

# INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA DO DEPENDENTE QUÍMICO NO ESTADO DE MINAS GERAIS

Bárbara Santos Trindade<sup>1</sup>

Júlio César Faria Zini<sup>2</sup>

Banca examinadora\*\*

RESUMO: A internação involuntária do dependente químico envolve diversas discussões em relação à sua aplicabilidade e eficácia, e vem sendo abordada com maior frequência nos últimos anos. O presente estudo tem por objetivo elucidar o procedimento de tal medida de tratamento no estado de Minas Gerais e questionar a sua eficácia, abordando os pontos mais discursivos.

PALAVRAS-CHAVE: Internação involuntária; Minas Gerais; dependente químico; drogas; intervenção estatal.

SUMÁRIO: 1 INTRODUÇÃO; 2 DEPENDÊNCIA QUÍMICA; 2.1 Conceito; 2.2 Transtorno Mental; 2.3 Garantias do dependente químico; 2.3.1 Garantias constitucionais; 2.3.2 Garantias infraconstitucionais; 2.3.2.1 Lei 10216 de 2001; 2.3.2.2 Lei 11.343 de 2006; 2.3.2.3 Resolução nº 3 de 27 de outubro de 2005; 3 INTERNAÇÃO DO DEPENDENTE QUÍMICO NO ESTADO DE MINAS GERAIS; 3.1 Descriminalização do dependente químico e a sua inimizabilidade 3.2 Da internação involuntária; 3.3 Procedimento da internação involuntária no estado de Minas Gerais; 4 POLÍTICA PÚBLICA NO ESTADO DE MINAS GERAIS; 4.1 Do dever do Estado; 4.2 Da necessidade de uniformização do local de tratamento; 4.3 Criação e fiscalização de clínicas para tratamento de internação involuntária pelo estado de Minas Gerais; 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS; REFERÊNCIAS.

## 1 INTRODUÇÃO

A utilização compulsiva de drogas nem sempre foi considerada dependência química. Anteriormente, aqueles que faziam o uso eram marginalizados pela sociedade, que viam no usuário um desvio de caráter quando acometidos pela dependência química. Este cenário modificou a partir da metade do século XX, momento em que tal comportamento passou a ser considerado uma síndrome de dependência química, a qual necessita de tratamento assim como as demais doenças estipuladas pelo Conselho Internacional de Doenças (CID).

No decorrer da pesquisa serão abordados os direitos garantidos ao dependente, positivados no texto constitucional e reafirmados em normas infraconstitucionais.

Entre as diversas medidas possíveis para o tratamento da dependência, será destacada a medida de internação involuntária daquele acometido por transtorno mental em razão do uso de drogas e o procedimento aplicado em diferentes estados do país, entre eles São Paulo, Rio de Janeiro e detalhadamente em Minas Gerais.

Por fim, será questionada a eficácia desta modalidade de internação e sugerida eventuais melhoramentos ou alterações.

## 2 DEPENDÊNCIA QUÍMICA

### 2.1 Conceito

A dependência química, caracterizada também pelo uso compulsivo de substâncias capazes de alterar o efeito psíquico da pessoa, é um fato que acompanha todo o contexto histórico do uso de drogas, ao levar em consideração que todas as civilizações tiveram acesso às ervas e substâncias que hoje são consideradas drogas pela Lei 11.343 de 2006 e causam a dependência.

Anteriormente, aquele que usava drogas compulsivamente e tinha os seus comportamentos alterados pelo efeito da mesma era comparado à marginal ou até mesmo reconhecido como aquele que possuía desvio de caráter. Com o decorrer do tempo, tal comportamento foi diagnosticado como uma síndrome, mais especificadamente como uma dependência química. A fim de esclarecer e identificar a dependência a CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) trouxe consigo o conceito da mesma:

*A síndrome de dependência química é o conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas consequências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações a um aumento da tolerância pela droga e, por vezes, a um estado de abstinência física". (disponível em <[http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f10\\_f19.htm](http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f10_f19.htm)> Acesso em: 15/11/2014)*

Entende-se como substâncias psicoativas, aquelas que, quando ingeridas, modificam funções do sistema nervoso central, produzindo efeitos psíquicos e comportamentais, independentemente da via de administração (MESSA; 2002 p. 43);

### 2.2 Do transtorno mental

A dependência química é algo que vem sendo discutido com maior amplitude na atualidade e leva em consideração diversos fatores para a sua caracterização como um transtorno mental.

A referida dependência como transtorno mental está estipulada na CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), mais especificadamente demonstrada nos itens F-10 a F-19, no qual informa os tipos de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa. A CID-10 compreende que:

*este agrupamento compreende numerosos transtornos que diferem entre si pela gravidade variável e por sintomatologia diversa, mas que têm em comum o fato de serem todos atribuídos ao uso de uma ou de várias substâncias psicoativas, prescritas ou não por um médico. (CID-10)*

Para que sejam identificadas as substâncias psicoativas deve ser efetuada uma busca a partir de todas as fontes de informações disponíveis, como aquelas fornecidas pelo próprio sujeito, análises de sangue e outros líquidos corporais, sintomas físico, psicológico, entre outros. O objetivo desta identificação é informar se tal substância é capaz de causar a dependência química no usuário ou não.

## 2.3 Garantias do dependente químico

### 2.3.1 GARANTIAS CONSTITUCIONAIS

Logo no inciso III do art. 1º, a Constituição da República tem como fundamento do Estado Democrático de Direito a garantia da dignidade da pessoa humana. Os direitos fundamentais visam defender preliminarmente a pessoa humana, assim como a sua dignidade, e o fato desta defesa estar constitucionalizada coloca o indivíduo como centro de titularidade de direitos.

A Constituição da República garante também o direito à vida no caput do art. 5º, e o direito à liberdade de locomoção conforme dispõe o inciso XV do mesmo artigo.

No que tange à inviolabilidade do direito à vida, tem-se que a mesma está diretamente relacionada com o princípio da dignidade da pessoa humana. Isso significa que para que seja garantido o direito à vida em sua plenitude, esta deve ser vivida com dignidade.

Ora, evidente que o usuário de drogas, vitimado pela dependência química, por muitas vezes encontra-se em situações sub-humanas em virtude da compulsão pelo uso de substâncias psicoativas. Diante disso, deve ser analisado: tal usuário goza do seu direito a vida? O faz com dignidade? A resposta é não!

Destarte, surge a necessidade de uma intervenção na vida do dependente, a fim de garantir a inviolabilidade dos seus direitos. Como já foi demonstrado, o dependente químico sofre de um transtorno mental, e isto deve ser tratado.

O direito à saúde está positivado no art. 196 da CR/88, e é reconhecido expressamente pela Constituição Federal como direito fundamental social, a qual prevê que a concretização da proteção e promoção do direito à saúde, deve ser exercida tanto pelos entes públicos quanto pelos particulares. Nesse sentido, entende Sarlet:

*Embora haja obrigação precípua do poder público para a efetivação do direito, há de se reconhecer que a saúde gera um correspondente dever de respeito aos particulares, uma vez que igualmente estão vinculados na condição de destinatários da norma de direitos fundamentais. Razão pelo qual se tutela a integridade física, vida e dignidade pessoal. (SARLET, 2012)*

Entre inúmeras formas de tratamento existentes para o dependente químico com o objetivo de garantir a sua reinserção e convívio social, tem-se a internação involuntária. O procedimento desta modalidade de internação será ampliado posteriormente. A partir disso, surge o questionamento quanto à liberdade de locomoção garantida constitucionalmente a todo cidadão.

Neste caso, a garantia da dignidade da pessoa humana, assim como a garantia do bem superior que é a vida devem servir como limitadoras da liberdade de locomoção do indivíduo. Isso significa que a cessação da liberdade do dependente é legal, pois o que está sendo questionado é o direito que o indivíduo possui à saúde, mas sem restringir sua liberdade coercitivamente, apenas na tentativa de assegurar sua segurança e um tratamento adequado.

### 2.3.2 GARANTIAS INFRACONSTITUCIONAIS

Em razão do aumento do número de usuários de drogas acometidos pela dependência química, conforme informação fornecida pelo site do senado, surge a necessidade de regulamentação assim como a readaptação das normas já existentes de acordo com o tempo.

Entre as normas garantidoras dos direitos do dependente, assim como o seu devido tratamento para a garantia da adequada reinserção social estão a Lei 10.216 de 2001 (Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental) e a Lei 11.343 de 2006 (Nova Lei de Drogas).

Conforme será exposto a seguir, restará evidente que tais redações possuem um objetivo em comum: a recuperação do indivíduo, na busca de garantir a sua saúde mental, reinserção social, com a devida participação do Estado, da família e sociedade como um todo.

#### 2.3.2.1 Lei 10216 de 2001

A Lei de Saúde Mental (10.216/2001), objetiva garantir os direitos e proteção às pessoas acometidas por transtorno mental independente de nacionalidade, idade, família, recursos econômicos, entre outros. Não há também discriminação quanto ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno.

No art. 2º da mesma lei, são indicados os direitos garantidos aos portadores do transtorno e aos seus familiares nos atendimentos em saúde mental. Entre tais direitos, o inciso V diz que a mesma deve "ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária", é garantido ainda ao usuário e familiares, em seu inciso VII, o recebimento do maior número de informações a respeito da sua doença.

É enfatizada no texto legal a responsabilização do Estado em desenvolver políticas de saúde mental, incluindo-se ainda a participação da sociedade e da família, e visa um tratamento adequado em que a assistência deve ser prestada em estabelecimento de saúde mental, no caso, instituições ou unidades com todos os recursos necessários para o tratamento dos portadores de transtorno mental.

Em relação aos recursos, o parágrafo 2º, do art. 4º, da Lei, estabelece que:

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

Ainda no artigo 4º, em seu parágrafo primeiro, é explicitado que a internação deve ser aplicada em *ultima ratio*, ou seja, quando todos os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

Em sua primeira redação, a lei era caracterizada por uma política higienista. Atualmente, a reforma da lei trouxe consigo progressos em relação às políticas públicas para melhoria do tratamento de portadores de transtorno mental ao retirar a ideia dos manicômios, políticas asilares ou até mesmo a intenção de higienização, passando a defender o tratamento em estabelecimentos com todos os recursos necessários para sua eficácia. A precípua finalidade é a reinserção social do dependente químico, protegendo a sua vida e dignidade.

#### 2.3.2.2. Lei 11.3434 de 2006

A Lei 11.343, também conhecida como Lei de Drogas, foi publicada em 23 de agosto de 2006 e trouxe como principais objetivos, a prevenção do uso indevido, atenção, reinserção social de usuários e dependentes de drogas e a repressão do tráfico ilícito de drogas, conforme estabelece o seu art. 1º.

Divergente das leis anteriores (Lei 6.368/76 e Lei 10.409/2002), nota-se que a nova Lei de Drogas, trouxe inovações, com uma política de separação entre prevenção de uso e repressão do tráfico de entorpecentes, ao retirar a característica de criminoso atrelada ao dependente, que passou a considerar o tratamento como melhor solução, afastando reclusão. Trata-se de uma medida de proteção. No mesmo sentido, entende Andrey Borges e Paulo Roberto Galvão:

*O mote desta nova linha metódica é o reconhecimento de que o uso de drogas é uma realidade e que suas causas e efeitos constituem um problema social. Com base nesta premissa, não é suficiente, para a prevenção geral e especial, taxar os usuários de drogas de criminosos e impor-lhes a reclusão,*

*permitindo a superveniência de todas as consequências adversas desta forma de repressão – em especial, o preconceito – e, ao mesmo tempo, negando aos usuários a assistência integral devida pelo Estado. (MENDONÇA; CARVALHO; 2013)*

De acordo com a lei o tratamento deve ser utilizado em casos específicos e não será aplicado a todos aqueles que utilizam drogas (há uma distinção entre dependentes químicos e usuários de entorpecentes) sob o fundamento de que nem todos que usam a droga tornam-se necessariamente dependente.

Circunstanciadamente no Título III da Lei, há disposição sobre a prevenção, atividades de atenção e reinserção social de usuários ou dependentes de drogas. Os autores Andrey Borges e Paulo Roberto Galvão, explicam como tais atividades devem ser exercidas separadamente:

*A atividade de “prevenção” visa a reduzir os fatores de vulnerabilidade e comportamentos de risco ao acesso às drogas, bem como a promover e fortalecer os fatores de proteção, ou seja, aqueles fatores que afastariam os potenciais usuários das drogas, tais como incentivo às atividades esportivas, culturais e profissionais. A “atenção”, direcionada ao usuário, dependente e respectivos familiares, visa a melhorar a qualidade de vida e reduzir os riscos e danos associados ao uso de drogas, não somente à saúde individual, mas à sociedade como o um todo (art. 20). Por fim, a “Reinserção Social” visa à integração e à reintegração, em redes sociais, do usuário, dependente e respectivos familiares (art. 21), ou seja, permitir que eles sejam novamente integrados à sociedade, evitando a marginalização. (MENDONÇA; CARVALHO; 2013)*

O autor Luiz Flávio Gomes aborda a divisão da prevenção em três momentos. São eles: a prevenção primária (visa impedir o primeiro contato do indivíduo com a droga); prevenção secundária (busca evitar que o indivíduo que faz o uso moderado passe a usar com mais frequência) e a prevenção terciária (investe nas ações de para a recuperação do dependente) [GOMES. 2013]. A finalidade dessa subdivisão é aplicar o tratamento correto ao usuário de acordo com as circunstâncias e necessidade.

No que versa à Reinserção Social, entende-se que a sua intenção é fazer com que o ex-usuário de drogas se sinta confortável diante da nova situação de tratamento, uma vez que o contexto histórico relacionado ao dependente químico é traz uma imagem de que os mesmos pertencem às classes menos favorecidas da sociedade.

Apesar da Nova Lei, dedicar um título para as garantias do usuário e dependente, abordando sobre a política preventiva (capítulo I) e de reinserção social (capítulo II), a atuação do Estado e entes privados (art. 24), a destinação de recursos a instituições sem fins lucrativos (art. 25), entre outros, a mesma não dispõe sobre a internação do usuário de drogas fora das hipóteses de infrações delitivas.

O fato de a lei permanecer silente quanto à possibilidade de internação para tratamento do usuário não significa que esta não poderá ocorrer. Como foi abordado anteriormente (Lei 10216/2001), é possível a internação daqueles que através de laudo médico é diagnosticado com transtorno mental, podendo esta ocorrer de três formas: voluntária, involuntária e compulsória.

### 2.3.2.3. Resolução 3, de 27 de outubro de 2005

O CONAD, estabelece sua política Nacional sobre Drogas através da Resolução 3, de 27 de outubro de 2005, e, no que tange à recuperação e reinserção social, destaca que:

*O Estado deve estimular, garantir e promover ações para que a sociedade (incluindo os usuários, dependentes, familiares e populações específicas) possa assumir com responsabilidade, o tratamento, a recuperação e a reinserção social, apoiada a técnica e financeiramente, de forma descentralizada, pelos órgãos governamentais, nos níveis municipal, estadual e federal, pelas organizações não governamentais e entidades privadas. (Resolução nº 3 de 2005)*

O investimento para as políticas de drogas é estipulado em seu item 2.1.5 que dispõe:

*No orçamento Geral da União devem ser previstas dotações orçamentárias, em todos os ministérios responsáveis pelas ações da Política Nacional sobre Drogas, que serão distribuídas, de forma descentralizada, com base em avaliação das necessidades específicas para a área de tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional, estimulando o controle social e a responsabilidade compartilhada entre governo e sociedade. (Resolução nº 3 de 2005)*

A resolução estipula também que as estratégias de tratamentos e demais devem ser baseadas em pesquisas científicas, devendo-se investir naquelas que obtiverem os melhores resultados.

Por fim, entre outras garantias, em relação à recuperação, é incentivada a promoção de reinserção familiar, social e ocupacional, tendo como principal objetivo o rompimento do ciclo consumo e tratamento, uma vez que muitas vezes, após o tratamento, o paciente tem recaídas ou crises de abstinência, volta a consumir drogas.

Em todos os textos de lei nota-se a intenção do legislador em recuperar o dependente químico, dando ao mesmo todas as garantias positivadas no texto constitucional, como o direito à vida com dignidade, à saúde, a participação do Estado e da sociedade, objetivando, sobretudo a reinserção social. Para atingir o objetivo financeiramente, já existem recursos cuja destinação é especificamente para estas ações. Tem-se como exemplo a reserva pelo orçamento geral da União.

A medida de internação sem o consentimento do dependente somente é aplicada em situações excepcionais, nas quais o dependente se encontra em situações de risco de vida, sendo necessário que tenham esgotados todos os recursos distintos do cerceamento da liberdade do mesmo. Todavia, quando resta identificado o transtorno mental do usuário, tem-se que a sua capacidade de autocontrole da situação encontra-se comprometida. Isso significa que, muitas vezes, o mesmo não possui condições de entender a necessidade de tratamento diverso, nem sequer controle quanto ao tratamento extra hospitalar, tendo em vista que a possibilidade do mesmo ter recaídas no início é bem maior.

Percebe-se nesse caso, a necessidade de internação do dependente em clínicas, a fim de oferecer o tratamento adequado nas crises de abstinências e evitar o retorno ao uso de drogas. Por outro lado, pergunta-se: está o sistema brasileiro preparado para receber os dependentes químicos? O país encontra-se pronto para oferecer o tratamento adequado e garantir a sua reinserção social?

As políticas sobre drogas ao que se refere à internação não é padronizado, o que resulta constantes alterações.

Nota-se que os recursos para o tratamento do dependente químico estão positivados, entretanto, não há uma consonância entre os entes que os façam tornarem eficazes.

### 3 INTERNAÇÃO DO DEPENDENTE QUÍMICO NO ESTADO DE MINAS GERAIS

#### 3.1 Descriminalização do dependente químico e a sua inimizabilidade

A utilização de drogas lícitas ou ilícitas pela sociedade tem se tornado cada vez mais comum e em alguns casos o uso moderado foge do controle do usuário, levando-o à dependência.

O dependente torna-se vulnerável e, em algumas situações, abandonam seu emprego e família, submetendo-se de práticas de furtos à capacidade de matar alguém, com objetivo em obter mais drogas para consumo. Este comportamento faz com que a sociedade o considere um criminoso. Entretanto parte desta sociedade não compreende que tais atos não seriam praticados pelo dependente, se não estivesse investido pelo transtorno mental. No mesmo sentido se expressa Anna Nery:

*O uso indiscriminado de substâncias psicoativas vem sendo associado à criminalidade e às práticas antissociais relacionadas ao comportamento irresponsável do usuário, que acaba por cometer atos de delinquência e envolver-se com problemas de ordem judiciária. Isso acarreta perdas individuais e sociais, o que leva o dependente à exclusão social. (Disponível em < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-8145201000300021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-8145201000300021) > Acesso em: 20/11/14)*

Conforme demonstrado, a Nova Lei de Drogas trouxe em seu conteúdo o tratamento diferenciado àquele que faz o uso de drogas e àquele que pratica o tráfico. A precípua finalidade dessa diferenciação é enfatizar que o uso de drogas trata-se de um problema social e que a repressão do usuário não trará resultados satisfatórios após o cumprimento da sua pena, podendo inclusive piorar o seu comportamento. Nesse sentido entende o Supremo Tribunal Federal:

*EMENTA: HABEAS CORPUS. PENAL MILITAR. USO DE SUBSTÂNCIA ENTORPECENTE. PRINCÍPIO DA INSIGNIFICÂNCIA. APLICAÇÃO NO ÂMBITO DA JUSTIÇA MILITAR. ART. 1º, III DA CONSTITUIÇÃO DO BRASIL. PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA. 1.*

(...)

*4. A Lei n. 11.343/2006 --- nova Lei de Drogas --- veda a prisão do usuário. Prevê, contra ele, apenas a lavratura de termo circunstanciado. Preocupação, do Estado, em mudar a visão que se tem em relação aos usuários de drogas. 5. Punição severa e exemplar deve ser reservada aos traficantes, não alcançando os usuários. A estes devem ser oferecidas políticas sociais eficientes para recuperá-los do vício.*

(...)

*(STF - HC 92961 / SP - SÃO PAULO, Relator: Ministro Eros Grau. Julgamento: 11/12/2007. Órgão Julgador: segunda turma.)*

Conforme se expressa inciso II do art. 4º do Código Civil, os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham discernimento reduzido, são incapazes relativamente a certos atos, ou à maneira de os exercerem. O dependente químico é considerado portador de transtorno mental, de acordo com a CID-10, e a existência do transtorno deve ser comprovada através de laudo médico, conforme estipulado pelo art. 8º da Lei 10216/2001.

Diante da demonstração de descriminalização do usuário e dependente, pela Lei de Drogas, a consideração da existência do transtorno mental pela Lei de Saúde Mental, nota-se a reduzida capacidade do indivíduo em exprimir sua vontade, sendo necessária a intervenção de terceiros para determinados atos da vida civil.

Num outro ponto de vista, em casos de prática de crimes, independente do tipo de infração, se cometido por dependente químico,

há, na primeira parte do art. 45 da Lei de Drogas, a consideração de um caso de inimputabilidade penal.

Reconhecendo o juiz ser caso de inimputabilidade, este deve absolver o agente e, caso entenda necessário, determinar o seu tratamento médico adequado, conforme se expressa o parágrafo único do art. 45 da Lei anteriormente citada.

Ante o exposto, restou demonstrado a necessidade de tratamento do dependente como medida preferencial, visto que comprovado a sua capacidade reduzida ocasionada pelo transtorno mental, a dependência.

#### 3.2 Da internação involuntária

A internação involuntária é disciplinada pela Lei 10.216 e é realizada a pedido de terceiros (podendo ser familiares ou outras fontes), sem o consentimento do dependente. Essa forma de internação justifica-se pela incapacidade do paciente em reconhecer a necessidade do tratamento, levando em consideração a grave situação de risco em que se encontra devido ao uso indiscriminado de substâncias psicoativas.

Apesar de não tratar especificadamente das internações fora do contexto de práticas ilícitas, a Lei de Drogas defende que a medida de tratamento através da internação deve ser adotada em último caso. Assim também entende a Lei de Saúde Mental ao dispor que a internação somente será adotada quando insuficientes os recursos extra-hospitalares. A principal intenção de ambas as leis é evitar que o dependente tenha a sua liberdade cerceada.

Ocorre que há situações em que o dependente não possui discernimento suficiente para perceber os riscos que o uso da droga traz à sua vida, sendo necessária uma intervenção na tentativa de recuperá-lo e fazê-lo entender como as consequências do uso pode interferir na sua vida como um todo, seja no meio social, financeiro ou pessoal. Sendo assim, inúteis seriam os recursos extra-hospitalares, como terapias, em grupo ou individual, quando o dependente sequer aceita a sua condição atual, ou seja, o mesmo perdeu a sua capacidade de tomar decisões.

Diversos e impactantes são os casos de dependência química evidenciados na mídia. As situações envolvem pessoas sem condições financeiras que buscam tratamento e não possuem amparo pelo Estado, pessoas, independente da condição financeira, que negam o tratamento, sendo nesse caso situação de internação involuntária ou compulsória e pessoas que reconhecem a necessidade, pois não conseguem se recuperar sozinhas, e buscam o tratamento para abandonar o uso de drogas.

De acordo com a clínica de tratamento Viva, a eficácia da internação voluntária é significativamente mais alta, e justificada principalmente pela concordância e colaboração do dependente.

Em contrapartida, apesar do grau de eficácia da internação compulsória ou involuntária ser menor, não significa que a mesma deve ser descartada. Em depoimentos de pessoas submetidas a esse tipo de tratamento, há relatos que após a desintoxicação o paciente reconhece a necessidade de reabilitação, fazendo com que o procedimento seja facilitado.

O procedimento da internação involuntária está disciplinado nos parágrafos do art. 8º, da Lei de Saúde Mental que determina que a autorização da mesma deva ser efetuada por profissional competente (médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina onde se localize o estabelecimento) e comunicada ao Ministério Público pelo técnico no prazo de 72 horas. Ressalta-se que tal comunicação também deverá ser realizada no momento da alta do paciente, sendo que o término poderá ocorrer de duas formas: solicitação escrita do familiar, ou responsável legal; ou por determinação do especialista responsável pelo tratamento.

Quanto à estrutura do local de tratamento do paciente é importante enfatizar que este deve oferecer todos os recursos imprescindíveis

veis (assistência integral) para a devida reabilitação do mesmo, quais sejam: serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer e outros. (vide §2º do artigo 4º, da Lei 10.216).

A internação involuntária e de dependentes químicos nos Estados do Rio de Janeiro e São Paulo são reiteradamente aplicadas e, no caso de obrigatoriedade do Estado em autorizar o tratamento da internação compulsória ou viabilizar o tratamento da internação involuntária, tem-se que estas são reafirmadas e garantidas nas jurisprudências dos respectivos tribunais. Nesse sentido:

*INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA. Pedido liminar. Decisão que revogou deferimento liminar. Agravado que, além de ser pessoa agressiva, usuário de bebidas alcoólicas e de drogas, sofre de doença psiquiátrica. Pedido da agravante que está disciplinado na lei e é constitucionalmente garantido. Presença dos requisitos do fumus boni iuris e do periculum in mora. Agravo provido. (TJSP - AGRAVO Nº 474.139-4/1-00. Relator Carvalho Viana. Data do julgamento 20/03/2007);*

*APELAÇÃO CÍVEL Disponibilização de internação involuntária para dependente químico Direito à saúde que deve ser prestado pelo Estado 'lato sensu' Prescrição médica específica Inadmissíveis limitações de cunho administrativo Sentença mantida Recurso desprovido. (TJSP - Apelação nº 006905-23.2013.8.26.0242. Relator: Moreira de Carvalho. Data de julgamento: 24/11/2014).*

*APELAÇÃO - AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. DEPENDENTE QUÍMICO QUE NECESSITA DE INTERNAÇÃO EM CLÍNICA ESPECIALIZADA PARA DESINTOXICAÇÃO. Sentença de procedência. - Condenação dos réus a fornecerem ao autor tratamento em clínica especializada para desintoxicação de dependência química e, caso eleita clínica fora dos limites da Comarca, seja providenciado o seu transporte. (...)*

*A universalização da saúde é objetivo da república (Arts. 196 e 200, CF), constituindo direito de todos e dever do estado, a quem a constituição encarrega de prover os meios suficientes para garanti-lo aos necessitados. Responsabilidade solidária dos entes da Federação no fornecimento gratuito de medicamentos necessários à recuperação da saúde de portadores de doenças que demandem uso contínuo de medicação, bem assim de internações. Súmula 65, TJRJ - Não se há de fazer diferenciação entre o médico credenciado pelo SUS e o não credenciado. Laudo médico, que atesta a necessidade de internação. Manutenção da sentença.*

(...)

*(TJRJ – Apelação nº 0027090-19.2012.8.19.0014. Relator(a): Desembargador(a) Sidney Hartung. Data do Julgamento: 24/06/2014)*

No Estado de São Paulo em 2013, houve a assinatura pelo governador de um termo de cooperação técnica com o Ministério Público, Ordem de Advogados da OAB e Tribunal de Justiça de São Paulo.

O termo supracitado prevê a instalação de unidades em determinadas regiões onde se encontram concentrados dependentes de Crack, na qual trabalharão em conjunto a equipe médica, juízes, promotores e advogados com a finalidade de acelerar o procedimento de tratamento mais adequado para cada caso específico. Sendo necessária a internação involuntária ou compulsória, através de laudo médico, deverá o juiz determinar a internação compulsória, ou o Ministério Público consentir com a internação involuntária.

Situação análoga ocorreu no Estado do Rio de Janeiro também em 2013. A megaoperação de combate ao crack aconteceu na entrada da comunidade Parque União no bairro Bonsucesso, em que os usuários foram retirados do local e encaminhados para um setor de triagem

localizado em um abrigo da prefeitura em Paciência (Zona Oeste da cidade). No local era feito a avaliação dos pacientes pela Secretaria de Saúde que indicavam o tratamento adequado para cada um.

Medida similar vem sendo tratada no Estado de Minas Gerais, desde o ano de 2012, que alterou a política de tratamento oferecida ao usuário de crack, passando a adotar a internação involuntária. Entretanto a adoção da internação somente será permitida nos casos de risco de morte ao paciente. O Estado não pretende recolher os usuários nos pontos tradicionais de consumo, mas aplicar tal medida nos casos em que os familiares procurarem socorro em hospitais ou centros de tratamento ao usuário.

O subsecretário de políticas sobre drogas Benevides ao manifestar a respeito enfatizou ainda que “Cada caso será analisado individualmente, e só faremos a internação involuntária se houver indicação médica e acompanhamento do Ministério Público de Minas Gerais (MPMG) e da Defensoria Pública”, completou ainda dizendo que “A decisão sobre o paciente caberá a um conjunto de profissionais, e a internação só será aplicada quando for realmente necessária”.

Em relação às medidas adotadas pelos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, a Organização das Nações Unidas (ONU) considerou a ação como operações de varredura de dependentes de crack, através de uma inspeção feita pelo Grupo de Trabalho sobre Detenção Arbitrária. Dessa forma, a internação involuntária do dependente ficará proibida de ser executada por policiais e outros agentes de segurança pública.

### 3.3 Procedimento da internação involuntária no estado de Minas Gerais

Atualmente o tratamento de dependência química gratuito em Minas Gerais é oferecido pelo SUS através de fornecimento de medicamentos, tratamento ambulatorial nos Centros de Atenção Psicossocial e internação psiquiátrica, em caso de crises agudas, em hospitais especializados de Belo Horizonte. Nos casos de internação involuntária, em virtude da ausência de leitos suficientes e condição financeira para arcar com os custos da internação, familiares recorrem ao judiciário na tentativa de obter vagas nos leitos hospitalares ou clínicas de tratamento. Nesse sentido:

*EMENTA: AGRAVO DE INSTRUMENTO. TUTELA ANTECIPADA. DROGAS. DEPENDÊNCIA. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA. POSSIBILIDADE. DIREITO À SAÚDE. OBRIGAÇÃO DO ESTADO.*

(...)

*Possível a internação involuntária, precedida de avaliação médica especializada, para o restabelecimento da saúde de usuário de drogas, tendo em vista a possibilidade de risco para si e à integridade física dos seus familiares. (TJMG. Processo nº 1.0024.13.336924-9/001. Relator Desembargador Antônio Sérvulo. Data do julgamento: 11/03/2014)*

*EMENTA: AGRAVO DE INSTRUMENTO - TUTELA ANTECIPADA - DIREITO À SAÚDE - PACIENTE DEPENDENTE QUÍMICO E PORTADOR DE ESQUIZOFRENIA - INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA EM CLÍNICA TERAPÊUTICA DE AUXÍLIO E RECUPERAÇÃO A TOXICÔMANOS - CUSTEIO PELO ESTADO - ARTS. 4º E 6º DA LEI N. 10.216/2001 - EXCEPCIONALIDADE DA MEDIDA - APRESENTAÇÃO DE LAUDO MÉDICO CIRCUNSTANCIADO - COMPROVAÇÃO DOS REQUISITOS PARA A CONCESSÃO DA ANTECIPAÇÃO DE TUTELA.*

*1. O tratamento de saúde mental em regime de internação, por ser ato que interfere na esfera de autonomia do indivíduo, tem evidente caráter excepcional, sendo imprescindível a apresentação de laudo médico circunstanciado, que caracterize os motivos pelos quais a internação é preconizada ao paciente (arts. 4º e 6º da Lei n. 10.216/2001).*

2. *Demonstrada nos autos a imprescindibilidade da submissão do paciente a internação em clínica terapêutica de auxílio e recuperação a toxicômanos para tratamento de dependência química, por meio da apresentação de laudo médico circunstanciado, que expõe os motivos pelos quais a internação é preconizada ao paciente, esta deve ser proporcionada pelo Estado, que é o ente responsável por fornecer os meios indispensáveis ao tratamento de saúde dos cidadãos. (TJMG – processo nº 1.0625.14.001452-7/001. Relator(a): Desembargador(a) Áurea Brasil. Data do julgamento: 25/09/2014)*  
**EMENTA: AGRADO DE INSTRUMENTO - AÇÃO ORDINÁRIA – ESTADO DE MINAS GERAIS - FORNECIMENTO DE TRATAMENTO – DEPENDENTE QUÍMICO - ESTÁGIO AVANÇADO - INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA - ANTECIPAÇÃO DE TUTELA - REQUISITOS - PRESENÇA.**

(...)

- Ausente a verossimilhança das alegações do agravante, pois, quando a saúde de um indivíduo está se deteriorando e sua vida corre risco, não se pode aguardar a excessiva burocracia administrativa para realização da intervenção necessária.

- Há risco de dano inverso, uma vez que a internação involuntária mostrou-se, num primeiro momento, como a melhor alternativa a ser adotada, tendo em vista o perfil psicológico e gravidade do estado do assistido (dependente químico). (TJMG – Processo nº 1.0313.13.002653-4/001. Relator(a): Desembargador(a) Heloisa Combat. Data do julgamento: 18/07/2014)

A forma de abordagem involuntária atualmente adotada pelas clínicas de tratamento em Minas Gerais é baseada na Portaria nº 148 de 31 de Janeiro de 2012 que:

*“define normas as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio” (art. 1º).*

A intenção das clínicas é utilizar a portaria supracitada na intenção de desintoxicar o paciente e posteriormente direcioná-lo para o estabelecimento no qual possui um projeto terapêutico. Insta enfatizar que para a ocorrência da condução do paciente para o estabelecimento de tratamento faz necessário seu consentimento. Isso significa que a abordagem involuntária acontece somente no primeiro contato com o paciente, momento em que o mesmo é direcionado ao serviço hospitalar.

O serviço hospitalar de referência deve objetivar a preservação da vida e criar condições para a garantia da continuidade do cuidado por outros componentes da Rede de Atenção Psicossocial (art. 2º, inciso II) e oferecer o suporte hospitalar apenas em casos de emergências (art. 2º, inciso IV), sendo que a internação deve ser de curta duração, encerrando-se com a estabilidade clínica do usuário (art. 3º, inciso I).

Em seu art. 5º, a Portaria determina que a estrutura física do Serviço Hospitalar deve, entre outras coisas, atender “uma lógica na qual a humanização do cuidado e a conveniência se apresentam como favorecedores do processo terapêutico” (parte final do inciso III). Em relação ao número de leitos, tem-se que deverá haver 01 leito a cada 23 mil habitantes, sendo que o número máximo em cada hospital é de 30, não podendo, entretanto, exceder a 15% dos leitos (art. 9º).

O procedimento de internação involuntária do dependente em Minas Gerais existe, porém a sua estrutura não se mostra eficaz. O paciente é levado a leitos hospitalares involuntariamente para o tratamento de desintoxicação e após a sua estabilidade clínica é liberado. Logo após, o

paciente decidirá sobre a sua internação voluntariamente em clínicas. Em algumas situações, apenas a estabilidade clínica não é suficiente para o dependente entender o quão necessário é seu tratamento.

Além disso, o ambiente do hospital não traz para o paciente uma boa imagem dos benefícios do tratamento da dependência, e nem sequer uma estrutura favorecedora conforme estabelece o disposto no artigo 8º, III da Portaria em questão.

Outro problema em relação ao atual procedimento da internação involuntária em Minas Gerais diz respeito ao número de leitos hospitalares. Estes são insuficientes para suportar a demanda existente que engloba a internações voluntária e compulsória.

Informativo da disponibilidade de leitos em Minas Gerais:

## NÚMEROS

2.750 é o total de leitos disponíveis em Minas para pacientes da saúde mental, também destinados a pessoas em tratamento por dependência de álcool e drogas;

1.000 leitos do total são destinados a pacientes permanentes;

1.750 vagas restantes da saúde mental estão liberadas para atendimento flutuante de usuários de álcool e drogas em Minas;

100% é a taxa de ocupação desses leitos;

10% da população brasileira é dependente de álcool e drogas; 1 milhão de mineiros têm problemas com álcool e drogas, o que não significa, no entanto, que todos precisem de internação;

1,8% da população brasileira, segundo a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas seja usuária de crack;

**Fonte: Estado de Minas: Disponível em: <http://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/dependencia-quimica/tratamento-para-dependentes-quimicos/criticas-ao-local-duracao-da-internacao-dependencia-quimica.aspx>. Acesso em 28.11.2014**

O número de leitos destinados para tratamento de dependentes químicos para cada hospital é limitado, devendo ser de 30% da capacidade dos leitos existentes, não podendo ultrapassar o número de 15. Entretanto, a equipe direcionada a este tratamento tem a capacidade para atender 40 leitos. Nesse sentido expõe:

*Para oferecer seis leitos em ala própria para doentes mentais é preciso ter psiquiatra e equipe de enfermagem, além de plantonistas, psicólogo e assistente social, toda uma equipe, quando sabemos que essa mesma equipe, com um psiquiatra e duas enfermeiras, atenderia quarenta leitos. A gente tem que entender que não podemos jogar dinheiro fora (Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/dependencia-quimica/tratamento-para-dependentes-quimicos/criticas-ao-local-duracao-da-internacao-dependencia-quimica.aspx>>)*

Percebe-se que o Estado não está estruturalmente preparado para a execução da modalidade de internação involuntária, visto que é necessária a conjunção de um espaço físico adequado com uma equipe devidamente preparada, ambos auxiliados pelo Estado. Por isso, se faz necessário a cooperação de todos para aperfeiçoar o tratamento e local de internação involuntária dos dependentes químicos, analisando individualmente cada caso, com o fim de garantir a adequada reinserção social do paciente.

## 04 POLÍTICA PÚBLICA NO ESTADO DE MINAS GERAIS

### 4.1 Do dever do Estado

O direito à saúde trata-se de direito social e é caracterizado como direito fundamental. A partir desta premissa, observa-se ser dever do Estado executar medidas cuja finalidade seja a garantia e efetividade da saúde.

A saúde deve ser garantida pelo Estado através de política social e, conforme o art. 196 da Constituição da República deve objetivar a “redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.

A dependência química é questão de saúde e deve ser tratada. Para isso, se faz necessário a atuação do Estado por ser dever deste garantir a saúde.

#### 4.2 Da necessidade de uniformização do local de tratamento

Conforme já demonstrado, existe o tratamento da dependência química através de internação involuntária no estado de Minas Gerais. Entretanto, o estado não possui leitos suficientes para receber todos que necessitam de tratamento. Outro problema refere-se ao procedimento do tratamento, que se inicia em hospitais psiquiátricos para somente depois direcionar o paciente a clínicas que recebem pacientes que resolvem se tratar voluntariamente.

A partir disso, entende-se que a internação involuntária no estado não é eficaz, uma vez que para que seja efetuada a internação, é necessário aguardar a liberação de vagas em leitos psiquiátricos e a sua mora pode ocasionar na morte do dependente, pois o mesmo encontra-se em situações de risco em virtude das consequências trazidas pelo uso de drogas.

Outro ponto da ineficácia da internação involuntária em Minas Gerais refere-se ao fato do dependente ser preliminarmente internado em hospitais até a sua estabilidade clínica e logo após ter que decidir sobre a sua internação ou não em clínicas de tratamento.

Ocorre que a estabilidade clínica não significa exatamente que o paciente esteja em condições de decidir sobre a necessidade ou não de sua internação, tendo em vista que tal estabilidade diz respeito tão somente à primeira etapa de tratamento que visa estabilizar a crise de abstinência, que é a desintoxicação. Além disso, apesar de cada tratamento ser individualizado, a maioria destes somente possuem progressos a partir do terceiro mês, ou seja, após três meses o paciente começa a recuperar a sua capacidade de discernimento.

Diante disso, se faz necessário a melhoria da medida adotada no estado, sendo que a solução mais viável, neste caso, é a criação de clínicas específicas para a internação involuntária. É importante que na clínica possua os leitos de internação com todos os requisitos exigidos pela Resolução 3, de 27 de outubro de 2005, a fim de garantir desde o início ao paciente o convívio social e posteriormente a sua reinserção social.

#### 4.3 Criação e fiscalização de clínicas para tratamento de internação involuntária pelo estado de Minas Gerais

As ações e serviços sociais conforme o art. 197 da Constituição da República são de relevância pública e merecem atenção do Estado, que deve dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle.

No caso em tela se faz necessário a efetivação da internação involuntária em Minas Gerais e o poder público deve adotar medidas objetivando a garantia da saúde do portador de transtorno mental diretamente ou através de terceiros.

Além disso, a Lei de Saúde Mental (Lei 10216/2001) determina que o estado deve desenvolver política de saúde mental, assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais (art. 3º), enfatizando ainda a necessidade da participação dos familiares e a sociedade. Atualmente a internação é realizada, mas não como política pública de combate ao uso de drogas.

Em virtude da antiga impossibilidade e atual dificuldade (ausência de leitos) de internação involuntária em Minas Gerais, os familiares dos dependentes químicos tem recorrido à esta internação em outros Estados que possuem políticas específicas em relação ao procedimento (estas clínicas já possuem escritórios em Minas Gerais e providenciam todo o processo de deslocamento e internação do dependente em outro estado). Ocorre que, há situações em que as clínicas não possuem a devida fiscalização e submetem os pacientes a situações degradantes e desumanas, não oferecendo aos mesmos o tratamento adequado.

Diante disso, se faz necessário a criação de clínicas, destinadas especificadamente à internação involuntária, pelo estado de Minas Gerais, devendo o ambiente destas oferecer todos os recursos necessários para o adequado tratamento, desde a desintoxicação, psicoterapia até a terapia ocupacional e assistência social com o intuito de reestabelecer a sua reinserção social.

A necessidade da criação de clínicas especializadas se justifica por diversos fatores, como a ausência de leitos, incompatibilidade de tratamento adequado com todas as garantias determinadas pelas leis supracitadas, baixo número de internações em virtude da inviabilidade, o fato dos familiares recorrerem a outros estados para efetuar a internação e por fim, a eficácia desse tratamento quando feito em longo prazo.

Finalmente, insta salientar que a fiscalização das clínicas destinadas ao tratamento involuntário é de extrema importância para que se evitem abusos, maus tratos e aplicação indevida de recursos financeiros. É importante ainda que haja uma equipe devidamente estruturada conforme estabelece o §2º do art. 4º da lei de reforma psiquiátrica (Lei 10.216/2001).

#### 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A internação involuntária envolve diversos fatores e questionamentos, sendo que um deles refere-se ao cerceamento da liberdade do indivíduo, garantia esta que está positivada no texto constitucional. Por outro lado, tal modalidade se justifica pela necessidade de garantia essencial que é o direito à vida com dignidade e obrigação do estado em fornecer ao indivíduo o seu direito à saúde.

O procedimento de internação involuntária não é padronizado, e cada estado adota políticas públicas distintas a fim de garantir a qualidade de vida e saúde do indivíduo acometido pelo transtorno mental da dependência química.

Em relação ao Estado de Minas Gerais, restou destacado a ausência de aplicação da internação involuntária como uma política pública, assim como a insuficiência de leitos para tratamento e dificuldade de acesso a tal procedimento, fazendo com que os familiares busquem a internação dos dependentes em outros Estados.

Conclui-se, diante do exposto, a necessidade de maior atenção à aplicação da internação involuntária no estado de Minas Gerais, tendo em vista que, em algumas situações (negação do dependente), é a única saída encontrada pela sociedade para garantir a recuperação do dependente e oferecê-lo uma oportunidade de convívio e reinserção social.

#### REFERÊNCIAS

- GRECO, Rogério. *Curso de Direito Penal*. v.1. 13. ed. Niterói, RJ: Impetus, 2011. (parte geral);
- GOMES, Luiz Flavio. BIANCHINI, Alice; CUNHA, Rogério Saches; OLIVEIRA, William Terra de. *Lei de Drogas Comentada*. 5. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013;
- OLIVEIRA, Eugênio Pacelli. *Curso de Processo Penal*. 17. ed. São Paulo: Atlas, 2011;
- MENDONÇA, Andrey Borges de; CARVALHO, Paulo Roberto Galvão de. *Lei de Drogas Comentada*. 3 ed. São Paulo: Método, 2012;

GRECO, Rogério. *Código Penal Comentado*. 6. ed. Niterói: Impetus, 2012;

BRASIL, *Constituição da República Federativa do Brasil*. Vade Mecum Acadêmico de Direito. 15. ed. São Paulo: Rideel, 2012;

BRASIL, *Código Civil*. Vade Mecum Acadêmico de Direito. 15. ed. São Paulo: Rideel, 2012;

BRASIL, *Código Penal*. Vade Mecum Acadêmico de Direito. 15. ed. São Paulo: Rideel, 2012;

BRASIL, *Lei nº 10.216*, de 6 de abril de 2011. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 7 dez. 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)>. Acesso em: 15 de set. 2014;

BRASIL, *Lei nº 11.343*, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 23 ago. 2006. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm)>. Acesso em: 22 de setembro de 2006;

MESSA, Alcione Aparecida. *Psicologia Jurídica*. Volume 20. 2010. p. 43;

SARLET, Ingo Wolfgang. *Algumas considerações em torno do conteúdo eficaz e efetividade do Direito à saúde na Constituição de 1988*. Interesse Público, n. 12, 2012. p. 95;

BRASIL. Congresso. Senado. *Resolução n. 3*, de 2005. Aprova a Política Nacional Sobre Drogas. Disponível em: <<http://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=101642>>. Acesso em: 10 set. 2014;

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 148*, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148\\_31\\_01\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html)>. Acesso em: 10 out. 2014;

FILHO, Elias Abdalha. *Internação Involuntária em psiquiatria*. Associação Brasileira de Psiquiatria, Boletim Científico. 10. ed. Rio de Janeiro. Disponível em: <[http://www.abpbrasil.org.br/boletim/exibBoletim/?bol\\_id=10&boltex\\_id=40](http://www.abpbrasil.org.br/boletim/exibBoletim/?bol_id=10&boltex_id=40)>. Acesso em 4 set. 2014;

IMPRESSA, Acessoria de. *Chega de dúvidas sobre a dependência química*. Viva Clínica Terapêutica. 7 ago. 2014. Disponível em: <<http://www.ctviva.com.br/blog/duvidas-sobre-a-dependencia-quimica/#more-2811>>. Acesso em: 17 out. 2014;

*Internações involuntárias em SP começam na segunda, diz Alckmin*. G1. Santos, 15 jan. 2013. Disponível em: <<http://g1.globo.com/sp/santos-regiao/noticia/2013/01/internacoes-compulsorias-em-sp-comecam-na-segunda-diz-alkmin.html>> Acesso em: 29 out. 2014;

*Ação contra o crack dá início no RJ à internação involuntária de adultos*. G1, 19 jan. 2013. Disponível em: <<http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2013/02/acao-contra-o-crack-da-inicio-no-rj-internacao-compulsoria-de-adultos.html>> Acesso em: 6 nov. 2014;

CÂMARA, Luciene. *Minas Decide adotar interação involuntária do usuário de Crack*. 7 mai. 2012. Disponível em: <<http://www.otempo.com.br/cidades/minas-decide-adotar-inter-na%C3%A7%C3%A3o-involunt%C3%A1ria-do-usu%C3%A1rio-de-crack-1.335663>>. Acesso em: 13 out. 2014;

SASSINE, Vinícius. *Policiais serão proibidos de provocar internação involuntária de dependente*. 11 mai. 2013. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/brasil/policiais-serao-proibidos-de-provocar-internacao-involuntaria-de-dependente-8360409#ixzz3KCAvfd4>>. Acesso em: 10 nov. 2014;

*Com alta demanda, hospital faz rifa para construção de nova ala em MG*. G1, Sul de Minas. 3 mai. 2014. Disponível em: <<http://g1.globo.com/mg/sul-de-minas/noticia/2014/05/com-alta-demanda-hospital-faz-rifa-para-construcao-de-nova-ala-em-mg.html>>. Acesso em: 16 nov. 2014;

LOPES, Valquíria. *MG não tem estrutura para acolher demanda extra de usuários de Crack*. Associação Médica de Minas Gerais. Minas Gerais, 9 mai. 2012. Disponível em: <<http://www.ammg.org.br/detalhe.php?codArt=1556>>. Acesso em: 18 out. 2014;

*Crítica ao local e à duração da internação por dependência química*. Em discussão, Senado Federal. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/dependencia-quimica/tratamento-para-dependentes-quimicos/criticas-ao-local-duracao-da-internacao-dependencia-quimica.aspx>>. Acesso em: 29 out. 2014;

*ONG defesa social, representa terceiro setor para internações compulsórias e involuntárias*. Contra Drogas, ONG Defesa Social. 22 mai. 2013. Disponível em: <<http://www.contradrogas.com.br/ong-defesa-social-representa-terceiro-setor-para-internacoes-compulsorias-e-involuntarias/>>. Acesso em: 10 nov. 2014;

PASSARINHO, Nathalia. *Programa de combate ao crack prevê internação involuntária de usuário*. Brasília, 7 dez. 2011. Disponível em: <<http://g1.globo.com/brasil/noticia/2011/12/programa-de-combate-ao-crack-preve-internacao-involuntaria-de-usuarios.html>> Acesso em: 09 set. 2014;

## NOTAS DE FIM

1 Graduanda em direito pelo Centro Universitário Newton

2 Doutor em Ciências Penais pela Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG, Mestre em Ciências Penais pela Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG, professor na Graduação em Direito da Escola de Direito do Centro Universitário Newton Paiva.

\*\*Júlio César Faria Zini; Marcelo Sarsur.