupação com o álcool e seu uso, apesar das consequências adversas.<sup>62</sup>

Em um quadro mais elevado a dependência das drogas ou do álcool assume total controle sobre a vida do usuário, impedindo que tome qualquer decisão contrária à dependência. O dependente se torna totalmente incapaz de dominar suas vontades, colocando em risco sua própria vida, de seus familiares e da sociedade em sua volta.

Pode-se buscar o tratamento do alcoolismo através do emprego de entrevistas motivacionais, intervenções breves e abordagens cognitivo-comportamentais, ou até com uso de medicamentos.

A grande variedade de propostas de tratamento para dependência de álcool e outras substâncias decorre da evolução conceitual, advinda dos resultados das pesquisas sobre sua etiologia, e como estes são assimilados nas diversas culturas (LINDSTROM 1992, p.373). Como a etiologia da dependência é multidimensional o diagnóstico e os outros tratamentos variam em função da importância atribuída a cada uma destas dimensões.

O tratamento do dependente químico está fundamentalmente ligado à cultura e política, do tipo de substância utilizada; da motivação e predisposição biológica do indivíduo, além da participação de sua família e dos grupos sociais que permeia. Sendo um fenômeno tão complexo, depende também de uma boa avaliação inicial de cada caso pelo serviço que, por meio de um diagnóstico cuidadoso, possa estabelecer um parâmetro adequado com os vários tipos de tratamento existentes<sup>63</sup>

---

<sup>62</sup> Disponível em:

<[http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/senad/glossario\\_de\\_alcool\\_drogas.pdf](http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/senad/glossario_de_alcool_drogas.pdf)> acessado dia 05/10/2014

<sup>63</sup> Revista imesc nº3 2001, pp 73-86

Embora os problemas relacionados ao uso do álcool datem da Antiguidade, as intervenções mais antigas eram religiosas, ritualísticas ou com encaminhamento para os antigos e punitivos asilos de pacientes “inebriados”. (HUNT 1993). Os tratamentos especializados para os alcoolistas só apareceram muito mais tarde e foram eles em geral dirigidos a casos crônicos e graves com ênfase no modelo médico.

É importante afirmar que foi durante a primeira metade do século XIX, que se desenvolveu o conceito de doença em relação ao álcool. Foi nos Estados Unidos que começaram a aparecer as primeiras instituições exclusivas aos alcoólatras (PINHO, 2009).

A doutrina mundial especializada, e em grande parte a jurisprudência de países como Estados Unidos, faz questão de reconhecer inicialmente a internação psiquiátrica como um direito do paciente, e que para se justificar necessita compulsoriamente se mostrar como um meio terapêutico humano, eficiente, breve e sob constante revisão, considerando Eduardo José Cárdenas que o *primeiro direito de um enfermo mental que necessita se internar é poder fazê-lo* (CÁRDENA, 1985 p.28)

Como já fora exposto, além de hoje haver precedentes jurisprudenciais nacionais que entendem cabível a internação involuntária a depender do quadro do usuário, há também legislação de outros países que tratam sobre este tipo de intervenção aplicável aos dependentes de drogas ilícitas ou lícitas.

Como exemplo de lugar que adota a internação para caso de dependentes químicos, doze estados norte-americanos, dentre eles a Califórnia, possuem leis específicas sobre a internação compulsória ou involuntária. Outro exemplo é o Canadá que tem legislação permitindo o tratamento forçado de viciados em heroína<sup>64</sup>. O *Heroin Treatment Act* foi aprovado na província de British Columbia em 1978. A lei foi contestada na Justiça, mas foi mantida posteriormente pela Suprema Corte. A Austrália possui legislação que permite aos juízes condenar ao tratamento compulsório dependentes de drogas que cometeram crimes. A Nova Zelândia também tem legislação que permite à Justiça ou à família internar um dependente compulsoriamente.<sup>65</sup> A Suécia possui o *Act on the Forced Treatment of Abusers*, que permite a internação compulsória de dependentes que

---

<sup>64</sup> Disponível em <<http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/c-38.8/>> acessado dia 08/10/2014

<sup>65</sup> Na Suécia, por exemplo, país tido como modelo na questão das drogas, há uma espécie de Justiça Terapêutica na previsão legal de obrigar pessoas que representem uma ameaça à própria saúde e à de terceiros a se submeterem a até seis meses de internação. <<http://www12.senado.gov.br/noticias>>

representem riscos para si próprios ou para terceiros; a lei é utilizada principalmente para menores civilmente.<sup>66</sup>

Entre os séculos XIX e XX que alguns grupos sociais assumiram o papel de demoverem ou dissuadirem os indivíduos de usarem drogas, no caso: bebidas alcoólicas, constituindo o alicerce do Movimento de Temperança. As ações destes grupos não se resumiam à organização de “casas de sobriedade” para os que desejassem parar de beber, mas também pregavam, por meio de panfletos, palestras, conversas de casa em casa, a abstinência em relação ao álcool. Este movimento impulsionou também a transformação legislativa, devido à grande pressão política para a aprovação de medidas que restringissem o acesso ao álcool. (CARLINI COTRIM, 1998).

Verificou-se um índice de uso de álcool preocupante, principalmente entre os homens. Tal dado indica a necessidade do preparo adequado do grupo de enfermagem, não só para a realização de intervenções específicas como também para orientar a população usuária dos serviços quanto à sua vulnerabilidade para desenvolver quadros clínicos de dependência e/ou suas consequências.<sup>67</sup>

No Brasil, cabe perscrutar a respeito da forma involuntária de internação que a Lei da Reforma psiquiátrica trouxe a fim de se verificar até quando as pessoas acometidas de doença mental permanecem gerindo suas vidas, bem como, no caso de impossibilidade, de que forma são assistidas ou representadas na ordem civil e na relação com a unidade hospitalar.

Os tratamentos para dependência química no Brasil acompanham a tendência mundial, e o que temos hoje em alguns serviços especializados que desenvolvem pesquisas sobre a efetividade das intervenções, é a utilização de psicoterapias mais breves. ( Formigoni 1992. Formigoni & Neumann 1993 ; Marques 1997)

Nos últimos anos, tem se intensificado a procura por tratamento de intervenção a dependentes químicos como a última opção dos que procuram a recuperação. A lei que autoriza, em todo o país, a internação de pessoas portadoras de transtornos mentais,

---

<sup>66</sup> Disponível em < <http://www.policiacomunitariadf.com/internacao-compulsoria-de-dependente-quimico/#sthash.e1uNrncr.dpuf>> acessado dia 08/10/2014

<sup>67</sup> Luis MAV, Luneta ACF. Álcool e outras drogas: levantamento preliminar sobre a pesquisa produzida no Brasil pela enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem 2005 nov/dez; 13 (n esp): 1229-30

redirecionando o modelo assistencial em saúde mental é a 10.216, de 6 de abril de 2001, Lei da Reforma Psiquiátrica.

Como já fora exposto anteriormente sobre o alcoolismo, a depender do quadro de saúde da pessoa, como no estágio de doença-crônica, afetando diretamente as funções mentais do indivíduo, pode buscar a internação da lei federal para tratar do alcoolista.

Com a promulgação da 10.216/01, depois de mais de doze anos tramitando no Congresso, o tema dos direitos humanos é colocado no centro do debate da reforma psiquiátrica, e foi visto, conforme consta no Relatório da III Conferência sobre saúde mental, como um “poderoso instrumento para a conquista da cidadania dos usuários e familiares”. Aliás, cidadania é um dos principais enfoques da Reforma Psiquiátrica no Brasil. (PINHEIRO, 2010, P. 34)

A dependência química em muitas situações implica num padrão de uso compulsivo de substâncias tão intenso que é necessário levar o paciente contra sua vontade para tratamento especializado. As alterações psicobiológicas e comportamentais comprometem de tal forma as funções cognitivas que somente a "força de vontade" e determinação para mudança podem não ser suficientes e isso se manifesta de diversas formas, desde a recusa no tratamento, minimização e racionalização da problemática do adicto ou a própria falência da abordagem terapêutica ambulatorial.

O relatório da Organização Mundial da Saúde sobre Saúde Mental, “Nova Concepção, Nova Esperança” (OMS 2001 p. 121)

O reconhecimento precoce de problemas de consumo de bebida, a intervenção precoce em face de tais problemas, as intervenções psicológicas, o tratamento dos efeitos nocivos do álcool (inclusive sintomas de abstinência e outras consequências médicas), o ensino de novas aptidões para fazer face a situações associadas com alto risco de consumir bebida e de sofrer recorrência, a educação da família e a reabilitação são as principais estratégias de eficácia comprovada para o tratamento de problemas relacionados com a dependência de álcool e outras substâncias.

Conforme o próprio relatório da Instituição mundial é possível realizar a intervenção psicológica aos dependentes de álcool ou outra substância. Conforme o entendimento da Organização Mundial de Saúde, ora exposto, os problemas advindos do consumo de bebida são tão grandes que as intervenções psicológicas são aplicáveis, e algumas vezes bastante eficazes, evitando que a pessoa cause dano a si, ou qualquer outra envolvida ou não com o doente.

O Estado busca um tratamento eficaz por meio de médicos, juízes, policiais ou assistentes sociais e não dispõe de autorização sem limites para impor um tratamento e privar de liberdade os consumidores de drogas lícitas ou ilícitas. Os limites são de natureza jurídica, pois, no Estado Democrático de Direito, a liberdade é um bem inalienável e a democracia consiste justamente em estabelecer os limites da intervenção do Estado, com base na Constituição e nas leis.

Os numerosos estudos sobre o complexo problema do tratamento obrigatório para dependentes de drogas demonstram a baixa efetividade dos métodos coercitivos, se comparados a uma abordagem mais compreensiva, clínica, que leve em conta a vulnerabilidade social e os fatores culturais envolvidos. (DELGADO, 2012)

Todavia assim como o direito à liberdade é indisponível, também o é o direito à vida e à dignidade humana dos quais os dependentes químicos merecem receber, mesmo quando privados em clínicas de tratamento contra sua vontade.

O Estado já dispôs sobre os núcleos de atendimento aos quais os dependentes de álcool ou outras drogas devem procurar quando necessitarem de tratamento. Em 2002, o Ministério Público, por meio de Portaria, definiu normas e diretrizes para a organização de serviços que prestam assistência em saúde mental, tipo Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) incluídos aqui os CAPS voltados para o atendimento aos usuários de álcool e drogas, os CAPSad (BRASIL, 2003). A Portaria SAS nº 189 de 20 de março de 2002 regulamenta a Portaria GM nº 336, criando no âmbito do SUS os serviços de atenção psicossocial para o desenvolvimento de atividades em saúde mental para pacientes com transtornos decorrentes do uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003).

Feito essas considerações, observa-se com o avanço dos tempos, dos novos estudos e das pesquisas referentes às consequências que o consumo da bebida alcoólica causa, é possível a confirmação que alcoolismo é uma doença crônica e que pode levar o indivíduo a um sério estado de saúde, correndo risco de vida, e que a depender da intensidade do consumo, poderá atingir as funções orgânicas e mentais do usuário.

Somente quando este quadro de saúde é diagnosticado, e já houver exaurido outras possibilidades de remediar a situação, só após isso é possível realizar a internação involuntária do alcoolista. Neste caso é a família a principal responsável, caso entenda que o

problema é grave, em promover a internação do parente pela via involuntária, pois este indivíduo doente estará privado de continuar gerindo sua vida normalmente, e caso permaneça ingerindo a droga correrá inclusive risco de vida.

#### **4.2. Possível ineficácia do tratamento interventivo**

Após a exposição da viabilidade do alcoolista, acometido gravemente pela doença, estando debilitado mentalmente ou em estado de depressão afetando sua saúde mental, poderá ele ser submetido ao tratamento involuntário pela Lei da Reforma Psiquiátrica. Ocorre que por conta de diversos motivos e fatores, essa via de tratamento da qual, frisa-se, somente utilizada em última hipótese, não mostra na maioria das vezes resultados positivos, pois às internações ainda não se adequaram a real demanda que os usuários de álcool e drogas necessitam.

É complexa a questão da internação involuntária do alcoolista ou dependente químico e ela não deve ser resolvida apenas com base no critério do consentimento. Deverão ser levadas em conta as condições reais do paciente, para só então, se verificada a necessidade e a utilidade da medida, justificando a sua aplicação, baseada na saúde do portador de transtorno mental, alcoolista ou dependente químico, devendo levar em conta também a segurança de seus familiares, ou até de terceiros não envolvidos com o indivíduo.

Muitas vezes, essa parcela da sociedade que se envolveu com as drogas se encontra em situação de grande opressão e com enorme dificuldade de organização e articulação. A maioria não conseguiu ganhar expressão no chamado “universo jurídico” e receber a correspondente tutela dos órgãos destinados a garantir o acesso à justiça. E quando submetidos à internação pela Lei 10.216/01, os dependentes químicos nem sempre são consultados no planejamento de seu cuidado ou de seus planos de recuperação e em muitos casos recebem tratamento contrariamente à sua vontade, vide art. 6º II da referida lei federal.

Modernamente os usuários de substâncias entorpecentes estão sujeitos ao mesmo tratamento das pessoas com deficiência mental ou intelectual, às quais, a forma de abordagem e tratamento vem sendo realizada de maneira quase uniforme. E o tratamento interventivo a esses dependentes muitas vezes nem se adequa à real situação que doença os está atingindo, sendo, pois, desnecessária muitas vezes a internação em clínicas psiquiátricas.

Fora a incompatibilidade por vezes da internação aos alcoolistas, há nas instituições psiquiátricas violações aos direitos humanos, à integridade física e mental, e às liberdades de locomoção, expressão do pensamento e do acesso à informação.

Quando internadas, as pessoas podem ser submetidas por semanas, meses ou, às vezes, anos em hospitais psiquiátricos ou clínicas de tratamento de saúde, onde elas poderão vivenciar péssimas condições de vida e podem sujeitas a tratamentos desumanizantes e degradantes, incluindo violência e abuso. É crucial avaliar e melhorar a qualidade e a observância dos direitos humanos no que tange a realidade das clínicas psiquiátricas hoje existentes no país. Ainda hoje há violações de direitos humanos e discriminação vivenciada por pessoas com deficiência mental ou intelectual e com problemas relacionados ao abuso de drogas ocorrendo em estabelecimentos de saúde mental.

Como base no que se acaba de afirmar, têm-se como exemplo o relatório de “inspeção a locais de internação de usuários de drogas na Paraíba” realizado em 2011 que solicitou a adoção de eventuais providências em relação às denúncias de supostas violações de direitos humanos nas Casas terapêuticas de Internação de alcoolistas e outros viciados em drogas daquela localidade. As fiscalizações das unidades de internações de usuários de drogas na Paraíba serviram para qualificar a responsabilidade dos poderes públicos na implementação da Rede de Atenção de Psicossocial o atendimento de dependentes químicos.<sup>68</sup>

As pessoas que sofrem de transtornos mentais ou dependências químicas têm direito a um tratamento de saúde humanizado e adequado às suas necessidades, capaz de auxiliar no seu processo de inserção social e construção pessoal e familiar. Como destacado pela Organização Mundial da Saúde, no mundo todo, pessoas com deficiência mental ou intelectual e com problemas relacionados ao abuso de drogas estão sujeitas a atendimento de má qualidade e a violações dos seus direitos humanos.

Por vezes os diagnósticos são falhos sobre pessoas com tais deficiências – de que elas são incapazes de tomar decisões ou tomar conta delas mesmas, e de que elas são

---

<sup>68</sup> O procedimento de inspeção consistiu em entrevistas a pacientes e funcionários, registros fotográficos das condições de internação encontradas, além de seguir um roteiro baseado na Lei 10.216/01, Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 29 de 30 de junho de 2001, da ANVISA, que dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, Portaria nº 131/01/12 do Ministério da Saúde. Relatório Disponível em <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/relatorio-inspecao-locais-internacao-drogas-pb>> acessado dia 10/10/2014

perigosas ou objeto de piedade e assistência. A elas são negadas oportunidades de trabalho, de ter uma educação e de ter vidas independentes e realizadas na comunidade.

Mesmo com todas as transformações já ocorridas posteriormente a vigência da lei 10.216/01, serviços de saúde mental ainda falham na aplicação de programas aos casos concretos, resultando em taxas de sucesso ruins. O estigma associado a essas condições significa que pessoas vivenciam exclusão, rejeição e marginalização sociais.

Neste sentido, a redução de danos propõe uma visão sem estereótipos sobre o consumo de drogas, em que o diferencial está em coresponsabilizar e obrigar a sociedade a buscar soluções efetivas e dignas para o problema das drogas. (GONÇALVES, 2002).

Em meio às mudanças sociais contra o insucesso das internações realizadas em hospitais psiquiátricos, conhecido como ‘desinstitucionalização’ a Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011 institui uma 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. A Portaria redireciona a ideologia das internações psiquiátricas para o atendimento em meio à comunidade, para a inserção do usuário no seio da sociedade. Foram estabelecidos a partir de então os ambulatórios especializados, Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, como modelo a substituir o modelo asilar dos hospitais psiquiátricos. Conforme DANTAS (2009) ‘‘Embora tais centros continuem a institucionalizar o usuário, representam um avanço frente aos excessos contra a dignidade que representam os asilos psiquiátricos’’

### **4.3. A rede de serviços de saúde mental extra-hospitalar**

Com a promulgação da Constituição, em 1988, instituiu-se, logo após, o Sistema Único de Saúde e foram estabelecidas as condições institucionais para a implantação de novas políticas de saúde, entre as quais a de saúde mental. Houve a operacionalização desta Nova Política por meio da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem o seu funcionamento regulamentado pelas Leis nº 8.080/90 e 8.142/90.

Para Amarante, (1999 e 2003a), a Reforma Psiquiátrica se caracteriza enquanto processo social complexo, pois apresenta diferentes campos ou dimensões que estão inter-relacionados e se complementam. É um processo que está permanentemente em movimento.

As novas redes de atendimento para portadores de transtornos mentais ou dependentes químicos são fruto de reivindicação histórica do movimento de desinstitucionalização (antimanicomial), movimentos pautados na reforma intramuros das instituições psiquiátricas, comunidades terapêuticas, passando a um modelo centrado na comunidade e substitutivo ao modelo do hospital especializado:

O Estado deve, no enfrentamento das drogas, optar por políticas que patrocinem os direitos e garantias do cidadão e não por métodos que visem o cerceamento da liberdade, a limitação de direitos e o aniquilamento da subjetividade e individualidade do sujeito.<sup>69</sup>

Como já dito, a Lei nº 10.216/01 foi um dos grandes marcos da Reforma Psiquiátrica, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, entre eles os usuários de álcool e outras drogas, destacando que é responsabilidade do Estado o desenvolvimento de ações de assistência e promoção de saúde a esta população. Esta lei se direciona para a criação de uma rede assistencial baseada em dispositivo extra-hospitalares, ‘a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes’ (art. 4º 10.216/01).

Neste sentido, a Nova Política de Drogas, proposta pelo Ministério da Saúde, à luz da Lei nº 10.216/01, procura criar mecanismos de atenção integral dentro da perspectiva geral do SUS<sup>70</sup>. Esse novo redirecionamento significa a mudança do modelo de tratamento que antes em lugar do isolamento, agora feito com o convívio na família e na própria comunidade do sujeito.

Especificamente em relação às políticas sobre álcool e outras drogas, outro marco legislativo relevante é a lei Antidrogas, Lei nº 11.343/06 que prevê medidas para prevenção do uso, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas. Tal norma não se refere a “psicopatas toxicômanos” (como o Decreto Federal nº 24.559/1934), bem como não fala em “intoxicados habituais”. Pelo contrário, estabelece os ambulatórios especializados Centros de Atenção Psicossocial como modelo a substituir o modelo asilar dos hospitais psiquiátricos.

Os atendimento extra-hospitalares são feito pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em residências terapêuticas, ambulatórios, hospitais gerais, centros de convivência. As internações, quando necessárias, são feitas em hospitais gerais ou nos

<sup>69</sup> CORREIA (2013, p. 276)

<sup>70</sup> Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011

CAPS/24 horas, sendo progressivamente substituído os hospitais psiquiátricos de grande porte com o intuito de cada vez mais as internações serem evitadas.<sup>71</sup>

Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território e têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos. Dentre os ‘tipos’ de CAPS há aqueles criados para tratar diretamente problemas ligados ao uso de álcool e outras drogas (CAPS ad)<sup>72</sup>. A partir de março de 2012, também o CAPS III pode ser especializado em problemas ligados ao uso de álcool e outras drogas, sendo chamado CAPS ad III<sup>73</sup>. Para implantação de cada CAPS deve-se primeiro observar o critério populacional, para a escolha do tipo mais adequado ao porte do município.

A Política de Saúde Mental tem como uma de suas principais diretrizes a reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica, objetivando a redução contínua e programada de leitos em hospitais psiquiátricos, com a garantia da assistência destes pacientes na rede de atenção extra-hospitalar, buscando sua reinserção no convívio social. Além dos CAPS, a política de saúde mental prevê ainda a criação, nos municípios com mais de 200 mil habitantes, de centros de reabilitação – os chamados Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e Outras Drogas (SHRADS) –, que deverão priorizar a redução de danos. O tratamento deve estar pautado na realidade de cada paciente, o que não quer dizer abstinência para todos os casos.

Esse serviço servirá para o atendimento de emergência relacionado ao uso de álcool e outras drogas com o objetivo de reduzir as internações de alcoólatras e dependentes químicos em hospitais psiquiátricos.

#### **4.4. O Projeto de Lei da Câmara dos Deputados nº 37 de 2013.**

Em 2010, de autoria do Deputado Osmar Terra, PMDB/RS, foi elaborado o PL 7663/10, atual PLC 37/13, por uma comissão especial instituída na Câmara dos Deputados fruto do trabalho desenvolvido para a formulação de propostas de alteração da Lei de Drogas em face do temor surgido entorno da suposta “epidemia de crack”. O PL acrescenta e altera

---

<sup>71</sup> O Ministério da Saúde define o CAPS como um “serviço comunitário que tem como papel cuidar de pessoas que sofrem com transtornos mentais, em especial os transtornos severos e persistentes, no seu território de abrangência” Disponível em: < <http://portalsaude.saude.gov.br/>> acessado dia 11/10/2014

<sup>72</sup> CERQUEIRA ( 2013, p. 177)

<sup>73</sup> Portaria Nº 130, de 26 de Janeiro de 2012

dispositivos à Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para tratar do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas e dentre as mudanças traz definições claras das esferas de competência de cada um dos três Entes da federação; além de endurecer a pena para traficantes; incluir as comunidades terapêuticas na rede de atendimento público; definir as circunstâncias das internações voluntária, involuntária e compulsória para usuários de álcool e outras drogas.

A justificativa da comissão especial instituidora do PLC 37/13 é de realizar a desaprovação quanto ao uso de drogas como orientação do sistema e tornaria obrigatória ações intersetoriais para atingir esses objetivos, propondo inclusive diretrizes gerais para os programas, como a articulação com as ações preventivas, preferencialmente levadas pelo Estado às residências das pessoas, bem como a evolução para uma fase em que trabalho, educação, esporte, cultura, entre outras dimensões, são oferecidas em modelos urbanos e rurais como forma de promover a melhor chance de sucesso para o tratamento.<sup>74</sup>

No que tange à possibilidade das internações dos dependentes químicos, esta só seria possível na via subsidiária, o PL assegura primeiramente os programas de atenção ao usuário ou dependente de drogas, modificando a redação do art. 23 da Lei nº 11.343/06, do qual assim disporia:

Art. 23

§ 1º O usuário ou dependente de drogas deverá ser avaliado por equipe técnica multidisciplinar e multissetorial, observado o seguinte:

I – é obrigatória a articulação entre as normas de referência dos Sistema Único de Saúde, do Sistema Único de Assistência Social e do SISNAD na definição da competência, da composição e da atuação da equipe técnica que acolhe e avalia os usuários ou dependentes de drogas;

A execução das políticas sobre drogas devem desenvolver programas destinados ao atendimento dos usuários e dependentes de drogas. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios devem ter como objetivo potencializar e convergir esforços de toda a sociedade na prevenção, atenção e repressão ao uso de drogas.<sup>75</sup>

<sup>74</sup>

Disponível em

[http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=BF4CBFC48134254D547C1B80312D404E.proposicoesWeb1?codteor=789804&filename=PL+7663/2010](http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=BF4CBFC48134254D547C1B80312D404E.proposicoesWeb1?codteor=789804&filename=PL+7663/2010) acessado dia 12/10/2014

<sup>75</sup>

§ 3º Os programas de atenção ao usuário ou dependente de drogas deverão ser organizados em etapas que permitam:

I – articulação com ações preventivas, preferencialmente que atinjam a população em suas moradias;

II – oferta de leitos para internação de acordo com a necessidade estimada pelos dados do Sistema Nacional de Informação sobre Drogas;

III – brevidade no período de internação e sua evolução para uma etapa em que sejam oferecidas opções de trabalho, cultura, educação e interação social nos modelos urbano ou rural;

Somente na hipótese da inexistência de programa público de atendimento adequado à execução da terapêutica indicada, o Poder Judiciário poderá determinar que o tratamento seja realizado na rede privada, incluindo internação, às expensas do poder público( §2, art 23, PL 766/10). Nesse caso, assim ficaria a redação da lei nº 11.342/06:

Art. 23-A A internação de usuário ou dependente de drogas obedecerá ao seguinte:

I – será realizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina (CRM) do Estado onde se localize o estabelecimento no qual se dará a internação e com base na avaliação da equipe técnica;

II – ocorrerá em uma das seguintes situações:

a) internação voluntária: aquela que é consentida pela pessoa a ser internada;

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

c) internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

§ 1º A internação voluntária:

I – deve ser precedida da elaboração de documento que formalize, no momento da admissão, a vontade da pessoa que optou por esse regime de tratamento; e

II – seu término dar-se-á por determinação do médico responsável ou por solicitação escrita da pessoa que deseja interromper o tratamento.

§ 2º A internação involuntária:

I – deve ser precedida da elaboração de documento que formalize, no momento da admissão, a vontade da pessoa que solicita a internação; e

II – seu término dar-se-á por determinação do médico responsável ou por solicitação escrita de família r, ou responsável legal.

Ou seja, se não efetiva a elaboração de políticas de atendimento preconizadas pelo Sistema Único de Saúde (Lei nº 8.080/1990) e pela Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001), mas especificamente, sem a elaboração dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), ou de leitos em hospitais gerais para situações emergenciais, ou sem a formação de políticas para redução de danos dos dependentes químicos, os recursos públicos serão destinados às clínicas privadas de tratamento das quais, como já ressaltado, são despreparadas tanto por faltarem profissionais especializados nas casas de tratamento, bem como porque as instituições são carentes na parte higiênico-sanitária, submetendo os usuários químicos e pessoas com transtornos mentais a situações que violam os direitos fundamentais da dignidade do homem, figurando as instituições como locais de segregação.

Inegável a proposta do PLC enruedecendo a atual Lei Antidrogas com vistas à melhorar o nível de atenção ao usuário ou dependente, incluindo não somente uma mera

---

IV – acompanhamento pelo SUS;

V – reinserção social, respeitando as habilidades e projetos da pessoa em tratamento por meio de programas que articulem educação, capacitação para o trabalho, esporte, cultura e acompanhamento individualizado;

VI – acompanhamento dos resultados em nível municipal.”

assistência do Poder Público, mas promovendo uma conscientização da responsabilidade da pessoa pelo dano que produz a si próprio e aqueles que estão mais próximos.

O PLC está em discussão há mais de três anos no Congresso, sob relatoria do senador Carlos Valadares (PSB-SE), e é marcado por dissensos, sendo um dos principais problemas apontados pelo Conselho Federal de Psicologia o retrocesso na saúde pública, interrompendo avanços na política antimanicomial, visto que o PL prevê a priorização em comunidades terapêuticas, que não possuem condições de tratar os usuários.

Percebe-se pela redação do PLC, que o procedimento para internação copia basicamente o que já está disposto na lei 10.216/01, em seu art. 7º e 8º,<sup>76</sup> entretanto o Projeto é alvo de diversas oposições, por causa motivos a seguir expostos.

O PLC nº 37 é objeto de críticas, e especificamente sobre as internações dos dependentes químicos, várias entidades e movimentos que atuam na defesa dos direitos humanos das pessoas em situação de rua e na luta antimanicomial se manifestam contra a aprovação do PLC, pois o vêem como um retrocesso.

Dentre os motivos para desaprovarem o Projeto, as entidades afirmam que as propostas neles contidas, buscam atingir, em sua grande maioria, a população em situação de rua, e que tem cunho higienista, preconceituoso e arbitrário, atingindo somente as pessoas mais fragilizadas socialmente. As entidades afirmam que a aprovação do PLC nº 37 é meio justificador para a segregação social, ora já vencida desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, e pela posterior lei 10.216/01.<sup>77</sup>

Não só as organizações da sociedade civil e movimento reivindicam contra o PLC nº 37, mas também o Conselho Federal de Psicologia, pois segundo o Conselho o Projeto se difere do que dispõem a Lei de Reforma Psiquiátrica, pois viola Direitos Humanos Fundamentais, sendo um grande retrocesso do Estado Brasileiro nas suas políticas de garantia e defesa dos direitos humanos, assim como violação à Constituição Federal.<sup>78</sup>

Dentre as críticas que o Conselho Federal faz é de que o Projeto falha quando se difere da Lei 10.216/01 em relação à internação de usuários de drogas contra sua vontade, mesmo quando estes não são dependentes. O PL afirma isto com a suposta mudança na do

---

<sup>76</sup> O planejamento e execução da terapêutica deverá observar o previsto na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.” (PLC. ART 11 § 6º)

<sup>77</sup> Disponível em <http://coletivodar.org/2013/03/centenas-de-entidades-de-direitos-humanos-enviam-carta-aos-deputados-questionando-alteracoes-na-lei-de-drogas/> acessado dia 14/10/2014

<sup>78</sup> Disponível em <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/03/Parecer-Conselho-Federal-de-Psicologia-PL-7663-2010.pdf> acessado dia 14/10/2014

art. 23-A da Lei nº 11.343/06: “A internação de usuário ou dependente de drogas obedecerá ao seguinte [...]”.<sup>79</sup>

Aparentemente o dispositivo que altera o art. 23 da lei 11.343/06 se baseia em estudo da *Drug Policy Alliance* (2011) que relata a experiência com as Cortes de Drogas nos Estados Unidos das quais determinam tratamentos obrigatórios para usuários, mas não demonstraram economia, nem redução nas taxas de encarceramento, nem melhorias na segurança pública.<sup>80</sup>

Por conta deste estudo, que não apresenta resultados positivos, a recomendação da entidade às autoridades americanas é a de:

Reservar as Cortes de Drogas para casos que envolvem crimes contra a pessoa ou contra a propriedade que esteja vinculada ao uso de drogas, enquanto se melhora as práticas das Cortes de Drogas e se oferece outras opções para as pessoas condenadas por violação da lei de drogas.<sup>81</sup>

É fundamental estar atento para a experiência das ordens judiciais de tratamento para usuários quando os profissionais de saúde recebem uma ordem judicial para tratamento obrigatório ou para assegurar vaga em programa educativo eles cumprem esta determinação, e nos EUA foi exatamente o que ocorreu, em 2007 (HSER, 2007 p 104-109), os sentenciados ao tratamento na Califórnia já eram 38% do total de participantes dos programas.<sup>82</sup>

O Conselho Federal de Psiquiatria faz a ressalva que se for aprovado o PLC nº37, as internações não serão a melhor solução já que os serviços de tratamento para o alcoolismo e outras drogas seguem sendo rarefeitos, pois Estado brasileiro não possui programa público de atendimento adequado. E por conta disso os recursos públicos seriam

---

<sup>79</sup> Trata-se de disposição que repete a experiência norte-americana das Cortes de Drogas (Drug Courts). Took (1995) surgidas nos EUA partir dos anos 90, surgem em um mesmo cenário histórico marcado pelo aumento da demanda punitiva. Aparentemente, o fenômeno seria contraditório, pois “punição” e “terapia” dão conta de dinâmicas muito distintas. Mas quando se estabelece que o próprio tratamento é uma pena - vez que imposto contra a vontade do sujeito e como forma de controle social – então se percebe a coerência possível entre as duas abordagens. Estudo da *Drug Policy Alliance* (2011) encontrou que a experiência com as Cortes de Drogas nos Estados Unidos – que determinam tratamentos obrigatórios para usuários - não demonstrou economia, nem redução nas taxas de encarceramento, nem melhorias na segurança pública: Repetidas afirmações em contrário tem se revelado inconfiáveis ou mesmo anedóticas. As avaliações são comumente realizadas pelos criadores dos transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Uma referência, a um só tempo, genérica e restritiva porque exclusiva ao “planejamento e à execução terapêutica”. A primeira Corte de Drogas surgiu em Dade County, Miami, em 1989 (NOLAN JR, J, 2001:39).

<sup>80</sup> Disponível em [http://www.drugpolicy.org/sites/default/files/DPA\\_Annual\\_Report\\_2011.pdf](http://www.drugpolicy.org/sites/default/files/DPA_Annual_Report_2011.pdf) acessado dia 12/10/2014

<sup>81</sup> No original: Reserving drug courts for cases involving offenses against person or property that are linked to a drug use disorder, while improving drug court practices and providing other options for people convicted of drug law violations.

<sup>82</sup> . O mesmo problema ocorreu no Reino Unido (FINCH et al, 2003) e no Canadá (RUSH and WILD, 2003).

encaminhados para a rede privada que, assinala-se, tem andado um tanto deprimida desde a Reforma Psiquiátrica e o surgimento da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS AD).<sup>83</sup>

Desta forma, conclui-se que, se os serviços existentes não forem significativamente ampliados, a dinâmica que se desdobra, naturalmente, é a de que clínicas privadas e as comunidades terapêuticas irão receber os recursos públicos e serão ocupadas progressivamente pelos que receberam as ordens judiciais. O resultado disso é cada vez menos usuários procurarem voluntariamente um tratamento alternativo que não fosse feito em clínicas, sendo o meio extra-hospitalar ideal para se obter um resultado positivo na luta contra o alcoolismo e a dependência química.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme recentes estudos, e em destaque o organizado pela OMS - Relatório Global sobre Álcool e Saúde de 2014 - são preocupantes as estatísticas referentes ao consumo de álcool, principalmente quanto à alta carga de doenças e as consequências danosas que a ingestão desregrada das bebidas alcoólicas acarreta, danos que atingem tanto o próprio dependente, como pessoas a ele próximas, e até terceiros não envolvidos na vida do sujeito. O alcoolismo é um problema de saúde pública de esfera mundial. Há uma interferência simultaneamente da bebida na vida pessoal, profissional, e social do alcoólatra, bem como na de seus parentes, pois são estes quem buscam arduamente meios que possam ajudar o ente alcoolista quando a situação se torna completamente degradante e indigna ao ser humano em razão do vício desenvolvido. O sofrimento dos parentes se intensifica

---

<sup>83</sup> [...]” o Conselho Federal de Psicologia (CFP) manifesta sua opinião contrária à aprovação do PL nº 7663/2010, e ao seu Substitutivo, considerando-os como graves ameaças aos direitos civis e caminhos totalmente equivocados para uma resposta pública eficiente diante dos problemas de saúde pública que envolvem o abuso de drogas no Brasil. Solicita, ainda, que o PL nº 7663/2010, de autoria do deputado Osmar Terra, bem como o Substitutivo aprovado Comissão Especial do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas não sejam submetido à votação, por flagrantemente inconstitucionais e contrários ao interesse público.” Parecer do Conselho Federal de Psicologia (CFP) sobre o Projeto de Lei nº 7663/2010. Disponível em <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/03/Parecer-Conselho-Federal-de-Psicologia-PL-7663-2010.pdf> acessado dia 12/10/2014.

quando eles já tentaram de diversas maneiras convencer o dependente de começar um tratamento sem com que este aceite.

Ressaltam-se alguns dos valores consagrados na Constituição Federal e assegurados no que tange a direitos fundamentais para proteção do indivíduo e frisa-se a responsabilidade do Estado por ser encarregado em fornecer uma nova política de saúde mental que promova não apenas um tratamento, mas que seja ele digno e se aproxime o máximo da realidade diante do quadro já instaurado.

O Estado que se qualifica como Democrático de Direito (art. 1º CF/88) não pode, em geral, relativizar a vida e o princípio da dignidade humana e, no caso em questão, é o que se verifica, pois não há a prevenção adequada, nem tampouco a repressão devida. O Estado Social deve ser responsável em dispor, quando a situação permite, de clínicas psiquiátricas que recebam alcoolista em grave estado de saúde, devendo também fornecer as informações eficientes de prevenção e uma assistência extra-hospitalar digna à sociedade para que se evitem gradamente as internações involuntárias em instituições psiquiátricas, pois estas apresentam sérios problemas, quer de assistência, quer de estrutura física, como superlotação, falta de saneamento, internos sem higiene, pessoal adequado, ausência de profissionais, insumos e medicamentos, etc.

Embora a Reforma Psiquiátrica com a promulgação da Lei nº 10.216/01 se apresente positiva, a nova política implantada deveria ser voltada à formulação de uma rede de atendimento substitutiva e setORIZADA para que as famílias dos dependentes químicos utilizem a rede territorial de serviços oferecida pelo Estado como os centros de atenção psicossocial (CAPS), centros de convivência e cultura assistidos, cooperativas de trabalho protegido, residências terapêuticas, objetivando descentralizar o atendimento em saúde, conforme previsto na CF/88 que institui o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Ocorre que essa rede nem sempre está posta a disposição da comunidade, ou às vezes, o serviço é oferecido, mas não se coaduna com as reais necessidades para tratar do alcoolismo.

No mais, ainda que o tratamento involuntário não seja tão eficiente quanto o voluntário, o Estado não deve deixar de fornecer de meios que contenham a doença, pois o contrário caracterizaria um claro desrespeito aos direitos humanos diante de uma situação fática que requer ação imediata. Mesmo que num futuro próximo, quando o internado deixar a clínica de reabilitação, ele volte a consumir álcool, o Estado zelou pelo seu direito à saúde e deve continuar zelando, quantas vezes se fizer necessário.

Estas medidas emergenciais, contudo, não devem se sobrepor às ações e políticas públicas que visem à prevenção, à promoção à saúde e à garantia do mínimo existencial, a fim de evitar que a população mais vulnerável chegue a este estágio de completa desordem física, psicológica, moral e social que pode sim ser causada por uma droga lícita como o álcool.

Há casos em que claramente os serviços extra-hospitalares se apresentam insuficientes e incompetentes para domar o vício, mas é evidente, portanto, que quando o ser humano chega a tal ponto de degradação, o direito fundamental à saúde e à dignidade da pessoa humana, indisponíveis e irrenunciáveis, sobrepõem-se à autonomia da vontade do dependente, podendo o alcoolista ser internado involuntariamente. Esta via subsidiária deve ser sopesada por equipe profissional habilitada, de acordo com o grau de dependência do paciente, a gravidade dos transtornos que ele apresenta suas peculiaridades socioculturais, o nível de comprometimento familiar na busca da cura, e a insuficiência de medidas de tratamento anteriores.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXY, Robert. **Teoria de los Derechos Fundamentales**. Madri: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 2001

Amarante PDC. - **A clínica e a reforma psiquiátrica**. In: Amarante PDC (org). Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Nau; 2004

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro : genocídio – 60 mil mortos no maior hospício do Brasil**, São Paulo: Geração Editorial, 2013.)

BARBERO, Domenico. **Sistema istituzionale del diritto privato italiano**. 2. ed. Torino: Torinese, 1949, v. 1.

BARROSO, Luís Roberto. **Gestação de fetos anencefálicos e pesquisas com células-tronco: dois temas acerca da vida e da dignidade na Constituição**. *Panóptica*, Vitória, ano 1, n. 7, mar. – abr., 2007, p. 1-37. Disponível em:<<http://www.panoptica.org>>

Batista TWD, Machado CV, Lima LD. **Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço atuação dos Poderes**. *Ciencia Saude Coletiva* 2009 mai-jun 14(3):829-39)

CÁRDENA, Eduardo José. GRIMSON, Ricardo & ÁLVAREZ, José Atílio. **El juicio de insânia y la internación psiquiátrica**, Buenos Aires: Astrea, 1985

CARLINI-COTRIM, B. – 1998. **Drogas na escola: prevenção, tolerância e pluralidade**. In: **AQUINO, J.G. (org.) – Drogas na Escola: Alternativas Teóricas e Práticas**. São Paulo: Summus DE LATAILLE, Y. – 1998. **Limites: três dimensões educacionais**. São Paulo: Ática SOUSA, P. M. L– 2006

CANOTILHO, J. J. Gomes e Vital Moreira, **Fundamentos da Constituição, 1991**,

DAVIDSON, Gavin, MCCLLION, Maura & POOTTER Michael. **Connectting Mental Healthj & Human rigths**. Belfast: Northern Ireland Human Rigths Comisson 2003,

DELGADO, Pedro Gabriel. **Dependentes químicos devem ser internados contra a sua vontade para tratamento? Em um dos artigos de estreia da seção ‘Polêmica’ na CH 295, o psiquiatra Pedro Gabriel Delgado destaca os limites da intervenção do Estado nesses casos**. Publicado em 04/09/2012 | Atualizado em 06/09/2012)

EDWARDS G & GUTHRIE. S.A – **Controlled trial of inpatient and outpatient treatment of alcohol dependence**. Lancet 1967

EDWARDS F; ORFORD,J ; EGERT,S ; GUTHRIE S ; HAWER A ; HESMAN, C; MITCHESON, M & TAYLOR, C. **Alcoholism. A controlled trial of treatment and advice**. J Stud alcohol 1977

ESCOHOTADO, Antonio. **Historia elemental de las drogas**. 2. ed.Barcelona: Anagrama, 2003.

FERNANDES, Maria Inês Assumpção. “ **Saúde mental a clausura de um conceito**” Revista USP, 43, São Paulo: USP 1999

FINCH, Emily, et al. **Sentenced to Treatment: Early Experience of Drug Treatment and Testing Orders in England**. *European Addiction Research* 9, no. 3 (2003): 131-137;

FORTES, J.R.A – **Conceito e Definição de Alcoolismo**. In: A & Gatto, B.C.F Alcoolismo, São Paulo, Sarvier 1975

FORTES, J. R. A, CARDO, Walter Nelson - **Alcoolismo: diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Sarvier, 1991.

FORMIGONI MLOS – **A intervenção breve na dependência de drogas**, São Paulo, Editora Contexto 1992)

FORMIGONI. M.L.O.S & NEUMANN B - **Treatment of drug and alcohol dependents through brief intervention: the first Brazilian experience** in: Monteiro, M.G and Incardi J.A (eds) – Brasil – United States Binational Research

GUERRA, Marcelo Lima. **Direitos Fundamentais e a Proteção do Credor na Execução Civil**. RT, 2003

HSER, Yih-Ing, et al. Impact of Community Treatment System: **Treatment Capacity and Displacement**. *American Journal of Public Health* 97, nº. 1. 2007.

Hunt WA. **Neuroscience research: how has it contributed to our understanding of alcohol abuse and alcoholism**- A review. *Alcohol Clin Exp Res*. 1993 Oct;17(5):1055-

JELLINEK EM. **The disease concept of alcoholism**. New Brunswick: Hillhouse Press, 1960)

KELSEN, Hans, **Teoria pura do Direito** São Paulo: Martins Fontes, 1991, p240

KRAUT, Alfredo Jorge. **Los derechos de los pacientes**. Buenos Aires. Abeledo-Perrot, 2000)

LINDSTRÖM, Lars. **Managing alcoholism: Matching clients to treatments**. Oxford medical publications. New York, NY, US: Oxford University Press. (1992)

Luis MAV, Luneta ACF. **Álcool e outras drogas: levantamento preliminar sobre a pesquisa produzida no Brasil pela enfermagem**. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005 nov/dez; 13 (n esp): 1229-30

MENDES, Gilmar Ferreira. **Os direitos individuais e suas limitações: breves reflexões, in Hermenêutica constitucionais e direitos fundamentais**. Brasília: Brasília Jurídica 2002, p 240 )

MINTO EC, Corradi-Webster CM, Gorayeb R, Fur tado EF. **Intervenções breves para o uso abusivo do álcool em atenção primária.** Epidemiol Serv Saúde 2007 jul/set; 16 (3): 207-20.

MORAES. A. de. **Constituição do Brasil interpretada e legislação constitucional.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2004)

PINHEIRO, Gustavo Henrique de Aguiar. **Comentários À Lei Da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001)** Fortaleza: Tear da memória, 2010

PINHO, Paula Hayasi. **Os desafios na atenção aos usuários de álcool e outras drogas e a reabilitação psicossocial.** 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7134/tde-22062009-123744/>>. Acesso em: 2012-08-22).

RUSH, Brian R., and WILD. Cameron,T. **Substance Abuse Treatment and Pressures from the Criminal Justice System: Data From a Provincial Client Monitoring System.** Addiction 98, no. 8 (2003): 1119-1128.

SARLET, Ingo. **Algumas Considerações em Torno do Conteúdo, Eficácia e Efetividade do Direito à Saúde na Constituição de 1988.** Disponível em: [http://www.direitopublico.com.br/pdf\\_10/DIALOGO-JURIDICO-10-JANEIRO-2002-INGO-WOLFGANG-SARLET.pdf](http://www.direitopublico.com.br/pdf_10/DIALOGO-JURIDICO-10-JANEIRO-2002-INGO-WOLFGANG-SARLET.pdf),

TEPEDINO, Gustavo. **A tutela da personalidade no ordenamento civil constitucional brasileiro.** In: Temas de Direito Civil. 1ª. Ed. Rio de Janeiro Renovar, 1999