



Centro Universitário de Brasília - UniCEUB
Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais-FAJS

Thamara Ferreira Silva Avelar

PARA ALÉM DO EIXO SUL-SUDESTE:

O que o tribunal de justiça do Maranhão tem a dizer sobre internação compulsória de pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack e outras drogas ilícitas

Brasília

2014

THAMARA FERREIRA SILVA AVELAR

PARA ALÉM DO EIXO SUL-SUDESTE:

O que o tribunal de justiça do Maranhão tem a dizer sobre internação compulsória de pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack e outras drogas ilícitas

Monografia apresentada como requisito para conclusão do curso de bacharelado em Direito do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Luciana Barbosa Musse.

Brasília

2014

THAMARA FERREIRA SILVA AVELAR

PARA ALÉM DO EIXO SUL-SUDESTE:

O que o tribunal de justiça do Maranhão tem a dizer sobre internação compulsória de pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack e outras drogas ilícitas

Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais
Monografia apresentada como requisito
para conclusão do curso de bacharelado
em Direito do Centro Universitário de
Brasília – UniCEUB.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Luciana Barbosa
Musse.

Brasília, 08 de agosto de 2014.

Banca Examinadora

Prof^a Dr^a. Lucina Barbosa Musse
Orientadora

Examinador (a)

Examinador (a)

RESUMO

O presente trabalho irá trazer o perfil das pessoas com necessidades decorrentes do uso do crack, políticas públicas que podem ser aplicadas a estas pessoas e principalmente sobre as modalidades de internações aplicadas no Brasil, de acordo com a Lei 10.216/01 e a Portaria nº 2.048/09, quais sejam, internação psiquiátrica voluntária, internação psiquiátrica involuntária, internação psiquiátrica voluntária que se converte em involuntária e a internação psiquiátrica compulsória, dando ênfase para estas última duas modalidade de internação, ou seja, involuntária e compulsória e no capítulo três, foi analisada apenas sobre a internação compulsória, os posicionamentos doutrinários e jurisprudenciais de acordo com decisões do Tribunal de Justiça do Estado do Maranhão, utilizada pelo método do MAD - Metodologia de Análise de Decisões, elaboradas por Roberto de Freitas Filho e Thalita Moraes Lins, que é uma metodologia para produção de trabalhos teóricos que irão analisar decisões do Poder Judiciário, conforme poderá ser analisado no Apêndice.

Palavras-chaves: Internação compulsória. Internação involuntária. Internação voluntária. Perfil de pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*. Metodologia de análise de decisões.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	5
1 PESSOAS QUE FAZEM USO NOCIVO DE CRACK: MÚLTIPLAS VISÕES	8
1.1 Capacidade do usuário de crack de acordo com o direito e a área psicossocial	20
1.1.1 <i>A capacidade civil</i>	21
1.1.2 <i>Capacidade psicossocial</i>	25
2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PESSOAS QUE FAZEM USO NOCIVO DE CRACK	29
2.1 Lei nº 10.216: diferença entre internação voluntária, involuntária e compulsória	36
2.1.1 <i>Internação voluntária</i>	37
2.1.2 <i>Internação involuntária</i>	39
2.1.3 <i>Internação compulsória</i>	43
2.2 Portaria MS nº 3.088: Rede de Atenção Psicossocial	46
2.3 Lei nº 11.343: diferença entre tráfico e uso de droga	51
3 ASPECTOS CONTROVERSOS DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DE PESSOAS COM NECESSIDADES DECORRENTES DO USO DE CRACK E OUTRAS DROGAS	62
3.1 Posições doutrinárias e jurisprudenciais a favor da internação compulsória	63
3.2 Posições doutrinárias e jurisprudenciais contra a internação compulsória	65
3.3 Medidas alternativas à internação involuntária e compulsória	67
CONCLUSÃO	72
REFERÊNCIA	74
APÊNDICE - SENTENÇAS DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO MARANHÃO SOBRE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DE PESSOAS COM NECESSIDADES DECORRENTES DO USO DE CRACK E OUTRAS DROGAS	81

INTRODUÇÃO

O presente trabalho irá abordar sobre a internação compulsória de pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack e outras drogas, e a escolha sobre este tema para o trabalho de conclusão de curso ocorreu em virtude de ser um tema atual, complexo e de bastante divergência tanto na jurisprudência como na doutrina, como irá ser abordado nos capítulos decorrentes.

Foi desenvolvido uma reflexão sobre a problematização sobre as modalidades de internações psiquiátricas, dando ênfase na internação involuntária e compulsória daquelas pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack e outras drogas.

O objetivo desta pesquisa é trazer informações sobre a internação compulsória das pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack e outras drogas e também mostrar qual lei o Poder Judiciário vem aplicando no caso concreto, como poderá ser observado pela pesquisa empírica realizada no Estado do Maranhão.

A análise irá focar na internação involuntária e compulsória das pessoas que já atingiram a maioridade penal, ou seja, maiores de 18 (dezoito) anos e que são adictos, isto é, aqueles com necessidades decorrentes do uso crack e outras drogas. Além disso, na pesquisa haverá também uma limitação do âmbito das drogas que serão analisadas apenas o crack e outras bases similares, tais como cocaína fumada (pasta-base, merla, oxi).

É fundamental esta reflexão no âmbito jurídico, pois se tem três instrumentos normativos que poderão ser aplicados de acordo com o caso em concreto e a discricionariedade do magistrado, a Lei nº 10.216, a Lei nº 11.343 e a Portaria MS nº 3.088. Ademais, ressalta-se a importância deste tema, tendo em vista a saúde, os direitos – muitas vezes negligenciados - e convívio dos próprios dependentes químicos. E também o estudo sobre o uso de crack é necessário, porque a partir do conhecimento destes ficará mais fácil para as autoridades competentes adotarem políticas públicas, da forma que for melhor para os usuários.

A lei pertinente à matéria de internação de dependentes químicos, que já foi supracitada, irá abordar quais são as modalidades de intenções que são legais no Brasil, trata-se da Lei 10.216 de 6 de abril de 2001, promulgada por Fernando Henrique Cardoso, que veio em substituição ao Decreto 24.559/34 e dispõe em seu artigo 6º, as hipóteses de internações permitidas no Brasil. São três tipos, a internação voluntária, involuntária e compulsória.

Tal Decreto era cheio de anacronismos e inadequações acumuladas diante dos quase setenta anos de avanço do conhecimento médico que ela atravessou. A Lei 10.216/01 em seu cômputo geral é uma lei que trouxe avanços na regulamentação de atos médicos envolvendo pacientes com transtornos mentais.¹

No primeiro capítulo iremos trazer um perfil de pessoas que fazem uso nocivo de crack e abordar também os entendimentos sobre a capacidade, sob dois enfoques a capacidade civil, de acordo com o Direito e a capacidade psicossocial de acordo com a área Psicossocial.

No segundo capítulo a ênfase dar-se-á nas políticas públicas para pessoas que fazem uso nocivo de crack e trazer as três principais legislações brasileiras pertinentes ao assunto das internações, quais seja, a Lei nº 10.216, a Portaria MS nº 3.088 e a Lei de entorpecentes, Lei nº 11.343. No último capítulo será o momento de analisar os aspectos controversos da internação compulsória, abordando as decisões da Vara de Entorpecentes do Tribunal do Estado do Maranhão.

Por fim, a metodologia escolhida para esta pesquisa foi a bibliográfica, documental e análise de decisões do Tribunal de Justiça do Estado do Maranhão, por meio da Metodologia de Análise de Decisões (MAD), proposta por Roberto Freitas Filho e Thalita Moraes Lima, o MAD é uma metodologia para produção de trabalhos teóricos que irão analisar decisões do Poder Judiciário, neste

¹ BARROS, Daniel Martins de; SERAFIM, Antônio de Pádua. Parâmetros legais para a internação involuntária no Brasil. *Rev. psiquiatr. Clín.*, v. 36, n. 4. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01016083200900000008&lang=pt>. Acesso em: 12 nov. 2013.

presente trabalho iremos fazer uma análise do caso das decisões da Vara de Entorpecentes.

A escolha de a pesquisa empírica ser no Estado do Maranhão ocorreu em virtude da situação carcerária do Complexo Penitenciário de Pedrinhas, tendo em vista as últimas rebeliões ocorridas no ano de 2013, a situação de afronta com os princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e a situação degradante dos presidiários. Ademais, dentro do Estado do Maranhão a epidemia do crack vem se alarmando, e assim, as internações compulsórias decretadas pela Justiça vem crescendo, necessitando de uma atenção especial a este problema. O Estado vem fazendo esforços para que a situação atual possa ser diferente, tais como em parceria com o Conselho Nacional de Justiça para, não construir um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, mas encontrar uma forma de tratar pessoas com transtornos mentais e necessidades decorrentes do uso de drogas no contexto social, no âmbito da rede do Sistema Único de Saúde – SUS.

Aliás, o sistema de saúde prisional era regulado por uma portaria de 2003, que já estava totalmente desatualizada, por exemplo, esta nem contemplava os presos provisórios, assim, começou o trabalho pela área técnica de saúde e o ministério da saúde e o Ministério da Justiça para implementar a política de saúde n sistema com todos os eixos da prevenção e assistência. Assim, a Portaria Interministerial nº 01/2014, que muda a política de atenção à saúde no sistema prisional, foi inspirada na experiência do Maranhão.

1 PESSOAS QUE FAZEM USO NOCIVO DE CRACK: MÚLTIPLAS VISÕES

Neste capítulo é importante trazer o perfil dos usuários de *crack* e similares no Brasil, pois as características dessas populações interferem diretamente como as políticas públicas dever ser desenhadas, focalizadas, financiadas e monitoradas². E em seguida iremos apontar as múltiplas visões sobre os usuários de drogas, ou seja, visões da bioética, jurídica e social.

A pesquisa realizada que irá trazer o perfil dos usuários de *crack* e similares foi elaborada e coordenada pelos pesquisadores Francisco Inácio Bastos e Neilane Bertoni da Fundação Oswaldo Cruz.³ Conforme a seguir exposto.

De antemão, é necessário ressaltar que esta pesquisa será a única utilizada para explorar o perfil dos usuários de *crack*, tendo em vista que esta foi a maior pesquisa realizada no Brasil até então. “O Ministério da Justiça e Fiocruz divulgaram, em 2013, resultado da maior pesquisa sobre *crack* no mundo feita nas capitais brasileiras.”⁴

- a) Metodologia da pesquisa: o estudo sobre o perfil dos usuários de *crack* consiste em inquérito epidemiológico, baseado no método TLS - *Time-Location Sampling*, e visa descrever tanto as características sociodemográficas quanto comportamentais dessa população, sendo realizado a partir de uma amostra complexa e representativa das 26 capitais, Distrito Federal, 9 (nove) regiões metropolitanas e municípios de médio e pequeno porte.⁵ Este levantamento não teve o propósito de mapear todas

² FIOCRUZ. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Ministério da Justiça. Governo Federal. *Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas capitais do país*. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/services/DocumentManagement/FileDownload.EZTSvc.asp?DocumentID=%7B9B17D77F-C442-4B2B-8705-117920F30C6F%7D&ServiceInstUID=%7B74624DEB-0C14-4B3A-B8F3-CD26DEF53FC1%7D>>. Acesso em: 09 nov. 2013.

³ Ibidem.

⁴ MORAES, Roney Argeu. *Sobre a toxicomania e psicanálise: o sujeito adicto na clínica e as intervenções*. Disponível em: <<http://psicologado.com/abordagens/psicanalise/sobre-a-toxicomania-e-psicanalise-o-sujeito-adicto-na-clinica-e-as-intervencoes#ixzz2twTOFWbX>>. Acesso em: 18 jun. 2014.

⁵ FIOCRUZ, op cit.

as cenas de uso de *crack* do país (mas sim as cenas potenciais de localidades previamente selecionadas) e não deve ser entendido como o mapa do *crack*/similares no país, uma vez que a sua função exclusiva foi de servir de cadastro amostral para as etapas subsequentes da pesquisa.⁶ Quando das visitas às cenas de uso sorteadas, as equipes de campo recrutavam os usuários de *crack* e/ou similares que consumissem a droga com regularidade (pelo menos 25 dias nos últimos 6 meses, de acordo com definição da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), e que tivessem 18 anos ou mais.⁷

- b) Faixa etária da população alvo: a faixa etária dos usuários de *crack* foram majoritariamente jovens adultos aproximadamente com 30 (trinta) anos. É necessário ressaltar que as crianças e adolescentes apesar de terem sido observadas no decorrer da pesquisa de forma minoritária, não foi o foco da mesma.
- c) Sexo: são predominantemente do sexo masculino, apresentado na pesquisa mais de 50% dos usuários são do sexo masculino. Em relação à cor/raça há predominância de usuários “não brancos”, ou seja, de usuários negros ou pardos.
- d) Estado civil: a maioria se declarou solteira.
- e) Escolaridade: a maioria informou que frequentou o ensino médio e a proporção foi baixíssima ao ensino superior. Cabe observar, no entanto, que a ampla maioria dos usuários esteve em algum momento na escola, reforçando assim a importância de programas de prevenção em âmbito escolar desde os níveis

⁶ FIOCRUZ. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Ministério da Justiça. Governo Federal. *Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas capitais do país*. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/services/DocumentManagement/FileDownload.EZTSvc.asp?DocumentID=%7B9B17D77F-C442-4B2B-8705-117920F30C6F%7D&ServiceInstUID=%7B74624DEB-0C14-4B3A-B8F3-CD26DEF53FC1%7D>>. Acesso em: 09 nov. 2013. p. 4.

⁷ *Ibidem*, p. 5.

iniciais de escolarização e a necessidade de atuar tanto em relação a envidar esforços no sentido de manter estas populações nas escolas, de modo que obtenham uma formação adequada; quanto a aumentar a capacidade das escolas em lidar com uma população às voltas com problemas psicossociais relevantes.⁸

- f) Moradia: apesar da maioria dos usuários de *crack* terem sido entrevistados na rua, não se pode afirmar que estes eram moradores de rua, apesar de alguns desses usuários serem moradores, o que se pode concluir com esta pesquisa é que a maioria dos usuários não são moradores de ruas, apesar de passarem a maior parte do tempo deles na rua.
- g) Obtenção de recursos financeiros para obtenção de drogas: a maioria conseguem se manter por intermédio de trabalhos autônomos, outros utilizam da troca do sexo por dinheiro (sendo quem mais utiliza a troca do sexo por dinheiro são as usuárias, e estas acabam sendo as maiorias vítimas de abusos sexuais, deve ser informado também que o número de homens que utilizam dessa troca para manter o vício é um número ínfimo comparado com as mulheres) e também são cometidas atividades ilícitas, tais como o próprio tráfico ilícito de drogas, furtos, roubos e afins.
- h) Uso de drogas: os usuários de *crack*/similares são, basicamente, poliusuários, ou seja, o *crack*/similar é uma das drogas em um amplo “portfólio” de substâncias psicoativas. Observa-se forte superposição do uso de *crack*/similares com o consumo de

⁸ FIOCRUZ. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Ministério da Justiça. Governo Federal. *Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas capitais do país*. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/services/DocumentManagement/FileDownload.EZTSvc.asp?DocumentID=%7B9B17D77F-C442-4B2B-8705-117920F30C6F%7D&ServiceInstUID=%7B74624DEB-0C14-4B3A-B8F3-CD26DEF53FC1%7D>>. Acesso em: 09 nov. 2013. p. 11.

drogas lícitas, sendo o álcool e o tabaco as mais consumidas – mais de 80% dos usuários no Brasil.⁹

- i) **Motivação para o uso de drogas/crack:** mais da metade dos usuários disse ter vontade/curiosidade de sentir o efeito da droga (IC95%: 55,2-61,3). A pressão dos amigos foi relatada por 26,7% (IC95%: 23,9-29,7) dos usuários e 29,2% dos entrevistados disseram que um dos motivos para início do uso da droga foram os problemas familiares ou perdas afetivas (IC95%: 26,7-31,8). Esses achados apontam para duas questões centrais em políticas públicas: reforçar laços familiares de modo a minimizar os conflitos e prevenir o consumo e/ou facilitar a ressocialização do usuário, trabalhando não apenas com o usuário individual, mas também com suas redes sociais e suas famílias.¹⁰ Apesar do preço do *crack*/similar ser inferior ao da cocaína inalada, esse diferencial não se mostrou um motivo central para o início do consumo da droga, sendo relatado como razão para o uso por menos de 2% dos usuários (IC95%: 0,9-1,8). Portanto, o preço seria antes um fator contribuinte e de facilitação mantido ao longo do tempo (uma vez que financiar o hábito demandaria menos recursos), mas não o fator determinante do início do consumo.¹¹
- j) **Padrão de uso de drogas/crack:** o número médio de pedras usadas por usuário nas capitais é de 16 por dia (IC95%: 13,0-20,5). Já nos demais municípios, o número é de 11 pedras ao dia (IC95%: 9,5-13,2).¹² A frequência elevada, especialmente nas capitais, onde também se concentram cenas de maior porte com,

⁹ FIOCRUZ. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Ministério da Justiça. Governo Federal. *Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas capitais do país*. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/services/DocumentManagement/FileDownload.EZTSvc.asp?DocumentID=%7B9B17D77F-C442-4B2B-8705-117920F30C6F%7D&ServiceInstUID=%7B74624DEB-0C14-4B3A-B8F3-CD26DEF53FC1%7D>>. Acesso em: 09 nov. 2013. p. 14.

¹⁰ *Ibidem*, p. 15.

¹¹ *Ibidem*, p. 15.

¹² *Ibidem*, p. 16.

por exemplo, 200 usuários, demonstra que a operação de uma cena de grande porte se traduz numa circulação e consumo de 3.200 pedras/dia, ou mesmo, 3.200 pedras/turno, considerando que a circulação de usuários se renova por turnos. Um mercado dessa magnitude exige a circulação intensa de redes dinâmicas de comércio local da droga e uma (ou mais de uma) interface com o mercado atacadista de pasta base, considerando que a fabricação do *crack* é artesanal e não se dá em grandes laboratórios, como no caso da cocaína em pó, por parte de estruturas criminais cartelizadas, segundo relatórios do Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime (UNODC) e agências similares.¹³

- k) Esses dados reforçam a importância da continuidade da repressão ao tráfico de drogas nas fronteiras e também o controle de precursores.¹⁴

- l) Apetrecho para utilização de droga: 70% dos usuários no Brasil compartilham apetrechos para a utilização das drogas, este dado é importante porque com este compartilhamento é um modo de proliferação de mais fâcias de adquirirem infecções e contaminação de HIV.

- m) Modo de uso das drogas: 28,3% (IC95%: 23,0-34,3) relataram usar a droga em copo plástico (com tampa de alumínio); 51,8% (IC95%: 47,8-55,7) em lata (cerveja/refrigerante) e 74,9% (IC95%: 70,3-79,1) em cachimbos. Com relação às latas e alguns materiais para a produção dos cachimbos, cabe observar a

¹³ FIOCRUZ. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Ministério da Justiça. Governo Federal. *Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas capitais do país*. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/services/DocumentManagement/FileDownload.EZTSvc.asp?DocumentID=%7B9B17D77F-C442-4B2B-8705-117920F30C6F%7D&ServiceInstUID=%7B74624DEB-0C14-4B3A-B8F3-CD26DEF53FC1%7D>>. Acesso em: 09 nov. 2013. p.17.

¹⁴ *Ibidem*, p. 18.

gravidade da questão da contaminação por metais pesados, além do risco de queimaduras e lesões nos lábios.¹⁵

- n) Overdose: 7,8% (IC95%: 5,8-10,6) afirmaram que nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa haviam tido episódios de intoxicação aguda. Embora a auto percepção do que é, de fato, *overdose* seja bastante difícil e imprecisa frente a diversos outros problemas de saúde (por exemplo, outros problemas respiratórios e cardiovasculares graves, como pneumonias), é expressiva a proporção de usuários que relataram ter vivenciado tal experiência. Destes, 44,7% (IC95%: 33,4-56,6) disseram ter sido pelo uso excessivo do *crack*; e 22,4% (IC95%: 14,9-32,3) em decorrência do abuso do álcool.¹⁶

Na pesquisa foi dado um enfoque especial para as usuárias com o uso das drogas e o resultado foi surpreendente. Entre as mulheres usuárias de *crack*/similares que participaram da pesquisa, cerca de 10% relataram estar grávidas no momento da entrevista. Mais da metade das usuárias já havia engravidado ao menos uma vez desde que iniciou o uso do *crack*/similares. Trata-se de achado preocupante devido às consequências importantes do consumo do *crack* durante a gestação sobre o desenvolvimento neurológico e intelectual das crianças expostas.¹⁷

- o) Tempo médio de utilização das drogas: sugerem um uso mais prolongado por parte dos homens, embora com frequências mais intensas por parte das mulheres. Entre os homens, o tempo médio do consumo de *crack*/similares foi de aproximadamente 83,9 meses (IC95%: 76,5-91,2) e entre as mulheres 72,8 (IC95%: 65,1-80,6). Com relação ao número de pedras usadas em um

¹⁵ FIOCRUZ. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Ministério da Justiça. Governo Federal. *Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas capitais do país*. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/services/DocumentManagement/FileDownload.EZTSvc.asp?DocumentID=%7B9B17D77F-C442-4B2B-8705-117920F30C6F%7D&ServiceInstUID=%7B74624DEB-0C14-4B3A-B8F3-CD26DEF53FC1%7D>>. Acesso em: 09 nov. 2013. p. 18.

¹⁶ *Ibidem*, p. 20.

¹⁷ *Ibidem*, p. 20.

mesmo dia, as mulheres em média relataram consumir 21 pedras (IC95%: 10,8-31,9), enquanto os homens 13 pedras de *crack*/similares (IC95%: 11,7-15,0).¹⁸

- p) Comportamento sexual: mais de um terço dos usuários de *crack*/similares no Brasil – 39,5% (IC95%: 35,5-43,5) informaram não ter usado o preservativo em nenhuma das relações sexuais vaginais no mês anterior à entrevista. Apesar da evidente exposição ao risco, mais da metade dos entrevistados – 53,9% (IC95%:49,6-58,1) afirmou nunca ter realizado teste para HIV. Nos municípios que não as capitais, esta proporção é ainda maior, chegando a 65,9% (IC95%: 58,5-72,7) de não testagem.¹⁹
- q) Acesso a serviços de atenção à saúde e de cunho social: foram considerados importantes os serviços de saúde, destacam-se os serviços associados à assistência social, como distribuição de alimento, oferta de serviço de saúde e higiene, e apoio para conseguir emprego, escola/curso e atividades de lazer.²⁰

Talvez devido ao fato dos serviços não reunirem, no período de realização da pesquisa, de maneira integrada essas características, observou-se um baixo acesso aos equipamentos disponíveis, apesar de ser muito expressivo o percentual – 78,9% (IC95%: 75,8-81,7) dos usuários que afirmaram desejar se tratar para o uso de drogas. Porém, nota-se que, entre os entrevistados que acessaram os serviços ofertados pela rede pública e suplementar, os mais procurados foram

¹⁸ FIOCRUZ. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Ministério da Justiça. Governo Federal. *Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas capitais do país*. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/services/DocumentManagement/FileDownload.EZTSvc.asp?DocumentID=%7B9B17D77F-C442-4B2B-8705-117920F30C6F%7D&ServiceInstUID=%7B74624DEB-0C14-4B3A-B8F3-CD26DEF53FC1%7D>>. Acesso em: 09 nov. 2013. p. 22.

¹⁹ Ibidem, p. 22.

²⁰ Ibidem, p. 25.

aqueles de cunho social, além dos serviços de atenção à saúde, não necessariamente voltados ao tratamento da dependência química.²¹

Em relação aos serviços para tratamento ambulatorial da dependência química, nos últimos 30 (trinta) dias que antecederam à pesquisa, o CAPS-AD foi o mais acessado, ainda que por apenas 6,3% (IC95%: 4,9-8,0) desses usuários, reforçando assim a premente necessidade de ampliação e fortalecimento desses equipamentos no âmbito da rede de saúde, assim como as “pontes” (serviços intermediários, agentes de saúde, redes de pares, consultórios na rua) entre as cenas de uso e os serviços já instalados. Quando considerados os equipamentos de atenção em regime residencial ou internação, as Comunidades Terapêuticas foram os mais acessados pelos usuários – 4,2% (IC95%: 3,0-5,9).²²

- r) Aspecto jurídico- criminal: foi constatado que pelo menos uma vez os usuários de drogas já haviam sido detidos. Entre os usuários de *crack*/similares do Brasil, 41,6% (IC95%: 37,7-45,7) relataram ter sido detidos no último ano. Entre os motivos de detenção, destacam-se o uso ou posse de drogas – 13,9% (IC95%: 11,2-15,8), no capítulo 2, quando abordamos a Lei 11.343, iremos fazer uma distinção entre usuário e traficante de drogas, assalto/roubo – 9,2% (IC95%: 7,2-11,7), furto/fraude/invasão de domicílio – 8,5% (IC95%: 6,6-11,0) e tráfico ou produção de drogas – 5,5% (IC95%: 4,3-6,9).²³

Assim, o estudo sobre a estimativa do número de usuários de *crack* e/ou similares nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal foi realizado por meio

²¹ FIOCRUZ. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Ministério da Justiça. Governo Federal. *Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas capitais do país*. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/services/DocumentManagement/FileDownload.EZTSvc.asp?DocumentID=%7B9B17D77F-C442-4B2B-8705-117920F30C6F%7D&ServiceInstUID=%7B74624DEB-0C14-4B3A-B8F3-CD26DEF53FC1%7D>>. Acesso em: 09 nov. 2013.

²² *Ibidem*, p. 27.

²³ *Ibidem*, p. 27.

de inquérito domiciliar de natureza indireta, ou seja, que não teve como foco primário a entrevista com usuários de drogas (método NSUM - *Network Scale up Method*).²⁴

O método de pesquisa aplicada pelo modo indireto tem mais eficiência que o método direto, pois utilizando aquele podemos chegar mais próximo da realidade daquela região.

Observa-se que o método direto não retrata fielmente o número de usuários de *crack* e/ou similares em todos os grupos de capitais regionais. Esta diferença foi mais pronunciada na região Norte. Se utilizássemos metodologia tradicional apenas, encontraríamos que, nas capitais do Norte, o número de usuários de *crack* e/ou similares seria inferior a 3 (três) mil indivíduos. Já por meio do método NSUM estima-se esse número como sendo de, aproximadamente, 33 mil pessoas.²⁵

Os resultados apresentam essas diferenças tão pronunciadas uma vez que o método tradicional só consegue alcançar populações regularmente domiciliadas, uma vez que apenas essas são passíveis de serem selecionadas para serem entrevistadas neste tipo de estudo. Já o método NSUM consegue contabilizar além dessas, as populações que vivem nas ruas ou em abrigos, por exemplo. Nessa metodologia, não importa se o usuário está em sua residência ou não. O que se questiona é o comportamento dos indivíduos pertencentes à rede de contatos do respondente, e não dos próprios. Além disso, com a metodologia NSUM estamos reduzindo o viés de informação que é gerado pelo mascaramento de informações de comportamentos estigmatizados e/ou criminalizados dos respondentes.²⁶

Esta etapa foi realizada em 2012, com aproximadamente 25.000 pessoas, residentes nas capitais do país. Essas pessoas foram visitadas em seus

²⁴ FIOCRUZ. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Ministério da Justiça. Governo Federal. *Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas capitais do país*. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/services/DocumentManagement/FileDownload.EZTSvc.asp?DocumentID=%7B9B17D77F-C442-4B2B-8705-117920F30C6F%7D&ServiceInstUID=%7B74624DEB-0C14-4B3A-B8F3-CD26DEF53FC1%7D>>. Acesso em: 09 nov. 2013.

²⁵ Ibidem, p. 11.

²⁶ Ibidem, p. 11.

domicílios e responderam a questões sobre suas redes sociais (de uma forma geral e com um foco em usuários de *crack* e outras drogas).²⁷

A estimativa encontrada, então, nas capitais do país e Distrito Federal, para a população desses municípios que consomem *crack* e/ou similares de forma regular é na proporção de, aproximadamente, 0,81% (Intervalo de Confiança de 95% (IC95%): 0,76 – 0,86), o que representaria cerca de 370 mil usuários. Nesses mesmos municípios, temos que a estimativa para o número de usuários de drogas ilícitas em geral (com exceção da maconha) é de 2,28% (IC95% 2,17-2,38), ou seja, aproximadamente 1 milhão de usuários. Sendo assim, usuários de *crack* e/ou similares correspondem a 35% dos consumidores de drogas ilícitas nas capitais do país.²⁸

Como já foi mencionado o foco deste trabalho são dependentes químicos que já atingiram a maioridade penal, isto é, maiores de 18 anos. Porém não há óbice em mencionar o resultado que a pesquisa auferiu em relação aos menores de idade.

O estudo também avaliou o quantitativo de usuários de *crack* e/ou similares que são menores de idade. Dessa forma, para as capitais do Brasil, observou-se que dos 0,81% da população que se estimou ser consumidora regular de *crack* e/ou similares, 0,11% eram crianças e adolescentes; e 0,70% eram maiores de idade. Ou seja, dentre os 370 mil usuários de *crack* e/ou similares estimados, tem-se que cerca de 14% são menores de idade, o que representa aproximadamente 50 mil crianças e adolescentes que fazem uso dessa substância nas capitais do país.²⁹

²⁷ FIOCRUZ. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Ministério da Justiça. Governo Federal. *Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas capitais do país*. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/services/DocumentManagement/FileDownload.EZTSvc.asp?DocumentID=%7B9B17D77F-C442-4B2B-8705-117920F30C6F%7D&ServiceInstUID=%7B74624DEB-0C14-4B3A-B8F3-CD26DEF53FC1%7D>>. Acesso em: 09 nov. 2013. p. 3.

²⁸ Ibidem, p. 4.

²⁹ Ibidem, p. 7.

Essas proporções de usuários menores de idade variam conforme a região do país. As capitais da região Nordeste são as que somam um maior quantitativo de crianças e adolescentes consumidoras de *crack* e/ou similares, correspondendo a cerca de 28 mil indivíduos. Enquanto que, nas capitais das regiões Sul e Norte, esse número é de cerca de 3 mil menores de idade, em cada uma dessas regiões.³⁰

Dessa forma, com este breve relato da pesquisa realizada pelo FIOCRUZ pode-se delimitar um perfil dos usuários de *crack* e similares no Brasil. Estes tipos de pesquisas são de suma importância para poder elaborar e implementar estratégias de prevenção e de tratamento para as drogas.

Na visão da bioética em relação aos usuários de drogas e que estes são considerados como pessoas vulneráveis e que sofrem muito preconceito da sociedade.

A citação abaixo é do ano de 2005 e nesta data ainda era vigente a antiga Lei de Drogas, Lei nº 6.368/76, assim, o usuário de drogas era tipificado como uma contravenção penal, entretanto, na lei vigente, Lei 11.343/06 que será analisada no capítulo 2, é tipificado como crime.

É possível inferir com clareza que os usuários de álcool e drogas inserem-se na categoria populações vulneráveis. Não somente sob a perspectiva da sociedade, como sob a perspectiva das normas éticas para pesquisa. Mas várias dificuldades rondam a questão. Tais usuários são caracterizados como contraventores, pois o uso e abuso de drogas é criminalizado; os tratamentos podem ser prescritos a partir de uma visão patológica e/ou psicológica dessa problemática; e a sociedade vê o usuário com grande preconceito e intolerância – um exemplo disso é a forma como a maioria da sociedade avalia, com rejeição, o processo terapêutico de Redução

³⁰ FIOCRUZ. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Ministério da Justiça. Governo Federal. *Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas capitais do país*. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/services/DocumentManagement/FileDownload.EZTSvc.asp?DocumentID=%7B9B17D77F-C442-4B2B-8705-117920F30C6F%7D&ServiceInstUID=%7B74624DEB-0C14-4B3A-B8F3-CD26DEF53FC1%7D>>. Acesso em: 09 nov. 2013.

de Danos (o qual é, inclusive, um programa do Ministério da Saúde no Brasil).³¹

Ainda sobre a população vulnerável:

A situação de vulnerabilidade aponta para uma condição (transitória ou não) de desigualdade, inferioridade, fraqueza, limitação, destituição, restrição a que estão submetidos integrantes da sociedade. Desse modo, a pessoa com transtornos mentais e o usuário de drogas ilícitas inserem-se na concepção de vulnerabilidade acima descrita, por características próprias e pela maneira como ambos são vistos pela sociedade.³²

No âmbito social a OMS - Organização Mundial de Saúde – adota uma classificação para a denominação usuário de droga, como pode ser observado abaixo:

1- **Não usuário**: nunca utilizou. É aquele que nunca colocou em seu corpo qualquer substância definida como droga. 2- **Usuário leve**: utilizou drogas, mas no último mês o consumo não foi diário ou semanal. É aquele que já utilizou drogas, mas de forma esporádica, meramente recreativa. 3- **Usuário moderado**: utilizou drogas semanalmente, mas não diariamente no último mês. Este já tem um contado mais frequente com as drogas, entretanto não há utiliza todos os dias. 4- **Usuário pesado**: utilizou drogas diariamente no último mês. Segundo considerações de saúde pública, sociais e educacionais, uma publicação da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) distingue entre outros quatro tipos de usuários: A) **usuário experimental ou experimentador**: limita-se a experimentar uma ou várias drogas, por diversos motivos, como curiosidade, desejo de novas experiências, pressão de grupo etc. Na grande maioria dos casos, o contato com drogas não passa das primeiras experiências. B) **Usuário ocasional**: utiliza um ou vários produtos, de vez em quando, se o ambiente for favorável e a droga disponível. Não há dependência, nem ruptura das relações afetivas, profissionais e sociais. C) **Usuário habitual ou “funcional”**: faz uso frequente de drogas. Em suas relações já se observam sinais de ruptura. Mesmo assim, ainda “funciona” socialmente, embora de forma precária e correndo riscos de dependência. D) **Usuário dependente ou “disfuncional”** (dependente, toxicômano, farmacodependente, dependente químico): vive pela droga e para a droga, quase que exclusivamente. Como consequência, rompe os seus vínculos sociais, o que provoca

³¹ RIBEIRO, Cléa Regina de Oliveira. Ética e pesquisa em álcool e drogas: uma abordagem bioética. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.*, v. 1, n. 1, fev. 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-69762005000100006&script=sci_arttext>. Acesso em: 17 abr. 2014.

³² Ibidem.

isolamento e marginalização, acompanhados eventualmente de decadência física e moral.³³

No âmbito jurídico, a Lei 11.343/06 traz em seu artigo 28 a conduta do usuário de drogas, e nele adotou uma política protetiva em relação aos usuários. “O novo tipo penal está sendo fundamentado baseado na justiça penal, terapêutica ou restauradora e substituiu a pena por uma “reeducação” o que não afasta a descriminalização na Nova Lei,³⁴ de acordo com a análise que será feito no próximo capítulo.

Além do perfil dos usuários de drogas e as classificações destes, é essencial fazer a distinção entre as capacidades dentro do âmbito civil e psicossocial, que irá ser feito no tópico seguinte.

1.1 Capacidade do usuário de *crack* de acordo com o direito e a área psicossocial

Neste tópico iremos abordar as duas visões sobre a capacidade, isto é, de acordo com a área do Direito, denominada capacidade civil e a área Psicossocial, representada pelos saberes da Psicologia e do Serviço Social, a chamada de capacidade psicossocial.

As pessoas com transtorno mental são, antes de tudo, pessoas e, como tais, encontram-se abarcadas pela legislação civil. “Não se trata de lei especial, voltada para o disciplinamento de questões relativas à saúde mental ou às pessoas com transtornos mentais e seus direitos, mas antes, apresenta-se uma lei geral, que dispõe acerca das pessoas, dos seus bens, regrando suas relações jurídicas de ordem privada, desde o seu nascimento, passando pela sua maioridade civil, seus atos jurídicos, até a sucessão, quando do seu falecimento. É nesse contexto do mundo jurídico que a pessoa com transtorno mental, sua doença e a (in)validade dos seus atos são analisados, tendo como referenciais a (im)possibilidade de exercer a

³³ SÃO PAULO (Estado). Governo do Estado de São Paulo. Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo. *Usuário*. Disponível em: <<http://www.imesc.sp.gov.br/infodrogas/Usuar.htm>>. Acesso em: 17 abr. 2014. Grifo nosso.

³⁴ LARANJEIRAS, Renata Caixeta. *O usuário de drogas na nova Lei de Tóxicos 11.343/2006*. 2012. 51f. TCC (Graduação) – Faculdade de Ciências Jurídicas e de Ciências Sociais - FAJS, Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, Brasília, 2012. Disponível em: <<http://repositorio.uniceub.br/bitstream/235/4387/1/Renata%20Caixeta%20Laranjeiras%20RA%200731464.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2014.

autonomia da sua vontade em decorrência da presença ou não do transtorno mental.³⁵

Primeiramente iremos nos ater a capacidade civil, fazendo um paralelo entre o Código de 1916 e Código Civil de 2002.

1.1.1 A capacidade civil

Segundo Serpa Lopes, a temática da capacidade é regida por dois princípios básicos. O primeiro é o que estabelece a relação entre a capacidade e a prática dos atos jurídicos. Para esse autor, os fatos jurídicos, inclusive os voluntários, exigem discernimento e não capacidade. O segundo é o que dispõe a capacidade como regra e a incapacidade como exceção.³⁶

Durante muitos anos, os dependentes químicos foram considerados seres humanos desprovidos de vontade, em virtude do comportamento de compulsão associado ao consumo de substâncias psicotrópicas. Essa concepção foi acolhida pela sociedade em geral, determinando reflexos em diversas áreas do conhecimento.³⁷

Na medicina, por exemplo, o enfoque do tratamento para a dependência química era a doença e não o indivíduo em sua completude, em suas características peculiares. Como consequência, diversos abusos e violações à dignidade e à integridade física e psíquica desses indivíduos foram cometidos, sob o argumento de que tais procedimentos eram indispensáveis ao controle da dependência química.³⁸

Já no campo do Direito, o Código Civil de 1916 permitia a inclusão dos dependentes químicos na locução “loucos de todos os gêneros”, sendo então considerados absolutamente incapazes e sem qualquer proteção a autonomia

³⁵ MUSSE, Luciana Barbosa. *Novos sujeitos de direito*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. p. 120.

³⁶ Serpa Lopes apud *Ibidem*, p. 121.

³⁷ GESSER, Wagner Pinheiro; MENEZES, Joyceane Bezerra de Menezes. A autonomia privada do paciente dependente de substância no Brasil. In: MENEZES, Joyceane Bezerra de (Org.). *Dimensões jurídicas da personalidade na ordem constitucional brasileira*. Florianópolis: Conceito Editorial, 2010. p. 535-549.

³⁸ *Ibidem*.

privada.³⁹ No Código Civil vigente tem-se a expressa previsão legal que os viciados em tóxicos e os ébrios habituais são relativamente incapazes, de acordo com o artigo 4º, II do mencionado Código.⁴⁰

Dentro do Código Civil –CC - tanto o atual como o de 1916 sempre houve a distinção entre a capacidade absoluta e relativa.

Como já foi apontado, a capacidade de fato é a aptidão da pessoa para exercer por si mesma os atos da vida civil. Essa aptidão requer certas qualidades, sendo as quais a pessoa não terá plena capacidade de fato. Essa incapacidade poderá ser absoluta ou relativa. A incapacidade absoluta tolhe completamente a pessoa que exerce por si os atos da vida civil. Para esses atos será necessário que sejam devidamente representados pelos pais ou representantes legais. A incapacidade relativa permite que o sujeito realize certos atos, em princípio apenas assistidos pelos pais ou representantes. Trata-se, como se vê, de uma capacidade limitada.⁴¹

A incapacidade absoluta está prevista no artigo 3º do CC/02:

Art. 3º São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil:

I - os menores de dezesseis anos;

II - os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos;

III - os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade.⁴²

Em linha de princípio, cumpre mencionar, mais uma vez, que a previsão legal da incapacidade traduz a falta de aptidão para praticar pessoalmente atos da vida civil. Encontra-se nessa situação a pessoa a quem falte capacidade de

³⁹ GESSER, Wagner Pinheiro; MENEZES, Joyceane Bezerra de Menezes. A autonomia privada do paciente dependente de substância no Brasil. In: MENEZES, Joyceane Bezerra de (Org.). *Dimensões jurídicas da personalidade na ordem constitucional brasileira*. Florianópolis: Conceito Editorial, 2010.

⁴⁰ Ibidem.

⁴¹ VENOSA, Sílvio de Salvo. *Direito civil: parte geral*. São Paulo: Atlas, 2008. p. 136.

⁴² BRASIL. *Lei n. 10.406 de 10 de janeiro de 2002*. Institui o Código Civil. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm>. Acesso em: 27 nov. 2013.

fato ou de exercício, ou seja, impossibilitada de manifestar real e juridicamente a sua vontade.⁴³

De acordo com os autores Gagliano e Pamplona:

Entre a absoluta incapacidade e a plena capacidade civil, figuram pessoas situadas em zona intermediária, por não gozarem de total capacidade de discernimento e autodeterminação. Trata-se dos relativamente incapazes.⁴⁴

Assim, pode-se observar que o ponto chave para diferenciar os absolutamente incapazes dos relativamente é o discernimento. No caso dos viciados em tóxicos os mesmos tem discernimento e este é reduzidos devendo então serem assistidos, ou seja, acompanhados em seus atos e não representados, isto é, quando ocorre uma substituição da pessoa que é absolutamente incapaz ou pelos seus pais ou por representante judicial.

Os relativamente incapazes são as pessoas que, por não terem perfeito conhecimento da realidade e dos fatos, ficam tolhidas de exercer autonomamente os atos da vida civil, necessitando de assistência.⁴⁵

Até prova em contrário, toda pessoa é capaz. A constatação de um transtorno mental, por si só, é insuficiente para se decretar a interdição. Diante disso, faz-se necessária a perícia médica e psicossocial a fim de que o profissional possa efetuar a aferição e a declaração do grau de comprometimento de (in)capacidade do interditando.⁴⁶

No ordenamento anterior, os toxicômanos e alcoólatras tinham sua limitação de capacidade fixada pelo Decreto-lei nº 891/38. Caberá ao juiz avaliar o caso concreto e com auxílio da perícia médica definir o grau de limitação mental que autorize definir a incapacidade relativa. De fato, a dependência de álcool e tóxicos pode ser tal que iniba totalmente a compreensão dos fatos de vida, de molde a implicar incapacidade absoluta. Desse modo, há que ser entendida a disposição. Pela mesma razão, nem sempre a situação de ebriedade

⁴³ GAGLIANO, Pablo Stolze; PAMPLONA FILHO, Rodolfo. *Novo curso de direito civil: parte geral*. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 134.

⁴⁴ *Ibidem*, p. 134.

⁴⁵ VENOSA, Sílvio de Salvo. *Direito civil: parte geral*. São Paulo: Atlas, 2008. p. 143.

⁴⁶ MUSSE, Luciana Barbosa. *Novos sujeitos de direito*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. p. 123.

ou toxicomania será tal que implique qualquer “*capitis deminutio*”. Decidirá o juiz, com os meios de prova cada vez mais técnicos e sofisticados de que dispõe, bem como pelo conjunto probatório, inclusive seu contato pessoal com o sujeito, contato esse importantíssimo para a conclusão do magistrado. O interrogatório do interditando é peça fundamental para a sua decisão.⁴⁷

Seguindo este entendimento:

Na mesma linha, os viciados em tóxicos com reduzida capacidade de entendimento são agora considerados relativamente incapazes. Todavia, a depender do grau de intoxicação e dependência, a interdição do dependente poderá ser total, caracterizando-se, por conseguinte, a sua absoluta incapacidade para a prática dos atos da vida civil. O juiz, portanto, na sentença de interdição, irá graduar a curatela do toxicômano, a depender do nível de intoxicação e comprometimento mental.⁴⁸

O artigo 1.181 do Código Civil citado por Sílvio de Salvo Venosa, referente à curatela dos interditos afirma:

O interditando será citado para, em dia designado, comparecer perante o juiz, que o examinará, interrogando-o minuciosamente acerca de sua vida, negócios, bens e dos mais que lhe parecer necessário para ajuizar do seu estado mental, reduzidas a auto as perguntas e respostas.⁴⁹

Assim, nos casos de usuários de drogas, é de suma importância a aplicação desse artigo acima, tendo em vista que, assim o juiz irá através desse diálogo perceber se o discernimento é tolhido totalmente ou apenas tem-se um discernimento reduzido, sendo assim o indivíduo respectivamente, absolutamente incapaz ou relativamente incapaz.

A interdição está prevista no CC, arts. 1.768 a 1.83, e no CPC, arts. 1.177 a 1.198. Essa medida pode ser vista como um instituto jurídico que objetiva proteger os interesses pessoais e patrimoniais da pessoa. Trata-se de expediente

⁴⁷ VENOSA, Sílvio de Salvo. *Direito civil: parte geral*. São Paulo: Atlas, 2008. p. 143.

⁴⁸ GAGLIANO, Pablo Stolze; PAMPLONA FILHO, Rodolfo. *Novo curso de direito civil: parte geral*. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 134.

⁴⁹ VENOSA, op. cit.

por meio do qual o magistrado, mediante sentença judicial, retira do indivíduo a administração da sua vida e do seu patrimônio.⁵⁰

A legitimidade ativa para a requisição da interdição está prevista no art.1.768 do CC e 1.1.77 do CPC, conforme segue: Art. 1.768. A interdição deve ser promovida: I - pelos pais ou tutores; II - pelo cônjuge, ou por qualquer parente; III - pelo Ministério Público.⁵¹

1.1.2 Capacidade psicossocial

No tocante a capacidade psicossocial é importante fazer algumas considerações iniciais.

O autor abaixo traz uma visão como os loucos, no sentido dos inimputáveis são vistos pela sociedade.

Os loucos têm a capacidade de surpreender, de não seguir regras e normas, de agir instintivamente, de ser diferente, de “fazer o que lhes vêm a cabeça” sem se preocupar com as consequências. Conscientemente, não sabem o que fazem. Por isso, são insanos, inimputáveis, ou seja, não são responsáveis penalmente pelos atos que cometem. Muitas vezes, tornam-se uma ameaça à ordem, à moral, aos bons costumes, enfim à sociedade.⁵²

Foucault,

Percorrendo a história da loucura, afirma que, desde o século XIV ao século XVII, a exclusão de indivíduos é uma prática constante, isto é, a eliminação de pessoas indesejadas, por valores éticos e morais fortemente enraizados. A prática de retirá-los do convívio social, seja enviando-os em embarcações marinhas, seja fechando-os em celas

⁵⁰ MUSSE, Luciana Barbosa. *Novos sujeitos de direito*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. p. 123.

⁵¹ BRASIL. *Lei n. 10.406 de 10 de janeiro de 2002*. Institui o Código Civil. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm>. Acesso em: 27 nov. 2013.

⁵² MEDEIROS, Cristiano Carrilho Silveira. *Saúde mental e o direito: ensaios em homenagem ao Professor Hietor Carrilho*. São Paulo: Método, 2004. p. 62.

e calabouços, asilos e hospitais, é um elemento predominante desta época.⁵³

O autor continua relatando sobre o relacionamento das pessoas inimputáveis e seus familiares que é:

Comum a família e a sociedade não saberem, realmente, como proceder com aquela pessoa que tem suas faculdades mentais perturbadas, pois a loucura mexe não só com a imagem daquele que tem distúrbio mental, mas como também com a família.⁵⁴

Os autores abaixo irão abordar as diferenças entre as capacidades do direito civil e da área da psicologia;

O problema central é avaliar se os direitos dos pacientes podem ser colocados acima dos direitos da sociedade. Também nesses casos o Ministério Público desempenha um importante papel, fiscalizando as internações involuntárias. As pessoas podem ser internadas contra a sua vontade sob a alegação de que são legalmente perigosas ou doentes mentais.⁵⁵

O autor acima também traz que é:

Importante lembrar que a diferenciação estabelecida pelo art. 26, do Código Penal é essencialmente legal. A moderna psiquiatria-forense, entretanto, dispõe de outras definições, mais específicas e técnicas.⁵⁶

O nosso vigente Código Penal, ao tratar do artigo 26 da inimputabilidade penal por anormalidade mental, adotou o denominado sistema misto ou biopsicológico (ou ainda, biopsicológico-normativo), o que significa, antes de mais nada, na correta interpretação do texto legal, que não basta a existência da anomalia mental para tornar, logo, de plano, o agente isento de pena.⁵⁷

São indispensáveis três elementos ou condições para o reconhecimento da inimputabilidade: a) o elemento biológico, de natureza patológica; b) o elemento cronológico, temporal e c) a relação de causa e efeito entre o estado de anormalidade psíquica e

⁵³ FOUCAULT, Michel. *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva. 2002.

⁵⁴ *Ibidem*, p. 62.

⁵⁵ TRINDADE, Jorge. *Manual de psicologia jurídica para operadores do direito*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004. p. 109.

⁵⁶ *Ibidem*, p. 114.

⁵⁷ MEDEIROS, Cristiano Carrilho Silveira. *Saúde mental e o direito: ensaios em homenagem ao Professor Hietor Carrilho*. São Paulo: Método, 2004. p. 23.

o crime cometido no sentido de eliminação total da incapacidade de entender e querer do agente. Assim sendo, para ser uma dirimente penal, em primeiro lugar exige-se uma anormalidade mental, um fator psicológico; em segundo lugar, que tal fator esteja presente por ocasião, no momento da prática da infração penal e, por último, que tal fator patológico como seu efeito ou consequência tenha eliminado o entendimento ético-jurídico do agente, a sua autodeterminação, causando a total incapacidade intelectual e volitiva do agente.⁵⁸

Sobre o aspecto científico:

A moderna Psiquiatria (Psicopatologia) não há uma relação direta ou necessária entre o estado de anormalidade mental do agente e o crime, ou seja, da doença mental não se segue logo, não se pode deduzir ou concluir que todo criminoso é um ser anormal, um doente mental, como foi sustentado no passado. Um doente mental pode cometer crime, um crime pode ser um sintoma ou uma manifestação de uma doença mental, porém nem todo criminoso é sempre um anormal, um doente mental, ao contrário, em geral, é um indivíduo normal.⁵⁹

O desenvolvimento mental incompleto significa aquele que ainda não foi concluído e desenvolvimento mental retardado traduz aquele que ainda não chegou, não atingiu a maturidade psíquica, que estacionou, parou.⁶⁰

Os debates sobre capacidade questionam se os pacientes ou sujeitos são capazes, psicológica ou legalmente, de tomar decisões adequadas. A capacidade para decisão está intimamente ligada à decisão autônoma.⁶¹

A autonomia engloba dois conceitos encontrados em qualquer teoria sobre este assunto: a) liberdade (independência de influências controladoras) e b) a qualidade de agente (capacidade de agir intencionalmente).⁶² Mesmo as pessoas autônomas com capacidade de autogoverno falham em governar a si mesmas em suas escolhas em razão de restrições temporárias impostas pela doença ou depressão, pela ignorância, pela coerção ou por condições que restringem as opções.

⁵⁸ MEDEIROS, Cristiano Carrilho Silveira. *Saúde mental e o direito: ensaios em homenagem ao Professor Hietor Carrilho*. São Paulo: Método, 2004.

⁵⁹ *Ibidem*, p. 25.

⁶⁰ *Ibidem*.

⁶¹ BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Princípios de ética biométrica*. São Paulo: Loyola, 2002. p.151.

⁶² *Ibidem*, p.151.

Na área da saúde, assim como em outros contextos, os julgamentos sobre a capacidade distinguem os indivíduos cujas decisões autônomas devem ser respeitadas daqueles cujas decisões precisam ser checadas e talvez suplantadas por um representante.⁶³

Diferentemente do que ocorre no âmbito civil na área psicossocial a capacidade dever ser entendida como algo específico, e não como algo global, pois uma pessoa pode ser realmente para realizar algum ato, mas para outros o mesmo indivíduo pode ser inteiramente capaz, corroborando com este entendimento:

A lei, tradicionalmente, presumiu que uma pessoa é incapaz de administrar suas posses é também incapaz de votar, tomar decisões médicas, se casar, etc. Essas leis em geral visam a proteção da propriedade, e não de pessoas, e, portanto, não são apropriadas para as decisões médicas. Sua abrangência global, baseada num julgamento total da pessoa, foi algumas vezes levado longe demais. Dizer que a 'a pessoa X é incapaz de fazer Y' não implica necessariamente dizer que X é incapaz de fazer Z- ou seja, que ela também não é capaz de realizar uma ação diferente de Y.⁶⁴

No capítulo seguinte iremos trazer uma abordagem acerca das políticas públicas que tem como público-alvo as pessoas que fazem uso nocivo de drogas.

⁶³ BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Princípios de ética biométrica*. São Paulo: Loyola, 2002. p.151.

⁶⁴ *Ibidem*, p.153.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PESSOAS QUE FAZEM USO NOCIVO DE CRACK

Para discorrer sobre o assunto de políticas públicas é preciso trazer primeiramente a sua definição. De acordo com a autora Maria das Graças Rua “as políticas públicas (*policies*), por sua vez, são *outputs*, resultantes das atividades política (*politics*): compreendem o conjunto das decisões e ações relativas à alocação imperativa de valores”⁶⁵ e “uma política pública geralmente envolve mais do que uma decisão e requer diversas ações estrategicamente selecionadas para implementar as decisões tomadas.”⁶⁶

Além disso, por mais óbvio que possa parecer, as políticas públicas são “públicas” - e não privadas ou apenas coletivas. A sua dimensão “pública” é dada não pelo tamanho do agregado social sobre o qual incidem, mas pelo seu caráter “imperativo”. Isto significa que uma das suas características centrais é o fato de que são decisões e ações revestidas da autoridade soberana do poder público.⁶⁷

A jurista Maria Paula Dallari Bucci afirma:

Políticas públicas definem-se como programas de ação governamental, em cuja formação há um elemento processual estruturante: políticas públicas é o programa de ação governamental que resulta de um processo ou conjunto de processos juridicamente regulados.⁶⁸

E continua:

As políticas públicas não constituem objeto apto ao tratamento de “verdadeiro” ou “falso” – e nesse sentido elas consistem em “problemas”, permeados por elementos de valor ou conveniência, considerada um somatório de interesses. Os arranjos institucionais são mais facilmente apreensíveis pela lógica dos adjetivos (funcional, efetivo, legitimado democraticamente, eficiente socialmente, econômico etc.) que de substantivos. E assim como a arquitetura institucional da política, o juízo de valor que serve de justificação e

⁶⁵ RUA, Maria das Graças. *Análise de políticas públicas: conceitos básicos*. Disponível em: <<http://projetos.dieese.org.br/projetos/SUPROF/Analisepoliticaspublicas.PDF>>. Acesso em: 17 abr. 2014.

⁶⁶ *Ibidem*, p. 1.

⁶⁷ *Ibidem*, p. 2.

⁶⁸ BUCCI, Maria Paula Dallari. *Fundamentos para uma teoria jurídica das políticas públicas*. São Paulo: Saraiva, 2013. p. 109.

medida também compõe o processo dialético, no sentido aristotélico de construção de uma política pública. Uma política pública qualquer pode revelar-se inovadora, do ponto de vista de seu desenho institucional, por exemplo, ao adotar uma forma organizacional ainda não experimentada naquele sistema jurídico. Isso não garante, todavia, que a política seja eficiente, no balanço entre custos e benefícios, ou que atenda às necessidades mais prementes, analisadas as prioridades, o escopo dos beneficiários ou a sua escala.⁶⁹

Para o autor Kingdon, políticas públicas são:

Um conjunto formado por quatro processos: o estabelecimento de uma agenda de políticas públicas; a consideração das alternativas para a formulação de políticas públicas, a partir das quais as escolhas serão realizadas; a escolha dominante entre o conjunto de alternativas disponíveis e, finalmente, a implementação da decisão.⁷⁰

James Marks, ex-diretor do CDC – *Centers for Disease Control and Prevention* -, apresenta algumas ideias extremamente interessantes para o nosso tema em sua conferência Alexander Langmuir de 2009. Ele afirma que as políticas públicas são o meio pelo qual a sociedade dá forma ao que ela deseja ser ou se tornar. Ou seja, segundo o autor, é através das políticas públicas, sejam elas de formulação estatal ou oriundas dos movimentos sociais, que uma sociedade estabelece sua imagem objetiva, explicita seus valores e dá publicidade às suas prioridades.⁷¹

Os bioeticistas Beauchamp e Childress trazem sobre a expressão políticas públicas:

Um conjunto de diretrizes normativas vigentes que foram aceitas por uma entidade pública oficial, como um órgão do governo ou um corpo legislativo, para governar na área particular do comportamento. E ainda trazem um contraste entre as políticas públicas e as leis,

⁶⁹ BUCCI, Maria Paula Dallari. *Fundamentos para uma teoria jurídica das políticas públicas*. São Paulo: Saraiva, 2013. p. 133.

⁷⁰ Kingdon apud CAPELLA, Ana Cláudia Niedhardt. *Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas*. 2004. 245 f. Tese (Pós-Graduação) – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2004. Disponível em: <http://www.bdt.d.ufscar.br/htdocs/tedeSimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1076>. Acesso em: 17 abr. 2014.

⁷¹ *Ibidem*, p. 2.

afirmando que as políticas públicas não precisam ser explicitamente formuladas ou sintetizadas.⁷²

O autor Fernando Aith considera:

Política pública a atividade estatal de elaboração, planejamento, execução e financiamento de ações voltadas à consolidação do Estado Democrático de Direito e à promoção e proteção dos Direitos Humanos.⁷³

Assim, de acordo com a professora Maria Paula Dallari Bucci, são três elementos que compõem a definição de política pública: programa, ação e processo.⁷⁴

O programa aqui é entendido como o conteúdo, o desenho da política pública. A ação-coordenação implica uma atuação do Poder Público, a fim de provocar o agir, sob a sua coordenação, dos demais envolvidos. E o processo indica uma sequência de atos tendentes a um fim, procedimento, agregado do elemento contraditório, esse último, no contexto da formulação de políticas públicas, associa à abordagem jurídica inequívoca dimensão participativa.⁷⁵

O autor Fernando Aith apresenta as seguintes diferenças. A política pública de Estado tem como objetivo a estruturação do Estado com vistas à execução de políticas de promoção e proteção dos direitos humanos e fundamentais. Tem como forma de elaboração, planejamento e execução competência exclusiva do governo, a participação da sociedade civil na sua implementação é admitida apenas de modo complementar, subsidiário e totalmente subordinado ao Estado, não podem sofrer quebra de continuidade.⁷⁶

Em contrapartida as políticas públicas do Governo tem como objetivo a promoção de ações pontuais de promoção e proteção dos direitos

⁷² BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Princípios de ética biométrica*. São Paulo: Loyola, 2002. p. 24.

⁷³ AITH, Fernando. *Políticas públicas de estado e de governo: instrumento de consolidação do estado democrático de direito e de promoção dos direitos humanos*. São Paulo: Saraiva, 2006.

⁷⁴ BUCCI, Maria Paula Dallari. *Direito administrativo e políticas públicas*. São Paulo: Saraiva, 2006.

⁷⁵ *Ibidem*, p. 69.

⁷⁶ Fernando Aith, 2006 apud MUSSE, Luciana Barbosa. *Novos sujeitos de direito*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

humanos específicos expressos na Constituição Federal de 1988. Tem como forma de elaboração, planejamento e execução que elas podem ser delegadas ou terceirizadas e podem sofrer quebra de continuidade. E por fim, no tocante a forma de financiamento os recursos públicos, mas admite-se o cofinanciamento privado por meio de regras e controles fixados pelo Poder Público.⁷⁷

De acordo com as diferenças apresentadas por Fernando Aith, podemos afirmar que as políticas públicas em saúde mental são políticas públicas de Estado, pois objetivam a promoção e a proteção dos direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais, em especial em relação à atenção em saúde mental.⁷⁸

Vale ressaltar que dentro das políticas públicas existem os atores que são chamados de atores “políticos” e que podem ser atores públicos ou privados. Pode-se distinguir entre atores públicos e atores privados. Os atores públicos são aqueles que se distinguem por exercer funções públicas e por mobilizar os recursos associados a estas funções.⁷⁹ Entre os atores privados destacam-se os empresários. Sem qualquer sombra de dúvida, são atores dotados de grande capacidade de influir nas políticas públicas, já que são capazes de afetar a economia do país: controlam as atividades de produção, parcelas do mercado e a oferta de empregos.⁸⁰

Como identificar os atores em uma política pública? Existem diversos critérios. Entretanto, o mais simples e eficaz é estabelecer quem tem alguma coisa em jogo na política em questão. Ou seja, quem pode ganhar ou perder com tal política, quem tem seus interesses diretamente afetados pelas decisões e ações que compõem a política em questão.⁸¹

Outro ponto importante quando se trata de políticas públicas é a implementação da mesma.

⁷⁷ Fernando Aith, 2006 apud MUSSE, Luciana Barbosa. *Novos sujeitos de direito*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. p. 71.

⁷⁸ *Ibidem*, p. 72.

⁷⁹ RUA, Maria das Graças. *Análise de políticas públicas: conceitos básicos*. Disponível em: <<http://projetos.dieese.org.br/projetos/SUPROF/Analisepoliticaspublicas.PDF>>. Acesso em: 20 abr. 2014. p. 5.

⁸⁰ *Ibidem*, p. 5.

⁸¹ *Ibidem*, p. 5.

Desde a década de 1970, o estudo de políticas públicas indica haver algo como que um "elo perdido", situado entre a tomada de decisão e a avaliação dos resultados: a implementação. Embora esta preocupação com a implementação seja relevante, na realidade, a separação entre a formulação, a decisão, a implementação e a avaliação de políticas públicas é um recurso mais importante para fins de análise do que um fato real do processo político.⁸²

A implementação pode ser compreendida como o conjunto de ações realizadas por grupos ou indivíduos de natureza pública ou privada, as quais são direcionadas para a consecução de objetivos estabelecidos mediante decisões anteriores quanto a políticas. Em outras palavras, trata-se das ações para fazer uma política sair do papel e funcionar efetivamente. Este processo precisa ser acompanhado, entre outras coisas, para que seja possível identificar porque muitas coisas dão certo enquanto muitas outras dão errado entre o momento em que uma política é formulada e o seu resultado concreto.⁸³

Ainda, é importante abordar sobre a responsabilidade destas implementações das políticas públicas. Neste tipo de abordagem, a responsabilidade por uma política cabe, claramente, aos agentes situados no topo do processo político, e são quatro as variáveis mais importantes: a) a natureza da política: não pode admitir ambigüidades; b) a estrutura de implementação: os elos da cadeia devem ser mínimos; c) a prevenção de interferências externas; d) o controle sobre os atores envolvidos na implementação.⁸⁴

Em relação às políticas públicas em saúde mental voltadas para pessoas que fazem uso nocivo de drogas, para cabe fazer algumas considerações. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM – como um exemplo de movimento que luta por melhores condições na oferta de saúde, caracteriza-se por dupla finalidade: a promoção da melhoria das condições de trabalho no âmbito da

⁸² RUA, Maria das Graças. *Análise de políticas públicas: conceitos básicos*. Disponível em: <<http://projetos.dieese.org.br/projetos/SUPROF/Analisepoliticaspublicas.PDF>>. Acesso em: 20 abr. 2014. p. 12.

⁸³ Ibidem, p. 13.

⁸⁴ Ibidem, p. 14-15.

saúde mental e a humanização das relações sociais que envolvem as pessoas com transtornos mentais, e em última instância, das ações em saúde mental.⁸⁵

No Senado Federal existe a Subcomissão Temporária de Políticas Sociais sobre Dependentes químicos de Álcool, *Crack* e outras Drogas – CASDEP, realizada em 16 de março de 2011, na qual se reuniu para debater seis eixos temáticos, tais como, a) governo; b) médicos; c) movimentos sociais e comunidades terapêuticas; d) sindicatos e instituições privadas; e) depoimentos de ex-dependentes; f) experiências internacionais.⁸⁶

No tocante as políticas públicas algumas conclusões foram retiradas como: 1- adoção de um programa amplo, que envolva a recuperação de dependentes químicos e sua reinserção na sociedade, buscando-se um modelo que concilie tratamentos médico-hospitalares e ações assistenciais. 2- Reorganização e ampliação da rede de assistência à saúde de dependentes químicos e pessoas com problemas decorrentes do uso indevido de drogas. 3- Definição de políticas públicas que integrem às áreas de justiça, saúde e assistência social.⁸⁷

A VIII Conferência Nacional de Saúde e na I Conferência Nacional em Saúde Mental, realizadas em 1987, tem como diretrizes no âmbito da saúde, a luta é pela construção de um Sistema Único de Saúde (SUS) e pela implementação da reforma sanitária. Na esfera da saúde mental as discussões e reivindicações gravitam em torno de três temas centrais, a saber: a) economia, sociedade e Estado: impactados sobre a saúde e doença mental; b) reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; c) cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental.⁸⁸

⁸⁵ MUSSE, Luciana Barbosa. *Novos sujeitos de direito*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. p. 70.

⁸⁶ BRASIL. Senado Federal. Subcomissão Temporária de Políticas Sociais sobre Dependentes químicos de Álcool, *Crack* e outras Drogas – CASDEP. *Relatório*. Brasília: Senado Federal, 2011. Disponível em: <http://www.senado.leg.br/comissoes/cas/rel/RELATORIO_FINAL_CASDEP_141211.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2014.

⁸⁷ *Ibidem*.

⁸⁸ *Ibidem*, p. 70.

Como pode ser observado a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) já foi implementada, porém a reforma sanitária e a reorganização da assistência à saúde mental ainda precisam ser expandidas.

Os avanços na política de assistência à saúde trazidos pelo SUS desde a sua implantação são notáveis. No entanto, conforme nos lembra Oliveira, observa-se a coexistência de aspectos inovadores e conservadores no cotidiano dos serviços, sendo que um dos maiores desafios refere-se a transformação efetiva das práticas de saúde, e neste campo, das relações entre profissionais e usuários.⁸⁹

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial - CNSMI, realizada em Brasília em 2010 enfatiza que o enfrentamento da problemática do uso e abuso de álcool e outras drogas requer a implantação e o desenvolvimento, nos três níveis de atenção, de políticas públicas em saúde mental, em consonância com as diretrizes da reforma psiquiátrica, do Sistema Único de Saúde (SUS), Sistema Único de Assistência Social (SUAS), do Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH) e do Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas.⁹⁰

Algumas propostas de políticas públicas foram implementadas pela própria legislação brasileira em face dos dependentes químicos, tais como a lei federal 10.216/01 e Lei 11.343/06, que serão analisadas no tópico 2.1 e 2.2. Ainda na esfera cível, o Código Civil Brasileiro, no artigo 1.767, inciso III, traz a possibilidade de interdição dos viciados em tóxicos.⁹¹

⁸⁹ Oliveira, 2008 apud GONTIJO, Daniela Tavares. *Relação profissional-usuário na saúde pública brasileira*: algumas contribuições para a reflexão da prática cotidiana. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDUQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.uftm.edu.br%2Frevistaeletronica%2Findex.php%2Frevistatriangulo%2Farticle%2Fdownload%2F45%2F67&ei=rLRqU-X3CuSMYAGos4EY&usg=AFQjCNHqOZfKcGmSzP-YoDs24doZ8_RIKQ&bvm=bv.66330100,d.aWc>. Acesso em: 07 maio 2014.

⁹⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. *Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf>. Acesso em: 07 maio 2014.

⁹¹ FRANÇA, Genival Luiz. *Internação compulsória do dependente químico: violação do direito de liberdade ou proteção do direito à vida?* Disponível em: <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/Juridica/article/viewFile/3066/2828>>. Acesso em: 07 maio 2014.

Além da parte civil, o legislador se preocupou com a área penal e isso nota-se na edição da lei federal 11.343/06 quando optou em trocar a pena restritiva de liberdade, proposta pela lei anterior, por penas socioeducativas, para casos de usuários de drogas, ou seja, ser advertido ou ter que prestar serviços à comunidade.⁹²

Porém, essas medidas que foram adotadas pelo legislador não são suficientes, explicam os especialistas, porque todas elas são medidas para se tomar depois que o indivíduo está mergulhado no submundo das drogas, sendo a melhor solução a tomada de medidas de precaução para não se chegar a ponto de medidas extremas como a internação ou interdição civil.⁹³

Logo, é importante mencionar que para não chegar ao estado da internação referida na Lei de Drogas ou na Lei 10.216 ou até mesmo na interdição civil, precisa se fazer uma política severa em relação a prevenção. Pois, tratando desde do início a questão da dependência química não será necessário chegar ao ponto das internações, em qualquer modalidade, de acordo com o exposto na próxima seção.

2.1 Lei nº 10.216: diferença entre internação voluntária, involuntária e compulsória

Faz-se necessário distinguir as modalidades e os procedimentos utilizados nas internações previstas no artigo 6º da Lei nº 10.216, que são a internação voluntária, involuntária e compulsória.⁹⁴

A internação voluntária é aquela que ocorre com o consentimento do usuário, a internação involuntária é aquela que ocorre sem o consentimento do

⁹² FRANÇA, Genival Luiz. *Internação compulsória do dependente químico: violação do direito de liberdade ou proteção do direito à vida?* Disponível em: <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/Juridica/article/viewFile/3066/2828>>. Acesso em: 07 maio 2014.

⁹³ Ibidem.

⁹⁴ BRASIL. *Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 27 nov. 2013.

usuário, mas a pedido de terceiro. E a internação compulsória é aquela que é decretada pela Justiça.

A Portaria GM nº 2.391/2002, foi revogada pela Portaria Nº 2.048, de 3 de setembro de 2009, que aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS), e no seu art. 423 traz as quatro modalidades de internação, ou seja, amplia as modalidades de internação. Nesta Portaria as internações são denominadas de internações psiquiátricas, assim, são chamadas de internação psiquiátrica voluntária – IPV – internação psiquiátrica involuntária – IPI – internação psiquiátrica voluntária que se torna voluntária – IPVI – e a internação psiquiátrica compulsória – IPC.⁹⁵

A internação psiquiátrica voluntária que se torna involuntária é aquela quando o paciente expressou o seu consentimento na internação, porém, após a sua manutenção este expressa discordância, tornando involuntária a internação.⁹⁶

Antes de começar a expor as diferenças entre cada internação, cabe ressaltar que em qualquer modalidade de internação esta deverá ser adotada como última *ratio*, isto é, como último recurso, caso não haja mais recursos terapêuticos extra-hospitalares ou esses se mostrem insuficientes para atender à demanda do usuário.⁹⁷

2.1.1 Internação voluntária

A internação voluntária tanto no âmbito da Lei 10.216 como na Portaria nº 2.048/09 deve ocorrer quando o indivíduo com o seu consentimento autoriza a internação. Esta deverá ser autorizada por médico registrado no Conselho

⁹⁵ BRASIL. *Portaria GM nº 2.391 de 26 de dezembro de 2002*. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2391.htm>>. Acesso em: 29 mar. 2014.

⁹⁶ *Ibidem*.

⁹⁷ *Idem*. *Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 27 nov. 2013.

Regional de Medicina do Estado que se localiza o seu estabelecimento, conforme o artigo 8º, *caput*, da Lei 10.216:

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.⁹⁸

Caso a pessoa com transtorno mental opte por esta modalidade de internação, deverá assinar, no momento da sua admissão no serviço de saúde mental – hospital ou clínica – o termo de consentimento livre e esclarecido informando que esse é o regime de tratamento de sua livre escolha, conforme o artigo 7º da Lei 10.216 combinado com o artigo 429º da Portaria nº 2.048/09.⁹⁹

Para que o indivíduo com transtorno mental requeira sua internação voluntária e ela possa ser assim reconhecida, deve ser civilmente capaz, ou seja, deve ter 18 (dezoito) anos completos ou mais, não ser civilmente interditado e não se encontrar psiquicamente debilitado ou desorientado (não deliberando, em estado alterado de consciência em virtude do uso de substância psicoativa, dentre outros).¹⁰⁰

Nessa mesma linha de raciocínio, entende-se que o indivíduo com transtorno mental com idade entre 16 e 18 anos incompletos, considerando relativamente incapaz, pode requerer sua própria internação voluntária, desde que seja assistido por um de seus pais ou por um responsável legal.¹⁰¹

Tendo em vista que, essa modalidade de incapacidade mitigada atinge determinadas pessoas que podem praticar por si só atos da vida civil, desde que assistidas por outrem legalmente autorizado.¹⁰² Conforme o artigo seguinte: “Art.

⁹⁸ BRASIL. *Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 27 nov. 2013.

⁹⁹ MUSSE, Luciana Barbosa. *Novos sujeitos de direito*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

¹⁰⁰ *Ibidem*, p. 89.

¹⁰¹ *Ibidem*, p. 90.

¹⁰² VENOSA, Sílvio de Salvo. *Direito civil: parte geral*. São Paulo: Atlas, 2008. p. 140.

4º: São incapazes, relativamente a certos atos, ou à maneira de os exercer: I - os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos [...]”¹⁰³

Considerar-se-á finda a internação voluntária quando o usuário do serviço de atenção em saúde mental o solicitar ou por determinação do médico assistente, conforme artigo 7º, parágrafo único, Lei 10.216: “Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.”¹⁰⁴

2.1.2 Internação involuntária

A internação involuntária é promovida por terceiros e se caracteriza pela não concordância expressa por parte da pessoa com transtorno mental em se submeter a esta modalidade de tratamento.¹⁰⁵

Configurada a possibilidade de haver a IPI, é direito do usuário solicitar a presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária¹⁰⁶, como prevê o artigo 2º, V, Lei 10.216.

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

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; [...].¹⁰⁷

A desinternação do usuário pode ser requerida, por escrito, por parente ou responsável legal pela pessoa com transtorno mental, desde que

¹⁰³ BRASIL. *Lei n. 10.406 de 10 de janeiro de 2002*. Institui o Código Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm>. Acesso em: 27 nov. 2013.

¹⁰⁴ MUSSE, Luciana Barbosa. *Novos sujeitos de direito*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

¹⁰⁵ Ibidem, p. 90.

¹⁰⁶ Ibidem, p. 91.

¹⁰⁷ BRASIL. *Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 27 nov. 2013.

autorizada por médico devidamente registrado no CRM, com fulcro no artigo 8º,§2º da supracitada Lei nº 10.216/2001.¹⁰⁸

Tais medidas não eximem a equipe de saúde a promover o diálogo e o devido esclarecimento com vistas ao convencimento do internando acerca da necessidade da internação e dos seus benefícios, viabilizando, dessa forma, que a entrada do internando já ocorra como internação voluntária.¹⁰⁹

Nas internações voluntárias e involuntárias que ocorrem no Brasil, sob o regime da Lei nº10.216/2001, não há previsão que a internação psiquiátrica passe regularmente pelo Poder Judiciário, entretanto, é direito constitucional de qualquer pessoa a possibilidade de, a qualquer momento, questionar judicialmente a referida internação.¹¹⁰

A atuação do Ministério Público Estadual (ou do Distrito Federal e Territórios) nas questões envolvendo IPI – e não o Poder Judiciário – dá-se a *posteriori* e tem caráter fiscalizador, pois, tanto o Ministério Público como a Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias deverão ser comunicadas pelo responsável técnico do serviço em até 72 horas depois da entrada do usuário. Esse procedimento deve ser feito quando o usuário receber alta.¹¹¹

Caso o internado seja interdito ou maior de 16 anos e menor de 18 anos e sua resistência à internação contrarie a vontade do seu curador ou genitor, esgotadas todas as tentativas de composição, entende-se que o caso deverá ser apreciado pelo Poder Judiciário, pois há flagrante conflito de interesses nessa situação.¹¹²

¹⁰⁸ MUSSE, Luciana Barbosa. *Novos sujeitos de direito*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

¹⁰⁹ *Ibidem*, p. 92

¹¹⁰ PINHEIRO, Gustavo H. de Aguiar. O devido processo legal de internação psiquiátrica involuntária na ordem jurídica constitucional brasileira. *Jus Navigandi*, Teresina, ano 16, n. 3038, out. 2011. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/20292/o-devido-processo-legal-de-internacao-psiquiatrica-involuntaria-na-ordem-juridica-constitucional-brasileira>>. Acesso em: 29 mar. 2014.

¹¹¹ MUSSE, op. cit.

¹¹² LATAS, António João; VIERA, Fernando. *Notas e comentários à lei de saúde mental*. Coimbra: Coimbra, 2004.

A internação voluntária que se torna involuntária como já foi exposto anteriormente vem expressa na Portaria nº 2.048/09.¹¹³

A IPVI consiste na modalidade de internação voluntária que, no seu curso, torna-se involuntária, pois o usuário do serviço posiciona-se contrário à sua permanência no estabelecimento.¹¹⁴

Essa manutenção pode decorrer tanto de solicitação por parte de familiares ou responsáveis pela pessoa com transtornos mentais, como por parte da equipe de saúde (mental).¹¹⁵

Independentemente de quem der causa à permanência do usuário, na instituição, se essa for contra a sua vontade, o serviço de saúde (mental) deve dar ciência ao Ministério Público Estadual (ou do Distrito Federal e Territórios) enviando-lhe o Termo de Comunicação de Internação Involuntária¹¹⁶, conforme artigos 426 e 427 da respectiva Portaria:

Art. 426º. Ao Ministério Público caberá o registro da notificação das internações psiquiátricas involuntárias (IPI), bem como das voluntárias que se tornam involuntárias (IPVI), para controle e acompanhamento destas até a alta do paciente.

Art. 427º. Se no decurso de uma internação voluntária o paciente exprimir discordância quanto à sua internação, após sucessivas tentativas de persuasão pela equipe terapêutica, passando a caracterizar-se uma internação involuntária, o estabelecimento de saúde envie ao Ministério Público o Termo de Comunicação de

¹¹³ BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde SP. *Portaria Nº 2.048, de 3 de setembro de 2009*. Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/aceso-rapido/documentos-sobre-o-comite-de-mortalidade-materna/14_-_portaria_gm_ms_n_2048_de_3-09-2009_aprova_o_regulamento_do_sistema_unico_de_saude_sus.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2014.

¹¹⁴ MUSSE, Luciana Barbosa. *Novos sujeitos de direito*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

¹¹⁵ *Ibidem*, p. 95.

¹¹⁶ *Ibidem*, p. 96.

Internação Involuntária, até 72 horas após aquela manifestação, devidamente assinado pelo paciente.¹¹⁷

O estabelecimento de saúde (mental) ou familiar que aceitar ou solicitar uma IPI ou uma IPVI, em desconformidade com os preceitos normativos da Lei nº 10.216/2001 e na Portaria nº 2.048/2009 praticam o delito de cárcere privado.

Art. 148 - Privar alguém de sua liberdade, mediante seqüestro ou cárcere privado: (Vide Lei nº 10.446, de 2002)

Pena - reclusão, de um a três anos.

§ 1º - A pena é de reclusão, de dois a cinco anos:

I – se a vítima é ascendente, descendente, cônjuge ou companheiro do agente ou maior de 60 (sessenta) anos; (Redação dada pela Lei nº 11.106, de 2005)

II - se o crime é praticado mediante internação da vítima em casa de saúde ou hospital;

III - se a privação da liberdade dura mais de quinze dias.

IV – se o crime é praticado contra menor de 18 (dezoito) anos; (Incluído pela Lei nº 11.106, de 2005) [...]

§ 2º - Se resulta à vítima, em razão de maus-tratos ou da natureza da detenção, grave sofrimento físico ou moral:

Pena - reclusão, de dois a oito anos.¹¹⁸

O artigo 148 do Código Penal prevê crime contra a liberdade individual da pessoa. Tutela a liberdade física do sujeito passivo, notadamente a

¹¹⁷ BRASIL. *Portaria GM nº 2.391 de 26 de dezembro de 2002*. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2391.htm>>. Acesso em: 29 mar. 2014.

¹¹⁸ Idem. *Decreto-Lei nº 2.848 de 7 de dezembro de 1940*. Código Penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm>. Acesso: 29 mar. 2014. Grifo do autor.

liberdade de locomoção e movimento, ou seja, a liberdade de movimento no espaço.¹¹⁹

2.1.3 Internação compulsória

E por fim, tem-se a internação compulsória que dentre todas as modalidades de internações é a mais complexa.

A começar pela internação compulsória determinada pelo Decreto-lei 891 de 1938 que apesar de ainda ser vigente no mundo jurídico é incompatível com normas que tratam deste mesmo assunto de forma superveniente.

De acordo com a legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil, a prevenção é efetiva quando:

É fruto do comprometimento, da cooperação e da parceria entre os diferentes segmentos da sociedade brasileira e dos órgãos governamentais, federal, estadual e municipal, fundamentada na filosofia da “Responsabilidade Compartilhada”, com a construção de redes sociais que visem à melhoria das condições de vida e promoção geral da saúde.¹²⁰

A Internação Psiquiátrica Compulsória é uma das questões mais complexas e polêmicas da Reforma Psiquiátrica e, ao mesmo tempo, uma das que menos atenção tem recebido por parte dos gestores públicos e dos profissionais que militam na área.¹²¹

Considera-se a internação compulsória aquela determinada pela autoridade judiciária, conforme o artigo 6º, III, da Lei 10.216/2001 e artigo 423º §4ºa Portaria nº 2.048/09.

¹¹⁹ CAPEZ, Fernando. *Curso de direito penal: parte especial*. São Paulo: Saraiva, 2009. V. 2.

¹²⁰ BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil*. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/327912.pdf>>. Acesso em: 07 maio 2014.

¹²¹ MUSSE, Luciana Barbosa. *Novos sujeitos de direito*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

As hipóteses desta modalidade de internação são:

- I- A pessoa com transtorno mental pratica um crime em razão do transtorno;
- II- Conclui-se que ela é inimputável, ou seja, é irresponsável penalmente;
- III- Há o entendimento de que essa pessoa oferece risco para si, para sua família ou para a sociedade;
- IV- A sanção penal que lhe é imposta pelo juiz é o tratamento por intermédio de medida de segurança, quer em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, quer em ambulatório.¹²²

De acordo com o Direito Penal, aplica-se medida de segurança, como regra, ao inimputável que houver praticado uma conduta típica e ilícita, não sendo, porém culpável. Assim, o inimputável que praticou um injusto típico deverá ser absolvido, aplicando-lhe, contudo, medida de segurança, cuja finalidade difere da pena.¹²³

O tratamento a que será submetido o inimputável sujeito a medida de segurança poderá ocorrer dentro de um estabelecimento hospital ou fora dele.¹²⁴

As medidas de segurança têm uma finalidade diversa da pena, pois se destinam à cura ou, pelo menos, ao tratamento daquele que praticou um fato típico e ilícito.¹²⁵

Art. 96. As medidas de segurança são: (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

I - Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado; (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

II - sujeição a tratamento ambulatorial. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

¹²² MUSSE, Luciana Barbosa. *Novos sujeitos de direito*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. p. 95-96.

¹²³ GRECO, Rogério. *Curso de direito penal: parte geral*. Rio de Janeiro: Impetus, 2009.

¹²⁴ *Ibidem*, p. 649.

¹²⁵ *Ibidem*.

Parágrafo único - Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

Ao contrário do que acontece com o inimputável, que obrigatoriamente deverá ser absolvido, o semi-imputável que pratica uma conduta típica, ilícita e culpável deverá ser condenado. Entretanto, como o juízo de reprovação que recai sobre a sua conduta é menor do que aquele que pratica o fato sem que esteja acometido de qualquer perturbação mental, a sua pena, de acordo com o parágrafo único do art. 26 do Código Penal, poderá ser reduzida de um a dois terços.¹²⁶

Retomando ao tópico da internação compulsória a afirmação de autoria Diniz, citado pela professora Luciana Barbosa Musse, abaixo traz grandes preocupação em relação às consequências que este tipo de internação pode ocasionar.

Com base na teoria do *parens patriae*, o Estado (artigo 3º da Lei nº 10.216/2001), como substituto dos pais do paciente, deve autorizar sua internação compulsória (arts. 6º, III, e 9º, da Lei nº 10.216/2001), sempre que representar perigo para si mesmo, por ter tendência suicida, ou para outrem, se apresentar pendor para o homicídio ou para perturbar a ordem pública, ou se não tiver capacidade para cuidar de si mesmo de modo adequado.¹²⁷

Este entendimento corroborou para que campos de concentrações disfarçados de hospícios fossem instituídos no Brasil, como o hospício em Barbacena em Minas Gerais.

Pelo menos 60 mil pessoas morreram entre os muros do Colônia. Tinham sido, a maioria, enfiadas nos vagões de um trem, internadas à força. Quando elas chegaram ao Colônia, suas cabeças foram raspadas, e as roupas, arrancadas. Perderam o nome, foram rebatizadas pelos funcionários, começaram e terminaram ali. Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava. Gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas pelos seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do

¹²⁶ GRECO, Rogério. *Curso de direito penal: parte geral*. Rio de Janeiro: Impetus, 2009. p. 685. Grifo do autor.

¹²⁷ MUSSE, Luciana Barbosa. *Novos sujeitos de direito*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos.¹²⁸

Importante este tipo de relato para que não venha ocorrer de novo. O caso da internação compulsória é mais denso e problemático do que se pode imaginar e por isso será objeto de nova análise no próximo capítulo desta monografia. É comum no Brasil que mais de uma lei trate do mesmo tema, assim ocorre com as questões às drogas, internações e rede de atenção psicossocial para as pessoas que fazem uso nocivo de drogas, referente na Portaria MS nº 3.088 que será analisada no tópico 2.2.

2.2 Portaria MS nº 3.088: Rede de Atenção Psicossocial

Uma das normas mais importantes em relação ao disciplinamento das políticas públicas em saúde mental é a portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que tem por finalidade instituir a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. (SUS). Nela estão previstos os dispositivos de tratamento que integram a rede de atenção psicossocial, dentre os quais se encontram as internações, que devem ser efetuadas, em última instância, conforme estabelece a Lei n. 10.216/2001, especificamente as modalidades de internação involuntária e compulsória.

A Rede de Atenção Psicossocial tem diretrizes e objetivos que são de suma importância, que serão demonstrados logo abaixo:

São as diretrizes: (a) promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; (b) Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; (c) ênfase em serviços de base territorial e comunitária, diversificando as estratégias de cuidado com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; (d) organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; (e) desenvolvimento da lógica do cuidado centrado nas necessidades das pessoas com transtornos

¹²⁸ ARBEX, Daniela. *Holocausto brasileiro*. São Paulo: Geração, 2013.

mentais, incluídos os decorrentes do uso de substâncias psicoativas.¹²⁹

E os objetivos seguem abaixo:

São os objetivos: (a) ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; (b) promover a vinculação das pessoas em sofrimento/transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e (c) garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.¹³⁰

A Rede de Atenção Psicossocial tem vários componentes, entre eles: Atenção básica em saúde; atenção psicossocial estratégica; atenção de urgência e emergência; atenção residual de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização e estratégias de reabilitação psicossocial.¹³¹

Iremos nos concentrar na Atenção Psicossocial estratégica pois está diretamente interligada com a problemática objeto desta pesquisa.

Esta portaria organizou os centros de atenção psicossocial, que são divididos em CAPS I, CAPS II, CAPS III e CAPS AD e CAPS i.

O CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para municípios com população acima de 20.000 habitantes.

CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local; indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes.

CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços

¹²⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. *Rede de atenção psicossocial*. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/RAPS.pdf>>. Acesso em: 08 abr. 2014.

¹³⁰ Ibidem.

¹³¹ Ibidem, p. 6.

de saúde mental, inclusive CAPS Ad; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes.

CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes.

CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes.

CAPS I: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes.¹³²

Como pode-se observar pela disposição do artigo 6º da portaria, existem vários tipos de centro de atenção psicossocial, sendo especializados de acordo com as pessoas que irão ser tratadas, a quantidade da população, e assim os horários do seu funcionamento.

Depois de exposto todas essas considerações, e importante citar que no art. 2º desta Portaria são estipuladas as diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial.

Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

I - Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; levando sempre em consideração a

¹³² BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>. Acesso em: 25 jul.2014.

dignidade da pessoa humana e a autonomia como liberdade e qualidade do agente de poder fazer as suas escolhas;

II - Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; equidade no sentido de casos semelhantes deve ser julgados com similaridade;

III - Combate a estigmas e preconceitos; um dos maiores problemas que as pessoas que fazem uso nocivo de drogas é o preconceito e a estigmatização ou rotulação que estes sofrem após conseguirem reestabelecer suas vidas;

IV - Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; uma das diretrizes vista acima é o combate a estigmas e preconceitos, e estes também ocorrem principalmente na área profissional das pessoas que utilizaram as drogas de maneira nociva, assim é necessário ter uma atenção especial para esta área;

V - Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; é necessário uma atenção especial para as necessidades destas pessoas que são consideradas vulneráveis;

VI - Diversificação das estratégias de cuidado; não basta ter apenas uma estratégia de cuidado para estas pessoas, são necessárias várias estratégias, pois estamos tratando de várias pessoas que necessitam de cuidados, e estes cuidados serão diferentes de acordo com a pessoa que for tratada.

VII - Desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania. Esta inclusão social é fundamental para

que haja uma ruptura na ressocialização destas pessoas e também para que o estigma e o preconceito sejam atenuados.

VIII - Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; a política de redução de danos é essencial quando se trata de pessoas que fazem uso abusivo de drogas, como será melhor analisado no capítulo seguinte.

IX - Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; da mesma maneira que o desenvolvimento de atividades no território é fundamental os serviços conjuntamente com os familiares também são.

X - Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; as pessoas que fazem uso nocivo de drogas precisam de um cuidado especial e este cuidado precisa ocorrer na sua integralidade.

XI - Promoção de estratégias de educação permanente; as estratégias de educação não podem ocorrer somente após o uso nocivo de drogas, a educação precisa ocorrer antes, de modo preventivo, durante e depois, de modo repressivo, mas de uma forma permanente para que se alcance a todos.

XII - Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, *crack* e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular. Como já foi afirmado, as pessoas que fazem uso nocivo de drogas precisam ter um cuidado integralizado e especial, assim os desenvolvimentos de

lógicas do cuidado são importantes, pois assim, o cuidado ocorre de forma específica para cada área necessária.¹³³

É importante frisar que uma das diretrizes basilares desta Portaria são a própria autonomia e a liberdade das pessoas, sendo que é exatamente esta diretriz e, sobretudo, esses direitos, que vem sendo desrespeitados nos casos das internações involuntárias e compulsórias.

2.3 Lei nº 11.343: diferença entre tráfico e uso de droga

O Brasil, em sintonia com o modelo internacional de combate às drogas, capitaneado pelos Estados Unidos, passou a desenvolver ações de combate e punição para reprimir o tráfico. A visão de que as drogas seriam tanto um problema de saúde, quanto de segurança pública, levou ao desenvolvimento de tratados internacionais na primeira metade do século passado, que paulatinamente foram incorporadas ao direito interno. Até que, em 1940, o Código Penal brasileiro confirmou a opção do Brasil de não criminalizar o consumo.¹³⁴

Estabeleceu-se uma “concepção sanitária do controle das drogas”, pela qual a dependência passou a ser considerada como doença e, ao contrário dos traficantes, os usuários não eram criminalizados, mas estavam submetidos a rigoroso tratamento, com internação obrigatória.¹³⁵

Em 1973, o Brasil aderiu ao Acordo Sul-Americano sobre Estupefacientes e Psicotrópicos e, com base nele, baixou a Lei n. 6.368/1976, que

¹³³ BRASIL. *Portaria MS nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>. Acesso em: 08 abr. 2014.

¹³⁴ COSTA, Alice Albino. *Combate às drogas: internação compulsória*. 2012. 24f. Projeto de Pesquisa (Pós-Graduação *Latu Sensu*) - Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.emerj.tjrj.jus.br/paginas/trabalhos_conclusao/1semestre2012/trabalhos_12012/alicealbino/alicealbino.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2014.

¹³⁵ *Ibidem*, p. 12.

separou as figuras penais do usuário e do traficante. Além disso, fixou a necessidade do laudo toxicológico para que pudesse comprovar o uso.¹³⁶

A Lei 6.368 de 21 de outubro de 1976 antiga lei de drogas foi revogada e hoje é aplicada a Lei nº 11.343, promulgada em 23 de agosto de 2006 refere sobre as políticas públicas sobre drogas, prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas, define e dá outras providências, entre as quais proibiu a concessão de indulto e a liberdade provisória, dobrando os prazos processuais, objetivando o aumento da duração da prisão provisória.¹³⁷

A Lei 11.343/2006 é apenas mais uma dentre as legislações dos mais diversos países que, reproduzindo os dispositivos criminalizadores das proibicionistas convenções da ONU, conformam a globalizada intervenção do sistema penal sobre produtores, comerciantes e consumidores das selecionadas substâncias psicoativas e matérias primas para sua produção, que, em razão da proibição, são qualificadas de drogas ilícitas.¹³⁸

O parecer CAS sobre substitutivo do projeto de lei nº115 da Lei de Drogas traz algumas informações sobre a distinção entre usuário de drogas e traficantes. Primeiramente, quanto à prisão do usuário de droga é aduzido que:

O maior avanço do Projeto está certamente no seu art. 28, que trata de acabar com a pena de prisão para o usuário de drogas no Brasil. A pena de prisão para o usuário de drogas é totalmente injustificável, sob todos os aspectos. **Em primeiro lugar, porque o usuário não**

¹³⁶ COSTA, Alice Albino. *Combate às drogas: internação compulsória*. 2012. 24f. Projeto de Pesquisa (Pós-Graduação *Latu Sensu*) - Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.emerj.tjrj.jus.br/paginas/trabalhos_conclusao/1semestre2012/trabalhos_12012/alicealbino/alicealbino.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2014. p. 12.

¹³⁷ BRASIL. *Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006*. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm>. Acesso em: 07 abr. 2014.

¹³⁸ KARAM, Maria Lúcia. *Drogas: legislação brasileira e violações a direitos fundamentais*. Disponível em: <<http://www.leapbrasil.com.br/textos>>. Acesso em: 07 abr. 2014.

pode ser tratado como um criminoso, já que é na verdade dependente de um produto, como há dependentes de álcool, tranqüilizantes, cigarro, dentre outros. Em segundo lugar, porque a pena de prisão para o usuário acaba por alimentar um sistema de corrupção policial absurdo, já que quando pego em flagrante, o usuário em geral tenderá a tentar corromper a autoridade policial, diante das conseqüências que o simples uso da droga hoje pode lhe trazer.¹³⁹

Continuando sobre a visão do usuário:

Ainda no que se refere ao usuário, ressalte-se que o espírito do Projeto é o de atuar na prevenção do uso indevido de drogas, e na atenção e na reinserção social de usuários e dependentes de drogas, conforme se extrai do seu art. 3º, I. Para isso, são elencados no art. 19 vários princípios que informam as atividades de prevenção do uso indevido de drogas.¹⁴⁰

Em relação à visão do traficante de drogas o parecer aduz que ao contrário do que ocorre com o usuário, o espírito do Projeto é o de agravar a situação jurídica da pessoa que comete esse tipo de crime.¹⁴¹

Já a Lei de Drogas atual (Lei 11.343/06) eliminou a pena de prisão para o dependente e usuário, ou seja, para aquele que usa a droga ou a planta para consumo pessoal. A legislação passou também a distinguir o traficante profissional do eventual, aquele que trafica pela necessidade de obter a droga para consumo próprio e que passou a ter direito a uma sensível redução de pena.¹⁴² A lei n. 11.343/2006 incorporou a vontade do legislador no parecer sobre o projeto de lei de forma parcial.

A Lei 11.343 tem dois enfoques centrais o usuário de drogas e o traficante de drogas, que como iremos analisar no decorrer dos parágrafos seguintes

¹³⁹ BRASIL. Senado Federal. *Pareceres nº 846 e 847, de 2006*. Ementa: [...] Relator: Senador Sérgio Cabral. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=36718&tp=1>>. Acesso em: 7 jul. 2014. Grifo nosso.

¹⁴⁰ Ibidem.

¹⁴¹ Ibidem.

¹⁴² COSTA, Alice Albino. *Combate às drogas: internação compulsória*. 2012. 24f. Projeto de Pesquisa (Pós-Graduação *Latu Sensu*) - Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.emerj.tjrj.jus.br/paginas/trabalhos_conclusao/1semestre2012/trabalhos_12012/alicealbinoocosta.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2014. p. 11.

há nítidas distinções, privilégios e metodologias aplicadas de políticas públicas entre este e aquele.

É de fundamental importância compreender que as expressões pessoa com necessidades decorrentes do uso de *crack* e outras drogas e usuário de drogas não tratam, necessariamente, do mesmo sujeito, tendo em vista que o último consome as substâncias com um fim recreativo ou prático, na sua existência, um compromisso entre seus hábitos e suas relações sociais; como os adultos fazem com o álcool, o tabaco e os medicamentos. A pessoa com necessidades decorrentes do uso de *crack* e outras drogas, ao contrário do mero usuário, está em situação de sofrimento, este sofrimento pode já existir antes mesmo do uso da droga, ou acontecer após a perturbação que ocorre através do encontro com o produto.¹⁴³

Como já foi abordado no capítulo 1 de uma forma mais detalhada a OMS - Organização Mundial de Saúde – adota uma classificação para os usuários de drogas. **1- o usuário experimental** ou experimentador é aquele que faz ou fez uso de drogas com a finalidade de cessar a sua curiosidade ou por desejo de obter novas experiências; **2- usuário ocasional** já utiliza a droga com mais frequência, mas somente quando o ambiente é favorável para tal uso e a droga está disponível, aqui, ainda não pode se falar em dependência química; **3- usuário habitual ou funcional** é aquele que faz o uso reiterado de drogas e já pode se observar certas rupturas na pessoa, pois este “funciona” de forma precária e tendente a virar pessoa com necessidades decorrentes do uso de *crack* e outras drogas. **4- usuário dependente ou disfuncional** é aquele que faz uso abusivo das drogas, vive pela droga e para a droga.¹⁴⁴

¹⁴³ BUZANELLI, Fabiana Marcondes. *Toxicomania: perspectiva médica, jurídica e psicanalítica*. 2008. 59f. TCC (Graduação) – Faculdade de Ciências da Educação e Saúde - FACES, Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, Brasília, 2008. Disponível em: <<http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/2591/2/20326330.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2014. p. 11.

¹⁴⁴ SÃO PAULO (Estado). Governo do Estado de São Paulo. Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo. *Usuário*. Disponível em: <<http://www.imesc.sp.gov.br/infodrogas/Usuar.htm>>. Acesso em: 17 abr. 2014. Grifo nosso.

O conceito de usuário de drogas está previsto no artigo 28, caput, da Lei de Drogas conjuntamente com a sanção aplicada aqueles que cometem este tipo de infração.

Art. 28. Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas:

I - advertência sobre os efeitos das drogas;

II - prestação de serviços à comunidade;

III - medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo.¹⁴⁵

Assim, como pode ser observado não há mais pena privativa de liberdade para os usuários de drogas e sim penas restritivas de direito, como prestação de serviços à comunidade e medidas educativas.

Na nova lei de drogas, o legislador primeiramente tratou da questão do usuário de drogas em título e capítulo próprios e com inspiração no ECA, que prevê medidas socioeducativas aos adolescentes infratores, o legislador imitou tais medidas na lei de drogas, mascarando uma forma de descriminalização do uso de drogas, já que apesar de o artigo 28, denominar como penas, é manifesto que não podem ser chamadas de penas, vez que são medidas com caráter socioeducativo.¹⁴⁶

Ainda, Alice Albino Costa comentado o artigo 28 da Lei 11.343, faz a seguinte adução:

Deve ser ressaltado que além das medidas previstas no artigo 28, da Lei 11.343, a mesma lei em seu artigo 22, inciso III, mostra

¹⁴⁵ BRASIL. *Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006*. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm>. Acesso em: 07 abr. 2014.

¹⁴⁶ COSTA, Alice Albino. *Combate às drogas: internação compulsória*. 2012. 24f. Projeto de Pesquisa (Pós-Graduação *Latu Sensu*) - Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.emerj.tjrj.jus.br/paginas/trabalhos_conclusao/1semestre2012/trabalhos_12012/alicealbinoocosta.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2014. p. 14.

preocupação com a saúde do indivíduo, seja o mero usuário de droga ou, ainda, o dependente, com a previsão de encaminhamento do agente a tratamento terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para redução de riscos e danos sociais e à saúde.¹⁴⁷

Caberá ao magistrado em cada caso em concreto analisar e determinar se a droga apreendida ou utilizada tinha a destinação para o consumo pessoal ou para tráfico, de acordo com a natureza e à quantidade da substância apreendida, entre outras circunstâncias que deverão ser observadas de acordo com o §2º do artigo 28, da Lei 11.343.

Neste entendimento segue o pensamento de Alice Albino Costa:

Já na nova lei de drogas, o legislador explicitamente determina ao juiz que faça a análise da conduta, observando a natureza e a quantidade da substância apreendida, além do local e das condições em que se desenvolveu a ação, as circunstâncias sociais e pessoais, bem como a conduta e os antecedentes do agente.¹⁴⁸

Ademais, as penas aplicadas ao usuário de drogas serem diferentes às aplicadas ao traficante, percebe-se uma preocupação no âmbito da saúde pública direcionada ao dependente como sujeito mais carente de tratamento do que de punição, uma vez que ao usuário deve ser colocado à disposição, estabelecimento para tratamento especializado, conforme o §7º do artigo 28.¹⁴⁹

¹⁴⁷ COSTA, Alice Albino. *Combate às drogas: internação compulsória*. 2012. 24f. Projeto de Pesquisa (Pós-Graduação *Latu Sensu*) - Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.emerj.tjrj.jus.br/paginas/trabalhos_conclusao/1semestre2012/trabalhos_12012/alicealbinoalcosta.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2014.

¹⁴⁸ *Ibidem*, p. 13.

¹⁴⁹ SOUSA, Kárita Katharine Silva Nunes. *A lei de drogas à luz do direito penal ao inimigo: o usuário como cidadão e o traficante como inimigo*. 2012. 51 f. TCC (Graduação) – Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais, Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, Brasília, 2012. Disponível em: <http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/605/3/20766213_K%C3%A1rita%20Souza.pdf> . Acesso em: 07 abr. 2014.

O objeto jurídico do crime aqui tratado é a saúde pública, e não o usuário em si. O que se quer evitar com a tipificação da conduta, portanto, é o perigo social da possível disseminação do uso de droga pela detenção ilegal da mesma.¹⁵⁰

O procedimento utilizado na Lei 11.343 será o procedimento utilizado na Lei dos Juizados Especiais Criminais a partir do artigo 60 e seguintes – Lei. 9.099 de 1995 – e também poderá ser aplicado subsidiariamente o Código de Processo Penal e a Lei de Execução Penal.

Faz-se necessário tecer alguns comentários no tocante ao tráfico de drogas, previstos nos artigos 33 ao 47 da Lei de 11.343, as condutas tipificadas como crimes e disposições gerais sobre o tráfico.

A Lei n. 11.343/2006 descreve diversas formas de se praticar o tipo penal de tráfico de entorpecentes, trazendo um tipo misto alternativo. São taxados 18 núcleos do tipo no artigo 33, caput, da referida lei:

Importar, exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda, oferecer, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar, entregar a consumo e fornecer.¹⁵¹

Podendo estes serem praticados de forma isolada ou sequencial.

O bem jurídico tutelado na incriminação das condutas previstas no referido artigo é a coletividade, que se torna um sujeito passivo direto, permanente, que está presente em todos os delitos do art. 33. Continuando com o entendimento do professor Fernando Capez, o tráfico coloca em situação de risco um número indeterminado de pessoas, cuja saúde, incolumidade física e vida são expostas a uma situação de perigo. Enquanto o usuário ou viciado se encaixa no perfil do

¹⁵⁰ CAPEZ, Fernando. *Curso de direito penal: legislação penal especial*. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2011. p. 754. V.4.

¹⁵¹ *Ibidem*, p. 768.

sujeito passivo eventual, mediato, de acordo com a modalidade da conduta praticada.¹⁵²

Com posicionamento contrário, o autor Paulo Queiroz aduz que o tráfico é, precisamente, um crime sem vítima, porque é direito do indivíduo (capaz), senhor que é de seu próprio corpo, decidir sobre o que consumir ou não consumir. Por conseguinte, a criminalização do tráfico de drogas não objetivaria proteger bem jurídico algum, servindo-se simplesmente como razão para legitimar uma opção político-criminal paternalista, irracional e absolutamente desastrosa.¹⁵³

Doutrinadores como Luís Flávio Gomes e Damásio de Jesus, que sustentam ser inconstitucional o delito de perigo abstrato diante dos princípios do estado de inocência e da ofensividade ou do *nullum crimen sine iuria*¹⁵⁴, Capez defende ser o crime de tráfico de perigo abstrato, sendo o Estado legitimado a coibir o crime em sua forma ainda embrionária, protegendo o bem jurídico - saúde da coletividade – de um dano futuro.¹⁵⁵

Em relação aos benefícios legais assegurados na Lei 11.343/06, o traficante ao contrário do considerado como usuário ou dependente recebe tratamento de extirpação de direitos e garantias. Aos incursos nos artigos 33, caput e §1º, e 34 a 31 são vedados a fiança, o sursis, a graça, o indulto, a anistia e a liberdade provisória, nos termos do artigo 44, *caput*.¹⁵⁶ Destacando-se que a parte final do referido artigo que tratava da vedação da conversão das penas em

¹⁵² CAPEZ, Fernando. *Curso de direito penal: legislação penal especial*. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2011. p. 769-771. V. 4.

¹⁵³ QUEIROZ, Paulo. *Comentários críticos à lei de drogas*. 3. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010. p. 43.

¹⁵⁴ SOUSA, Kárita Katharine Silva Nunes. *A lei de drogas à luz do direito penal ao inimigo: o usuário como cidadão e o traficante como inimigo*. 2012. 51 f. TCC (Graduação) – Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais, Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, Brasília, 2012. Disponível em: <http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/605/3/20766213_K%C3%A1rita%20Souza.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2014.

¹⁵⁵ CAPEZ, op. cit., p. 771. V.4.

¹⁵⁶ SOUSA, op. cit.

restritivas de direitos foi declarada inconstitucional por decisão do Supremo Tribunal Federal nos autos do Habeas Corpus nº 97.256/RS.¹⁵⁷

Como já foi mencionada a determinação se a droga faz jus ao uso ou ao tráfico dependerá no caso concreto do entendimento do juiz corroborado com a quantidade e a natureza da substância apreendida. No capítulo 1 foi feita uma análise do perfil dos usuários de *crack* e dentre várias as características foi demonstrado à quantidade de pedras que os usuários fumam.

Quanto ao padrão de uso de *crack* e de similares O número médio de pedras usadas por usuário nas capitais é de 16 por dia (IC95%: 13,0-20,5). Já nos demais municípios, o número é de 11 pedras ao dia (IC95%: 9,5-13,2).¹⁵⁸

Dessa forma, se o juiz averiguar no caso que determinado indivíduo esta com porte de 16 pedras de *crack*, de acordo com o artigo 28, §2º, da Lei 11.343, levando em consideração a quantidade da substância, não restaria dúvidas que trata-se de tráfico de drogas. Contudo, fazendo um paralelo com a pesquisa realizada pela FIOCRUZ, fica evidente que um individuo portando estas substâncias nesta quantidade, nada mais seria que o uso “adequado” para suprimir o seu vício.

Infelizmente apesar de ter dados que comprovem estatisticamente a quantidade de substâncias ilícitas que são consideradas para o uso pessoal de consumo de drogas, o nosso Poder Judiciário tem criado óbices em fazer esta desclassificação do tráfico de drogas para o uso, de acordo com pesquisas feitas no Poder Judiciário da cidade de Brasília, na qual foram analisadas 622 sentenças, pela por Beatriz Vargas.

¹⁵⁷ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Tribunal Pleno. *Habeas Corpus nº 97.256*. Ementa: [...] Relator: Ministro Ayres Brito. Rio Grande do Sul - RS, 1 set. 2010. RT, v. 100, n. 909, p. 279-333, dez. 2010. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=617879>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

¹⁵⁸ FIOCRUZ. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Ministério da Justiça. Governo Federal. *Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas capitais do país*. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/services/DocumentManagement/FileDownload.EZTSvc.asp?DocumentID=%7B9B17D77F-C442-4B2B-8705-117920F30C6F%7D&ServiceInstUID=%7B74624DEB-0C14-4B3A-B8F3-CD26DEF53FC1%7D>>. Acesso em: 09 nov. 2013. p. 14.

Difícilmente alguém conseguiria demonstrar o contrário – principalmente se este “alguém” se encaixa com perfeição no estereótipo do autor da obra tosca (o pequeno traficante pobre ou desempregado, quase sempre também usuário ou dependente de droga). Se este “alguém” já houver sido condenado por tráfico anteriormente, as chances de abertura da agência judicial para acolhimento de uma hipótese diversa ficam quase que completamente impossibilitadas (o “passado” condena). Além do mais, o “molde” da seleção, quase sempre, é este: “em local notoriamente conhecido como ponto de tráfico.”¹⁵⁹

A autora ainda segue em sua dissertação:

Algumas situações – poucas – são efetivamente percebidas pelo juiz como desprovidas da margem de segurança necessária à afirmação do tráfico. São, normalmente, situações de dúvida acerca da autoria, isto é, fragilidade de elementos de imputação das condutas, quase sempre a impossibilidade de relacionar a droga a qualquer ação atribuída ao acusado (posse, guarda, depósito, transporte etc :[] Destaca o fato de que no momento em que foram encontradas as drogas pela polícia não estava (o acusado) no local. Do interrogatório, por fim, não há qualquer indicativo de que o acusado sabia da existência da droga, que estava enterrada no lote comum as duas residências. A única testemunha ouvida em Juízo não esclarece a autoria do crime, por não apontar qualquer fato que relacione a droga enterrada no lote com a pessoa do acusado.¹⁶⁰

Ainda abordando o perfil dos traficantes de drogas a autora traz importantes considerações em sua tese:

A pergunta é sobre quem é o traficante, bem entendido, nas sentenças pesquisadas, ou seja, sobre quem está “pagando o pato”. Quem leva o rótulo de traficante? Quem forma as estatísticas do sistema de controle punitivo? A resposta das sentenças é que este é o pequeno traficante pobre, com nenhuma ou baixa qualificação profissional. Ele é do sexo masculino e, em sua maioria, consome droga. Finalmente, também é primário (a resposta se sustenta na estatística obtida por intermédio das sentenças examinadas).¹⁶¹

Os dados relativos ao “perfil” do preso levariam, à maneira da epidemiologia social, visão muito difundida e prestigiada, de raízes teóricas na criminologia etiológica, a uma explicação do desvio

¹⁵⁹ VARGAS, Beatriz. *A ilusão do proibicionismo: estudo sobre a criminalização secundária do tráfico de drogas no Distrito Federal*. 2011. 148 f. Tese de Doutorado (Pós-Graduação) – Curso de Direito, Faculdade de Direito – Universidade de Brasília – UNB, Brasília, 2011. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/9856/1/2011_BeatrizVargasRamosGon%C3%A7alvesdeRezende.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2014.

¹⁶⁰ Ibidem.

¹⁶¹ Ibidem, p. 84.

criminal em função de variáveis deterministas, pela falta de “alternativa ao comportamento desviante”, como pobreza, deterioração de condições ambientais, desorganização urbana e social, desemprego, grau de instrução e outras. Trata-se da orientação da criminologia tradicional, no sentido da “concentração” do crime na base da estrutura de classes, à qual se agregam os elementos do sexo (masculino) e da idade (jovens).¹⁶²

Assim, segue abaixo um quadro comparativo para que fique mais evidente as diferenças entre o traficante de drogas e os usuários.

Quadro 1- Diferenças entre usuário e traficante de drogas.

	Traficante de drogas	Usuários de drogas
Política	Repressiva	Preventiva
Pena	Reclusão	Advertência; prestação de serviços à comunidade; medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo
Caráter da Pena	Punitivo	Socioeducativo
Bem jurídico tutelado	Coletividade	Saúde pública
Vedação	Fiança, <i>sursis</i> , graça, indulto, anistia e liberdade provisória	—

Fonte: Autor, 2014.

Assim, com a elaboração do quadro ficam notórias as distinções entre o usuário de drogas e o traficante trazida pela própria Lei 11.343/06. No capítulo seguinte iremos abordar os aspectos controversos, posições doutrinárias e jurisprudências da internação compulsória, tendo como base as decisões prolatadas no Estado do Maranhão.

¹⁶² VARGAS, Beatriz. *A ilusão do proibicionismo: estudo sobre a criminalização secundária do tráfico de drogas no Distrito Federal*. 2011. 148 f. Tese de Doutorado (Pós-Graduação) – Curso de Direito, Faculdade de Direito – Universidade de Brasília – UNB, Brasília, 2011. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/9856/1/2011_BeatrizVargasRamosGon%C3%A7alvesdeRezende.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2014. p. 86.

3 ASPECTOS CONTROVERSOS DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DE PESSOAS COM NECESSIDADES DECORRENTES DO USO DE *CRACK* E OUTRAS DROGAS

O tema internação compulsória, prevista na Lei. 10.216, que foi analisada no capítulo 2, sofre grande divergência tanto na jurisprudência como na doutrina, não se chegando a um consenso entre profissionais e acadêmicos tanto da área da saúde e social, quanto da área jurídica, se esta medida é a mais adequada ou não no caso das pessoas que fazem uso nocivo de drogas. Abaixo serão abordadas as posições contraditórias sobre este tema e também será visto quais argumentos e normas fundamentam as decisões dos magistrados que atuam em processos que tem como parte pessoa com necessidade decorrente do uso de *crack* ou outras drogas ilícitas.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e quantitativa, iremos analisar os acórdãos prolatados pelo Tribunal de Justiça do Estado do Maranhão, em face das internações compulsórias, a fim de possamos identificar qual é o argumento e a norma que os fundamentam, isto é, qual a lei ou decreto que os magistrados tem aplicado no caso em concreto, na 2^o instância.

Para tal, utilizar-se-á a Metodologia de Análise de Decisões (MAD), protocolo de pesquisa desenvolvido por Roberto de Freitas Filho e Thalita Moraes Lima, que consiste em um método de apreciação de decisões (judiciais ou não), para trabalhos teóricos no campo do Direito, e possui uma orientação estritamente relacionada com a prática, uma vez que está preocupada com a clareza da fundamentação das decisões. Teve, para tanto, seus pontos de partida delineados nas investigações recentes sobre a fundamentação das decisões judiciais nas quais há aplicação de normas semanticamente abertas, também chamadas de conceitos jurídicos indeterminados (no caso, os princípios e as cláusulas gerais).¹⁶³

As decisões analisadas foram levantadas por intermédio de pesquisa *online* realizada no *site* <<http://jurisconsult.tjma.jus.br/>>, considerado os acórdãos prolatados no ano de 2013. As palavras chaves utilizadas foram “drogas,

¹⁶³ FREITAS FILHO, Roberto. *Intervenção judicial nos contratos e aplicação dos princípios e das cláusulas gerais: o caso do leasing*. Porto Alegre: S. A. Fabris, 2009.

internação, internação compulsória, tráfico de drogas”. Foram encontrados 39 acórdãos. Desse total, serão analisados 13, pois versam sobre internação compulsória, que é o objeto desta pesquisa.¹⁶⁴

Das decisões analisadas, todas foram deferidas, ou seja, todos os pedidos de internação compulsórias foram acatados. Das 13 decisões, 4 com fulcro legal na Lei 10.216, 1 decisão com fulcro na Lei 11.343, 1 com fulcro no Decreto 891/38 e as demais foram outros respaldos jurídicos, tais como o Código Penal, ECA, Código de Processo Penal.

Apesar do Decreto de 891/1938 não se harmonizar com as políticas públicas de saúde mental e drogas, e de existirem normas supervenientes de que tratam sobre a internação compulsória, ainda encontram-se situações que desembargadores aplicam o decreto à pessoa com necessidades decorrentes do uso abusivo de drogas, tal como pode ser analisado pelo anexo.

A seguir iremos abordar as posições doutrinárias e jurisprudências a favor e contra da internação compulsória, e por fim analisar as medidas alternativas a estas.

3.1 Posições doutrinárias e jurisprudenciais a favor da internação compulsória

Em relação a posição doutrinária a favor da internação compulsória, seguem abaixo alguns fundamentos para a mesma:

Um dos principais argumentos utilizados por aqueles que são favoráveis à internação compulsória fundamenta-se no direito à saúde, garantido na Constituição Federal de 1988. Conforme o Art. 196 da Constituição e o Art. 2º da Lei 8.080/1990, a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Nesse sentido, entende-se que é um dever do Estado a garantia do acesso à saúde pela população, embora, em relação à internação psiquiátrica

¹⁶⁴ MARANHÃO (Estado). Poder Judiciário do Estado do Maranhão. *Home page*. Disponível em: <<http://jurisconsult.tjma.jus.br/>>. Acesso em: 18 jul. 2014.

compulsória, não seja garantido a preservação da autonomia dos usuários, que é um dos princípios que regem o SUS.¹⁶⁵

O autor Luís Flávio Saporí aduz:

Não há mais como negar que a compulsividade gerada pelo crack é bem superior à das demais drogas lícitas e ilícitas consumidas no Brasil. Prescrever que o usuário do crack que se encontra em estágio avançado de dependência da droga somente poderá ser internado para tratamento mediante sua manifestação voluntária é atitude completamente ingênua.

É chegada a hora de deixarmos as ideologias de lado e encararmos a realidade de frente.

Faz-se necessário que o Congresso Nacional viabilize as mudanças legais necessárias para que o poder público, em parceria com a sociedade civil, possa expandir a metodologia de tratamento dos usuários do crack, fortalecendo o atendimento ambulatorial e oferecendo a internação, mesmo que compulsória, por determinado tempo para os casos mais graves.¹⁶⁶

No tocante ao posicionamento jurisprudencial do Maranhão, no qual foi levantado através da Metodologia de Análise de Decisões –MAD – como pode ser observado pelo apêndice A, todos os pedidos de internação compulsória foram deferidos, ou seja, foram favoráveis à internação compulsória, com base nos seguintes argumentos, isolada ou conjuntamente considerados: (i) no direito à vida; (ii) no direito à saúde; (iii) na dignidade humana. (iv) proteção social; (v) menor onerosidade do Estado; (vi) segurança jurídica.

Também pode ser extraído dos acórdãos que o argumento que prevalece é do cuidado/do tratamento prevalece, mas a visão é, ainda, de um cuidado/tratamento a ser feito fora do convívio social, que contraria tanto a lei n. 10.216/2001, quanto à lei n. 11.3453/2006, ambas já abordadas no capítulo 2.

¹⁶⁵ MADRUGA, Camila Eichelberg. *Internação compulsória e serviço social: negação ou garantia de direitos?* 2013. 94f. TCC (Graduação) – Departamento de Ciências Jurídicas e Sociais, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – Unijuí, Ijuí, Rio Grande do Sul, 2013. Disponível em <<http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/2112/TCC%20-%20Camila%20Eichelberg%20Madruga.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 21 jun. 2014.

¹⁶⁶ SAPORI, Luís Flávio. *Deve ser permitida a internação compulsória dos usuários de crack?* Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniaofz2506201108.htm>>. Acesso em: 21 jun. 2014.

3.2 Posições doutrinárias e jurisprudenciais contra a internação compulsória

Em contra partida, seguem abaixo alguns posicionamentos doutrinários contra a internação compulsória:

A internação compulsória presente na lei 10.216 (Brasil, 2001a) é entendida por parte da jurisprudência como inapropriada para usuários de drogas; primeiro, porque **a lei não foi feita especificamente para usuários de substâncias químicas**, e sim para portadores de transtorno mental no sentido mais amplo; segundo, porque o artigo 9º da referida lei estabelece que “a internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, e pelo juiz competente [...]”, o que faz muitos juízes entenderem que a medida de segurança prevista no Código Penal (art. 96 e 99) e na lei de Execução Penal (art. 3º, 41 c/c 42, 99 a 101) não se aplica ao usuário de drogas, pois para que a medida de segurança seja colocada em prática é necessário que o indivíduo tenha cometido um crime com pena de reclusão e ofereça perigo à sociedade. O que não é o caso dos usuários de drogas, muitas vezes, concebidos como alguém com falta de percepção do poder destrutivo do vício e incapaz de autodeterminar, argumentos que a princípio não justificariam a internação compulsória.¹⁶⁷

O professor Dartiu Silveira Xavier sustenta:

A luta antimanicomial trouxe à luz as condições desumanas aplicadas aos doentes mentais. Em vez de hospitalização em unidades de internação em hospital geral, prevalecia um sistema carcerário em que os maus tratos a pacientes eram a regra. Curiosamente, esse modelo obsoleto tende agora a ser preconizado para dependentes químicos. Não existe respaldo científico, sinalizando que o tratamento para dependentes deva ser feito preferencialmente em regime de internação. Paradoxalmente, internações mal conduzidas ou erroneamente indicadas tendem a gerar consequências negativas. Quando se trata de internação compulsória as taxas de recaída chegam a 95%! De modo geral, os melhores resultados são aqueles obtidos por meio de tratamentos ambulatoriais. **Se a internação compulsória não é a melhor maneira de tratar um dependente, o que dizer de sua utilização no caso de usuários, não de dependentes?**¹⁶⁸

O entendimento do STF sobre a internação compulsória é que esta:

¹⁶⁷ DALSENTER, F. B.; TIMI, J. R. R. *O embasamento legal da internação compulsória de dependentes químicos. percurso.* Disponível em: <<http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/percurso/article/view/485>>. Acesso em: 21 jun. 2014. Grifo nosso.

¹⁶⁸ XAVIER, Dartiu Silveira. *Deve ser permitida a internação compulsória de usuários de crack?* Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniaofz2506201107.htm>>. Acesso em: 21 jun. 2014. Grifo nosso.

Deve ser evitada, quando possível, e somente adotada como última opção, em defesa do internado e, secundariamente, da própria sociedade. É claro, portanto, o seu caráter excepcional, exigindo-se, para sua imposição, laudo médico circunstanciado que comprove a necessidade de tal medida.¹⁶⁹

É importante ainda enfatizar que a I Jornada em Direito em Saúde, promovida pelo CNJ, em 15 de maio de 2014, trouxe um enunciado sobre o tema da internação compulsória, que aduz:

Nas demandas em tutela individual para internação de pacientes psiquiátricos e/ou com problemas de álcool, crack e outras drogas, quando deferida a obrigação de fazer contra o poder público para garantia de cuidado integral em saúde mental (de acordo com o laudo médico e/ou projeto terapêutico elaborado por profissionais de saúde mental do SUS), **não é recomendável a determinação a priori de internação psiquiátrica, tendo em vista inclusive o risco de institucionalização de pacientes por longos períodos.**¹⁷⁰

Como já foi mencionado, de acordo com a pesquisa realizada no Tribunal de Justiça do Maranhão, levantado por meio da MAD, todos os pedidos de internação compulsória foram deferidos, conforme já analisado no item anterior. Isso nos indica que a tendência do julgador é realizar a internação, ou seja, conforme já exposto, a mim, me parece que as decisões apontam para o tratamento da pessoa com necessidades decorrentes do uso de *crack* ou outras drogas ilícitas, contudo, estão pautadas em uma visão hospitalocêntrica em detrimento do cuidado comunitário, tal como preconizado na lei n. 10.216/2001, quanto a lei n. 11.3453/2006 e ofertado por meio da RAPS.

No tópico seguinte iremos trazer algumas medidas alternativas distintas da internação involuntária e compulsória.

¹⁶⁹ RELAÇÃO de enunciados aprovados pela plenária da i jornada de direito da saúde do conselho nacional de justiça em 15 de maio de 2014 – São Paulo-SP. *Fórum - I Jornada do Direito a Saúde*. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/images/eventos/i_jornada_forum_saude/enunciados_aprovados_jornada_dir_eito_saude.pdf>. Acesso em 27 jul. 2014. Grifo nosso.

¹⁷⁰ Ibidem. Grifo nosso.

3.3 Medidas alternativas à internação involuntária e compulsória

Neste tópico iremos trazer algumas medidas alternativas para a não aplicação das internações involuntárias ou compulsórias, pois, como já foi mencionado em ambos os casos os dependentes químicos são contra sua própria internação.

No tocante a internação, Rogério Greco traz no seu livro sobre alternativas as penas privativas de liberdade, em um capítulo sobre as medidas de segurança as internações que apesar de não tratar especificamente as internações involuntárias e compulsórias, as considerações se fazem pertinentes ao assunto e aduz que

Apesar de existirem regras básicas destinadas a regular a internação daquele que está sendo submetido a medida de segurança, tal como ocorre nas penitenciárias, os centros psiquiátricos podem ser considerados tão ruins ou mesmo piores que aquelas.¹⁷¹

Em contrapartida, Luciana Musse e outros doutrinadores, tais como, Maria Fernanda dos Santos Maglio, sustentam que a medida de segurança é a única modalidade de internação compulsória aceitável.

O autor ainda dá o seu parecer sobre os centros psiquiátricos,

Os internos, muitas vezes, são jogados em lugares fétidos, amarrados, acorrentados, dopados, agredidos física e psicologicamente, violentados sexualmente, deixados sem alimentação, tratados por uma quantidade insuficiente de funcionários, que não possuem o preparo técnico necessário à função que exercem etc.¹⁷²

Deve ser ressaltado que, por pior que tenha sido o injusto penal praticado por aquele que se encontra submetido a medida de segurança, a finalidade de sua internação é, justamente, tentar fazer que se recupere, embora,

¹⁷¹ GRECO, Rogério. *Direitos humanos, sistema prisional e alternativas à privação de liberdade*. São Paulo: Saraiva, 2011. p. 285.

¹⁷² *Ibidem*.

como sabemos, tais tratamentos não sejam fáceis, pois lidam com a parte psicológica, mental do internado.¹⁷³

Em relação às medidas alternativas, a primeira que deverá ser analisada é a prevenção sobre a utilização, consequências e dependência das drogas de uma maneira sintética e clara para que os indivíduos possam ter ciência dos riscos a saúde que estão cometendo.

O professor Dartiu Xavier Silveira traz algumas considerações: “Existem duas posturas básicas diante do problema do uso e abuso das substâncias psicoativas: a tradicional, ou "guerra às drogas", e a "redução de danos".¹⁷⁴

Guerra às drogas tem como foco a prevenção do uso das drogas, considerando a relação entre o indivíduo e a droga é possível pensar em três estratégias preventivas: 1) diminuir a oferta do produto; 2) diminuir a demanda por parte do usuário; e 3) influir sobre as circunstâncias favorecedoras da oferta e da procura. A primeira estratégia implica principalmente em ações de repressão, voltadas para a redução da disponibilidade dessas substâncias. A segunda concentra-se na ação educativa por meio de intervenções de caráter pedagógico. A terceira estratégia é chamada atualmente de intervenção estrutural, realizada por meio de medidas visando minimizar ou neutralizar o impacto dos fatores relacionados ao risco ou à proteção, agindo predominantemente na interface oferta/demanda.¹⁷⁵

Ainda no tocante a política de “guerra às drogas” no Brasil há projeto que ajudam os indivíduos a resistirem às drogas tal como o Programa Educacional de Resistência às Drogas – Proerd – que é um:

¹⁷³ GRECO, Rogério. *Direitos humanos, sistema prisional e alternativas à privação de liberdade*. São Paulo: Saraiva, 2011. p. 286.

¹⁷⁴ SILVEIRA, Dartiu Xavier. Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, July/sept. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300028>. Acesso em: 13 maio 2014.

¹⁷⁵ Ibidem.

Programa de caráter social e preventivo posto em prática em todos os estados do Brasil, por policiais militares devidamente selecionados e capacitados. É desenvolvido uma vez por semana em sala de aula, durante quatro meses em média, nas escolas de ensino público e privado para os alunos que estejam cursando quinto ou sétimo anos do ensino fundamental.¹⁷⁶

Existe também o modelo de oferecimento de alternativas este modelo:

Procura proporcionar aos jovens sensações de expansão da mente, crescimento pessoal, excitação, desafio e alívio do tédio, através de outros meios que não o consumo de drogas. É importante que tais atividades variem conforme os interesses e gostos da população a que se destinam. Podem se constituir em atividades esportivas ou artísticas, programas de recuperação da identidade e orgulho étnico de minorias.¹⁷⁷

Este modelo foi aplicado nas escolas públicas do estado de São Paulo (Programa Permanente de Prevenção ao Uso Indevido de Drogas), entre 1991 e 1994, com bons resultados iniciais, tais como os adolescentes envolvidos com o projeto confiavam que a prevenção, a partir da escola, surtiria efeitos importantes. Sua experiência e sua vivência com o projeto trouxeram elementos positivos para essa análise. Condenavam a prevenção tradicionalmente utilizada, mas acreditavam que pudesse haver atividades educacionais para prevenir o uso de drogas e a Aids. Após mudanças de governo, não foi dada continuidade às avaliações dos resultados, e, gradativamente, o programa foi extinto.¹⁷⁸

Política de redução de danos é importante trazer um conceito, que se define em “uma política de saúde que se propõe a reduzir os prejuízos de

¹⁷⁶ RIO GRANDE DO NORTE (Estado). Governo do Estado do Rio Grande do Norte. *Programa educacional de resistência às drogas*. Disponível em: <<http://www.proerd.rn.gov.br/Conteudo.asp?TRAN=ITEM&TARG=855&ACT=&PAGE=&PARM=&L=BL=Servi%E7os>>. Acesso em: 13 maio 2014.

¹⁷⁷ SILVEIRA, Dartiu Xavier. Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, July/sept. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300028>. Acesso em: 13 maio 2014.

¹⁷⁸ SOARES, C. B.; JACOBI, P. R. Adolescentes, drogas e AIDS: avaliação de um programa de prevenção escolar. *Cad de Pesqui*, v. 106, p. 21-237, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/n109/n109a10.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2014.

natureza biológica, social e econômica do uso de drogas, pautada no respeito ao indivíduo e no seu direito de consumir drogas”.¹⁷⁹

A proposta de redução de danos surgiu incentivando formas de auxílio cujo principal objetivo não era eliminar o uso de substâncias psicoativas, mas melhorar o bem-estar físico e social dos usuários, minimizando os prejuízos causados pelo uso das substâncias. Nessa fase, a impossibilidade (temporária ou não) de um dependente abandonar o uso de drogas estava sendo aceita como fato¹⁸⁰. Parte-se do princípio que as drogas lícitas e ilícitas fazem parte desse mundo e trabalha-se para minimizar seus efeitos danosos em vez de simplesmente ignorá-los ou condená-los.¹⁸¹

A redução de danos pode ser sintetizada em cinco princípios: a) É uma alternativa de saúde pública aos modelos moral, criminal e de doença; b) Reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam os danos; c) Baseada na defesa do dependente; d) Promove acesso a serviços de baixa exigência, ou seja, serviços que acolhem usuários de forma mais tolerante, como uma alternativa para as abordagens tradicionais de alta exigência, aquelas que, tipicamente, exigem a abstinência total como pré-requisito para a aceitação ou permanência do usuário; e) Baseia-se nos princípios do pragmatismo empático versus idealismo moralista.¹⁸²

Continuando sobre a redução de danos.

Na visão do PROAD, em um tratamento da dependência química pautado nos princípios da Redução de Danos, os usuários são acolhidos dentro das suas demandas e possibilidades. Isto inclui a possibilidade de modificação do padrão de uso e da substituição da droga de abuso por outra com a qual o usuário consiga estabelecer um padrão de uso mais danoso, sem excluir a possibilidade de abstinência. A substituição de drogas pode incluir tanto drogas lícitas (prescrição de metadona para usuários de opioides e de benzodiazepínicos para dependentes de álcool) ou ilícitas (acompanhar o uso de maconha que usuários de crack e cocaína

¹⁷⁹ ANDRADE, T. M.; FRIEDMAN, S. R. Princípios e práticas de redução de danos: interfaces e extensão a outros campos da intervenção e do saber. In: SILVEIRA, D. X., MOREIRA, F. G. (Orgs.). *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 395-400.

¹⁸⁰ MARLATT, G. A. *Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

¹⁸¹ MOREIRA, F. G., SILVEIRA, D.X. CARLINI, E. A. Posicionamento da Unifesp sobre redução de danos: posicionamento do Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (Proad). *J Bras Psiquiatr*, v. 52, p. 363-670, 2003.

¹⁸² MARLATT, op. cit.

fazem no sentido de tentar controlar sua “fissura”). As metas intermediárias são destinadas aos pacientes que não desejam ou não conseguem, temporariamente ou não, abandonar o uso de drogas. A busca pelo uso moderado ou controlado da substância em questão é, em princípio, uma estratégia possível no atendimento ao dependente de qualquer substância.¹⁸³

Para concluir é interessante fazer um pequeno paralelo entre a política de redução de danos e a guerra às drogas.

Enquanto a redução de danos aceita a inevitabilidade de um determinado nível de consumo na sociedade, define seu objetivo primário como reduzir as consequências adversas desse consumo, a guerra às drogas parte do pressuposto de que é possível se chegar a uma sociedade sem drogas. A redução de danos enfatiza a obtenção de metas sub-ótimas a curto e médio prazo; a guerra às drogas enfatiza a obtenção de metas ótimas a longo prazo. A redução de danos tem ação dentro da visão tradicional da Saúde Pública a guerra às drogas predominam as ações jurídico-políticas, sendo as de saúde restritivas. A redução de danos vê os usuários como membros da sociedade e almeja reintegrá-los à comunidade, na guerra às drogas vê os usuários de drogas como marginais perante a sociedade. Redução de danos enfatiza a mensuração de resultados no âmbito da saúde e da vida em sociedade, frequentemente com metas definidas e objetivas determinados; na guerra às drogas enfatiza o enfoque na mensuração da quantidade de droga consumida.¹⁸⁴

Observa-se que é mais realista com o que vivemos hoje a política de redução de danos e não a guerra as drogas. A política adotada hoje pelo Ministério da Saúde é a política de redução de danos.

¹⁸³ MOREIRA, F.G.; HAIEK, R.; SILVEIRA, D. X. *Redução de danos no Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes – PROAD*. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dpsiq/proad/pdf/artigos/rd_proad.pdf>. Acesso em: 13 maio 2014.

¹⁸⁴ *Ibidem*.

CONCLUSÃO

Como foi afirmado na introdução, o presente trabalho sobre a internação compulsória de pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack* e outras drogas, decorreu em virtude do tema ser problemático, divergente, complexo e atual.

O objetivo traçado foi abordar a internação compulsória de pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack* e outras drogas, para isso no primeiro capítulo utilizamos a pesquisa com o perfil dos usuários de drogas elaborados pela FioCruz e também a trouxemos a distinção entre a capacidade no âmbito do Direito Civil e do âmbito da área psicossocial.

No segundo capítulo trouxemos as políticas públicas para pessoas que fazem uso nocivo de *crack* e outras drogas, também foi abordada as principais legislações referente as internações utilizadas no Brasil, tais como Lei 10.216, Portaria MS nº 3.088 e Lei 11.343. Do exposto, pode-se concluir que essas normas privilegiam o tratamento comunitário de pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack* e outras drogas em detrimento de qualquer modalidade de internação, que é vista como recurso extremo a ser utilizado em último caso.

Na Lei 10.216 foram trazidas as distinções entre a internação voluntária, involuntária e compulsória. Na Portaria MS nº 3.088 que tem por finalidade instituir a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. (SUS). E a Lei 11.343 que traz a visão entre usuário de drogas e traficante, neste capítulo ainda foi elaborado um quadro esquemático para visualizarmos as diferenças que o próprio legislador fez em relação a este e aquele. Neste capítulo, resta demonstrado que se a internação se fizer necessária, a internação voluntária deve prevalecer sobre a involuntária e a compulsória e a internação involuntária deve prevalecer sobre a compulsória.

No terceiro capítulo foi abordada a posicionamento doutrinário e jurisprudencial a favor e contra a internação compulsória de pessoas que fazem uso nocivo de *crack* e outras drogas. Para o posicionamento jurisprudencial foi utilizado

a pesquisa empírica realizada por intermédio do MAD – Metodologia de Análise de Decisões – produzidas por Roberto Freitas Filho e Thalita Moraes, no Tribunal de Justiça do Maranhão, conforme o apêndice A anexo.

Pode-se concluir por intermédio dessa pesquisa que apesar das diretrizes e posicionamentos doutrinários sustentarem que a internação compulsória é a última *ratio*, ou seja, esta só deverá ser aplicada em última instância, quando não houver mais recursos de tratamento da pessoa com necessidade decorrentes do uso de *crack* e outras drogas ilícitas, isto não é o que ocorre na prática dos Tribunais de Justiça, tendo como base o Estado do Maranhão. Tendo em vista que, todos os pedidos de internação compulsória foram deferidos, ou seja, foram acatados. Assim, apesar do entendimento do STF e outros como o CNJ na I Jornada de Direito à Saúde, estes ainda não são prevalentes.

Por fim, conclui-se que a internação compulsória de pessoas com necessidades decorrentes do *crack* e outras drogas ilícitas devem ser realizadas como última possibilidade e não como a primeira resposta ao “combate às drogas” como vem sendo aplicada.

REFERÊNCIA

AITH, Fernando. *Políticas públicas de estado e de governo: instrumento de consolidação do estado democrático de direito e de promoção dos direitos humanos*. São Paulo: Saraiva, 2006.

ANDRADE, T. M.; FRIEDMAN, S. R. Princípios e práticas de redução de danos: interfaces e extensão a outros campos da intervenção e do saber. In: SILVEIRA, D. X., MOREIRA, F. G. (Orgs.). *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Atheneu, 2006.

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

BARROS, Daniel Martins de; SERAFIM, Antônio de Pádua. Parâmetros legais para a internação involuntária no Brasil. *Rev. psiquiatr. Clín.*, v. 36, n. 4. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01016083200900000008&lang=pt>. Acesso em: 12 nov. 2013.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Princípios de ética biométrica*. São Paulo: Loyola, 2002.

BRASIL. *Decreto-Lei nº 2.848 de 7 de dezembro de 1940*. Código Penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm>. Acesso: 29 mar. 2014. Grifo do autor.

_____. *Lei n. 10.406 de 10 de janeiro de 2002*. Institui o Código Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm>. Acesso em: 27 nov. 2013.

_____. *Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 27 nov. 2013.

_____. *Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006*. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm>. Acesso em: 07 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>. Acesso em: 25 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. *Rede de atenção psicossocial*. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/RAPS.pdf>>. Acesso em: 08 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. *Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersectorial*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf>. Acesso em: 07 maio 2014.

_____. *Portaria GM nº 2.391 de 26 de dezembro de 2002*. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2391.htm>>. Acesso em: 29 mar. 2014.

_____. *Portaria MS nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>. Acesso em: 08 abr. 2014.

_____. Secretaria de Estado da Saúde SP. *Portaria Nº 2.048, de 3 de setembro de 2009*. Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/aceso-rapido/documentos-sobre-o-comite-de-mortalidade-materna/14_-_portaria_gm_ms_n_2048_de_3-09-2009_aprova_o_regulamento_do_sistema_unico_de_saude_sus.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2014.

_____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil*. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/327912.pdf>>. Acesso em: 07 maio 2014.

_____. Senado Federal. *Pareceres nº 846 e 847, de 2006*. Ementa: [...] Relator: Senador Sérgio Cabral. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=36718&tp=1>>. Acesso em: 7 jul. 2014. Grifo nosso.

_____. Senado Federal. Subcomissão Temporária de Políticas Sociais sobre Dependentes químicos de Álcool, Crack e outras Drogas – CASDEP. *Relatório*. Brasília: Senado Federal, 2011. Disponível em: <http://www.senado.leg.br/comissoes/cas/rel/RELATORIO_FINAL_CASDEP_141211.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2014.

_____. Supremo Tribunal Federal. Tribunal Pleno. *Habeas Corpus nº 97.256*. Ementa: [...] Relator: Ministro Ayres Brito. Rio Grande do Sul - RS, 1 set. 2010. RT, v. 100, n. 909, p. 279-333, dez. 2010. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=617879>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

BUCCI, Maria Paula Dallari. *Direito administrativo e políticas públicas*. São Paulo: Saraiva, 2006.

_____. *Fundamentos para uma teoria jurídica das políticas públicas*. São Paulo: Saraiva, 2013.

BUZANELLI, Fabiana Marcondes. *Toxicomania: perspectiva médica, jurídica e psicanalítica*. 2008. 59f. TCC (Graduação) – Faculdade de Ciências da Educação e Saúde - FACES, Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, Brasília, 2008. Disponível em: <<http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/2591/2/20326330.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2014.

CAPELLA, Ana Cláudia Niedhardt. *Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas*. 2004. 245 f. Tese (Pós-Graduação) – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2004. Disponível em: <http://www.btdtd.ufscar.br/htdocs/tedeSimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1076>. Acesso em: 17 abr. 2014.

CAPEZ, Fernando. *Curso de direito penal: legislação penal especial*. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2011. p. 754. v. 4.

_____. *Curso de direito penal: parte especial*. São Paulo: Saraiva, 2009. v. 2.

COSTA, Alice Albino. *Combate às drogas: internação compulsória*. 2012. 24f. Projeto de Pesquisa (Pós-Graduação *Latu Sensu*) - Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.emerj.tjrj.jus.br/paginas/trabalhos_conclusao/1semestre2012/trabalhos_12012/alicealbinocosta.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2014.

DALSENTER, F. B.; TIMI, J. R. R. *O embasamento legal da internação compulsória de dependentes químicos. percurso*. Disponível em: <<http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/percurso/article/view/485>>. Acesso em: 21 jun. 2014. Grifo nosso.

FIOCRUZ. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Ministério da Justiça. Governo Federal. *Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas capitais do país*. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/services/DocumentManagement/FileDownload.EZTSvc.asp?DocumentID=%7B9B17D77F-C442-4B2B-8705-117920F30C6F%7D&ServiceInstUID=%7B74624DEB-0C14-4B3A-B8F3-CD26DEF53FC1%7D>>. Acesso em: 09 nov. 2013.

FOUCAULT, Michel. *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 2002.

FRANÇA, Genival Luiz. *Internação compulsória do dependente químico: violação do direito de liberdade ou proteção do direito à vida?* Disponível em: <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/Juridica/article/viewFile/3066/2828>>. Acesso em: 07 maio 2014.

FREITAS FILHO, Roberto. *Intervenção judicial nos contratos e aplicação dos princípios e das cláusulas gerais: o caso do leasing*. Porto Alegre: S. A. Fabris, 2009.

GAGLIANO, Pablo Stolze; PAMPLONA FILHO, Rodolfo. *Novo curso de direito civil: parte geral*. São Paulo: Saraiva, 2010.

GESSER, Wagner Pinheiro; MENEZES, Joyceane Bezerra de Menezes. A autonomia privada do paciente dependente de substância no Brasil. In: MENEZES, Joyceane Bezerra de (Org.). *Dimensões jurídicas da personalidade na ordem constitucional brasileira*. Florianópolis: Conceito Editorial, 2010.

GONTIJO, Daniela Tavares. *Relação profissional-usuário na saúde pública brasileira: algumas contribuições para a reflexão da prática cotidiana*. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDUQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.uftm.edu.br%2Frevistaeletronica%2Findex.php%2Frevistatriangulo%2Farticle%2Fdownload%2F45%2F67&ei=rLRqU-X3CuSMYAGos4EY&usg=AFQjCNHqOZfKcGmSzP-YoDs24doZ8_RIKQ&bvm=bv.66330100,d.aWc>. Acesso em: 07 maio 2014.

GRECO, Rogério. *Curso de direito penal: parte geral*. Rio de Janeiro: Impetus, 2009.

KARAM, Maria Lúcia. *Drogas: legislação brasileira e violações a direitos fundamentais*. Disponível em: <<http://www.leapbrasil.com.br/textos>>. Acesso em: 07 abr. 2014.

LARANJEIRAS, Renata Caixeta. *O usuário de drogas na nova Lei de Tóxicos 11.343/2006*. 2012. 51f. TCC (Graduação) – Faculdade de Ciências Jurídicas e de Ciências Sociais - FAJS, Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, Brasília, 2012. Disponível em: <<http://repositorio.uniceub.br/bitstream/235/4387/1/Renata%20Caixeta%20Laranjeira%20RA%2020731464.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2014.

LATAS, António João; VIERA, Fernando. *Notas e comentários à lei de saúde mental*. Coimbra: Coimbra, 2004.

MADRUGA, Camila Eichelberg. *Internação compulsória e serviço social: negação ou garantia de direitos?* 2013. 94f. TCC (Graduação) – Departamento de Ciências Jurídicas e Sociais, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – Unijuí, Ijuí, Rio Grande do Sul, 2013. Disponível em <<http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/2112/TCC%20-%20Camila%20Eichelberg%20Madruga.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 21 jun. 2014.

MARANHÃO (Estado). Poder Judiciário do Estado do Maranhão. *Home page*. Disponível em: <<http://jurisconsult.tjma.jus.br/>>. Acesso em: 18 jul. 2014.

MARLATT, G. A. *Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

MEDEIROS, Cristiano Carrilho Silveira. *Saúde mental e o direito: ensaios em homenagem ao Professor Hietor Carrilho*. São Paulo: Método, 2004. p. 62.

MORAES, Roney Argeu. *Sobre a toxicomania e psicanálise: o sujeito adicto na clínica e as intervenções*. Disponível em: <<http://psicologado.com/abordagens/psicanalise/sobre-a-toxicomania-e-psicanalise-o-sujeito-adicto-na-clinica-e-as-intervencoes#ixzz2twTOFWbX>>. Acesso em: 18 jun. 2014.

MOREIRA, F. G., SILVEIRA, D.X. CARLINI, E. A. Posicionamento da Unifesp sobre redução de danos: posicionamento do Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (Proad). *J Bras Psiquiatr*, v. 52, p. 363-670, 2003.

MUSSE, Luciana Barbosa. *Novos sujeitos de direito*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

PINHEIRO, Gustavo H. de Aguiar. O devido processo legal de internação psiquiátrica involuntária na ordem jurídica constitucional brasileira. *Jus Navigandi*, Teresina, ano 16, n. 3038, out. 2011. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/20292/o-devido-processo-legal-de-internacao-psiquiatrica-involuntaria-na-ordem-juridica-constitucional-brasileira>>. Acesso em: 29 mar. 2014.

QUEIROZ, Paulo. *Comentários críticos à lei de drogas*. 3. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

RELAÇÃO de enunciados aprovados pela plenária da i jornada de direito da saúde do conselho nacional de justiça em 15 de maio de 2014 – São Paulo-SP. *Fórum - I Jornada do Direito a Saúde*. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/images/eventos/i_jornada_forum_saude/enunciados_aprovados_jornada_direito_saude.pdf>. Acesso em 27 jul. 2014. Grifo nosso.

RIBEIRO, Cléa Regina de Oliveira. Ética e pesquisa em álcool e drogas: uma abordagem bioética. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.*, v. 1, n. 1, fev. 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-69762005000100006&script=sci_arttext>. Acesso em: 17 abr. 2014.

RIO GRANDE DO NORTE (Estado). Governo do Estado do Rio Grande do Norte. *Programa educacional de resistência às drogas*. Disponível em: <<http://www.proerd.rn.gov.br/Conteudo.asp?TRAN=ITEM&TARG=855&ACT=&PAGE=&PARM=&LBL=Servi%E7os>>. Acesso em: 13 maio 2014.

RUA, Maria das Graças. *Análise de políticas públicas: conceitos básicos*. Disponível em: <<http://projetos.dieese.org.br/projetos/SUPROF/AnalisepoliticaspUBLICAS.PDF>>. Acesso em: 17 abr. 2014.

SÃO PAULO (Estado). Governo do Estado de São Paulo. Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo. *Usuário*. Disponível em: <<http://www.imesc.sp.gov.br/infodrogas/Usuar.htm>>. Acesso em: 17 abr. 2014. Grifo nosso.

SAPORI, Luís Flávio. *Deve ser permitida a internação compulsória dos usuários de crack?* Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/fz2506201108.htm>>. Acesso em: 21 jun. 2014.

SILVEIRA, Dartiu Xavier. Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, July/sept. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300028>. Acesso em: 13 maio 2014.

SOARES, C. B; JACOBI, P. R. Adolescentes, drogas e AIDS: avaliação de um programa de prevenção escolar. *Cad de Pesqui*, v. 106, p. 21-237, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/n109/n109a10.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2014.

SOUSA, Kárita Katharine Silva Nunes. *A lei de drogas à luz do direito penal ao inimigo: o usuário como cidadão e o traficante como inimigo*. 2012. 51 f. TCC (Graduação) – Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais, Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, Brasília, 2012. Disponível em: <http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/605/3/20766213_K%C3%A1rita%20Souza.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2014.

TRINDADE, Jorge. *Manual de psicologia jurídica para operadores do direito*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004. p. 109.

VARGAS, Beatriz. *A ilusão do proibicionismo: estudo sobre a criminalização secundária do tráfico de drogas no Distrito Federal*. 2011. 148 f. Tese de Doutorado (Pós-Graduação) – Curso de Direito, Faculdade de Direito – Universidade de Brasília – UNB, Brasília, 2011. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/9856/1/2011_BeatrizVargasRamosGon%C3%A7alvesdeRezende.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2014.

VENOSA, Sílvio de Salvo. *Direito civil: parte geral*. São Paulo: Atlas, 2008.

XAVIER, Dartiu Silveira. *Deve ser permitida a internação compulsória de usuários de crack?* Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniaofz2506201107.htm>>. Acesso em: 21 jun. 2014. Grifo nosso.

**APÊNDICE - SENTENÇAS DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO MARANHÃO SOBRE
INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DE PESSOAS COM NECESSIDADES
DECORRENTES DO USO DE CRACK E OUTRAS DROGAS**

Relator do acórdão	Acórdão	Houve decretação da internação ?	Qual fundamento legal/normativo para a decretação da internação?	Argumento principal?	Ementa
Marcelo Carvalho Silva	0011734-41.2013.8.10.0000	Sim	Não há fulcro jurídico.	Direito à vida e proteção social.	Processual Civil. Constitucional e administrativo. Agravo de instrumento. Ação civil pública. Menores. Dependência química. Tratamento. Necessidade e indispensabilidade e. Direito à vida e à saúde. Bens Jurídicos tutelados em primeiro plano. Tutela antecipada contra a fazenda pública. Possibilidade. Multa diária. Excesso reconhecido. Necessidade de redução. art. 461, § 6º, do CPC.
Lourival de Jesus Serejo Sousa	634-54.2011.8.10.0002 (40830-2012)	Sim	A internação ocorreu em 1º instância, a segunda apenas interpôs a necessidade de curador especial.	Ocorreu nulidade absoluta no processo por não haver curador especial.	Criança e adolescente. Processual civil. Apelação cível. Ação de obrigação de fazer cumulada Com pedido de internação compulsória. Nomeação de curador especial. Ausência de citação.

Cont. do Apêndice

					Preliminar de nulidade. Cerceamento de defesa. Acolhimento. Recurso provido.
Lourival de Jesus Serejo Sousa	124.491-2013	Sim	Lei 11.343	Direito à vida, saúde e dignidade da pessoa humana	Processual Civil. Agravo de instrumento. Ação de obrigação de fazer. Internação compulsória de doente mental e usuário de drogas para tratamento médico. Necessidade. Comprovação laudo
Kleber Costa Carvalho	026482/2013 (0005701-35.2013.8.10.0000)	Sim	Lei 10.216	Direito à saúde e direito à vida	Agravo de instrumento. Constitucional. Direito à saúde. Dependente químico. Internação compulsória. Possibilidade. Responsabilidade solidária. Ilegitimidade passiva. Inexistência. Reserva do possível. Ausência de demonstração das limitações financeiras. Vedação à concessão de tutela antecipada Contra a fazenda pública. Inaplicabilidade. astreintes. Valor razoável. Recurso improvido
Paulo	12846-	Sim	Lei 10.216	Direito à	Saúde mental.

Cont. do Apêndice

Sérgio Velten Pereira	45.2013.8.10.0000 (60.529/2013)			saúde e dignidade da pessoa humana	<p>Internação compulsória de dependente químico. laudo médico circunstanciado.</p> <p>NECESSIDADE.</p> <p>1. A obrigação de fornecer tratamento médico concretiza a garantia prevista no art. 196 da CF, pois a saúde pública, donde decorre a proteção à saúde mental, além de ser um direito coletivo, também constitui direito subjetivo individual. 2. A internação compulsória é medida excepcional adotada em defesa do internado e, secundariamente, da própria sociedade, exigindo-se, para a sua imposição, laudo médico circunstanciado que comprove a necessidade de tal medida. 3. Se a parte não possui meios de comprovar previamente a necessidade de internação compulsória, mas postula pela produção do laudo médico necessário, é</p>
-----------------------	------------------------------------	--	--	------------------------------------	--

Cont. do Apêndice

					<p>rigor que seja oportunizada a prova no curso do processo. 4.</p> <p>Agravo conhecido e parcialmente provido.</p> <p>Unanimidade.</p>
Ricardo Duailibe	10671-78.2013.8.10.0000 (47581/2013)	Sim	Não há embasamento jurídico na 2ª instância para a decretação da internação compulsória, apenas a afirmação que é dever do Estado custear o tratamento do menor.	Direito à saúde.	<p>Agravo de Instrumento. Direito à Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente. Internação Compulsória. Dependente Químico. Custeio por Ente Público. Possibilidade.</p> <p>Princípios da Reserva do Possível e da Separação dos Poderes. Violação. Inocorrência. Agravo Improvido. 1. Constatado o risco de dano à saúde, a internação compulsória do menor para tratamento de dependência química em clínica especializada é medida que se impõe. 2. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso</p>

Cont. do Apêndice

					<p>universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. Inteligência do art. 196 da CF. 3. O direito à saúde, além da dimensão coletiva, tem uma dimensão de direito subjetivo individual, cuida- se de norma de eficácia plena e de aplicabilidade imediate (CF, art. 5º §1º). 4. O art. 227 da Carta Magna assegura às crianças e adolescentes, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde e à alimentação, entre outros direitos fundamentais. De mesma sorte, o Estatuto da Criança e do Adolescente assegura atendimento integral à saúde da criança e do adolescente. 5. O Supremo Tribunal Federal já se posicionou no sentido de que, em se tratando de direito à saúde, é irrelevante a alegação de escassez de recursos, sendo ônus da Fazenda</p>
--	--	--	--	--	---

Cont. do Apêndice

					<p>Pública demonstrar objetiva e fundamentadamente, a sua indisponibilidade financeira (CPC, art. 333, II). 6. O postulado da reserva do possível, segundo a orientação do Supremo Tribunal Federal não pode ser invocado pelo Estado com a finalidade de exonerar-se do cumprimento de suas obrigações constitucionais. 7. Em se tratando de direito à saúde, é possível a intervenção judicial, não havendo que se falar em inovação da ordem jurídica pelo Poder Judiciário ou contrariedade ao princípio da separação dos poderes (CF, art. 2º). 8. Agravo conhecido e improvido. 9. Unanimidade.</p>
José de Ribamar Froz Sobrinho	0028066-17.2012.8.10.0001 (053047 - 2013)	Sim	Art. 97 do Código Penal c/c art. 415, IV, do Código de Processo Penal	Segurança Jurídica	<p>Penal e processual penal. Apelação criminal. Tráfico de entorpecentes. Réu inimputável</p> <p>Absolvição imprópria. Laudo pericial não conclusivo para aplicação de medidas de segurança.</p>

Cont. do Apêndice

					Substituição de internação compulsória por tratamento ambulatorial. Necessidade de novo Exame pericial. Anulação da sentença presença de nulidades. verificada. recurso parcialmente Provido. Unanimidade.
Jamil de Miranda Gedeon Neto	Nº 12373/2013 (0048060-31.2012.8.10.0001)	Sim	Lei 10.216	Direito à saúde e vida	Civil e processual civil. Apelação. Ação de internação compulsória para tratamento de saúde. pedido formulado pela genitora de dependente químico maior de idade. Indeferimento da inicial. Presença de interesse-adequação. Desnecessidade de prévia interdição. Legitimidade da genitora para pleitear a internação compulsória. Competência da vara de família.
Jorge Rachid Mubárack Maluf	0006459-48.2012.8.10.0000	Sim	Decreto 891/38	Direito à saúde, vida, menor onerosidad e.	Agravo de instrumento. Internação compulsória. Dependente químico. Possibilidade. I- A Constituição da República ao

Cont. do Apêndice

					<p>proclamar o direito à saúde, consectário máximo do direito fundamental à vida, assegurando-o como direito de todos e impondo ao Estado o respectivo dever de garantir sua preservação, nos moldes dos arts. 5º, caput e 196, atribuiu grande relevância a esse bem jurídico, a ponto de não deixar dúvida acerca da obrigação do ente público de prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.</p> <p>II - Constatado o risco de dano à saúde do paciente dependente químico, deve ser deferida a liminar para determinar a sua internação compulsória.</p> <p>III- Quando ocorrer a internação as expensas do Estado, deve ser observada a possibilidade deste indicar o tratamento em rede pública, atendendo ao princípio da menor onerosidade.</p>
Raimundo Barros	00040462 8.2013.8.1	Sim	Não há fulcro na 2º instância da	Direito à	Agravo de instrumento.

Cont. do Apêndice

	0.0000		internação compulsória	manutenção da vida e dignidade da pessoa humana	Direito público. Fornecimento de tratamento em clínica especializada em benefício de menor dependente químico. Responsabilidade solidária dos entes federativos. Legitimidade do ministério público para propositura da ação. Agravo não provido.
Anildes de Jesus Bernardes Chaves Cruz.	0006711-51.2012.8.10.0000.	Sim	Foi decretada a internação provisória com fulcro artigo 121 e 122 ambos do ECA e 647 e 648, I do CPP.	Razoabilidade e reintegração do adolescente na sociedade	Direito constitucional - habeas corpus - internação provisória - menor - prática reiterada de atos infracionais análogos ao furto - ausência de constrangimento ilegal - decisão motivada - Observância às disposições do art. 122, ii, do ECA - grau de reprovação da conduta - desnecessidade de trânsito em julgado das anteriores infrações - ordem denegada - unânime
Marcelino Chaves Everton	Nº 11866-98.2013.8.10.0000	Sim	Lei 10.216	Direito à saúde e vida.	Internação compulsória. Dependente químico. Possibilidade.

Fonte: Autor, 2014.