

Os limites da política de abrigo compulsório e a autonomia do paciente psiquiátrico usuário de drogas*

Maria Yannie ARAÚJO MOTA**

Joyceane BEZERRA DE MENEZES***

SUMÁRIO: 1. Introdução; 2. O Problema do Crack e seu enfrentamento pelo Estado; 3. Política em saúde mental no Brasil: A Lei 10.216/2001; 4. Autonomia do usuário de crack; 5. *Programa de Braços Abertos*: Uma alternativa a se pensar; 6. Conclusão; 7. Referências.

RESUMO: Analisa a legalidade da constrição de liberdade dos usuários de crack pela autoridade administrativa do Rio de Janeiro em face da legislação pertinente à Reforma Psiquiátrica e dos direitos fundamentais da pessoa. O *Protocolo de Abrigamento Compulsório de Pessoa em Situação de Rua* tem conquistado vários adeptos da sociedade civil e do Poder Público. Este, por sua vez, visa construir um processo de saída das ruas e possibilitar condições de acesso à rede de serviços e benefícios assistenciais, bem como de identificar famílias e indivíduos com direitos violados, além de promover ações de inclusão social destas pessoas. Em seus resultados contribui para o saneamento das ruas e para a segurança social, sem que se saiba sobre os resultados efetivos quanto à saúde e ressocialização dos dependentes químicos de crack abrigados. Disso resulta no questionamento da medida enquanto alternativa mais viável para o combate da chamada “epidemia do crack”, especialmente se considerados autonomia da pessoa e o direito ao tratamento adequado? Observa-se que a alternativa confronta a primazia dos métodos extra-hospitalares apregoados pela recente reforma psiquiátrica que se implantou no Brasil e os princípios de proteção integral à pessoa adotados pela Constituição. Federal.

PALAVRAS-CHAVE: 1. Crack; 2. Abrigamento compulsório; 3. Autonomia Privada; 4. Dignidade Humana.

ENGLISH TITLE: The Limits of the Compulsory Institutionalization and the Autonomy of the Drug-Addicted Patient

SUMMARY: 1. Introduction; 2. The problem of crack and its facing by the State; 3. Politics on mental health in Brazil: Law n. 10.216/2001; 4. Autonomy of crack's addict; 5. Open Arms Program: An alternative to be thought; 6. Conclusion; 7. References.

ABSTRACT: It analyses the legality of the constriction of freedom from the crack addicted by Rio de Janeiro administrative authority, in face of the Psychiatrically Reform and fundamental rights of the person. The Protocol of Compulsory Sheltering of Street People, has conquered lots of followers from civil society and Public Authority. It looks for construct a process of “leaving streets” and creating conditions of access to a service network and

* Estudo desenvolvido no âmbito do Projeto intitulado “O direito do dependente químico ao tratamento adequado e a assistência à família”. Processo no. 401172/2011-2. Chamada MCTI/CNPQ/CAPES No.07/2011.

** Bacharel em Direito pela Universidade de Fortaleza.

*** Professora Titular do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Direito da Universidade de Fortaleza. Doutora em Direito pela Universidade Federal de Pernambuco. Joyceane@unifor.br

assistance benefits and identifying families and persons with violated rights. In its results it contributes to the sanitation of streets and to social safety, without knowing about the effective results about health and re-socialization of drugs addicted and helped crackers. It results on the questioning of the most able alternative to confront the “crack epidemics”, especially if considered the autonomy of the person and the rights of adequate treatment. It is observed that the alternative confronts the primacy of the extra-nosocomial methods spread by the recent psychiatric reform that has been installed in Brazil and the principles of total protection to the personal rights adopted by the Federal Constitution.

KEYWORDS: 1. Crack; 2. Compulsory Sheltering; 3. Private Autonomy; 4. Human Dignity.

1. Introdução

O objetivo do texto é analisar a legalidade da Resolução nº 20/2011 quanto ao abrigo da pessoa usuária de *crack* achada nas ruas do município do Rio de Janeiro, em face da Plataforma de Direitos Humanos e da Política Nacional de Atenção em Saúde Mental.

Em virtude de todos os problemas que acompanham a drogadição, ganha simpatia de vários segmentos da sociedade o recurso do abrigo compulsório. Questiona-se, todavia, sobre os resultados dessa medida extrema e sua adequação aos princípios e regras incidentes sobre a matéria, uma vez que esta alternativa se assemelha mais a uma solução “higienista”, mais focada na limpeza das ruas do que no tratamento e ressocialização do usuário da droga.

O *Plano Nacional de Enfrentamento ao Crack e outras drogas*, instituído pelo Decreto-Lei 7179, de 20 de maio de 2010, considera o usuário de droga um paciente psiquiátrico. De acordo com a Lei de Reforma Psiquiátrica, coerente com os direitos humanos em matéria de saúde mental, o tratamento dos pacientes psiquiátricos deve priorizar a rede de assistência extra-hospitalar, apostando nos Centros de Apoio Psicossocial e nos Hospitais-Dia.

É certo que o usuário de *crack* necessita de um processo de desintoxicação e abstinência o que requer, em certos casos, a segregação do paciente do convívio social. Porém, a própria reforma psiquiátrica de que se deu notícia determinou a redução significativa dos leitos psiquiátricos no país fato que, por si, revela a dificuldade operacional para oferecer um tratamento hospitalar aos usuários compulsoriamente internados.

Dito isto, como se poderá garantir a viabilidade do abrigo compulsório que, a exemplo das demais, exige uma atenção multidisciplinar ao paciente e condições dignas de abrigo? Ressalta-se que, a despeito dos inúmeros problemas que o uso do crack pode trazer para a sociedade, não há como justificar que pessoas, tuteladas pelos direitos de personalidade, de direitos humanos e direitos fundamentais, sejam simplesmente trancafiadas em depósitos humanos, em semelhança do que outrora se fazia com os *loucos* isolados em manicômios. Se o usuário de droga é um paciente psiquiátrico, é também destinatário dos direitos especiais que a estes se deferem.

Deste modo, a fim de garantir uma análise mais completa sobre o tema, o trabalho se subdividirá em três tópicos, quais sejam: a problemática da drogadição em *crack* e o seu enfrentamento pelo Estado, a política em saúde mental do Brasil e o embate ético-jurídico sobre a autonomia privada do drogadito. A pesquisa realizada para a elaboração do trabalho foi de caráter qualitativo, lançando-se mão essencialmente de fontes bibliográficas e documentais.

2. O Problema do Crack e seu enfrentamento pelo Estado

O crack é a droga psicoativa de maior popularidade no Brasil, provavelmente, em razão do preço mais acessível e da facilidade de sua aquisição, dado a sua presença generalizada em todo o país. Diz-se crack porque a substância é elaborada a partir da mistura da pasta de cocaína com o bicarbonato de sódio. Trata-se de uma droga que afeta a química do cérebro, provocando reações diversas, como alegria, tristeza, euforia, confiança excessiva, perda de apetite, insônia e depressão.¹

Sabe-se que as consequências do uso desta droga são devastadoras, na medida em que aniquilam a dignidade da pessoa, destroem famílias, ceifam vidas e até favorecem a prática da criminalidade. O vício traz consigo também várias enfermidades oportunistas, tais como tuberculose, problemas de pele e doenças sexualmente transmissíveis, deixando o toxicômano um indivíduo ainda mais vulnerável.

Pesquisa do Instituto Nacional de Pesquisa de Políticas Públicas do álcool e Outras Drogas (INPAD)² da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), realizada entre os

¹ Disponível em: [<http://www.antidrogas.com.br/crack.php>]. Acesso em: 18 de agosto de 2014.

² O Instituto Nacional de Pesquisa de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (Inpad), da Universidade Federal de São Paulo, divulgou dados do Levantamento Nacional de Álcool e Drogas

meses de novembro de 2011 e abril de 2012, divulgada em setembro de 2012, revelou que o Brasil possui cerca de 2,8 (dois vírgula oito) milhões de consumidores de cocaína em pó e *crack*, perdendo apenas para os EUA, onde se registram aproximadamente 4,1 milhões de consumidores da droga. De acordo com a pesquisa, se o consumo das duas drogas for considerado isoladamente, o Brasil superaria os EUA no mercado de *crack*. A pesquisa também informou que é diminuta a busca pelo tratamento entre os usuários de cocaína e *crack*, menos de 10% dos consumidores.

Até pouco tempo, o problema do *crack* era visto exclusivamente como uma questão de segurança pública, haja vista a associação costumeira entre o consumo da droga e a violência ou prática de crimes.³ Contudo vive-se uma verdadeira *epidemia do crack*, denunciando que o problema escapa os domínios da segurança pública e passa a interessar às políticas de saúde pública. Dependência química não pode mais ser tratada com a mera privação de liberdade e por meio de uma atenção profissional multidisciplinar que envolve a família, a sociedade e o Estado.⁴

Partindo deste pressuposto, a Prefeitura do Rio de Janeiro elaborou um projeto de enfrentamento do *crack*, conjugando os esforços de áreas da segurança e saúde públicas. Trata-se do *Protocolo de Abordagem a Pessoa em Situação de Rua*, por meio do qual as pessoas que estão vagando pelas ruas, cometendo atos ilícitos e usando drogas, serão levadas a abrigos especializados, de modo a esvaziar as chamadas *cracolândias*.⁵

Em princípio, a ideia se mostra bastante salutar, contudo, o protocolo falha ao propor a retirada e o abrigamento compulsório dos indivíduos abordados, sem respeitar os direitos da pessoa, inclusive no que concerne à recusa do tratamento. O próprio termo “abrigamento compulsório” é contrastante com a linha de atuação e abordagem

(LENARD), que ouviu 4,6 mil pessoas com mais de 14 anos em 149 municípios do Brasil. Pesquisa divulgada no dia 05 de setembro de 2012 Disponível em: [http://www.inpad.org.br/images/stories/LENAD/press_release_cocaina05_09.pdf]. Acesso em: 18 de agosto de 2014.

³ Levantamento realizado pelo Instituto de Medicina Legal (IML) do Distrito Federal revela que 63% das vítimas de assassinatos consumiram entorpecentes antes da morte. As vítimas eram jovens entre 15 e 22 anos. A pesquisa revela ainda, que em 2010, mais da metade (53%) dos brasilienses baleados e que perderam a vida usaram algum tipo de substância ilícita, principalmente o *crack*. Disponível em: [http://www.cnm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=19759:levantamento-confirma-ligacao-da-violencia-ao-consumo-de-crack-no-distrito-federal-&catid=40:crack&Itemid=132]. Acesso em: 18 de agosto de 2014.

⁴ Disponível em: [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23795:epidemia-de-crack-eleva-numero-de-doentes-mentais-no-brasil-alerta-psiQUIATRA-no-cremERO&catid=3]. Acesso em: 18 de agosto de 2014.

⁵ Resolução 20/2011 da Secretaria Municipal de Assistência Social do Rio de Janeiro.

proposta pelos documentos internacionais. Segue abaixo a redação da resolução 20/2011:

Art.5º....

§ 3º A criança e o adolescente que esteja nitidamente sob a influência do uso de drogas afetando o seu desenvolvimento integral, será avaliado por uma equipe multidisciplinar e, diagnosticada a necessidade de tratamento para recuperação, o mesmo deverá ser mantido abrigado em serviço especializado de forma compulsória. A unidade de acolhimento deverá comunicar ao Conselho Tutelar e à Vara da Infância, Juventude e Idoso, todos os casos de crianças e adolescentes acolhidos. (Grifou-se)

2.1. O Protocolo de Abordagem à Pessoa em Situação de Rua no município do Rio de Janeiro

Em maio de 2011, por meio da Resolução 20/2011, a Secretaria de Assistência Social do Município do Rio de Janeiro criou o *Protocolo de Abordagem à Pessoa em Situação de Rua*, conhecido também por abrigo compulsório de crianças e de adolescente. Como o próprio nome já diz, o Protocolo apresenta caráter iminentemente social, cujo objetivo é garantir a justiça social, a partir de políticas públicas voltadas à população de rua.

Apesar de, precipuamente, objetivar a garantia de condições mínimas de subsistência às pessoas que vivem em situação de rua, este também dedicou atenção aos indivíduos usuários de drogas, tanto é verdade que o *Protocolo* faz parte do Programa de Monitoramento do Crack, desenvolvido pela Secretaria Municipal de Assistência Social em conjunto com a Polícia Militar.

Deste modo, o art. 5º, parágrafo 3º, da Resolução 20/2011, afirma que as crianças e os adolescentes usuários de drogas que forem abordados pelos assistentes sociais, serão encaminhados para uma equipe multidisciplinar (composta por médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais) ⁶ que diagnosticará se aquele menor precisará de tratamento médico especializado. Caso a resposta seja positiva, as crianças e os adolescentes serão abrigados compulsoriamente.⁷ Devendo o feito ser comunicado

⁶ Disponível em: [<http://www.jb.com.br/rio/noticias/2013/03/17/internacao-compulsoria-de-criancas-usuarias-de-crack-so-25-de-exito/>]. Acesso em: 18 de agosto de 2014.

⁷ Res. Nº.20/11, Art.5º §3º. A criança e o adolescente que esteja nitidamente sob a influência do uso de drogas afetando o seu desenvolvimento integral, será avaliado por uma equipe multidisciplinar e, diagnosticada a necessidade de tratamento para recuperação, o mesmo deverá ser mantido abrigado em serviço especializado de forma compulsória. A unidade de acolhimento deverá comunicar ao Conselho Tutelar e à Vara da Infância, Juventude e Idoso, todos os casos de crianças e adolescentes acolhidos.

imediatamente ao Conselho Tutelar e ao Juizado da Infância e da Juventude. As crianças abrigadas compulsoriamente nos termos da Resolução Municipal somente sairão dos abrigos mediante anuência do Conselho Tutelar e autorização judicial (art.5º,§5º).

É bem certo que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) garante às crianças e aos adolescentes, o direito de ir e vir, conforme aduz o art. 16, I do Estatuto.⁸ Contudo, o que mais importa é o melhor interesse da criança, resguardando-lhe a integridade físico-psíquica, sua dignidade e o desenvolvimento de sua personalidade. Por esta razão, o menor em situação de rua, sem referência familiar poderá, nos termos do art. 98 do referido diploma legal, passar a uma tutela do Poder Público.⁹

Em relação aos adultos, a Resolução preconiza que cabe à equipe de educadores sociais abordar o usuário, acompanhá-los até a rede socioassistencial, além recepcioná-lo e acolhê-lo no Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS), conforme art. 7º, incisos II, VII e VII.

A Resolução não fala em momento algum de abrigamento compulsório para adultos, prevê somente a abordagem tendente a convencer a pessoa para se tratar. Apesar de inexistir previsão para tanto, há notícias de que muitos dependentes químicos adultos estão sendo abordados e abrigados mesmo contra a sua vontade, sob fundamento naquela norma.¹⁰

Em tese, o abrigamento compulsório não pode ser estendido aos adultos, pois a medida se destina apenas às crianças e aos adolescentes, visto que a lei atribuiu ao Estado o *munus* de cuidar daqueles que estão em situação peculiar de desenvolvimento e expostos à vulnerabilidade social. Aos adultos, medida deste jaez, representaria uma ofensa à liberdade e à autonomia.¹¹

⁸ Art. 16. O direito à liberdade compreende os seguintes aspectos: I - ir, vir e estar nos logradouros públicos e espaços comunitários, ressalvadas as restrições legais (...).

⁹ Art. 98. As medidas de proteção à criança e ao adolescente são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçados ou violados: I - por ação ou omissão da sociedade ou do Estado; II - por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável; III - em razão de sua conduta. (Lei 8.069/1990)

¹⁰ Disponível em: [<http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2012/10/internacao-compulsoria-de-viciados-em-crack-do-rio-gera-polemica.html>]. Acesso em: 18 de agosto de 2014.

¹¹ “O Direito Geral de personalidade pode ser interpretado como um direito de autodeterminação ético-existencial que se projeta sobre as escolhas em que se encontra em causa o sentido da vida e da morte, por exemplo. Assim, o indivíduo tem direito, na medida em que tenha uma mínima compreensão sobre os fatos em questão, escolher ou recusar uma intervenção médica e/ou hospitalar. Esta liberdade é peculiar ao desenvolvimento da personalidade que se concretiza a partir da autodeterminação do sujeito para a realização de suas potencialidades.” (MENEZES, Joyceane Bezerra de; GESSER, Wagner Pinheiro. Autonomia do paciente dependente de substância no Brasil. In: Joyceane Bezerra de Menezes. (Org.). *Dimensões Jurídicas Da Personalidade Na Ordem Constitucional Brasileira*. 1ed. Florianópolis: Conceito Editorial, 2010, v. 1, p. 535-550.).

A iniciativa do município do Rio de Janeiro tem causado polêmica, especialmente por não garantir o tratamento adequado ao dependente químico abrigado compulsoriamente. Neste sentido, finda por se converter em uma medida de saneamento das ruas e de segregação do drogadito, opondo-se às recomendações da Política Nacional de Saúde Mental, cuja orientação é a de que o tratamento das pessoas em sofrimento psíquico seja assistencial e comunitário, primando pela ressocialização do paciente.

Nesta senda, é de se destacar a declaração dada por um membro do Ministério Público do estado do Rio de Janeiro sobre a *Política de Abrigamento Compulsório*:

A prefeitura age fora da lei quando ela não tem o número correto de Caps (Centros de Atendimento Psicossocial) e unidades de atendimento especializado para estas operações. [...] Não houve recomendação para que as operações parem, e sim, que haja a ampliação da rede de saúde¹². (Grifou-se)

Além de desrespeitar a legislação que cuida da Reforma Psiquiátrica, o Protocolo não estaria cumprindo a obrigação a que se propôs, qual seja: a de oferecer tratamento médico e psicológico aos acolhidos. Apenas os recolhe, lançando-os em depósitos humanos. Teme-se, que sirva apenas como uma medida sanitária e garantidora da paz social, e não como uma forma de permitir a reinserção dos pacientes à vida familiar.

Teme-se, pois, que o Protocolo sirva apenas como uma medida sanitária e garantidora da paz social, e não como uma forma de permitir a reinserção dos pacientes à vida familiar.

3. Política em saúde mental no Brasil: A Lei 10.216/2001

A Lei 10.216 de 2001 trouxe ao ordenamento jurídico uma nova perspectiva de tratamento em saúde psiquiátrica, sobrelevando os direitos humanos do paciente e a rede de atenção extra-hospitalar e multidisciplinar. A reforma psiquiátrica exsurge como reação ao tratamento manicomial, caracterizado pelo abandono da pessoa nos asilos sem qualquer assistência médica ou multidisciplinar. Tinha por principal foco

¹². Declaração feita pela Promotora de Justiça da Saúde e Cidadania do estado do Rio de Janeiro, Anabelle Macedo Silva. Disponível em: [<http://noticias.terra.com.br/brasil/mp-rj-com-atendimento-insuficiente-internacao-compulsoria-e-ilegal,ffd1b95d7e30d310VgnVCM20000099cceboaRCRD.html>]. Acesso em: 18 de agosto de 2014.

garantir a segurança da sociedade, estando longe de oferecer cuidados à saúde da pessoa e a possibilidade de sua ressocialização.

Todo o movimento de reforma psiquiátrica tem sede nas discussões promovidas profissionais atuantes na área, familiares, estudantes universitários e pacientes, com amparo jurídico/político na plataforma de direitos humanos em saúde mental. Como substrato teórico se afirma nas ideias do psiquiatra italiano Franco Basaglia¹³ e sua proposta de um modelo assistencial e comunitário, cujo objetivo primordial era o atendimento integral e multidisciplinar.

Seguindo uma perspectiva antimanicomial, a política de atenção em saúde mental brasileira passa pela abolição dos estabelecimentos manicomiais, dos asilos e prioriza a participação da família e da comunidade no tratamento da pessoa, rechaçando toda forma de alijamento social. Essa nova forma de atenção em saúde mental continua permitindo a internação, ainda que configurada como uma alternativa *ex extremis*, quando esgotadas as vias extrahospitalares.

De acordo com a Lei 10.216/01, o cerceamento da liberdade pela internação em detrimento da vontade do sujeito pode implicar em violação de diversos dos seus direitos. Por esta razão, a deflagração da internação psiquiátrica nas modalidades involuntária e compulsória deve está cercada de cuidados. Respeitando sempre a dignidade do enfermo,¹⁴ o fim último dessa medida extremada será o de garantir a estabilidade do paciente e a sua reinserção por meio de um tratamento multidisciplinar.

A fim de evitar que se converta em medida de segregação social, a internação involuntária somente poderá ser aplicada mediante o atendimento de certas condições legais. Deve se prescrita por um médico devidamente registrado no CRM e ainda está sujeita ao controle institucional do Ministério Público e das Comissões Revisoras de Internações Psiquiátricas Involuntárias (CRIPIS), que serão notificados no prazo de até 72 horas do início da internação e da respectiva alta.

¹³ Para Basaglia, “a instituição do manicômio revelou o caráter profundamente antiterapêutico de suas estruturas, qualquer transtorno que não se acompanhe de um trabalho interno que a coloque em discussão a partir da base torna-se inteiramente superficial e de fachada. O que se revelou antiterapêutico e destrutivo nas instituições psiquiátricas não foi uma técnica particular ou um instrumento específico, mas a organização hospitalar de alto a baixo: voltada como está para a eficiência do sistema, esta inevitavelmente passou a ver o doente como objeto, quando o doente deveria ser sua única razão de ser.” (1985, p.122).

¹⁴ DINIZ, Maria Helena. *O Estado Atual do Biodireito*. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

Dito isto e voltando à análise do *Protocolo de Abordagem à Pessoa em Situação de Rua* (Resolução Nº 20/2011) não se tem ali, qualquer referência à internação psiquiátrica, restringindo-se o documento, a mencionar o mero abrigamento de pessoas, prática ilegal se considerados os ditames da Lei 10.216/01.

3.1. O toxicômano como paciente psiquiátrico

Como já referido, o usuário de substância psicotrópica é considerado um paciente psiquiátrico pelo Plano Nacional de Enfrentamento ao *Crack*,¹⁵ recebendo os mesmos benefícios que instituiu a lei nº 10.216/01. Questiona-se, por isso, a adequação da medida de abrigamento compulsório aos documentos internacionais de direitos humanos e aos ditames da reforma psiquiátrica que essa lei inaugura.

Na orientação de Ronaldo Laranjeira,¹⁶ um dos psiquiatras brasileiros favoráveis à internação como parte da desintoxicação do dependente, o tratamento não se resume a essa abordagem hospitalar. Como uma das etapas do tratamento, a internação não deve, segundo ele, ultrapassar dois meses. Após este período, o paciente passa a ser submetido a tratamento ambulatorial, que requer assistência médica, psicológica e social.

Além do suporte extra-hospitalar destinado ao paciente, sua família também merece uma atenção especial.¹⁷ De que adiantaria manter um indivíduo abrigado em uma instituição durante certo tempo, se após o período de internação, a pessoa não obtiver a continuidade do tratamento? Pior que isso, em que o simples abrigamento (em condições precárias) agregará à saúde da pessoa usuária do crack? ¹⁸

¹⁵ O Decreto-lei 7179 de 2010 inovou ao tratar ao crack como uma questão de saúde pública, de modo que muitos dos dispositivos desta Lei associam a implementação de políticas de saúde como forma de promover o tratamento do dependente químico.

¹⁶ Disponível em: [<http://saude.ig.com.br/minhasaude/2013-01-21/internacao-a-forca-de-viciados-divide-opiniao-de-medicos.html>]. Acesso em 18 de agosto de 2014.

¹⁷ Não só o dependente químico necessita de amparo psicológico, os seus familiares também precisam ser acompanhados por equipe multidisciplinar, de sorte que recebam a assistência e a orientação devidas. A parte disso, para as famílias de baixa renda, imprescindível que o Estado conceda benefício financeiro para auxiliar nas despesas do tratamento.

¹⁸ “A desinstitucionalização é uma das bandeiras da reforma para a efetivação do respeito à dignidade da pessoa com transtorno mental, vez que opera o deslocamento da lógica da exclusão para a lógica da inclusão. Família passa de agente perturbador a condição de instrumento viabilizador do tratamento. O paciente que possui família permanece agora, a maior parte do tempo, sob os seus cuidados; o ambiente familiar adequado é reconhecido como componente primordial da ação terapêutica” (MENEZES, Joyceane Bezerra de; OLIVEIRA, Cecília Barroso de. Reforma Psiquiátrica Brasileira, a difícil passagem do isolamento para o tratamento inclusivo do paciente em respeito aos direitos da personalidade e ao direito à

Reitera-se que a afastamento do dependente químico do convívio social não pode ser uma medida-fim, mas uma medida-meio cuja finalidade precípua não é o saneamento das ruas, mas o tratamento e promoção da sua saúde. E ainda assim, esse tratamento não será exitoso sem uma assistência integral e multidisciplinar, capaz de oferecer a assistência social, psicológica e ocupacional necessárias, além do serviço médico. Ademais, a constrição à liberdade para tratamento de saúde somente terá validade no plano jurídico quando respeitadas as exigências legais que foram estabelecidas para evitar a repetição dos prejuízos que o alijamento manicomial já provocaram na vida de muita gente.

3.2. Projetos de lei sobre o tema

Há dois projetos sobre a matéria tramitando no Congresso Nacional. Um de autoria do Deputado Federal Osmar Terra (PMDB-RS) e o outro do ex-senador Demóstenes Torres.

O Projeto de Lei nº 7663/2010, de autoria do Deputado Federal Osmar Terra, propõe a internação involuntária para tratar dependentes químicos. Objetiva ainda determinar critérios para a classificação das drogas, estabelecendo diretrizes para a composição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) bem como sobre o funcionamento da Rede Nacional de Políticas sobre Drogas, do Conselho de Políticas sobre Drogas, do Sistema Nacional de Informação sobre Drogas e do Sistema Nacional de Acompanhamento e Avaliação das Políticas sobre Drogas, além do atendimento, avaliação e acompanhamento do dependente químico no Sistema Único de Saúde (SUS), e, ainda, prevê medidas para garantir a reinserção social do usuário de entorpecentes.

Apesar das dissonâncias com a Política de Saúde Mental, o texto-base do Projeto foi aprovado pelo Plenário da Câmara, ainda que com algumas alterações. Após as emendas, o Projeto deverá ser votado no Senado Federal e, em seguida, se aprovado, sancionado pela Presidente da República.

Já o Projeto de Lei 111/2010, sugere a alteração da redação dos artigos 28, 47 e 48, parágrafo 5º, da Lei 11.343/06 (Lei de Drogas), com o objetivo de estabelecer pena de

convivência familiar. In: Joyceane Bezerra de Menezes. (Org.). *Justiça Social e Democracia*. 1.ed. São Paulo, 2011, v.1, p.229-252.)

detenção de seis meses a um ano para usuários de drogas e permitir a substituição da pena privativa de liberdade por tratamento especializado, seja pela determinação judicial ou a partir de proposta do Ministério Público, nos moldes do art. 76 da Lei nº 9099/95 (Juizados Especiais).

Esse último projeto foi votado e aprovado (com algumas alterações) no Senado Federal no dia 10 de abril de 2013. Dentre as alterações incorporadas, registra-se a de autoria da própria Relatora, Senadora Ana Amélia, que permite ao magistrado, com base em um laudo emitido por comissão técnica, encaminhar os dependentes químicos e os traficantes viciados em drogas para a internação compulsória.

4. Autonomia do usuário de crack

A dependência química não subtrai do drogadito a sua condição de pessoa humana, ainda que a drogadição venha a comprometer o seu sistema cognitivo e afetar a sua capacidade decisional temporária ou definitivamente. Porém, enquanto o sujeito persistir com alguma competência volitiva é importante considerar a sua vontade e respeitar a sua autonomia. Nestes termos, a intervenção psiquiátrica deve guardar compatibilidade com a autonomia do sujeito, respeitando as dimensões de sua personalidade. É de se preservar eventual poder que tenha sobre si mesmo.¹⁹

Até pouco tempo, os médicos entendiam que os usuários de substâncias psicotrópicas eram desprovidos de vontade própria em função do vício. Tratavam a dependência química do mesmo modo como lidavam com as doenças mentais, ou seja, seguindo a orientação manicomial, hospitalocêntrica e asilar.²⁰ Entretanto, com a ascensão dos ideais libertários já no final das décadas do século passado, passou a vigor o entendimento que usuário de substância psicotrópica mantém alguma autonomia, quando preservada sua capacidade cognitiva, ou seja, sua capacidade de entender e de querer. Passou-se a compreender que a liberdade do sujeito é regra, e que o seu cerceamento é a exceção, aplicável ante a absoluta falta de discernimento.

¹⁹ MORAES, Maria Celina Bodin de. *Na medida da pessoa humana*. Rio de Janeiro: Renovar, 2010, p.183.

²⁰ MENEZES, Joyceane Bezerra de; GESSER, Wagner Pinheiro. Autonomia do paciente dependente de substância no Brasil. In: Joyceane Bezerra de Menezes. (Org.). *Dimensões Jurídicas Da Personalidade Na Ordem Constitucional Brasileira*. 1.ed. Florianópolis: Conceito Editorial, 2010, v. 1, p. 535-550.

Seja em razão da cláusula geral de tutela da pessoa ou mesmo do direito geral de personalidade,²¹ tal como citado pelo portugueses, se deduz a prerrogativa de autodeterminação ético-existencial, permitindo ao sujeito a faculdade de realizar escolhas fundamentais à sua vida, dentre as quais a de recusar um tratamento médico, especialmente quando este comprometer a sua liberdade de ir e vir, como é o exemplo da internação compulsória. Ademais, o direito da pessoa à convivência familiar e comunitária é incompatível com um alijamento social, ainda que fundado no interesse público de afastar o paciente psiquiátrico do olhar da comunidade.

O direito de personalidade protege a liberdade do sujeito até mesmo para a prática de atos acráticos.²² Há quem fume cigarros, beba álcool excessivamente, pratique esportes de alto impacto e risco. A regra geral é pela liberdade. Sem liberdade não há personalidade em desenvolvimento.²³

Até a ascensão do cristianismo, a personalidade era um valor reconhecido a poucas pessoas²⁴. Aos negros, aos índios e aos escravos não se reconheciam a personalidade. Superado esse período histórico, a personalidade passou a ser atributo de toda e qualquer pessoa.

A autonomia, elemento inerente à personalidade, é considerada uma necessidade humana. Por seu intermédio, o sujeito constrói sua própria identidade²⁵. No processo de autocriação, enfatiza-se a integridade daquele que tem capacidade de realizar escolhas e não o seu bem-estar. Assim, é fundamental assegurar à pessoa “o controle de

²¹ Sobre a cláusula geral de tutela da pessoa, ver TEPEDINO, Gustavo (*In Temas de direito civil*. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.)e, sobre o direito geral de personalidade, ver SOUSA, Rabindranath Valentino Aleixo Capelo de (*In O direito geral de personalidade*. Coimbra: Coimbra Editora, 1995).

²² Na construção de Bodin de Moraes, “Atos prejudiciais à saúde, mas mesmo assim praticados pelo indivíduo, são, por exemplo, atos acráticos. Os hábitos de fumar, beber ou comer em excesso, levar uma vida sedentária, praticar esportes perigoso são todos práticas que podem ser reputadas “ruins”, mas o sujeito continua com elas. Em termos comuns, a acrasia é classificada como incontinência ou fraqueza de vontade. Aqui, embora o sujeito acredite que queira livrar-se daquele hábito, já que sabe que lhe faz mal – efetiva ou potencialmente – ele, na realidade, não quer renunciar ao prazer que o fumo lhe traz. Escolhe, então, racionalmente, o que lhe faz mal ao corpo, mas provavelmente bem à alma. Em curto prazo, na realidade, todos praticamos tais atos”. Na medida em que esse mal hábito não roubar a capacidade de discernimento a liberdade do indivíduo é assegurada, ainda que as consequências dali decorrentes devam ser de sua inteira responsabilidade individual. (MORAES, Maria Celina Bodin de. *Na medida da pessoa humana*. Estudos de direito civil-constitucional. Rio de Janeiro: Renovar, 2010, p.199-200).

²³ Gustavo Tepedino defende que a personalidade deve ser encarada ora como capacidade, ou seja, possibilidade de figurar como titular das relações jurídicas, ora como conjunto de atributos inerentes e indispensáveis à condição humana. (2001; p.27)

²⁴ A personalidade é, portanto, não um direito, mas um valor (o valor fundamental do ordenamento) e está na base de uma série aberta de situações existenciais, nas quais se traduz a sua incessantemente mutável exigência de tutela.

²⁵ GUSTIN, Miracy B. S. *Das necessidades humanas aos direitos*. Ensaio de Sociologia e Filosofia do Direito. Belo Horizonte: Del Rey, 2009.

sua própria vida, mesmo quando se comportar de um modo que, para ela própria, não estaria de modo algum de acordo com seus interesses fundamentais”.²⁶

A concepção de autonomia centrada na integridade²⁷ não pressupõe que o sujeito mantenha sempre, uma irretocável coerência entre a sua conduta e os seus valores. Tampouco que realize sempre as melhores escolhas ou que, invariavelmente, conduza a sua vida de modo refletido e estruturado. No processo de autocriação, é admissível que possa fazer escolhas proveitosas e acráticas.

Porém, na medida em que o sujeito perde a capacidade de autopercepção e passa a realizar, sistemática ou aleatoriamente, decisões contraditórias, incoerentes e sem objetivos discerníveis, é possível que sua autonomia esteja comprometida, ainda que a curto prazo.²⁸ Nesses casos, se não estiver gozando de competência mental²⁹ para decidir, sua capacidade poderá sofrer alguma restrição, após o devido processo legal. E sempre com o intuito de lhe proteger.

Toda pessoa tem direito ao pleno desenvolvimento de sua vida privada. Sua autonomia recebe proteção constitucional reforçada especialmente quanto às suas escolhas existenciais.³⁰ É a pessoa e não é mais um sujeito de direito neutro, anônimo e titular de patrimônio, que constitui o valor central do ordenamento jurídico. Por esse mesmo fundamento axiológico, desenvolvem-se as disposições da Convenção sobre os direitos da pessoa com deficiência.³¹

²⁶ DWORKIN, Ronald. *Domínio da vida*, aborto, eutanásia e liberdades individuais. São Paulo: Martins Fontes, 2003, p.319.

²⁷ DWORKIN, Ronald. Op.cit. p.315 e segs.

²⁸ DWORKIN, Ronald. *Domínio da vida*, aborto, eutanásia e liberdades individuais. São Paulo: Martins Fontes, 2003, p.320

²⁹ “Não se trata aqui de definir, por critérios abstratos e objetivos, o que seja um homem normal ou anormal. O conteúdo dessa análise envolve aspectos históricos e culturais. Para Pietro Perlingieri, “La nozione (di normalità), dunque, entra in crisi nello stesso momento in cui si tenta d’attuarla, perché non esiste una normalità o un uomo normale fuori della storia o comunque non esiste un uomo normale che può essere (non) definito tale da altri uomini: la storia ha insegnato che la normalità è stata tale o considerate tale in una certa epoca, quando si giudicava anormale chiunque si esprimesse in senso opposto a quella normalità; nell’epoca successive, invece, la definizione magari s’invertida, o meglio s’invertiva il valore della normalità, cioè il criterio in base al quale si voleva individuare il valore dell’uomo.” (*In La personalità umana nell’ordinamento giuridico*. Camerino-Napoli: Edizioni Scientifiche Italiane, 1972, p.24).

³⁰ MORAES, Maria Celina Bodin de. *Danos à pessoa humana: uma leitura civil-constitucional dos danos morais*. Rio de Janeiro: Renovar, 2003, p.190.

³¹ A Convenção de Nova York representou um marco na garantia dos direitos das pessoas com deficiência. Pautada nos princípios da dignidade humana, da não discriminação e da igualdade de oportunidades, o referido diploma legal objetiva promover a inclusão destas pessoas na sociedade, afastando os estereótipos de normalidade, trazendo uma perspectiva multifacetada da espécie humana, buscando, assim, aniquilar com o preconceito. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm]. Acesso em 18 de agosto de 2014.

Autonomia, conclui-se, é o poder que cada pessoa tem de se autoregular, de fazer suas próprias escolhas, de gerir a sua vida. No campo biológico, esse poder pode ser sintetizado na expressão “consentimento livre e esclarecido”. No processo de tratamento o paciente atua como partícipe, todavia a intervenção do médico deve observar a capacidade que o paciente tem de declarar a sua vontade, assim o médico não pode efetuar qualquer procedimento sem o esclarecimento e o consentimento prévio do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida.³²

Para Dworkin, autonomia seria a responsabilidade que cada ser humano tem de conduzir sua vida, não significando, tão somente, à aptidão para realizar escolhas pertinentes ao seu destino normal. Aliás, vale ressaltar, que o comportamento “normal” não pode medir a autonomia de um indivíduo, vez que pessoas normais também cometem atos desarrazoados. É da autonomia a possibilidade de mudança, o que não significa dizer que uma pessoa perdeu o seu juízo crítico porque cometeu “atos até então não compatíveis com seu comportamento”. Logo, percebe-se que entender autonomia como a aptidão para conduzir a vida de modo “normal” não é uma definição segura, haja vista o subjetivismo que o próprio termo envolve.

Sendo então autonomia o valor inerente da capacidade que protege e permite que cada um seja responsável pela condução de sua própria vida, compreende-se então que dependentes de crack podem ou não ter a capacidade cognitiva prejudicada, e conseqüentemente, ter ou não a sua autonomia preservada.

Partindo deste pressuposto, apesar da dependência química, o drogadito continua a ter resguardada a sua personalidade, pois o vício, por si só, não é suficiente para retirar-lhe a capacidade. Sua autodeterminação não pode ser prejudicada apenas pelo diagnóstico médico da dependência, justificando-se, assim, um tratamento psiquiátrico involuntário. Isso implicaria na sua descaracterização como sujeito social.

Contudo, excepcionalmente, pode se permitir sua internação involuntária, quando estiver sob o efeito da droga ou for provado o comprometimento da sua autonomia privada em tempo ulterior ao efeito imediato do seu uso.³³ Poderia ser levado ao hospital por qualquer pessoa, a fim de se submeter à avaliação médica. E a internação

³² SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. *Manual do Biodireito*. 2.ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2009.

³³ MENEZES, Joyceane Bezerra de; GESSER, Wagner Pinheiro. Autonomia do paciente dependente de substância no Brasil. In: Joyceane Bezerra de Menezes. (Org.). *Dimensões Jurídicas Da Personalidade Na Ordem Constitucional Brasileira*. 1.ed. Florianópolis: Conceito Editorial, 2010, v. 1, p. 535-550.

involuntária poderá ser prescrita a partir de um laudo médico que atesta a ausência de juízo crítico.

Outro problema grave que a questão envolve está no adoecimento da família. Muitas vezes a própria família leva o sujeito à internação, buscando somente um alívio para o fardo que é a convivência com a drogadição. No plano jurídico, porém, não se admite a internação forçada do sujeito para promover o descanso da família. Aqui há, sem dúvida, um fosso que dificulta a concretização da assistência psiquiátrica extra-hospitalar: a ausência de concreta atenção e ajuda às famílias dos pacientes psiquiátricos por drogadição.³⁴

4.1 Autonomia como liberdade

Para Stuart Mill,³⁵ o limite à liberdade está no dever de respeitar os direitos dos outros. Partindo deste pressuposto o usuário de crack só poderia ser constrangido em sua liberdade caso representasse uma ameaça real aos interesses de outrem. Enquanto as consequências da dependência química afetassem apenas o usuário da droga, seria justificável manter a sua autodeterminação, ainda que suas escolhas o levasse a morte.³⁶

No julgamento do Habeas Corpus nº 0061555-96.2012.8.19.0000 , que autorizou a internação compulsória de um adolescente usuário de crack, o desembargador Paulo Rangel, relator do processo, sustentou seu posicionamento favorável à medida, afirmando que não haveria como se proteger a liberdade do menor se a própria vida que a movimentação não estivesse sendo assegurada. A solução pode ser admissível para o caso de paciente menor de idade, na medida em que há uma tensão entre a sua liberdade e o dever de cuidado inerente ao poder familiar e às funções do Estado, mas o foco do presente texto restringe-se ao abrigo compulsório de maiores.

Não se pode apenas internar todos os usuários de drogas, por simplesmente se supor que já não guardam a consciência do que seja melhor para suas vidas. Se o uso da droga

³⁴ MENEZES, Joyceane Bezerra de; OLIVEIRA, Cecília Barroso de. Reforma Psiquiátrica Brasileira, a difícil passagem do isolamento para o tratamento inclusivo do paciente em respeito aos direitos da personalidade e ao direito à convivência familiar. In: Joyceane Bezerra de Menezes. (Org.). *Justiça Social e Democracia*. 1.ed. São Paulo, 2011, v.1, p.229-252.

³⁵ MILL, Stuart. *Sobre a liberdade*. BRITO, Ari R. Tank (tradução). São Paulo: Hedra, 2010, p.57.

³⁶ É o que se extrai das considerações de BODIN DE MORAES, quanto à liberdade para a prática de atos acráticos e capacidade (In *Na medida da pessoa humana*. Estudos de direito civil-constitucional. Rio de Janeiro: Renovar, 2010, p.200) .

já provocou total incompetência para decidir, seria razoável a restrição de sua autonomia. Mas perderá a capacidade de decisão quando não puder mais entender ou querer livremente.

Se o indivíduo tem consciência da gravidade de seu vício e dos efeitos que gera para a sua saúde e, mesmo assim, não quer se submeter ao tratamento, o Estado não poderá forçá-lo. Caso venha a comprometer a paz social ou a perpetrar crimes, a autoridade pública competente poderá se utilizar dos mecanismos previstos em lei, inclusive, para cercear a sua liberdade.³⁷

Nesse ponto, uma espécie de campanha pública para a internação involuntária ou internação compulsória tem de considerar que sua aplicação somente será legítima quando da ausência discernimento do sujeito e a incapacidade volitiva para decidir sobre o tratamento, somada ao prejuízo que seu vício vem causando à sua saúde, à sua família e à sociedade.

5. Programa de Braços Abertos: Uma alternativa a se pensar

Indo de encontro às políticas compulsórias de abrigamento, o *Programa de Braços Abertos* se sobrepõe como alternativa para o tratamento das pessoas usuárias de drogas. Pautada nos princípios da Política de Saúde Mental Brasileira, a operação aposta no consentimento e na integração dos dependentes químicos à sociedade como ferramenta para combater a drogadição.³⁸

O Projeto consiste em oferecer hospedagem em hotéis para os usuários de drogas da Cracolândia de São Paulo, bem como a contratação destas pessoas para o serviço de zeladoria das ruas da capital, com carga de quatro horas diárias, mais duas horas de capacitação e qualificação profissional, além de disponibilizar três refeições por dia para as pessoas interessadas em integrar o projeto. Vale destacar ainda que os assistidos recebem quinze reais por dia de trabalho.

³⁷ Perlingieri afirma que “o tratamento sanitário, e, especificamente, aquele psicoterapêutico, para ser conforme ao ditame constitucional, deve ser respeitoso da pessoa e das suas excentricidades; é permitido intervir coativamente somente quando estas últimas constituírem um sério perigo para a comunidade na qual vive. A intervenção deve ser orientada a eliminar ou atenuar a periculosidade, excluída esta, desaparece a causa legitimadora do tratamento feito contra ou sem a vontade do interessado”. (2007; p.161)

³⁸ O Decreto n.º 55.067, de 28 de abril de 2014, instituiu e regulamentou o *Programa de Braços Abertos*. Disponível em: [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/trabalho/decreto_pot_29.pdf]. Acesso em: 06 de maio 2014.

Apesar de alvo de muitas críticas, tais como a proximidade entre os hotéis e a Cracolândia, a remuneração por diárias, circunstância que facilita a compra de drogas pelos assistidos, e ainda a carga horária reduzida de trabalho, favorecendo a ociosidade nos beneficiados, a operação se mostra como uma ferramenta auxiliar para o tratamento dos usuários de droga. Como uma alternativa ao sistema de abrigamento compulsório, não se apoia no flagrante desrespeito à autonomia e à dignidade da pessoa. É bem certo que a sua eficácia não pode ser mensurada apenas pela análise dos contornos formais da medida. Porém, é uma alternativa interessante para promover o convencimento e estimular a opção pelo tratamento. Inócua será qualquer alternativa, se o tratamento integral e multidisciplinar extensivo aos familiares não lhes for efetivamente disponibilizado.

6. Conclusão

A dependência química não retira por si só a capacidade de autodeterminação do indivíduo. Apesar de trazer várias consequências negativas, o vício não necessariamente impede que o usuário continue a ter sua autonomia preservada. Não se pretende, em absoluto, defender a liberdade completa e irrestrita das pessoas para usar cocaína crack em via pública, estimulando até mesmo os demais para o uso. Do contrário, entende-se que há necessidade urgente do enfrentamento desse problema, vez que já conjuga problemas de elevada complexidade para as famílias e para a sociedade.

Porém, não se pode concordar com um abrigamento que tem a nítida feição paliativa de “limpar as ruas”. Onde estão sendo tratadas as pessoas adultas e crianças que foram abrigadas? O espaço para o tratamento tem estrutura asilar ou oferece condições para uma assistência adequada? O que chamam abrigamento não estaria configurando uma internação irregular? Se a resposta for positiva, essa alternativa é incompatível com os direitos do paciente psiquiátrico. Não lhes oferece o tratamento adequado e constitui um regresso ao tempo dos manicômios.

Abrigamento compulsório não parece ser a solução para o vício em crack, ainda que a internação regular, constitua uma das etapas do tratamento. Além do período de internação, demanda-se uma assistência extra-hospitalar integral que congregue ainda o esforço conjunto da família e da comunidade para garantir a inserção definitiva deste indivíduo ao meio social.

Desta feita, a Resolução 20/2011 da Secretaria de Assistência Social do Rio de Janeiro ofende a lei, a partir do momento em que prega o abrigamento compulsório dos usuários de drogas, sem lhes oferecer, na prática, tratamento multidisciplinar adequado para a dependência química, como observado pelo Ministério Público estadual, quando o órgão encaminhou recomendações à Secretaria Municipal competente. O mero alojamento, pautado em política higienista, não vai solucionar o problema da *epidemia do crack*, pois, se não for oferecido um tratamento voltado para a recuperação do sujeito, este logo retornará à rua e restabelecerá o vício. O respeito à autonomia e demais direitos humanos, fundamentais e de personalidade são indispensáveis ao tratamento adequado.

7. Referências

BASAGLIA, Franco. *A Instituição Negada*- Relato de um Hospital Psiquiátrico. 3.ed.Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BODIN DE MORAES, Maria Celina. *Danos à pessoa humana*. Uma leitura civil-constitucional dos danos morais. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

_____. *Na medida da pessoa humana*. Estudos de direito civil-constitucional. Rio de Janeiro: Renovar, 2010.

DINIZ, Maria Helena. *O Estado Atual do Biodireito*. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

DWORKIN, Ronald. *Domínio da Vida* - Aborto, Eutanásia e Liberdades Individuais. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

MENEZES, Joyceane Bezerra de; GESSER, Wagner Pinheiro. Autonomia do paciente dependente de substância no Brasil. In: Joyceane Bezerra de Menezes. (Org.). *Dimensões Jurídicas Da Personalidade Na Ordem Constitucional Brasileira*. 1.ed. Florianópolis: Conceito Editorial, 2010, v. 1, p. 535-550.

MENEZES, Joyceane Bezerra de; OLIVEIRA, Cecília Barroso de. Reforma Psiquiátrica Brasileira, a difícil passagem do isolamento para o tratamento inclusivo do paciente em respeito aos direitos da personalidade e ao direito à convivência familiar. In: Joyceane Bezerra de Menezes. (Org.). *Justiça Social e Democracia*. 1.ed. São Paulo, 2011, v.1, p.229-252.

MENEZES, Joyceane Bezerra de. Personalidade, autonomia e saúde mental: o controle das internações psiquiátricas involuntárias no Estado do Ceará. In: RODRIGUEZ, José Rodrigo. (Org.). *Pensar o Brasil*. 1.ed. São Paulo: Saraiva, 2012, v.1, p. 175-209.

MILL, Stuart. *Sobre a liberdade*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

PEREIRA, Caio Mário da Silva. *Instituições de direito civil*. 25.ed. Vol.I, BODIN DE MORAES, Maria Celina (atualização), Forense: Rio de Janeiro, 2012.

PERLINGIERI, Pietro. *Perfis do Direito Civil* - Introdução ao Direito Civil Constitucional. Rio de Janeiro: Renovar, 2007.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. *Manual do Biodireito*. 2.ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2009.

SOUSA, Rabindranath Valentino Aleixo Capelo de. *O direito geral de personalidade*. Coimbra: Coimbra Editora, 1995.

TEPEDINO, Gustavo. *Temas de Direito Civil*. 4.ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2004.

civilistica.com

Recebido em: 4.8.2014

Aprovado em:

7.8.2014 (1º parecer)

12.8.2014 (2º parecer)

Como citar: MENEZES, Joyceane Bezerra de; MOTA, Maria Yannie Araújo. Os limites da política de abrigamento compulsório e a autonomia do paciente usuário de drogas **Civilistica.com**. Rio de Janeiro, a. 3, n. 1, jan.-jun./2014. Disponível em: <<http://civilistica.com/os-limites-da-politica-de-abrigamento-compulsorio-e-a-autonomia-do-paciente-usuario-de-drogas/>>. Data de acesso.