



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

**RAÍSSA FRIDA RORIZ RIBEIRO ISAC**

**A VISÃO DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL SOBRE AS  
INTERNAÇÕES COMPULSÓRIAS DE PESSOAS COM NECESSIDADES  
DECORRENTES DO USO DE DROGAS: POLÍTICAS PÚBLICAS ADEQUADAS?**

**BRASÍLIA  
2015**

**RAÍSSA FRIDA RORIZ RIBEIRO ISAC**

**A VISÃO DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL SOBRE AS  
INTERNAÇÕES COMPULSÓRIAS DE PESSOAS COM NECESSIDADES  
DECORRENTES DO USO DE DROGAS: POLÍTICAS PÚBLICAS ADEQUADAS?**

Monografia apresentada como requisito para conclusão do curso de Bacharelado em Direito pela Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais do Centro de Ensino Unificado de Brasília – UniCEUB.

Orientadora: Professora Msc. Carolina Costa Ferreira

**BRASÍLIA**

**2015**

**RAÍSSA FRIDA RORIZ RIBEIRO ISAC**

**A VISÃO DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL SOBRE AS  
INTERNAÇÕES COMPULSÓRIAS DE PESSOAS COM NECESSIDADES  
DECORRENTES DO USO DE DROGAS: POLÍTICAS PÚBLICAS ADEQUADAS?**

Monografia apresentada como requisito para conclusão do curso de Bacharelado em Direito pela Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais do Centro de Ensino Unificado de Brasília – UniCEUB.

Orientadora: Professora Msc. Carolina Costa Ferreira

**BRASÍLIA, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015**

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof.<sup>a</sup> Msc. Carolina Costa Ferreira.**

---

**Prof. Examinador.**

---

**Prof. Examinador.**

"O texto é meu até que o publique,  
após isso pertence a quem o  
apreender". Foucault

## RESUMO

A pesquisa desenvolvida neste trabalho busca discutir sobre o que têm sido considerado como a “epidemia do crack” e como tem respondido o Judiciário a essa problemática. Assim, será realizado um estudo acerca das decisões de 2º grau proferidas pelo Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios na busca de identificar algum discurso em seus conteúdos. Inicialmente será abordada a questão das políticas públicas voltadas às drogas e à saúde mental, temas que se mostram relacionados por seus estigmas e segregação. Ficará demonstrado que embora tenhamos diversas políticas públicas sobre drogas, a avaliação destas ainda é incipiente. O trabalho todo está voltado à busca de respostas eficazes e adequadas a esse problema social que vem tendo repercussões graves, tendo como parâmetro a Lei nº 10.216/01, desenvolvida primeiramente aos portadores de transtorno mentais, que busca o tratamento ambulatorial e a desinstitucionalização. O instituto da internação compulsória tem sido utilizado de forma equivocada, tendo como objetivo a higienização dos dependentes químicos da sociedade, em especial os ditos “cracudos”, considerados “fantasmas sociais”. Desta forma, será abordada a questão da internação compulsória, desde seu conceito até a verificação de sua efetividade, que se dará a partir da análise, quantitativa e qualitativa, dos acórdãos estudados.

**Palavras-chave:** Loucura. Drogas. Políticas públicas. Internação compulsória.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>1 POLÍTICA DE DROGAS: GUERRA, TRATAMENTO OU POLÍTICAS PÚBLICAS?.....</b>	<b>9</b>
1.1 Políticas públicas de saúde mental: avanços ou retrocessos?.....	9
1.2 Políticas públicas sobre drogas.....	11
1.3 Do discurso descarcerizante à realidade de carcerização .....	16
<b>2 MEDIDAS DE SEGURANÇA E INTERNAÇÕES COMPULSÓRIAS: AS RESPOSTAS DO DIREITO À QUESTÃO DAS DROGAS.....</b>	<b>19</b>
2.1 Medida de segurança.....	19
2.2 Reforma psiquiátrica .....	26
2.3 A internação compulsória dos indivíduos com problemas decorrentes do uso abusivo de drogas.....	28
2.4 Centros de atenção psicossocial.....	34
2.4.1 Centro de atenção psicossocial álcool e drogas.....	38
<b>3 A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E SUA APLICAÇÃO PELO JUDICIÁRIO.....</b>	<b>43</b>
3.1 Metodologia.....	43
3.2 Análise quantitativa.....	48
3.3 Análise qualitativa.....	50
3.4 Análise das decisões.....	59
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>66</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>68</b>

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo abordar a questão da internação compulsória, que tem se tornado uma problemática para o mundo jurídico ante à massificação dos pedidos de internações compulsórias em decorrência, principalmente, do uso abusivo do crack.

O objetivo central é desmistificar a crença social de que há uma “epidemia de crack” que precisa ser solucionada a qualquer custo. Busca-se, portanto, descobrir qual o melhor caminho a ser seguido e qual o tratamento mais adequado a ser oferecido aos dependentes químicos. Assim, serão questionadas quais políticas devem ser adotadas e quais ações devem ser tomadas não só por parte do Estado, mas também pela sociedade.

O tema assume grande relevância pois, o Judiciário tem sido utilizado indevidamente como mecanismo de resposta ao dito “problema social”.

Como o uso abusivo de substâncias psicotrópicas muitas vezes leva ao desenvolvimento de transtornos mentais, o trabalho discute um pouco da tão estigmatizada loucura, a qual tanto se assemelha com a dependência química. Seja na forma como os indivíduos portadores de transtornos mentais e os dependentes químicos são tratados, ou melhor, segregados, seja por toda a rotulação que os dois temas possuem. De uma forma ou de outra muitas semelhanças são percebidas entre os “loucos” e os “drogados”. Dessa maneira, para que o objetivo do presente trabalho seja alcançado, o primeiro capítulo se voltará às políticas públicas de saúde mental e de drogas.

O segundo capítulo é dedicado a explicar os institutos da medida de segurança e da internação compulsória diante da nova abordagem de tratamento que foi trazida pela Reforma Psiquiátrica e pela Lei nº 10.216/01, e como tem sido o tratamento ambulatorial prestado pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e pelas Comunidades Terapêuticas, dando um maior destaque aos CAPS-AD que são especialmente direcionado ao atendimento e tratamento dos indivíduos que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas.

No terceiro capítulo será desenvolvida uma análise jurisprudencial de acórdãos do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios a respeito das internações compulsórias, de como esse instituto tem sido aplicado no Distrito Federal e as consequências em razão de sua aplicabilidade. Para isso a pesquisa foi desenvolvida em duas partes, uma primeira parte dedicada exclusivamente à coleta de dados e a demonstração destes (análise quantitativa) e uma segunda parte voltada para a análise qualitativa dessas decisões. Nesta parte qualitativa será demonstrados os fundamentos utilizados pelos magistrados ao optarem pela medida.

Ainda na parte qualitativa da pesquisa tentará se provar há um retrocesso do movimento da Reforma Psiquiátrica quando o Judiciário se vê compelido a resolver uma questão que primeiramente seria de saúde pública. Na parte final do terceiro capítulo será desenvolvida uma análise final concluindo as impressões extraídas a partir da análise dos acórdãos estudados.

Por fim, através das conclusões finais da análise jurisprudencial será revelado como o Estado e a sociedade como um todo enxergam os dependentes de substâncias psicotrópicas, esses indivíduos “sem almas”<sup>1</sup>, os “fantasmas sociais”<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> O termo “sem alma” foi atribuído aos dependentes de crack pelo Ministro Luís Roberto Barroso em seu voto no julgamento do Recurso Extraordinário nº 635.659, que discute a descriminalização do porte de drogas para uso pessoal. Durante seu voto o ministro declarou que: “O crack muda a equação do problema das drogas, porque ele transformar as pessoas num corpo sem alma”.

<sup>2</sup> A ideia de “fantasmas sociais” foi construída pelo professor de história Marcelo Biar em sua matéria “Nós, os cracudos!”, publicada no site < <http://www.juntosnaconstrucao.com.br/> > em 16 dez. 2013. No texto o historiador põe em questão a dominação social, demonstrando que toda época possui seu respectivo alvo, isto é, um grupo específico que será segregado do resto da coletividade por serem rotulados de perigosos.

# 1 POLÍTICA DE DROGAS: GUERRA, TRATAMENTO OU POLÍTICAS PÚBLICAS?

## 1.1 Políticas públicas de saúde mental: avanços ou retrocessos?

A possibilidade de se falar em políticas de saúde mental no Brasil é recente, conquistada a partir do longo processo da reforma psiquiátrica, que surgiu com uma função saneadora dos primeiros hospícios, que assumiam um papel de exclusão e possuíam características asilares e segregacionista, sem muitas vezes se fazerem acompanhar de tratamentos adequados aos seus destinatários. (Borges & Baptista, 2008)

O indivíduo portador de transtorno mental em conflito com a lei, muitas vezes por não ser compreendido, acaba semeando medo nos familiares e na sociedade como um todo, passando o doente mental a ser tido como uma ameaça de forma que o medo, mácula e “solução legal” se confundem e acabam gerando mais exclusão e aumentam o estigma de “perigoso” a esses indivíduos. (MATTOS , 2006, p. 142)

Esse comportamento desviante e perigoso que é esperado dos indivíduos portadores de transtornos mentais é consequência da certeza da tendência que esses sujeitos têm de delinquir, certeza essa que é calcada na presunção legal e social de periculosidade que é atribuída a esses indivíduos. (MATTOS , 2006, p. 143)

A periculosidade passa a ser o principal símbolo do louco, tornando-se parte da sua essência, de forma que a única solução encontrada para esse “problema social” é a segregação desses indivíduos, como meio de defesa social, através das medidas de segurança que surgiram no final do século XIX. (MATTOS , 2006, p. 57)

A loucura passa a ser vista, portanto, como sendo uma questão de ordem pública e não uma questão de saúde. Nesse contexto, aos olhos da sociedade, era preciso controlar esses indivíduos, ou melhor, todas as massas de indivíduos que não eram por ela considerados desejados ou que se destacavam negativamente de alguma forma. Dentre esses indivíduos indesejados encontram-se os sem-teto, sem-terra, sem-trabalho, sem-juízo, ou seja, os sem-tudo, aqueles indivíduos de quem não tinham, aos olhos de uma sociedade normal e preconceituosa, um futuro. (MATTOS , 2006, p. 58)

Foucault identifica a passagem do discurso penal, das penalidades e da prisão, de uma atuação, tanto jurídica quanto social, não tão preocupada com a defesa social, mas um discurso que tem como principal objeto de intromissão no comportamento social, de modo a excluir todos aqueles que não encaixam no definido como “normal”, como os loucos, os bêbados, os drogados, prostitutas e mendigos. (FOUCAULT, 1972)

Segundo Führer, “é obscura a origem do termo ‘loucura’, mas é certo que desde o século XIII a palavra refere-se àquele que perdeu a razão, ao débil mental e aos doidos em geral”. (FÜHRER, 2000, p. 18)

A figura do louco é, como sempre foi, endemonizada, representando, o louco infrator a própria periculosidade. Por não pensar racionalmente, apresenta uma grande chance de vir a cometer outros crimes. São assim, antecipadas, de maneira injusta e errônea, as ações do indivíduo com transtornos mentais. (RIBEIRO, 2006)

O louco, a partir do momento em que é rotulado como tal, abandona a condição de indivíduo e passa a ser visto apenas como um receptáculo de sua doença, isto é, passa a ser um mero hospedeiro. Afirma Führer que “Na situação extrema o louco não age, mas sim é agido. Quem fala com sua voz, quem anda com suas pernas, quem olha com seus olhos não é ele: é a doença”. (FÜHRER, 2000, p. 132)

Nesse contexto, a medida de segurança, remédio encontrado para remediar o problema dos portadores de transtorno mental em conflito com a lei, torna-se mais do que uma forma de defesa social, assumindo também o papel de proteção dos loucos contra a sua própria loucura; (JACOBINA , 2008, p. 43)

O louco infrator sempre foi tido como um “estorvo”, tanto econômica quanto socialmente, representando o que há de pior na sociedade. O louco infrator é rejeitado duas vezes, uma por já ser tido um fardo (por ser louco e diferente), segundo por ser um delinquente, devendo ser afastado por completo do convívio social para que não cause danos ainda maiores. (MATTOS , 2006, p. 61)

O Movimento Nacional da Luta Anti-manicomial e da Reforma Psiquiátrica no Brasil ganhou força no fim da década de 1970, levando a sociedade a questionar-se quanto à exclusão social dos tão incompreendidos loucos e posteriormente às formas de atenção e assistência às pessoas com problemas decorrentes do consumo de álcool e outras drogas. (ZIMMER, LAVRADOR , & VICENTINI, 2010)

Através deste longo processo de conscientização (Luta Anti-manicomial), foi sendo percebido que o controle inerente ao sistema penal não estava verdadeiramente preocupado se os indivíduos estavam em conformidade com a lei, mas sim com o que eles poderiam vir a fazer, culminando com a conceituação de periculosidade, instituto basilar da aplicação e manutenção da medida de segurança. A partir da ótica do indivíduo perigoso, ou melhor dizendo, potencialmente perigoso que foi surgindo uma série de instituições de caráter asilar, que serviram de pilar ao sistema judiciário, tendo por função primária a de controlar estes indivíduos e segregá-los do convívio social, enquadrando-os num estereótipo. Percebe-se então, uma função não mais de punir as infrações dos indivíduos, mas de corrigir suas virtualidades, isto é, suas diferenças. (FOUCAULT, 2005, p. 86)

Entretanto, apesar das diversas inovações no campo da saúde mental, ainda vivenciamos práticas que produzem a segregação de pessoas através das internações compulsórias, amparadas e promovidas pelo próprio sistema jurídico. (ZIMMER, LAVRADOR , & VICENTINI, 2010)

A internação compulsória dos indivíduos usuários de droga começa a ganhar mais espaço na atualidade a partir da epidemia do crack e o repúdio da sociedade ao estigma dos cracudos<sup>3</sup>, que vem gerando um grande problema de ordem sanitária (políticas públicas de saúde), jurídica e social. (ZIMMER, LAVRADOR , & VICENTINI, 2010)

## **1.2 Políticas públicas sobre drogas**

As políticas de saúde pública brasileiras até o final do século XX, mantinham como principal fundamento e objetivo o tratamento dos indivíduos usuários de substâncias entorpecentes, a partir da internação dessas pessoas em instituições psiquiátricas, como clínicas, hospitais psiquiátricos e até mesmo as instituições de características asilares. Ainda que o discurso utilizado fosse o médico, em prol de um tratamento, é verificado que não passava de um discurso convencional utilizado pela sociedade e pelas autoridades estatais para que fosse promovida uma “limpeza”

---

<sup>3</sup> A denominação “cracudos” é o chamamento informal que foi atribuído aos usuários de crack e será usada ao longo de todo o trabalho. Note-se que é um chamamento pejorativo e contribuiu para a marginalização desses sujeitos.

desses fantasmas que assombram a sociedade, o que nos remete à um estreitamento com a forma de tratamento anteriormente dada ao louco. Há, portanto, um estreitamento entre as figuras do louco e dos usuários de drogas, que além de compartilharem classificações de doenças mentais, instituídos pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1993), compartilham ainda o status de excluídos da sociedade. (ZIMMER, LAVRADOR , & VICENTINI, 2010)

Ainda que o “novo discurso brasileiro” se dê no sentido de incluir esses indivíduos, a partir da utilização de medidas mais humanas e a luta pela desinstitucionalização, seja em relação aos loucos ou aos sujeitos dependentes químicos, as práticas jurídicas caminham em retrocesso à essa ideologia, tendo em vista que a medida tida como a mais apropriada seria o “tratamento” nas instituições psiquiátricas, por meio das internações compulsórias, que permitem com o que o judiciário continue a controlar a vida desses indivíduos. (ZIMMER, LAVRADOR , & VICENTINI, 2010)

O processo de movimentação social e estatal de incriminação às drogas e suas consequentes legislações nesse sentido teve grande influência dos princípios médicos-sanitaristas do início do século XX, dado ao incremento da utilização de substâncias ilícitas e a introdução das classes mais baixas a esse mundo que anteriormente era das camadas mais inferiores, de forma que veio a ser considerada como drogas todas as substâncias que provocam danos nocivos aos sujeitos sem qualquer prescrição médica ou necessidade, trazendo a percepção de que o combate às drogas é também uma questão de saúde pública. (ZIMMER, LAVRADOR , & VICENTINI, 2010)

Em meio a um cenário de políticas repressivas e proibicionistas há a construção do binômio drogas-criminalidade, tendo como principal discurso adotado pelo Estado e conseqüentemente pelo Judiciário o da “guerras às drogas”. De forma que há a formação de estereótipos dos sujeitos objeto dessas políticas. (ZIMMER, LAVRADOR , & VICENTINI, 2010)

Esse sistema de “guerra às drogas” que foi internalizado em nosso ordenamento jurídico, faz com que a saúde pública seja posta de lado, assumindo uma posição secundária no que se refere às políticas públicas e à aplicação da lei penal (BARROSO, 2015).

No Brasil, a reprovação e a censura do uso, porte e comércio de determinadas substâncias tóxicas surge com as Ordenações Filipinas (Título 89, Livro V), sendo que, a primeira proibição expressa se deu somente com o Código Republicano de 1890. (Carvalho, 1997, p. 19)

O Código de 1890 dispunha que seria considerado delito “expor à venda ou ministrar substâncias venenosas sem legítima autorização e sem as formalidades previstas nos regulamentos sanitários”, consagrando, portanto, o delito como norma penal em branco que deveria ser, posteriormente, complementado pelas normas sanitárias (Carvalho, 1997, p. 19)

De acordo com Garcia et al (2008), a primeira regulamentação no Brasil a respeito da questão das drogas, se deu através do Decreto-Lei de Fiscalização de Entorpecentes nº 891 de 1938, posteriormente incorporado ao Código Penal de 1941 em seu artigo 281. Essa política legislativa-jurídica adotada pelo país tinha como princípio a normatização e a incriminação do uso de drogas no Brasil, através de um rigoroso controle repressivo sobre produtor e consumidor tendo sido ambos, constituídos como criminosos. (ZIMMER, LAVRADOR , & VICENTINI, 2010)

Os fenômenos sociais ajudaram a criar um novo olhar sobre a questão do uso de substâncias entorpecentes na sociedade, como, por exemplo, a onda de toxicomania vivenciada no início do século XX, que seguindo o modelo europeu invadiu os principais pólos habitacionais do país, aumentando exponencialmente seu consumo, principalmente a utilização de ópio e haxixe pela casta intelectual o que desencadeou uma movimentação legislativa com o objetivo de regulamentar o uso e a venda de tais substâncias. (Carvalho, 1997, p. 20)

O que primeiramente parecia um problema interno, que deveria ser remediado com uma política proibitiva e restritiva interna acabou se tornando uma questão de nível internacional, através da realização de diversas Convenções, como é o caso da Convenção de Genebra de 1936, que trouxe normas relativas a produção, tráfico e consumo, bem como a determinação de quais substâncias deveriam ser consideradas tóxicas e, conseqüentemente taxadas como ilícitas pelos países que optassem pela ratificação da Convenção. (Carvalho, 1997, p. 20)

O Brasil, como signatário da Convenção, em 1942, optou por internalizar as recomendações, internalizando-as em seu novo Código Penal que disciplinou a matéria em seu artigo 281 com a seguinte redação:

“Importar ou exportar, vender ou expor à venda, fornecer, ainda que a título gratuito, transportar, trazer consigo, ter em depósito, guardar, ministrar ou de qualquer maneira entregar ao consumo substância entorpecente”.

Em 1964, o presidente do Brasil à época, Castello Branco, inseriu o país no cenário internacional do combate às drogas através do Decreto 54.216, que incorporou ao ordenamento interno a Convenção Única sobre Entorpecentes. (Carvalho, 1997, p. 21)

Na década de 60, a partir dos movimentos protestatórios, o consumo de drogas, principalmente as psicodélicas, como o LSD e a maconha, ganham uma amplitude generalizada pois surge como instrumento libertatório crítico em relação contra a postura estadunidense adotada na Guerra do Vietnã, adquirindo, portanto, caráter manifestatório. (Carvalho, 1997, p. 21)

A partir desse movimento revolucionário, o consumo de drogas deixa de ser algo das classes mais pobres e passa a atingir também, a classe média, criando um pânico social o qual passa a ser remediado pela política do “Lei e Ordem”, cujo instrumento central é calcado no terrorismo midiático, que passa ao senso comum um estado de perigo constante, instaurando um modelo repressivo de “guerra contra o crime e o criminoso”. A partir desta ideologia o crime passa a ser compreendido como uma patologia social. (Carvalho, 1997, p. 153)

Com esse terrorismo midiático, presente na política adotada (Lei e Ordem), ocorre uma seletividade de alguns grupos sociais, que na grande maioria das vezes é um grupo minoritário e de condição financeira baixa. É sob este prisma que Zaffaroni fala dos "estereótipos" do criminoso:

"O sistema penal atua sempre seletivamente e seleciona de acordo com estereótipos fabricados pelos meios de comunicação de massa. Estes estereótipos permitem a catalogação dos criminosos que combinam com a imagem que corresponde à descrição fabricada, deixando de fora outros tipos de delinquentes (delinquência de colarinho branco, dourada, de trânsito etc.)" (ZAFFARONI, 1991, p. 130)

Com a saída das drogas do gueto e sua disseminação pela classe média, começa a ser gerado, segundo Rosa del Olmo (OLMO, 2009, p. 49), uma ideologia de diferenciação, calcada na distinção entre consumidor e traficante, ou seja, entre o doente e o delinquente, de forma que recai o discurso jurídico sobre o “culpados”, ou seja, aqueles que se encaixam no estereótipo de criminoso e são vistos como corruptores sociais. Quanto ao “novo consumidor” o discurso é diferente, dado à sua condição social e a sua figura de “vítima”, recai sobre o consumidor o discurso médico, consolidado pelo modelo médico-sanitário. (Carvalho, 1997, p. 23)

Assim, “o problema da droga se apresentava (na década de sessenta) como ‘uma luta entre o bem e o mal’, continuando com o estereótipo moral, com o qual droga adquire perfis de ‘demônio’; mas sua tipologia se tornaria mais difusa a aterradora, criando-se o pânico devido aos ‘vampiros’ que estavam atacando tantos “filhos de boa família”. (OLMO, 2009, p. 34)

A toxicomania passou a ser considerada um grave mal para o indivíduo, se apresentando como “perigo social e econômico para a humanidade”, o que exigiria uma ação conjunta e universal para combater esse grande mal. Nesse cenário foi realizada a Convenção Única sobre Entorpecentes, em 1961, que estabeleceu a política internacional de controle das substâncias tóxicas. (Carvalho, 1997, p. 24)

Os Estados Unidos tiveram um protagonismo importante no que se transformou uma política mundial de combate às drogas, ao impor sua política econômica e a propagação da ideologia da Segurança Nacional, o que foi adotado pelos países da América Latina, inclusive pelo Brasil, que seguindo esses passos editou o Decreto-Lei nº 159 que iguala aos entorpecentes algumas substâncias capazes de criarem dependência física e/ou psíquica. (Carvalho, 1997, p. 25)

Historicamente, a legislação brasileira anti-drogas optou pelas leis penais em branco por se tratar de um bem de ordem da saúde pública, dando uma maior agilidade e facilidade ao Estado na hora de tutelar o referido bem. (Carvalho, 1997, p. 237)

Seguindo as orientações internacionais, o Brasil entra na década de 1970 em conformidade com o resto do globo, isto é, em completa sintonia com a política internacional anti-drogas, marcada pela edição da Lei nº 5.726/71, que trouxe total

autonomia à matéria, dando nova redação ao art. 281 do Código Penal, deixando de considerar o dependente como criminoso porém, não diferenciava o usuário eventual do traficante. (Carvalho, 1997, p. 238)

A Lei nº 6.368/76 inaugura um novo modelo de controle, deixando de lado o discurso médico-jurídico, no que tangia à repressão, dando lugar ao sistema predominantemente jurídico, baseado em uma legislação severa, com o surgimento de novos estereótipos e uma nova legitimação repressiva. (Carvalho, 1997, p. 237)

Com o advento da Lei nº 6.368/76, é consolidada uma observância aos modelos supranacionais, de forma que dois discursos distintos em relação às drogas foram sendo inseridos, quais sejam o discurso médico-jurídico (estereótipo da dependência) e o discurso político-jurídico (estereótipo da criminalidade), sendo este último preponderante. (Carvalho, 1997, p. 238)

A partir da adoção do estereótipo da dependência, começa a ser adotada também a ideia de inimigo, impondo-se ao senso comum o pensamento de que este outro (inimigo) deve ser eliminado por apresentar um perigo à sociedade. (Carvalho, 1997, p. 238)

A descoberta do inimigo interno criminoso (aquele que se encaixa no estereótipo de delinquente) é potencializada pela identificação do inimigo interno político da ideologia da Segurança Nacional, passando a coexistir harmonicamente. Percepção esta que não fica adstrita à realidade penal, mas do senso comum, isto é, da sociedade. (Carvalho, 1997, p. 238)

### **1.3 Do discurso descarcerizante à realidade de carcerização**

Atualmente, vivemos uma época de discursos de descarcerização e desinstitucionalização, que ganhou mais força com o advento da Lei 9.099/95, que foi responsável por instaurar a opção de aplicação de medidas penais (materiais e processuais) alternativas como a possibilidade do *sursis*, que possibilita a suspensão do processo, para os crimes de menor potencial ofensivo, que se estende à aquisição, guarda e posse das substâncias ditas ilegais para uso próprio, isto é, para a figura do usuário habitual, visto como “vítima” da figura criminosa (traficante). (Carvalho, 1997, p. 161)

Apesar do discurso humanitário e do surgimento das medidas alternativas o Brasil, de acordo com os dados da *International Centre for Prison Studies*, ocupa o 4º lugar no ranking mundial de população prisional. A situação piora quando comparado com os demais países da América do Sul, no qual o país ocupa o 1º lugar. Este cenário de encarceramento acaba revelando que, ao invés do que vem sendo buscado e disseminado, o país enfrenta um momento de “hiperencarceramento” (GARLAND, 2001), que tem como característica, a centralização do encarceramento sobre determinados grupos sociais bem como a punição de forma mais acentuada sobre determinados tipos de crimes, como os crimes de drogas (tráfico e uso), que têm ganhado destaque (BRASIL, 2015).

Em pesquisa realizada para analisar a situação carcerária do Brasil realizada pela Secretaria Nacional de Juventude e pela Secretaria Geral da Presidência da República com dados do Infopen, verificou-se que no período de 2005 a 2012 houve um crescimento de 74% da população carcerária brasileira (BRASIL, 2015).

A partir desses resultados verifica-se que o modelo repressivo e criminalizador adotado pelo Brasil vem contribuindo, de forma direta, para o aumento da população carcerária, da discriminação, da violência e do medo, impondo um preço alto ao Estado e à sociedade.

De acordo com o Ministro Luís Roberto Barroso em seu voto, do Recurso Extraordinário de nº 635659, que discute a descriminalização do porte de drogas para consumo próprio, destacou que:

“Da promulgação da lei de drogas, em 2006, até hoje, houve um aumento do encarceramento por infrações relacionadas às drogas de 9% para 27%. Aproximadamente, 63% das mulheres que se encontram encarceradas o foram por delitos relacionados às drogas. Vale dizer: atualmente, 1 em cada 2 mulheres e 1 em cada 4 homens presos no país estão atrás das grades por tráfico de drogas.”

Em outras palavras, a política de criminalização e repressão, ao invés de diminuir o uso das drogas acabou tendo o efeito contrário, contribuiu para o estabelecimento do crime organizado e conseqüentemente com o aumento do número de usuários e a multiplicação, quase que exponencial, do índice de encarceramento. (BARROSO, 2015)

Simultaneamente houve a ascensão da criminalidade, para a obtenção das drogas, com a conseqüente proliferação do medo na sociedade, reforçando a idéia da política do movimento “Lei e Ordem” com reflexo direto nas decisões do Judiciário.

## 2 MEDIDAS DE SEGURANÇA E INTERNAÇÕES COMPULSÓRIAS: AS RESPOSTAS DO DIREITO À QUESTÃO DAS DROGAS

### 2.1 Medida de segurança

O marco inicial da medida de segurança pode ser remetido ao encontro das escolas positivistas (italiana e francesa) e clássica junto aos avanços científicos da psiquiatria e sua capacidade premonitória comportamental associados a mudança de paradigmas do Judiciário. Para Foucault, esse foi o momento em que os juízes pararam de julgar crimes e passaram a julgar as almas dos criminosos. (Foucault, 1999, p. 20.)

Deste modo, o fundamento jurídico utilizado para punir encontrou sua base no discurso da defesa social contra aqueles indivíduos que, em razão de sua genética ou meio social, estaria predeterminado a delinquir, dado ao seu determinismo criminológico, ameaçando todo o grupo social à sua volta e que estariam salvos desse determinismo.

Em consequência dessa união de paradigmas das duas escolas (positivista e clássica) a tese punitiva passou a calcar-se nos conceitos de culpabilidade (juízo para o passado) e periculosidade (juízo para o futuro). Surgiu, portanto, os binômios pena-culpabilidade e medida de segurança-periculosidade.

O Direito Penal passou a possuir a legitimidade para julgar a responsabilidade dos sujeitos com base no conceito obscuro da periculosidade, excluindo qualquer questionamento sobre sua culpabilidade.

Nesse contexto, para Ferrari

“a medida de segurança constitui uma providência do poder político que impede que determinada pessoa, ao cometer um ilícito-típico e se revelar perigosa, venha a reiterar na infração, necessitando de tratamento adequado para sua reintegração social.” (Ferrari, 2001, p. 15.)

A responsabilidade é um conceito de suma importância para o Direito Penal, pois é a partir dela que será verificada se o agente que cometeu o delito é capaz de responder por seus atos perante a lei e suportar a sanção imposta por esta. (CARVALHO, 2013, p. 499)

O Direito Penal entende que a responsabilidade aparece relacionada à “presença de condições mínimas de saúde mental para que alguém seja chamado a responder penalmente pelo crime que praticou”. (FUHRER, 2000, p. 58). Posto isto, os loucos são desresponsabilizados, dado que no momento da prática do crime, a racionalidade não habitava sua consciência. (RIBEIRO, 2006)

O Código Penal, no caput de seu art. 26, define a inimputabilidade psíquica, estabelecendo que o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado era, ao tempo da prática do ato ilícito, inteiramente incapaz de compreender a ilicitude do fato ou de determinar-se de acordo com essa percepção deve ser isentado de pena, não podendo sua conduta ilícita ser caracterizada como crime. (CARVALHO , 2013, p. 499)

Dado que o ato ilícito praticado pelo indivíduo com transtorno mental não pode ser tido como crime propriamente dito, não há o que se falar em aplicação de pena. Assim, o agente portador de transtorno mental em conflito com a lei irá sofrer uma sanção denominada de medida de segurança. (CARVALHO , 2013, p. 500)

Verifica-se, portanto, a fragmentação do sistema de responsabilidade criminal em dois diferentes discursos: sistema de culpabilidade (imputabilidade/pena) e sistema de periculosidade (inimputabilidade/medida de segurança). Desta forma, as medidas de segurança são fundadas na periculosidade do autor inimputável do fato definido como crime, com o objetivo de prevenir a prática de fatos puníveis futuros, tendo natureza preventiva e não retributiva como a pena. (CARVALHO , 2013, p. 501)

De acordo com Andrade (2004), para haver a aplicação da medida de segurança é necessário que sejam considerados três pressupostos básicos, quais sejam: a prática de um ilícito penal; a constatação da inimputabilidade do agente e a presença da periculosidade.

O primeiro pressuposto, como destaca Ferrari (2001), consiste em condição *sine qua non* para a aplicação da medida de segurança, isto é, somente aqueles considerados inimputáveis, de acordo com os critérios previstos pela lei (art. 26, caput), poderão cumprir a medida de segurança. (FERRARI, 2001)

Destaca-se que culpabilidade baseia-se no juízo de reprovação do indivíduo, isto é, a capacidade que este tem de compreender o caráter ilícito de seu ato. Por não

terem essa capacidade de compreensão, os indivíduos com transtorno mental em conflito com a lei, não podem ser considerados culpáveis. (RIBEIRO, 2006).

Como dito anteriormente, a periculosidade tem fundamento na capacidade intrínseca de se ter um comportamento reprovável que possa vir a causar algum dano à ordem social, ou seja, “mera possibilidade de que um sujeito venha a cometer fatos socialmente danosos à coletividade, colocando em risco a tranquilidade pública”. (FERRARI, 2001, p. 154)

O sujeito perigoso, isto é, aquele dotado de periculosidade, seria aquele que não possui capacidade mínima de compreender que aquela conduta praticada é ilícita, não conseguindo, portanto, atuar conforme as expectativas legais e sociais. Em decorrência dessa incapacidade de compreensão da ilicitude, a aplicação da pena torna-se inadequada e ineficaz, motivo pelo qual a pena é substituída pela medida de segurança e a finalidade retributiva da sanção é substituída pelo tratamento do agente. (CARVALHO , 2013, p. 502)

A periculosidade do autor do fato ilícito será auferida mediante o incidente de insanidade mental, que tem seu procedimento regulado pelo Código de Processo Penal em seu art. 149:

“Art. 149. Quando houver dúvida sobre a integridade mental do acusado, o juiz ordenará, de ofício ou a requerimento do Ministério Público, do defensor, do curador, do ascendente, descendente, irmão ou cônjuge do acusado, seja este submetido a exame médico-legal.” (BRASIL. Decreto n. 3.689, de 03 de outubro de 1941)

De acordo com o Art. 149 do referido diploma processual, sempre que houver dúvida a respeito da integridade mental do acusado, o juiz deverá ordenar, de ofício ou a requerimento das partes a perícia psiquiátrica, exame médico-legal adequado na constatação de transtornos mentais.

Desta forma, fica o médico legista responsável por atestar o grau de periculosidade do agente responsável pelo ilícito. Quanto a esta noção de periculosidade é possível perceber grande influência da escola positivista francesa na atualidade, dado que a periculosidade funda-se em uma pré-disposição que o indivíduo tenha em cometer um delito ou venha a reincidir.

A partir da constatação da periculosidade do agente e de seu diagnóstico, ambos verificados através do laudo médico, o reconhecimento desse estado de periculosidade produzirá efeitos sancionatórios, como a aplicação da medida de segurança.

A Medida de Segurança é, portanto, a medida aplicada aos sujeitos autores de crimes, diagnosticados como pessoas com transtorno mental, que no momento de sua ação ou omissão não eram capazes de compreender o caráter ilícito de seu ato, motivo pelo qual não podem ser responsáveis por seus atos, sendo declarados inimputáveis. A Medida de Segurança é aplicada ainda, para aqueles considerados semi-inimputáveis, ou seja, aqueles sujeitos que compreendem parcialmente o caráter ilícito de seu ato, causador do fato criminoso (GENTIL, 2012).

Assim, a medida de segurança implica na imposição da privação de liberdade do indivíduo imputável ou semi-imputável por tempo indeterminado, verificando-se uma desproporção com a magnitude da lesão jurídica causada. Nesse sentido, a medida de segurança difere da pena por não prever um limite máximo de reclusão, baseando-se este no “fim da periculosidade do agente”. (E. Raul Zaffaroni, *et al.* Direito Penal Brasileiro. Rio de Janeiro: Revan, 2003, p. 140)

A medida de segurança surgiu pela primeira vez no ordenamento brasileiro a partir do Código Penal de 1940, com a previsão do sistema duplo binário, inspirada no Código Penal Italiano de 1930, tendo sido incorporada pela maioria dos códigos penais ao longo do século XX. O Código Penal de 1940 estabelecia duas hipóteses de configuração da periculosidade: presunção legal ou declaração judicial (CARVALHO , 2013).

Com o sistema duplo binário era possível, que vigorou até 1984, a partir de um único injusto penal, a utilização de duas vias distintas de sanções criminais, ora a medida de segurança era utilizada como forma de complemento das penas, ora substituía a pena para os penalmente irresponsáveis. Assim, caso fosse constatada a periculosidade do agente, seriam aplicáveis pena e medida de segurança, conjunta e sucessivamente, ao imputável e ao semi-imputável (CARVALHO , 2013).

A partir desse sistema, um mesmo indivíduo poderia ser sentenciado, baseado no mesmo delito, a cumprir pena e medida de segurança. Primeiro cumpria-se a pena,

para depois cumprir a medida de segurança ad aeternum, até “curar-se” de sua patologia e demonstrar estar apto para o convívio social sem oferecer riscos. Aqui é notório o vínculo entre punir e tratar, pois havia tanto o reconhecimento da necessidade de um tratamento curativo àqueles inimputáveis quanto à conservação do caráter punitivo através da pena (MATTOS , 2006).

Destaca Almeida (2004) que segundo o Código de 1940 qualquer sujeito podia vir a ser considerado perigoso socialmente pelo Estado, sendo a medida segurança utilizada na suposição de futuros atos delinquentes, ou da ação reincidente por parte do agente com transtornos mentais em conflito com a lei, sob o argumento de defesa do bem público e da ordem social. (RIBEIRO, 2006)

Com o advento do Código Penal de 1969, há a adoção do sistema vicariante, tendo como consequência o abandono do sistema penal duplo binário, não sendo mais permitida a aplicação sucessiva da pena e da medida de segurança e sendo reduzida em dois a três terços a pena daqueles que possuíam parcial capacidade de entender o caráter ilícito do fato (CARVALHO , 2013).

O sistema vicariante passou a fundar-se em laudo psiquiátrico (perícia psiquiátrica) que determina a inimputabilidade do agente, isto é, o laudo irá atestar se o agente à época do ilícito penal era incapaz de entender a ilicitude do fato, ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, em razão de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, como dispõe o art. 26, caput do Código Penal (MATTOS , 2006).

A internação segundo o Código de 1969 deve ser fundada no grau de periculosidade do louco, deixando supostamente de lado a presunção de periculosidade do louco presente no Código Penal de 1940. Acontece que essa presunção foi retirada apenas do texto da lei, porque na prática, até os dias atuais, vigora de forma predominante o binômio louco-perigoso.

É possível ainda haver a aplicação da Medida de Segurança quando, durante o cumprimento de sua pena, o agente apresenta algum transtorno psíquico, conforme dispõe o Art. 41 do Código Penal Brasileiro.

Com o atual Código de Processo Penal há duas espécies de medidas de segurança: a internação psiquiátrica (art. 96, I) e o tratamento ambulatorial (art. 96, II),

sendo que o critério utilizado para escolher qual medida espécie da medida será aplicada se dá a partir da previsão genérica da gravidade do ilícito (detenção ou reclusão), conforme o disposto no art. 97 do CPP.

No caso da internação psiquiátrica o cumprimento da medida de segurança deve ocorrer nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) ou nas Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATPs) localizadas nas instituições carcerárias. Os Hospitais de Custódia e as Alas de Tratamento Psiquiátrico são enquadrados como Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs), anteriormente intitulados como manicômios judiciais, tendo sido criados no Brasil no século XX, mais especificamente na década de 1920 (DINIZ, 2013).

Ao longo do século XX, os Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico avocaram a titularidade no cumprimento das medidas de segurança, especialmente pelo estabelecido no Código Penal de 1940.

Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, como o próprio nome já diz, deveriam ser instituições voltadas ao tratamento dos agentes portadores de transtorno mental em conflito com a lei e ter por base características de hospitais, no entanto, essas instituições acabam se revelando instituições totais com características asilares e segregacionistas que se assemelham muito mais às penitenciárias do que a um hospital. Esse formato de penitenciária dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico é reforçada pela Lei de Execução Penal em seu art. 99, que se remete ao modelo carcerário e acaba formando um local de isolamento híbrido para seus destinatários (CARVALHO , 2013, p. 506).

A natureza híbrida dos HCTPs pode ser verificada a partir de suas funções: função prisão/custódia e a função hospital/tratamento, mobilizando com este caráter ambíguo duas ciências distintas, o da psiquiatria e o do direito penal, um encontrando no outro amparo e legitimidade (GENTIL, 2012).

A mudança na nomenclatura ocorrida com o Código Penal de 1984, que substituiu o termo manicômio judiciário e adotou o termo hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, em nada alterou a realidade vivida nessas instituições, visto que as características manicômias e segregacionistas continuam presentes no sistema atual (CARVALHO , 2013).

O tratamento ambulatorial, segunda espécie de aplicação da medida de segurança, se dá através do acompanhamento médico-psiquiátrico sem a obrigatoriedade de que o agente com transtorno mental permaneça recluso na instituição, como é o exemplo dos Centros de Atenção Psicossocial.

Na medida de segurança a pena que o louco infrator sofrerá é composta por um tratamento ambulatorial ou um regime de internação em um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, sendo constituída por um tempo mínimo (de 1 a 3 anos), mas nunca por um tempo máximo, podendo perdurar "*ad eternum*".

A conclusão é, portanto, uma só. A punição dos loucos é bem mais severa que a punição imposta aos sujeitos denominados "normais", dado que a internação, cumprida em razão da medida de segurança, não possui um prazo final, tornando-se uma espécie de prisão perpétua condicionada à cura do sujeito (destinatário) da medida de segurança, ou seja, uma condição, na grande maioria das vezes, utópica (JACOBINA , 2008).

A antropóloga Débora Diniz, em um censo realizado em 2011, descobriu que:

"No Brasil, pelo menos 25% (741) dos indivíduos em medida de segurança não deveriam estar internados por cumprirem medida de segurança com a periculosidade cessada, por terem sentença de desinternação, medida de segurança extinta ou internação sem processo judicial, ou ainda por terem recebido o benefício judicial da alta ou desinternação progressiva."

A única forma de cessação da medida de segurança e conseqüentemente da saída dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico é com o "milagroso" laudo pericial de cessação de periculosidade, atestando que o indivíduo não apresenta mais risco à sociedade ou a si próprio podendo, portanto, voltar ao convívio social (DINIZ, 2013).

Essa condicionante legal, de cessação da periculosidade, é muito criticada dado que não há um conhecimento, nem mesmo de ordem científica, que seja capaz de assegurar, com absoluta certeza e segurança, se o sujeito é perigoso ou não, se vai voltar a delinquir ou não, fato que acaba contribuindo a permanência eterna desses indivíduos nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, sob o argumento sombrio da periculosidade.

## 2.2 Reforma psiquiátrica

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira teve início a partir da indignação e revolta dos profissionais da área de saúde (especificamente saúde mental), integrantes do movimento sanitário, dos familiares e dos próprios sujeitos destinatários da aplicação da medida de segurança, muitas com histórico de internações de longa duração, ultrapassando, inclusive a previsão máxima de cumprimento de pena (30 anos). De acordo com Furtado e Campos (2005, p. 110) esse movimento teria surgido no cenário do final da década de 1970, marcado por um processo de lutas pela redemocratização do país, iniciado pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que culminou na criação da Luta Anti-manicomial (MOTA, 2013).

O movimento pela Reforma Psiquiátrica marcou-se pela luta dos direitos dos indivíduos portadores de transtornos mentais, em busca do resgate do status de cidadão que lhes fora tirado no momento em passaram a ser intitulados de loucos. A partir dessa conscientização, ainda que interna em um primeiro momento, foram sendo denunciadas as condições asilares dos antigos Manicômios Judiciais, atuais HCTPS, e as atrocidades que neles eram cometidas, além da cronificação dos internos que eram segregados nessas instituições de horror (MOTA, 2013).

A Lei nº 10.216 de 2001, conhecida como Lei Anti-manicomial ou Lei da Reforma Psiquiátrica, foi uma verdadeira conquista do movimento anti-manicomial, que veio com o objetivo de humanizar o tratamento dado aos “loucos infratores”, reformulando a atenção à saúde mental, retirando o foco do tratamento em instituições hospitalares de modelo asilar para uma rede de atenção psicossocial, a ser instituída em unidades de serviços comunitários e abertos (SILVA, 2010).

Esses questionamentos e inconformidade com o tratamento dado aos infratores que possuem transtornos mentais culminaram na promulgação da Lei de Reforma Psiquiátrica em 2001, que, diga-se de passagem, tramitou no Congresso Nacional por quase 12 anos. Daí dizer que a lei foi uma verdadeira conquista e não uma concessão dado pelo Estado (GENTIL, 2012).

Esse modelo humanizador, proposto pela Reforma Psiquiátrica, abrange, entretanto, a hipótese de internação compulsória, como bem prevê o art. 6º, parágrafo único, III, da Lei nº 10.216:

"Art. 6º - A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.  
Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:  
I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;  
II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e  
III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça."

A partir desta lei é necessário que se uma nova visão e interpretação das medidas de segurança, tanto por parte do Código Penal quanto por parte da Lei de Execução Penal, dado que, agora, ao submeter o agente inimputável ou semi-inimputável à medida de segurança, deverá o juiz dar preferência ao tratamento ambulatorial, escolhendo pela internação compulsória somente em último caso, isto é, "quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes" (art. 4º, caput da Lei 10.216). Ainda que o fato praticado pelo agente seja passível de reclusão, deve o aplicador do direito preferir pelo tratamento ambulatorial, mesmo que o Código Penal preveja em seu art. 97 o contrário (SILVA, 2010).

Todavia, havendo a necessidade a indicação de internação, esta deve obedecer aos limites impostos pela Lei 10.216 e pela Portaria nº. 2.048/2009 – art. 422, sendo obrigatório laudo médico circunstanciado que caracterize os motivos da internação, devendo este, necessariamente, ser anterior a esta (CNS, 2012).

A Lei nº 10.216, repudia o recolhimento do indivíduo em cumprimento de medida de segurança em manicômio judiciário, hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, cadeias ou qualquer outro estabelecimento prisional, tendo em vista que o que o paciente precisa de cuidados médicos e de assistência psicossocial, e não de ser segregado e ter seus direitos violados. As internações em instituições de caráter asilar, além de irem contra a Lei Anti-manicomial, podem caracterizar até crime de tortura, previsto no art. 1º, parágrafo 1º, da Lei nº 9.455/97, respondendo também aquele que se omite quando tinha o dever de apurar a conduta (parágrafo 2º), sendo agravada quando praticada por agente público (parágrafo 3º) (SILVA, 2010).

Em julho de 2002, foi aprovado o Plano Nacional de Saúde para o Sistema Penitenciário, reconhecendo que a população de internos confinada nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico são também responsabilidade da área de saúde, demonstrando já algum avanço desde o advento da lei (GENTIL, 2012).

A partir de uma nova realidade normativa, com a Lei nº 10.216 e as mais diversas portarias, abriu-se um leque de opções e a possibilidade das medidas de segurança não serem mais reguladas somente pelo Código Penal e pela Lei de Execução Penal, como eram anteriormente.

Surgem, com o advento dessa lei, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), designados a funcionar como alternativa às internações psiquiátricas, sendo tidos como referência de ambiente e de tratamento para os indivíduos com transtornos psíquicos.

Ao contrário das internações psiquiátricas compulsórias que incentivam e nutrem o isolamento, a dessocialização e a exclusão social, os CAPS têm como objetivo a inclusão social, bem como a utilização de cuidados clínicos que não sejam invasivos e a reabilitação psicossocial. Esses Centros promovem a autonomia, a cidadania e a responsabilidade do paciente, de modo que este possa ser valorizado e tratado dignamente, sem ter seus direitos infringidos (GENTIL, 2012).

A partir desse programa, dos Centros de Atenção Psicossocial, é verificada uma mudança paradigma, de forma que a Medida de Segurança passa a ser aplicada não mais sob a égide da segurança pública, mas sob a perspectiva da saúde pública, sendo o Sistema de Único de Saúde a base.

### **2.3 A internação compulsória dos indivíduos com problemas decorrentes do uso abusivo de drogas**

A internação compulsória dos indivíduos com problemas decorrentes do uso abusivo de drogas, mais comumente chamados de dependentes químicos, é um assunto que vem gerando polêmica e estigmas não apenas no âmbito jurídico como também nos âmbitos da saúde e social (CNS, 2012).

Por ser um instituto híbrido, a internação compulsória tem sido debatido entre os profissionais do Direito, da área da saúde (médicos, psiquiatras, enfermeiros,

psicólogos), sociedade e gestores públicos (responsáveis por implementarem políticas públicas) (CNS, 2012).

Antes de iniciar a discussão a respeito da atual problemática que vem sendo enfrentada pela internação compulsória deve ser elucidada a diferença entre os institutos da internação compulsória e da internação involuntária. A internação compulsória é uma medida judicial aplicada por um juiz togado, representante do Poder Judiciário, que incide sobre um indivíduo geralmente em conflito com a lei; enquanto que a internação involuntária é uma decisão médica que recai sobre um paciente em um momento de extrema necessidade, dado ao estado crítico apresentado pelo sujeito (objeto da medida), a pedido de outra pessoa, geralmente algum ente familiar ou até mesmo o próprio médico, sem o consentimento do usuário (CNS, 2012).

As internações devem ocorrer somente após terem sido esgotadas todas as possibilidades de tratamento extra-hospitalar, mas, havendo a necessidade dessa modalidade ela deve ser voluntária, isto é, mediante consentimento do indivíduo (através de termo de consentimento livre e esclarecido). É possível que uma internação voluntária venha a transformar-se em involuntária (quando o paciente que ingressou voluntariamente na unidade passa a ser mantido contra a sua própria vontade). No caso de ocorrer essa modificação, ou seja, no caso de uma internação voluntária tornar-se involuntária, o fato deve ser comunicado ao Ministério Público em até 72 horas sob pena de se caracterizar um ilícito (CNS, 2012).

Já a Internação Psiquiátrica Involuntária ocorre quando requisitada pelo profissional médico que acompanha o paciente ou pela família e essa modalidade deve ser comunicada pelo serviço de saúde ao Ministério Público, bem como a desinternação, e deve ser análise de Comissão Revisora de Internações Involuntárias (CNS, 2012).

A internação compulsória é aquela fixada por medida judicial, isto é, por um juiz competente (art. 6o, III, da lei n. 10.216/2001 e art. 423, IV, § 4o da Portaria MS n. 2.048/2009) e deve observar a legislação vigente e com ela estar em conformidade. Para que isso ocorra deve o juiz se ater às “[...] condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e

funcionários”, conforme dispõe o art. 9º da lei nº. 10.216/2001. As medidas judiciais autorizadoras da Internação Psiquiátrica Compulsória (IPC) são:

Art. 26, caput, CP: Medida de Segurança - aplica-se a medida de segurança, em primeiro lugar, àquele que no momento da ação ou omissão seja absolutamente incapaz de compreender a ilicitude do seu ato ou de se comportar de outra forma em virtude de transtorno mental (compreendido em sentido amplo, o que engloba o “desenvolvimento mental retardado”)

Art. 319, VII, CPP: internação provisória do acusado nas hipóteses de crimes praticados com violência ou grave ameaça, quando os peritos concluírem ser inimputável ou semi-imputável (art. 26 do Código Penal) e houver risco de reiteração.

Por decorrer de decisão judicial, na internação compulsória a autorização dos familiares não é exigida, podendo a medida ser requerida por médico ou pelo próprio Ministério Público, no caso de ser verificado que o paciente portador de transtorno mental representa risco para si e para a sociedade. Sendo assim, dada a seriedade dos males que podem vir a acometer o portador de transtorno mental ou os “perigos” que este pode vir a causar à sociedade, no caso da família permanecer omissa o legislador atribuiu ao Estado-Juiz a o dever de fixar a medida quando demonstrar-se necessária e justificável, dado que o Estado não pode exonerar-se do seu dever constitucional de garantir o direito à saúde dos cidadãos, conforme preceitua o art. 96 da Constituição Federal:

"Art. 196. 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 universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação."

Quanto à internação compulsória (Art. 6º, Lei n. 10.216/2001 e art. 423 da Portaria n. 2.048/2009), existem algumas modalidades quais são: Internação Psiquiátrica Voluntária (IPV); Internação Psiquiátrica Voluntária que se torna Involuntária (IPVI); Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI); e Internação Psiquiátrica Compulsória (IPC) (CNS, 2012).

Em relação à internação compulsória, é pertinente levantar uma problemática que vem sido enfrentada pelo Judiciário, qual seja a “epidemia do crack”. É sabido que o uso de drogas é um problema, que vem sendo acentuado não apenas nos últimos anos, como também nas últimas décadas (da década de 60 até os dias atuais), e que vem sendo fortemente fomentado pela aparição do crack.

Principalmente após a epidemia do crack, o Judiciário começou a se deparar com uma massificação de pedidos de internações compulsórias de dependentes químicos. Houve um aumento desproporcional, praticamente em um nível exponencial, de forma que atualmente estamos enfrentando um abarrotamento do Judiciário e das próprias Instituições (HCTPs). Pelo fato da lei ser lacônica, isto é, só falar que a internação compulsória é aquela determinada pela justiça, as vias judiciárias viraram um vale tudo e a medida da internação compulsória se tornou uma exclusão oficializada, “precisa de vaga, então pede a internação compulsória”.

Mediante o abarrotamento do Judiciário e a necessidade de resposta a essas inúmeras demandas, a possibilidade de internação dos usuários de entorpecentes passou a ser fundamentada na Lei nº 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais (COELHO & OLIVEIRA, 2014).

Com essa panacéia de internações, há uma ocupação prejudicial, que não foi prevista, do abarrotamento do Judiciário e do espaço físico (Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico) que foi primeiramente destinado aos portados de transtornos mentais em conflito com a lei, o que conseqüentemente vem ocasionando a ineficácia do próprio sistema.

É uma realidade que o crack é uma substância psicoativa ilícita e que o seu uso abusivo, pode vir a caracterizar um transtorno mental, configurando-se um problema de saúde mental pública o qual deve, portanto, vir a ser enfrentado conjuntamente sob a perspectiva da Lei nº. 10.216/2001, que disciplina a atenção em saúde mental e os direitos das pessoas com transtorno mental, e da lei 11.343, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (COELHO & OLIVEIRA, 2014).

O Art. 28 da Lei nº. 11.343/2006 (Lei de Entorpecentes), caracteriza o usuário de drogas e determina as seguintes penas: I - advertência sobre os efeitos das drogas; II - prestação de serviços à comunidade; e III - medida educativa de comparecimento à programa ou curso educativo. Ressalta-se que a Lei não prevê internação, mas sim que a determinação do juiz ao Poder Público para que seja colocada à disposição do infrator, gratuitamente, estabelecimento de saúde, preferencialmente ambulatorial, para tratamento especializado.

Sob o prisma da necessidade de um tratamento especializado que possuem os sujeitos atingidos pela referida Lei (11.343/2006) o Conselho Nacional de Justiça, na intenção de obstar as medidas restritivas de liberdade de prazo indeterminado e visando a eficácia e ao bom desempenho da atividade jurisdicional com relação à atenção e reinserção social de toxicômanos, em seu provimento de nº 4, artigo 3º, parágrafo 2º, preconiza que: “A atuação do Poder Judiciário limitar-se-á ao encaminhamento do usuário de drogas à rede de tratamento, não lhe cabendo determinar o tipo de tratamento, sua duração, nem condicionar o fim do processo criminal à constatação de cura ou recuperação”.

Estudos realizados comprovam que a internação, ainda mais sendo compulsória, e a segregação desses indivíduos dependentes de substâncias tóxicas ilícitas tem revelado ser prejudicial ao próprio sujeito e, conseqüentemente, ao tratamento, fazendo com que o indivíduo venha a sucumbir novamente às drogas quando liberado.

Essas instituições mais atrapalham do que ajudam, prova disso é o movimento anti-manicomial. Deve, portanto, o juiz ser sábio ao decidir e analisar se de fato a internação será o melhor caminho ao usuário.

A questão é que em decorrência do “surto do crack” desenvolveu-se uma política assistencial e preventiva que passou a utilizar-se dos órgãos repressivos do Sistema Penal para tentar solucionar problemas que não são verdadeiramente de ordem criminal, atribuindo ao Direito Penal e Processual Penal a incumbência de solucionar esse problema social (JACOBINA , 2008).

Nesse cenário, no qual pretende-se oferecer uma resposta rápida e eficiente ao problema social do crack, ocorre o revigoramento das internações compulsórias dos usuários de substâncias ilícitas (JACOBINA , 2008).

É importante destacar que o movimento pela internação compulsória dos toxicômanos revela-se como sendo mais uma medida “higienista”, a mesma que foi amplamente utilizada para segregar os loucos. Não podemos, portanto, nos deixar levar por essa falsa “epidemia” do crack e condenar pessoas, que tem alternativas de tratamento muito mais interessantes e eficazes do que o isolamento, como os CAPS – AD, realidade já existente no Distrito Federal.

Esses sujeitos, objetos das internações compulsórias, rotulados de cracudos também foram injustamente endemonizados como o foi a figura do louco, passando a não mais ser vistos como pessoas mas, meros fantasmas. E como fantasmas não devem e nem merecem ser vistos pela sociedade motivo pelo qual a única resposta dada é o seu segregamento (BIAR , 2013).

Desta forma é possível observar uma institucionalização do “problema do crack” e do “cracudo”, passando o indivíduo, ou melhor, o seu fantasma a ser o novo vilão, sendo tido, segundo essa visão de mundo, como o antimodelo, o sujeito que deu errado ou que deve ser salvo, ou melhor, segregado, a todo e qualquer (quer queira, quer não) (BIAR , 2013).

Os indivíduos tanto aqueles tidos como primitivos, isto é, os incompreendidos, quanto àqueles que se auto intitulam civilizados, na busca e construção de suas respectivas identidades grupais, tendem sempre a identificar “o outro”, o diferente, o estranho, o indesejado, para além dos limites de suas concepções particulares de humanidade. É por isso que os loucos e agora, os cracudos, foram escolhidos, isto é, foram selecionados porque há uma necessidade social latente de identificação e exclusão que vai sendo atualizada em busca do novo “outro”, de um novo excluído (BIAR , 2013).

A reforma anti-manicomial surge em protesto à onda de medicalização imposta pela psiquiatria como solução da loucura, na tentativa de desconstituir o abundante “exército” de pacientes internos aos hospitais psiquiátricos, frutos da massificação das internações compulsórias. (PACHECO, 2005)

Os próprios saberes psiquiátricos foram colocados em evidência e passaram a ser questionados, surgindo com isso novas formas de concepções de saúde, de loucura e até mesmo da ciência. (BIRMAN, 1999)

Nota-se que estamos passando da centralidade da medicação da vida para a judicialização da vida, ao trocar a psiquiatria pelo judiciário, de forma que o grande fantasma da periculosidade vai ganhando força quando tomada como fundamento da fixação da medida compulsória.

## 2.4 Centros de atenção psicossocial

O Brasil, de acordo com o censo realizado em 2011 pela antropóloga Débora Diniz, possui 23 Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e 3 Alas de Tratamento Psiquiátrico, localizadas em complexos penitenciários. Destaca-se que os estados do Acre, Amapá, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Roraima e Tocantins não possuem nenhum tipo de Estabelecimento de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, sejam Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou Alas de Tratamento Psiquiátrico, levando a conclusão de que as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei nesses estados cumprem suas medidas de segurança em presídios comuns e delegacias locais, o que revela-se um absurdo (DINIZ, 2013)

A extinção progressiva das instituições asilares e o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental através da utilização de medidas alternativas revelam-se como uma exigência para a recuperação da dignidade dos "doentes mentais" e dos indivíduos com problemas decorrentes do uso abusivo de drogas, tendo surgido como resposta a essa exigência os Centros de Atenção Psicossocial (DINIZ, 2013).

A partir da Lei nº 10.216/2001, é possível verificar que houve uma mudança de paradigma, a questão do louco infrator deixa de ser visto pela lente unicamente penal, sob o prisma da segurança pública e passa a ser acolhida pela visão e pelos serviços da saúde pública, sendo o SUS o espaço de atendimento desses pacientes, conforme preceitua o art. 1º da Portaria n. 94 de janeiro de 2014:

"Art. 1º Fica instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, vinculado à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional" (PNAISP)

Ressalta-se que o art. 2º, parágrafo único, item "IX" da Lei nº. 10.216/2001 determina que a pessoa com transtorno mental possui o direito de ser tratada preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental, bem com a ONU (1991) determinou que todo usuário de saúde mental terá direito a ser tratado no ambiente menos restritivo possível, com o tratamento menos restritivo ou invasivo, apropriado às suas necessidades de saúde e à necessidade de proteger a segurança física de outros.

Cuidar passa a ser incluir e buscar tratamentos e medidas alternativas que venham de fato a contribuir para a melhora e integração desses, e não mais excluir ou segregar, optando-se pela internação nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e instituições análogas apenas em último caso.

Os CAPS surgiram na década de 80 e desde então vieram ganhando força, somando atualmente mais de quatrocentas unidades. No ano de 2002 passaram a receber uma linha específica de financiamento do Ministério da Saúde. O serviço prestado por esses centros são de natureza municipal, sendo serviços de saúde que oferecem atendimento diário aos indivíduos portadores de transtornos mentais, realizando o tratamento e o acompanhamento desses sujeitos e a reinserção social desses indivíduos nas mais variadas esferas (social, profissional, familiar, lazer, etc).

Esses Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são resultado do movimento vitorioso da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que demonstra o futuro da saúde mental a partir de uma rede substitutiva, isto é, uma medida alternativa aos Hospitais Psiquiátricos no país.

O Movimento da Reforma Psiquiátrica tem como principal objetivo o deslocamento, de forma progressiva, do tratamento dos indivíduos portadores de algum transtorno, seja mental ou decorrente do uso abusivo de drogas e álcool, para fora do hospital e de outras instituições de caráter asilar, em direção à comunidade e à família, sendo os CAPS eleitos como os dispositivos estratégicos desse movimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE , 2004).

A partir desse novo prisma surgiu o Centro de Atenção Psicossocial Luiz Cerqueira, primeiro CAPS no Brasil, localizado em São Paulo e não qual foram sendo experimentadas as novas práticas do que passou a ser visto como o “novo cuidar”, tendo todas as suas ações e tratamentos voltados para a Atenção Psicossocial (MOTA, 2013).

Com a vedação de internações em instituições asilares e com o discurso cada vez mais frequente em prol do desaparecimento dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, foi necessário buscar alternativas para o tratamento desses pacientes em confronto com a lei. Surgindo com isso, alguns programas que se utilizam dos paradigmas da Reforma Psiquiátrica para seu funcionamento, como é o

caso do PAI – PJ (Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário) em Minas Gerais e do PAILI (Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator) em Goiás (DINIZ, 2013).

O estado de Goiás não possui nenhum Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou Alas de Tratamento Psiquiátrico, sendo que os indivíduos com transtorno mental em conflito com a lei cumprem suas medidas de segurança em liberdade, a partir de um programa diferenciado que é de responsabilidade da Secretaria de Estado de Saúde. (BRASIL, 2011; SILVA, 2010)

O PAI – PJ foi o primeiro projeto, tendo sido iniciado em março de 2000, baseando-se no acompanhamento interdisciplinar e promovendo a mediação entre o processo jurídico, o tratamento e as interações sociais do paciente com a comunidade. (CAMPOS, 2001). Já o PAILI surge em 2003, no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde.

Os CAPS integram o Sistema Único de Saúde (SUS) e atualmente são regulamentados pela Portaria/GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002, que reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade desses centros de atendimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE , 2004).

O foco desses programas é a reinserção social desses indivíduos, marcada pelo contínuo contato com os familiares dos pacientes e pela interlocução e integração do sistema de saúde mental, principalmente os CAPS e as residências terapêuticas (SILVA, 2010).

Esses Centros visam ainda substituir o modelo híbrido das instituições asilares, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania, que antes era retirada desses indivíduos (pessoas com transtorno mental e indivíduos com necessidades decorrentes do uso de drogas), e da inclusão social dos pacientes e de suas famílias (MINISTÉRIO DA SAÚDE , 2004).

De acordo com o SUS, os Centros de Atenção Psicossocial se estabeleceram como:

“(...) dispositivo fundamental do modelo de atenção psicossocial substitutivo ao hospital psiquiátrico, ressaltando sua função estratégica de articulador da rede de serviços, e a necessidade de potencializar parcerias intersetoriais e de intensificar a comunicação

entre os CAPS, a rede de saúde mental e a rede geral de saúde, contemplando as dimensões intra e intersetoriais.” (SUS, 2010, p. 69).

Percebe-se, portanto, que os CAPS primam pela interdisciplinaridade e pela representatividade, na tentativa de extinguir, de uma vez por todas, a característica asilar das antigas instituições (manicômios judiciais), objetivo este que encontra-se presente no próprio termo “Atenção Psicossocial” (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2011).

Os sujeitos destinatários dos serviços oferecidos pelos CAPS são aqueles que possuem transtornos mentais severos e/ou permanentes, estando incluindo nessa classificação os indivíduos portadores de transtornos relacionados ao uso abusivo de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas), bem como crianças e adolescentes com transtornos mentais (MINISTÉRIO DA SAÚDE , 2004).

Segundo o Ministério da Saúde, os CAPS são divididos em quatro tipos:

1) CAPS I e CAPS II: direcionado ao atendimento diário à população de abrangência de adultos portadores de transtornos mentais severos e/ou permanentes.

2) CAPS III: direcionado ao atendimento diário e noturno à população de referência de adultos portadores de transtornos mentais severos e/ou permanentes, com funcionamento nos sete dias da semana.

3) CAPSi: direcionado ao atendimento diário à crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais.

4) CAPS – AD: direcionado ao atendimento diário aos indivíduos portadores de transtornos decorrentes do uso abusivo e dependentes de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas, possuindo leitos de repouso com a exclusiva finalidade de tratamento de desintoxicação.

Os CAPS dos tipos I, II e III dedicam-se a pacientes portadores de transtornos mentais severos e permanentes, os quais podem ser usuários de álcool e outras substâncias psicoativas. Entretanto, o uso de álcool e outras drogas é secundário à condição clínica de transtorno mental, isto é, o tratamento a ser realizados nesses CAPS não terão como objetivo principal a desintoxicação de seus pacientes mas, o tratamento do transtorno mental em si. Os indivíduos cujo principal problema é o uso abusivo e prejudicial de álcool e outras drogas devem ser destinados aos CAPSad,

que tem como foco do tratamento a desintoxicação de seus pacientes (MINISTÉRIO DA SAÚDE , 2004).

No Distrito Federal temos os quatro tipos de CAPS espalhados por todo território sendo encontrados em Asa Norte (CAPSI), Guará (CAPSad), Paranoá (CAPSII), Sobradinho (CAPSad), Samambaia (CAPSIII), Ceilândia (CAPSad) e Taguatinga (CAPSII e CAPSadi).

#### *2.4.1 Centro de atenção psicossocial álcool e drogas*

Os Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas foram instituídos em 2002, com objetivo de oferecerem atendimento diário as pessoas com necessidades decorrentes o consumo prejudicial e abusivo de álcool e outras drogas (lícitas ou não). A proposta desses centros é a de oferecer um tratamento humanitário e individualizado (tratamento medicamentoso, assistência psicoterapêutica, internação domiciliar, etc), visando a reinserção dos pacientes na vida familiar e social, eliminando todo e qualquer estigma associado ao tratamento e aos indivíduos que a ele são submetidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE , 2004).

Para que isso seja possível, esses centros encontram-se apoiados em leitos psiquiátricos hospitalares para que, sendo necessário, seja possível a internação desses indivíduos em um local especializado e adequado para seu tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE , 2004).

É possível que os CAPS-AD venham a atuar ainda de forma preventiva a partir do trabalho direto com a comunidade na qual encontra-se inserido por meio de campanhas conscientizadoras para impedir que a população tenha o primeiro contato e venha a fazer o uso contínuo de substâncias psicoativas (MINISTÉRIO DA SAÚDE , 2004).

A lógica utilizada nessa forma de atuação é a da Redução de Danos, calcada em práticas voltadas para reduzir o uso do álcool e outras drogas e conseqüentemente, suas conseqüências desastrosas (MINISTÉRIO DA SAÚDE , 2004).

Embora a Redução de Danos seja um discurso oficial, a política está longe de ser uma realidade brasileira, não havendo nenhuma aplicabilidade ou sequer um

planejamento consolidado. Sendo que, no ano de 2011, quando o Ministério da Saúde editou a Portaria nº 3.088/2011, que estabeleceu a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) não havia uma previsão clara de financiamento federal para a aplicabilidade da política (TÓFOLI, 2015).

Com a oficialização da Rede de Atenção Psicossocial, em 2011, foi sendo implementado, ainda que gradativamente, programas de atenção primária à saúde destinados à parcela marginalizada da população (portadores de transtornos mentais e dependentes químicos), firmando-se como uma tentativa de redução de danos (TÓFOLI, 2015).

Nesse cenário de redução de danos e com a busca de ressocialização e reintegração desses indivíduos, estigmas da sociedade foram sendo criadas ações preventivas e paliativas, como foi o caso dos CAPS-AD. Dentre as ações preventivas contra o uso de substâncias psicotrópicas encontra-se o repasse de informações sobre os danos que o uso desses elementos trazem não só à saúde mas à vida daqueles que o fazem de forma abusiva como aos familiares destes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

No entanto, embora os CAPS-AD tenham sido criados com o objetivo de ter seu atendimento voltado aos indivíduos portadores de transtornos decorrentes do uso abusivo e dependentes de substâncias psicoativas, o método assistencial utilizado, pelo menos inicialmente, era o mesmo que o utilizado para o tratamento de transtornos mentais (TÓFOLI, 2015).

O equívoco justifica-se dado que o uso abusivo de substâncias psicotrópicas pode ocasionar o desenvolvimento de transtornos, tendo sido incluída na CID-10 de 1993, classificação (de F10 à F19) exclusivamente direcionada aos transtornos mentais que são desenvolvidos em decorrência do uso abusivo dessas substâncias (DORNELLES, 2012).

Cada transtorno, contido na classificação da CID-10, está vinculado à uma substância psicoativa, lícita ou não, como: álcool (F10); opiáceos (F11); canabinóides (F12); sedativos e hipnóticos (F13); cocaína (F14); outros estimulantes, inclusive a cafeína (F15); alucinógenos (F15); fumo (F16); solventes voláteis (F17); e outras substâncias psicoativas (F19) (DORNELLES, 2012).

O consumo isolado de substância psicotrópica não caracteriza-se como transtorno mental mas, somente a *intoxicação aguda*, conforme prevê a CID-10 ao definir do que trata-se esta:

Estado consequente ao uso de uma substância psicoativa e compreendendo perturbações da consciência, das faculdades cognitivas, da percepção, do afeto ou do comportamento, ou de outras funções e respostas psicofisiológicas. As perturbações estão na relação direta dos efeitos farmacológicos agudos da substância consumida, e desaparecem com o tempo, com cura completa, salvo nos casos onde surgiram lesões orgânicas ou outras complicações. Entre as complicações, podem-se citar: traumatismo, aspiração de vômito, delirium, coma, convulsões e outras complicações médicas. A natureza destas complicações depende da categoria farmacológica da substância consumida assim como de seu modo de administração. (CID-10)

O transtorno mental que muitas vezes é diagnosticado e tratado nos CAPS-AD podem ter decorrido do uso abusivo dessas substâncias (F10 – F19) ou podem ser totalmente desvinculado do vício de modo que a dependência só agrave o transtorno (DORNELLES, 2012).

Assim, ao utilizar um método que não é próprio para a recuperação dos dependentes químicos muitas vezes o tratamento ambulatorial oferecido demonstra-se pouco eficaz, não sendo capazes de tratar dos usuários em suas crises de abstinência, encaminhando-os, portanto, à serviços especializados, ou seja, condenando-os ao regime de internação. (TÓFOLI, 2015)

O tratamento ambulatorial oferecido pelos CAPS-AD em alguns casos demonstram-se ineficientes pois, o seu objetivo central é a reinserção social dos indivíduos dependentes em álcool e outras drogas sendo que seu público principal é composto por indivíduos que encontram-se no estágio de abstinência e necessitam de um tratamento diferenciado. (TÓFOLI, 2015)

Desta forma, percebe-se que o modelo assistencial oferecido não é o mais adequado com o contexto em que se encontra. Num cenário em que a grande maioria dos usuários encontra-se em uma situação de abstinência não é eficiente aplicar uma política apenas de caráter preventivo, é necessário que seja ofertado o tratamento ambulatorial adequado para que esses indivíduos não necessitem de internação. (TÓFOLI, 2015)

A CID-10 classifica a *síndrome de dependência* como sendo:

"Conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao **desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas consequências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades** e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e por vezes, a um estado de abstinência física.

A síndrome de dependência pode dizer respeito a uma substância psicoativa específica (por exemplo, o fumo, o álcool ou o diazepam), a uma categoria de substâncias psicoativas (por exemplo, substâncias opiáceas) ou a um conjunto mais vasto de substâncias farmacologicamente diferentes (Alcoolismo crônico; Dipsomania; Toxicomania)". (CID-10)

Tendo em vista o que é a síndrome de dependência, especialistas explicam que o consumo de drogas, principalmente o de crack, possui um padrão, conforme se verifica:

O padrão de consumo intenso, contínuo e repetitivo de crack, chamado de binge, é provocado pela fissura e pode durar dias até que o suprimento de droga termine, ou que haja a exaustão do usuário. Esses ciclos intermitentes de doses repetidas de crack, seguidos de parada abrupta em seu consumo, estão associados a sinais e sintomas da retirada, caracterizados por mal-estar físico e psicológico (CHAVES et al, 2011)

Embora os CAPS-AD já existam há treze anos e já tenham conquistado muitos avanços o programa ainda revela-se deficitário quanto às necessidades dos usuários de substâncias psicoativas. Muito se deve ao fato dos CAPS-AD exigirem a abstinência dos usuários que encontram-se em tratamento.

Essa abordagem acaba fracassando pois, quando o indivíduo dependente encontra-se em uma situação de fissura este sente uma necessidade incontrolável de ingestão da droga, de forma que a impossibilidade do paciente de saciar sua vontade causa-lhe forte angústia sendo o sujeito acometido de pensamentos obsessivos (delírios psicóticos) de formas de obtenção do crack e acaba cedendo ao vício (CHAVES et al, 2011).

Ao ceder ao seu instinto primário de necessidade da droga, o paciente torna-se refém de sua própria escolha, ou melhor, pela falta dela. A partir de um histórico de sucumbência ao vício, o que é perfeitamente justificável por encontrar-se em uma situação de dependência, ter seu juízo de autodeterminação afetado e sem ter o

tratamento ambulatorial adequado, a família do paciente acaba desacreditada de sua recuperação recorrendo ao Judiciário que acaba dando a aplicação da medida internação compulsória como resposta.

### **3 A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E SUA APLICAÇÃO PELO JUDICIÁRIO**

#### **3.1 Metodologia**

A presente pesquisa consiste em uma abordagem quantitativa e qualitativa desenvolvida a partir da análise jurisprudencial dos acórdãos do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios, tendo por objetivo as demandas de internação compulsória em decorrência do uso abusivo de substâncias psicotrópicas.

A parte quantitativa da pesquisa teve início com a delimitação do objeto de pesquisa, qual seja, o discurso empregado nas decisões referente às demandas de internações compulsórias dos indivíduos que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. Instituído, portanto, as decisões judiciais (mais especificamente os acórdãos) como as unidades de observação da pesquisa. Os questionamentos que foram feitos ao longo da pesquisa, principalmente para restringir a abrangência do resultado da pesquisa e não perder o foco objetivado, foram: Quem requereu a internação compulsória? Qual o discurso empregado nas decisões? São muito diferentes as decisões de primeiro grau para as de segunda instância ou há apenas a construção de um único discurso? Houve algum tipo de determinação temporal? Qual unidade foi escolhida para o cumprimento da internação? Há alguma relação entre drogas e loucura?

O objeto de pesquisa foi definido pela pesquisadora baseado no seu interesse e inquietação no uso de um discurso pré-determinado pelo Poder Judiciário que adota a desinstitucionalização porém, profere decisões que não visam o tratamento e a recuperação do indivíduo usuário de drogas, e sim a sua segregação.

Já a parte qualitativa do presente trabalho possui um caráter crítico-analítico, desenvolvido através do exame e investigação dos fundamentos ditos e não-ditos de cada decisão, levando-se em consideração os aspectos subjetivos das decisões. Com a pesquisa qualitativa busca-se entender o real significado do fenômeno da internação compulsória e sua repercussão no âmbito social e individual.

O levantamento dos dados se deu por meio da elaboração e do preenchimento de formulários de coleta de dados (anexo), baseado nos questionamentos iniciais, contendo todas as informações relevantes dos processos analisados, o que tornou o

trabalho mais organizado e prático, havendo uma maior facilidade na fase de comparação das decisões.

A seleção dos processos e conseqüentemente das decisões foi feita através de pesquisa jurisprudencial no tópico intitulado de “jurisprudência avançada” no sítio do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (<http://www.tjdft.jus.br/>), dado que o foco deste trabalho encontra-se na verificação do cenário das internações compulsórias no Distrito Federal. A escolha pela busca virtual dos julgados se deu em razão da celeridade da pesquisa e da segurança das informações obtidas, dado que os acórdãos foram retirados de site oficial administrado e regido pelo próprio Tribunal.

Todas as decisões judiciais pesquisadas e tidas como base para este trabalho são de domínio público, ou seja, não houve análise de nenhum processo que tramitasse em segredo de justiça.

O uso indevido do Judiciário, visto que o problema enfrentado pelos usuários de droga, quando não estão em conflito com a lei, é uma questão de saúde e de políticas públicas, acabou encontrando no Direito Penal e no Processual Penal respostas, ou melhor, um discurso que se revela prejudicial a esses indivíduos que são vítimas do sistema.

Nesse contexto e guiada pelo pensamento criminológico crítico escolhi o instituto das internações compulsórias com enfoque na atual problemática do crack para ser o objeto de pesquisa na tentativa de desmistificar que existe, de fato, uma “epidemia de crack” legitimadora e justificadora do isolamento dos usuários de drogas nas instituições intituladas como específicas.

Com o objeto de pesquisa já devidamente delimitado o próximo passo seria iniciar a análise das decisões. A primeira consulta realizada no sítio do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios se referiu ao argumento “internação compulsória” tendo sido encontrados 137 processos, sendo 136 acórdãos e 1 decisão de Turma Recursal.

Ao iniciar a análise das decisões, sob o argumento apenas de internação compulsória, verifiquei inúmeros processos que não se referiam ao objeto de pesquisa almejado, processos esses que tratavam de conflito de competência (Vara de Família x Vara de Entorpecentes), dosimetria de pena nos casos de tráfico de drogas,

condenação de menores infratores ao cumprimento de medidas socioeducativas, legitimidade do curador em requerer a medida (âmbito cível), dentre outros temas que em nada contribuiriam para a presente pesquisa.

A partir dessa primeira verificação cheguei à conclusão de que teria que delimitar ainda mais a abrangência do meu objeto de pesquisa, ou seja, teria que buscar uma forma de filtrar melhor as decisões de forma que pudesse avançar com o estudo.

Sendo assim, realizei nova busca, agora utilizando um argumento mais delimitado, utilizando-me das expressões “internação compulsória” e “drogas”, tendo sido encontrados 74 acórdãos, dos quais 32 foram analisados.

Ao longo da análise dos 32 acórdãos selecionados constatei que o argumento de pesquisa ainda era muito amplo para que a análise não fosse superficial.

Foi necessário delimitar o motivo da internação compulsória, a fim de que as decisões analisadas tivessem conexão com o tema abordado no trabalho, qual seja, drogas e portadores de transtorno mental (“loucos”).

Com base nessa percepção realizei uma nova busca na qual o novo argumento de pesquisa utilizado foi “internação compulsória”, “drogas” e “transtorno mental”, tendo sido encontrados 20 processos.

Esse argumento de pesquisa foi utilizado no interesse de verificar se no âmbito jurídico vem sendo feita equiparação do usuário de substâncias psicoativas aos indivíduos portadores de algum transtorno mental, o que pode ser verificado pela própria classificação da CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) contida no rol de doenças F10 à F19 que classifica os “transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa”.

O interesse nessa verificação justifica-se no argumento, comumente utilizado nos relatórios psiquiátricos, de que o uso abusivo de substâncias psicotrópicas leva o dependente químico a desenvolver um ou até mesmo vários transtornos mentais.

Entretanto, não é a regra e a hipótese é de que, caso essa equiparação esteja sendo feita nas decisões é possível que isso reflita diretamente, de uma forma negativa, no tratamento dos indivíduos que fazem o uso abusivo de substâncias

entorpecentes, visto que o modelo ambulatorial da dependência química é completamente diferente do transtorno mental.

Diante desse contexto, necessário se fez verificar sobre o aspecto implicitamente narrativo das decisões que possuem um papel especial no processo de justificação (MACCORMICK, 2008).

O ponto a ser verificado é se tem sido construído um silogismo ou alguma forma de deducionismo por parte do Judiciário na aplicação do instituto das internações compulsórias (MACCORMICK, 2008).

Pois, a aplicação de um método dedutivo na argumentação jurídica vai contra ao princípio do Estado de Direito e torna as decisões em meras imposições arbitrárias, sem qualquer base consistente, levando à tomada de decisões equivocadas, isto é, acaba-se formando um discurso falacioso e criador de valor-verdade (MACCORMICK, 2008).

A adoção de um discurso criador de valor-verdade demonstra ser um problema quando o “fato bruto” em si, isto é, o fato real passa a ser concebido como um “fato institucional” havendo, portanto, uma resignificação das normas.

A partir dessa construção nota-se que a postura adotada pelo Judiciário é exatamente como descreveu Neil MacCormick:

“O ponto aqui é garantir que o mundo se encaixe às minhas palavras, não que as palavras se encaixem no mundo tal como ele já se apresenta. Formas assertivas e descritivas (incluindo as formas descritivo-interpretativas) de vocalizar algo produzem sentenças que têm valor-verdade, e nisso elas se opõem às formas imperativas de vocalização, tais como aquelas que encontramos nos atos de legislação e emissão de ordens.” (MACCORMICK, 2008, p. 84)

Em outras palavras, o que tem ocorrido e espera ser verificado com a presente pesquisa é exatamente o fato de que o Judiciário encaixa o problema social das drogas em suas palavras, ou melhor, suas decisões e não o contrário.

O certo seria adequar a decisão ao problema social e a partir da aplicação das normas e das políticas públicas buscar a solução mais eficaz. Entretanto, o que tem sido observado é a aplicação da teoria da verdade-correspondência que atribui

valor-verdade a elementos que possuem uma correspondência exata ao “fato bruto”. Assim, somente são consideradas verdadeiras as afirmações com as quais o “fato bruto” corresponda.

Com isso o fator “correspondência” torna-se inaceitável pois, a afirmação da decisão não pode ser considerada verdadeira em seu próprio critério de verdade, ou seja, a decisão judicial não pode ser baseada no problema social e ter como único elemento justificador o próprio problema.

Isto vale dizer que não pode continuar o que vem sendo aplicado, isto é, não pode ocorrer a criação de uma regra baseada na ingênua e equivocada teoria da verdade-correspondência”, qual seja, “sempre que houver uso abusivo de drogas então, internação compulsória”.

Sob essa perspectiva, a análise qualitativa das decisões mostrou-se necessária a partir de dois questionamentos principais: a necessidade de aferição se, de fato, vem ocorrendo uma equiparação entre dependentes químicos e sujeitos portadores de transtorno mental e se o instituto da internação compulsória vem sendo utilizado de forma genérica, quando deveria ser uma medida excepcional, conforme a previsão do art. 4º da Lei nº 10.216/01.

Após a seleção dos acórdãos iniciou-se a segunda parte da pesquisa que consistiu na elaboração de um formulário, aplicado a todas as decisões, o qual foi preenchido a partir de informações retiradas dos próprios acórdãos. O formulário continha informações gerais dos processos como: o número de identificação do acórdão analisado; o requerente e o requerido da medida da internação compulsória; e informações específicas como: o fundamento utilizado pelo requerente para o deferimento da medida compulsória; elemento volitivo do sujeito objeto da internação; teor da decisão de 1º grau e seus fundamentos; teor da decisão de 2º grau e seus fundamentos; se foi determinada, caso procedente o pedido de internação compulsória, a instituição à qual se daria o cumprimento da internação e; se foi determinado um período mínimo de internação.

As primeiras informações, referente às questões mais gerais do processo, foram utilizadas principalmente na fase de análise quantitativa da pesquisa, e que as informações mais específicas foram direcionadas à análise qualitativa.

Os formulários foram preenchidos pela própria pesquisadora, com o intuito de que fosse adotado um padrão analítico, facilitando, posteriormente, a fase qualitativa da pesquisa.

Todos os acórdãos que serviram de base para a análise qualitativa foram diferenciados dos demais a partir da utilização de um “!” indicador de sua peculiaridade, decisória ou factual.

Depois de reunidos todos os dados, quantitativos e qualitativos, passou-se à análise individualizada de cada decisão, o que levou à uma análise conclusiva apresentada ao final do capítulo.

### **3.2 Análise quantitativa**

Ao todo, foram selecionadas 52 decisões, todas salvas e separadas de acordo com o argumento decisório utilizado tendo sido formado, assim, o primeiro banco de dados do presente trabalho.

Das 52 decisões selecionadas foram analisadas minuciosamente 40. Os 12 acórdãos restantes foram descartados pois não eram pertinentes ao tema da presente monografia por tratarem de objeto diverso como conflito de competência; internação de menor de idade submetido à medida socioeducativa; tráfico de drogas e outros.

Como foram analisados acórdãos frutos de dois argumentos de pesquisa diferentes, sendo o primeiro argumento o de “internação compulsória” e “drogas” e o segundo argumento utilizado “internação compulsória”, “drogas” e “transtorno mental”, que foram cruzados os números dos acórdãos para que não houvesse uma dupla análise a respeito do mesmo processo.

Dos 40 acórdãos que foram analisados, 36 decidiram pela internação compulsória sendo que: 22 mantiveram a sentença; 4 reformaram a sentença; 6 cassaram a sentença e; 4 concederam antecipação de tutela por meio de interposição de agravo de instrumento.

Apenas 4 das decisões analisadas optaram pela não aplicação da internação compulsória: - isto significa dizer que - 90% dos pedidos analisados foram favoráveis

à internação compulsória, enquanto que em apenas 10% dos casos foi negada a sua aplicação.

Já nessa primeira análise é possível identificar que o problema não está na “epidemia do crack” mas, na epidemia de decisões impensadas e genéricas que visam a uma política higienista e buscam resultados rápidos.

O intuito é resolver o problema social das drogas a partir do isolamento desses indivíduos, considerados “fantasmas sociais”, sem efetivamente buscar o tratamento mais adequado.

Um fato que foi extraído a partir dos formulários foi que, normalmente, ao aplicar o instituto da internação compulsória o julgador não se preocupa em determinar em qual instituição o indivíduo, objeto da internação, deverá cumpri-la.

A indicação da instituição onde a medida compulsória deveria ocorrer só foi determinada em 6 decisões, sendo que nas demais os magistrados contentaram-se com a indicação de que a medida deveria ser cumprida em instituição pública ou no caso de insuficiência de vagas em instituição particular às custas do Distrito Federal.

Não há, portanto, uma preocupação nesse sentido.

Outro ponto que chamou atenção foi o fato de não haver qualquer menção quanto ao período de internação mínimo ao qual o dependente químico deveria ser submetido. Somente em 2 decisões foi delimitado o período mínimo de 1 ano para a internação compulsória. Outros 2 acórdãos determinaram de forma totalmente genérica e nada esclarecedora “período que seja suficiente”.

Ainda para a análise qualitativa foi verificado que das 40 demandas por internação compulsória 11 foram propostas pelas mães dos usuários; 8 pelos próprios usuários; 16 através de representação (os dependentes representados por curador, geralmente algum ente familiar) e; 5 foram propostas por outros familiares tendo, uma demanda proposta pelo pai, três proposta pelos irmãos e uma proposta pelo filho.

Isso nos faz concluir que os pedidos de internação compulsória foram, em sua grande maioria, proposta pelos próprios usuários dependentes, correspondendo a 24 das 40 ações propostas.

A partir desses números diversos questionamentos vão surgindo e pouquíssimas respostas são extraídas. Um instituto que deveria ser aplicado em último caso, somente após todos os outros meios ambulatoriais terem sido tentados acaba sendo usado e aplicado de forma genérica, causando mais problemas do que solucionando efetivamente o problema desses dependentes químicos que precisam de tratamento.

Pelo próprio nome “internação compulsória” imaginava-se que este instituto viesse a ser requerido em peso pelos familiares o que pela breve análise quantitativa verifica-se o contrário.

A partir desse dado inesperado, um questionamento logo surgiu: o que tem levado esses indivíduos que são intitulados como “perigosos”, “problema social”, “marginais” e possuem, pelo menos é o que vem sendo dito nas decisões, seu poder de autodeterminação comprometido a optarem por essa medida drástica? Seria a falta de tratamento ofertado? Ou então a qualidade do tratamento ambulatorial? Qual meio demonstraria uma maior eficácia? Como tem o Judiciário respondido à essas demandas?

Todos esses questionamentos foram melhor aprofundados na análise quantitativa das decisões, a seguir.

### **3.3 Análise qualitativa**

Nesta parte do capítulo foi desenvolvida a análise qualitativa das decisões e desde o primeiro momento, ainda no início da leitura dos acórdãos, já foi possível identificar no fundamento dessas decisões discursos completamente mecânicos, baseados principalmente na existência de um laudo, na citação dos artigos 196 e 198 da Constituição Federal bem como os artigos 204 e 207 da Lei Orgânica do Distrito Federal.

Os supramencionados dispositivos tem como ponto em comum considerarem que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” que por essa razão deve ser garantida através de políticas sociais, econômicas e ambientais. Pelo menos é o que dispõem os artigos 196 da Constituição Federal e o 204 da Lei Orgânica do

Distrito Federal. Já os outros artigos, 198 da CF e 207 da LODF, instituem as atribuições do Sistema Único de Saúde.

A partir dessa generalidade decisória observou-se a utilização de termos-chave como: “periculosidade”; “laudo médico circunstanciado”; “a saúde é direito de todos e dever do Estado”; “coletividade” “ausência de autodeterminação” e “risco”.

Com base nesses termos-base das decisões foi possível ter uma ideia de qual seria o verdadeiro discurso por trás das decisões prolatadas pelos magistrados, um discurso fundamentado na conveniência social com um caráter preventivo assistencial que utiliza-se do Direito Penal para dar respostas à sociedade e não ao problema em si que é o tratamento mais adequado aos dependentes químicos.

Pelos dados extraídos da pesquisa restou evidente que decisões equivocadas, prolatadas por juízes de 1º grau, têm sido ratificadas por desembargadores experientes que, não deveriam fazer meras subsunções das normas aos casos concretos, o que gera a manutenção de decisões limitadas e a perpetuação da ideologia da defesa social.

O mais surpreendente é que sequer há uma tentativa de aplicação do discurso social de uma forma sutil ou menos explícita conforme pode ser observado dos trechos das decisões abaixo transcritos:

“AGRAVO DE INSTRUMENTO - INTERESSE DE AGIR - EXISTÊNCIA - INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA - INTERDITADO JUDICIALMENTE - NECESSIDADE PREENCHIMENTO DOS REQUISITOS AFASTADO - DECISÃO MANTIDA 1) - Há interesse de agir quando necessária a intervenção judicial para dar provimento ao direito almejado. 2) - **Tratando-se de parte interditada não há que se falar no elemento volitivo para sua internação.** 3) - **A internação compulsória foi criada para os casos em que a vontade do doente é desprezada em prol da coletividade.** 4) - **Recurso conhecido e não provido.**” (Acórdão n. 545470, 20110020128780AGI, Relator Luciano Moreira Vasconcellos, 5ª Turma Cível, julgado em 26/10/2011, DJ 08/11/2011 p. 110) (g. n.)” (Grifo nosso)

“Há relatório médico atestando que o recorrido “é dependente grave de álcool, necessitando de uma primeira dose matinal para aliviar sintomas físicos, como tremores, enjôos, mal estar, sensação de grande fadiga”, bem como que, “quando bêbado, muda grandemente de comportamento, **tornando-se agressivo e algo persecutório.**”

[...]

Além disso, **o agravado é pessoa interditada, não dispondo de capacidade para decidir sobre sua internação, como afirma nas**

**contrarrazões ao agravo, restando, portanto, desprovida a tese de que o tratamento de vício só tem sucesso quando a parte estiver de acordo com a medida, como sustenta o agravante.”** (Acórdão n.654919, 20120020242716AGI, Relator: João Egmont, 5ª Turma Cível, Data de Julgamento: 20/02/2013, Publicado no DJE: 22/02/2013. p. 151) (Grifo nosso)

“A meu sentir, portanto, a decisão combatida não merece reparos, pois a finalidade curativa que se persegue ainda não foi atingida, haja vista os laudos colacionados relatarem que o **quadro do paciente não se encontra estabilizado e que ele não possui suporte familiar para auxiliá-lo quando em liberdade**. Assim sendo, o aguardo até a realização de nova perícia está em consonância com os ditames legais e **visa a garantir não só o objetivo de proporcionar condições para que o apenado se reintegre à sociedade sem o risco de voltar a delinquir, como também resguardar a coletividade de uma forma geral.**” (Acórdão n.866724, 20150020050162RAG, Relator: José Guilherme, Relator Designado: João Batista Teixeira 07/05/2015, Publicado no DJE: 18/05/2015. p. 119) (Grifo nosso)

No último trecho decisório juntado, referente ao acórdão de nº 866724, nota-se que o desembargador pune o agravante pelo abandono de sua família, ou seja, o julgador, que deveria pautar sua decisão no que for melhor ao dependente químico acaba optando pelo abandono (mais uma vez) em benefício da sociedade. Como se o sujeito pudesse fazer algo para que o abandono não tivesse ocorrido. Houve, portanto, um duplo abandono, o da família do paciente e o do Estado (através do magistrado).

A partir da análise dos trechos supratranscritos é perceptível que a cidadania desses indivíduos é retirada por completo, não sendo seus direitos levados em consideração na hora da aplicação do poder decisório. A perda aqui não se dá apenas diante dos efeitos civis como também diante os efeitos morais, o sujeito dependente de substância psicotrópica, aos olhos da sociedade e do Judiciário, perde sua “alma”. Verifica-se uma onda de efeitos na qual o sujeito dependente químico deixa de ser visto como um indivíduo passando a ser considerado uma “coisa” incapaz de se autodeterminar e por isso, sendo considerado um risco social que deve ser remediado através de seu isolamento.

Essa “visão”, ou melhor, a perda dela, no sentido deixar de “ver” o dependente químico como um sujeito de direitos que merece amparo e tratamento para encara-lo como um receptáculo de periculosidade, tem sido amplamente adotada e difundida pelo Judiciário e que foi confirmada pelas palavras do Ministro Luís Roberto Barroso

no julgamento do Recurso Extraordinário nº 635.659, de acordo com o trecho abaixo transcrito:

“O crack muda a equação do problema das drogas, porque ele transformar as pessoas num corpo sem alma”

A partir dos trechos dos votos analisados, é possível verificar que há todo um discurso em prol do que seria melhor para a sociedade prevalecendo, portanto, o interesse social em detrimento da decisão mais adequada a sujeito dependente químico.

Ao longo da pesquisa realizada foi observado que as decisões acima mencionadas não estão isoladas e nem vão contra ao que tem sido aplicado pelo Judiciário quando o assunto em questão é o instituto da internação compulsória, conforme será demonstrado através de outras decisões selecionadas.

Nos acórdãos ora analisados, com a aplicação da ideologia da defesa social foram sendo criadas dicotomias como “doente x normal”, “indivíduo x sociedade”, “periculosidade x bem-estar social”. O resultado do surgimento dessas dicotomias, não só no âmbito jurídico como também no social, é a instauração do sentimento de insegurança e de uma “epidemia do crack”.

Em uma das decisões analisadas, referente ao Acórdão de nº 843255 que julgou o Habeas Corpus impetrado pela Defensoria Pública do Distrito Federal contra decisão interlocutória proferida pelo Juiz de Direito da Vara Criminal e do Tribunal do Júri de Brazlândia determinando a internação compulsória, o juiz de 1º grau proferiu a seguinte decisão:

**“O fato de o acusado, neste momento, mostrar-se calmo e sem sinais de agressividade, por si só, não se mostra suficiente a ensejar a revogação da decisão que determinou sua internação compulsória.** Como bem dito pelo órgão ministerial, o requerente apresenta alto de grau de periculosidade, tendo praticado diversos crimes contra o patrimônio, **sendo que sua liberdade coloca em risco à garantia da ordem pública** e pode comprometer o andamento da instrução criminal.

Assim, assiste razão ao órgão ministerial quando afirma **que a necessidade de tratamento médico não é motivo para a revogação da medida cautelar de internação**, sendo que é dever do Estado prover os meios necessários a fim de garantir ao acusado a medicação necessária, devendo a Defensoria Pública atuar nesse sentido.

Posto isso, INDEFIRO o pedido formulado, e mantenho a decisão de fls. 35/36 por seus próprios fundamentos.

Encaminhem-se cópias das fls. 39/42 ao diretor da ala de tratamento psiquiátrico da Penitenciária Feminina do Distrito Federal, solicitando informar quais medidas foram adotadas para a aquisição dos medicamentos necessitados pelo requerente.” (Grifo nosso)

Mais uma vez, uma decisão que opta pela internação compulsória não por esta se revelar a medida mais adequada ao indivíduo viciado em substâncias psicotrópicas mas, visando, como colocado pelo julgador de 1º grau, à “garantia da ordem pública”.

Absurda se mostra tal decisão, dado que o magistrado ignora por completo o laudo médico que atesta a melhora do sujeito objeto da medida compulsória justificando tal ato decisório na periculosidade do agente.

O laudo do caso ora analisado (Acórdão de nº 843255) continha o seguinte teor:

Relatório Sobre Samuel de Jesus Alves. Paciente chegou a ATP em bom estado, calmo, cooperativo, com déficit cognitivo, com uso de medicação (Risperidona e Caclumazepina). Em anamnese c/ (...), e em análise de relatórios médicos, percebo que o paciente vinha sendo acompanhado por dois psiquiatras na comunidade. Desta forma, **o paciente não estava mais em crise quando foi internado na ATP.** Paciente portador de retardo mental. Mantem-se sempre calmo, sem agitação, sem agressividade, porem com pobreza de pensamento e déficit cognitivo. **Não dispomos das medicações que o paciente toma e a mãe está trazendo. O paciente pode fazer tratamento ambulatorial. Lembro que o risco de usar drogas na ATP é mais que o risco da rua e o paciente tem condições de ser acompanhado pelos psiquiatras que o acompanham na rua.**

Com esse julgado nota-se que o laudo psiquiátrico só é levado em conta quando sinaliza positivamente pela internação do dependente químico, como verificado nos demais casos analisados. Agora, quando o laudo conclui pela melhora e pela cessação da medida este é desconsiderado por completo sendo resgatado o laudo que primeiro apontou a periculosidade do agente.

Mesmo com a indicação do profissional adequado (médico psiquiatra) pelo tratamento ambulatorial do sujeito objeto da internação compulsória e diante o alerta que este mesmo o faz sobre a possibilidade do dependente vir a utilizar de drogas mais facilmente no estabelecimento prisional (ATP), o juiz de 1º grau ainda assim optou pela aplicação da medida.

Mediante a decisão absurda foi impetrado um *Habeas Corpus* no qual foi concedida a ordem para que o paciente aguardasse a realização de novo laudo psiquiátrico em liberdade.

No decorrer da análise dos acórdãos teve um em particular que se destacou por apresentar duas opiniões completamente distintas e divergentes entre os desembargadores que compunham a Turma Julgadora, que foi o caso do Acórdão de nº 866724, que já foi citado no início da análise.

O caso em questão trata-se de um Agravo em Execução interposto pela Defensoria do Distrito Federal em favor de Aloisio Pereira de Souza, contra decisão prolatada pelo Juízo da Vara de Execuções Penais do Distrito Federal que denegou seu pedido de extinção de pena.

O Agravante foi sentenciado em 9 (nove) meses de detenção pela prática prevista no art. 129, § 9º do Código Penal tendo sua pena sido substituída por medida de segurança na modalidade de internação compulsória pelo período mínimo de um ano.

Ocorre que o sentenciado ficou de 18 de março de 2013 à 21 de maio de 2014 preso cautelarmente, tendo sido transferido para a Ala de Tratamento Psiquiátrico posteriormente em decorrência de ser dependente químico.

O desembargador relator do processo ao votar entendeu que a decisão de 1º grau não merecia reforma dado que a finalidade curativa da medida compulsória ainda não havia sido atingida “haja vista os laudos colacionados relatarem que o quadro do paciente não se encontra estabilizado e que ele não possui suporte familiar para auxiliá-lo quando em liberdade”. E que, por isso, o sentenciado deveria aguardar a realização do laudo sob custódia do sistema prisional com o objetivo de garantir a reintegração do indivíduo dependente químico à sociedade, bem como proteger a sociedade de todo o perigo oferecido pelo sujeito objeto da medida acautelatória, tendo em vista o perigo de sua reincidência.

Em sentido contrário votou o vogal que compreendeu que o melhor caminho a ser adotado é o do tratamento do sujeito e não sua segregação no sistema penitenciário, ainda mais quando já preenchido os requisitos para que o indivíduo não mais permaneça encarcerado, conforme demonstra trechos destacados de seu voto:

“Penso que não cabe a nós aplicadores do direito assumir que as palavras "tratamento curativo" foram escolhidas a esmo, e fazê-las significar "necessidade de isolamento da sociedade em face da periculosidade do agente".

“No plano legal, o texto frio do art. 98, do CP, informa que o requisito essencial para a "substituição" da pena é a necessidade de "especial tratamento curativo" para o "condenado" e não para a "sociedade", o que nos leva a entender que o que se busca salvaguardar é a saúde do agente em um primeiro plano e a segurança pública apenas em plano reflexo.

A expressão "especial tratamento curativo" parece-nos clara no sentido de que a verdadeira preocupação do legislador é a saúde do semi-imputável durante o cumprimento de sua pena, nada mais.

O art. 98, do CP, ao prever a substituição da pena, que na condenação é dosada na medida da culpabilidade do agente (e não de sua periculosidade), está prevendo hipótese de aplicação de medida de segurança ao indivíduo culpável, ou seja, não se cuida de um juízo lastreado na periculosidade do agente, pois, tratando-se de indivíduo culpável, a sanção penal fundar-se-á na censurabilidade de sua conduta pretérita, e não no perigo à sociedade de suas condutas futuras.”

erigo à sociedade de suas condutas futuras.”

O recurso de Agrado foi provido por maioria, tendo sido o voto do relator vencido, como deveria o ser. O que deve ser levado em conta, como 1º vogal relator bem descreveu, é o interesse do dependente químico e não o da sociedade.

Outro caso que possui relevância em ser destacado é o Acórdão de nº 793.053, referente a um Agravo de Instrumento interposto contra decisão que denegou o pedido de internação compulsória do filho da Agravante.

A Agravante, mãe do dependente químico embasou seu pedido no fato do filho já ser usuário de múltiplas drogas, inclusive de crack, e que mesmo tendo sido submetido ao tratamento ambulatorial dos CAPS – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, o tratamento não surtiu qualquer efeito, em razão das inúmeras recaídas de seu filho dependente. Ressaltou que por seu filho não aderir ao tratamento, a única situação aconselhável seria a internação compulsória deste.

Ao julgarem o referido caso os desembargadores entenderam pelo não provimento do agravo nos votos do relator que foi no sentido dos trechos retirados:

“[...] a internação compulsória deve ser reservada a situações extremas, carecendo de elementos robustos que apontem a completa impossibilidade do paciente de se acomodar no seio da família.

Nesse sentido, se mostra conveniente que o magistrado consulte especialistas sobre a necessidade do recolhimento, podendo inclusive determinar interrogatório e a realização de exame pericial antes do deferimento da medida, exatamente como deixou antever a decisão ora objurgada.

Na hipótese em apreço, a prova coligida não deixa dúvidas de que o filho da agravante é usuário contumaz de drogas. Todavia, os documentos médicos coligidos aos autos não demonstram que o

paciente esteja em situação premente de risco ou que não exerça o domínio sobre suas faculdades mentais.

Embora se noticie a ocorrência de agressões e a dificuldade de convívio sócio familiar do filho da agravante, não existe nos autos qualquer elemento de prova que evidencie a verossimilhança dessas alegações, seja por um boletim policial, seja por comprovação de internação recente em razão do uso abusivo de drogas ou qualquer tentativa de autoextermínio.” (Acórdão n.793053, 20140020023178AGI, Relator: Ana Cantarino, 6ª Turma Cível, Data de Julgamento: 28/05/2014, Publicado no DJE: 03/06/2014. p. 153)

Nesse sentido, é necessário que o julgador faça uma avaliação qualitativa dos laudos, como este o fez. O simples fato da existência de um laudo não pode ser o fator determinante para o deferimento da internação compulsória. Deve portanto, o magistrado atentar-se para o verdadeiro motivo do pedido tendo em mente que o bem-estar do dependente químico deve ser tido como a prioridade e não o interesse social ou familiar.

Entretanto, não é o que vem sendo aplicado. A análise das decisões nos permite concluir que a verificação dos laudos se dá de forma genérica e seletiva. Caso o laudo ateste pela periculosidade do agente e pela necessidade de internação compulsória este é levado em consideração para conceder a medida. Caso contrário, na hipótese de o recomendar a orientação do dependente químico a tratamento ambulatorial aberto nas instituições adequadas, cite-se CAPS e Comunidades Terapêuticas, estes são descartados.

A grande maioria dos acórdãos apresenta uma concessão genérica da medida como pode ser observado a partir da ementa abaixo, referente ao acórdão de nº 888169:

"CONSTITUCIONAL. APELAÇÃO CÍVEL E REMESSA DE OFÍCIO. OBRIGAÇÃO DE FAZER. DIREITO À SAÚDE. DEVER DO ESTADO. INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA INVOLUNTÁRIA. DEPENDÊNCIA QUÍMICA.

1.A saúde é direito de todos e dever do Estado a garantia dos meios necessários à sua promoção, proteção e recuperação, tal como proclama o artigo 196 da Carta Magna, sendo certa a obrigação do Distrito Federal em promover o adequado tratamento a quem não detenha condições de fazê-lo com recursos próprios.

2.Evidenciado por meio dos relatórios médicos o cumprimento dos requisitos impostos na Lei nº 10.216/2001 para a internação involuntária do portador de transtorno mental e dependente químico, correta a sentença que impõe ao Distrito Federal o dever de providenciar a medida.

3.Apelo e remessa oficial desprovidos.

(Acórdão n. 888169, 20140110231225APO. Relator: Mario-Zam Belmiro, Revisor: João Egmont, 2ª Turma Cível, Data de Julgamento: 12/08/2015, Publicado no DJE: 20/08/2015. p.: 117)"

Basicamente os argumentos utilizados para a concessão da medida compulsória foram que a saúde é um direito de todos, pautando-se unicamente no dispositivo constitucional (art.196, CF) e na existência de laudo médico atestando a periculosidade do agente.

Ou seja, o fato bruto (consumo excessivo de drogas) vem sendo definido como fato institucional sem ao menos ser submetido à um processo de verificação e interpretação o que vem causando uma redefinição das políticas públicas voltadas às drogas.

A aplicação de forma genérica deste instituto não se coaduna com os princípios da Lei nº 10.216/2001, especificamente em seu art. 4º que afirma que a internação compulsória “só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”.

Deve-se ter em mente também que, muitas vezes, os Centros de Atenção Psicossocial não são capazes de oferecer o melhor tratamento adequado aos dependentes químicos que vão em busca de tratamento ambulatorial, como já foi melhor explicitado no capítulo 2.

Sob essa perspectiva, ao longo das decisões foram encontrados vários relatos da ineficiência do tratamento ofertado pelos CAPS, como pode ser verificado pelos trechos abaixo destacados:

“No relatório médico encartado aos autos e no qual a médica psiquiatra da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Teresinha da Graça Duarte (CRM-DF 2845), recomenda a internação compulsória do paciente Élcios Martins **“em uma clínica cuja vigilância dificulta ou impeça a sua evasão”, salientando, ainda, que “o CAPS não tem capacidade para tal” (fl. 34).**” (Acórdão n.786726, 20130111002200APC, Relator: Carmelita Brasil, Revisor: Waldir Leôncio Lopes Júnior, 2ª Turma Cível, Data de Julgamento: 07/05/2014, Publicado no DJE: 09/05/2014. Pág.: 125)

“O recorrente já se submeteu a várias internações, com diagnóstico de dependência de drogas. Em março de 2014, há notícia de que o contrato com a Clínica Recanto e o Distrito Federal não poderia ser prorrogado e que o réu foi liberado para tratamento semi-intensivo no CAPS-AD. Por esse motivo, **determinou-se a internação em estabelecimento prisional público (fls. 416/417), diante de nova recaída do condenado.**” (Acórdão n.866724, 20150020050162RAG, Relator: José Guilherme, Relator Designado: João Batista Teixeira, 3ª Turma Criminal, Data de Julgamento: 07/05/2015, Publicado no DJE: 18/05/2015. Pág.: 119)

“A prova testemunhal indica que o filho da autora, além de portador de doença mental e dependente químico, **reluta em dar continuidade a**

**tratamento na rede pública de saúde mental do DF (CAPS), da qual é paciente desde 2010.”** (Acórdão n. 864121, 20130110380123RMO. Relator: Jair Soares, 6ª Turma Cível, Data de Julgamento: 29/04/2015, Publicado no DJE: 05/05/2015. p. 258)

“(…) é possível extrair o grave estado do demandante e motivação técnica sugestiva da necessidade da internação em clínica para tratamento para dependência química, em vista da ineficácia do tratamento ambulatorial e em clínicas de regime aberto”(Acórdão n.764748, 20120111348173RMO. Relator: Angelo Canducci Passareli, 5ª Turma Cível, Data de Julgamento: 26/02/2014, Publicado no DJE: 28/02/2014. p. 232)

Sendo assim, cediço se faz que a análise dos laudos psiquiátricos apresentados nos pedidos de internação compulsória consiste em verificar a qualidade do mesmo e as razões que muitas vezes se escondem nos argumentos contidos nesse documento médico.

Conclui-se que o efeito da generalização da aplicação da medida compulsória de internação possuiu duas causas: o despreparo do tratamento ambulatorial ofertado pelos CAPS e pelas Comunidades Terapêuticas e as decisões imediatistas e impensadas prolatadas pelos magistrados e não a falsa ideia da “epidemia do crack”. Assim, é verificada uma (re)definição das políticas públicas a partir da aplicação distorcida das mesmas.

### **3.4 Análise das decisões**

A partir da análise quantitativa e qualitativa das decisões é possível verificar que as internações compulsórias são, na verdade, medidas higienistas que apenas estão interessadas em remover os dependentes químicos das ruas, isto é, do campo de visão social sem, de fato, apresentarem uma resposta eficaz ao problema.

De nada adianta tratar a consequência se não tratarmos a sua causa, ou seja, devemos agir na raiz do problema e não em seu resultado. O dito “problema social do crack” não será solucionado com a segregação do fantasma do cracudo, que tanto nos assombra, mas através de uma ação conjunta envolvendo Estado (políticas de públicas de recuperação e (re)integração do dependente químico), Saúde (tratamento psíquico e físico) e Sociedade (integração de forma que de um contexto e ofereça oportunidades a esses indivíduos).

Ao aplicarmos o instituto penal da internação compulsória estamos transferindo o problema, isto é, estamos apenas remediando sem nos preocuparmos com qualquer tipo de prevenção. Para o Estado, que se vê representado pelo Judiciário, é mais fácil marginalizar do que incluir, como pode ser observado neste trabalho.

O Judiciário deve ter em mente que estamos lidando com um problema que não possui uma solução juridicamente simples nem eficaz à curto prazo. Trata-se de uma questão na qual predomina escolhas trágicas com um custo muito alto, tanto do ponto de vista social quanto do indivíduo marginalizado.

Constata-se que nas decisões analisadas não são levadas em conta duas questões de suma importância ou que, quando consideradas pelos julgadores são distorcidas, quais sejam: o contexto social no qual o indivíduo, objeto da internação compulsória se encontra inserido, e a consequência prática que a decisão prolatada irá ter.

O resultado prático da medida decisória (internação compulsória) deve ser o elemento decisivo da mesma, de forma que vise alcançar o melhor resultado possível. Entretanto, afere-se que, nas decisões em questão, o resultado prático revela ser não o tratamento mais adequado ao dependente químico mas, o interesse social em não ter que lidar com incômodo causado por esses indivíduos.

Quanto ao contexto social, tem-se que a realidade concreta deveria ser determinante para a escolha do remédio efetivo, o que evidentemente não está sendo alcançado.

O grande problema que estamos enfrentando é que o Direito, mais especificamente o Direito Penal e Processual Penal, está sendo utilizado como um laboratório de experimentação, testando alternativas, na tentativa de verificar o que funciona ou não funciona.

Não se pode continuar insistindo em algo que não funciona e apresenta resultados mais danosos do que eficazes, necessário se faz ceder aos fatos. Não é escondendo o problema que iremos resolvê-lo. Devemos portanto, enfrentá-lo, refletindo sobre qual o meio adequado para lidar com o vício e todo o efeito causado pela “epidemia do crack”.

Nesse contexto, cabe ao julgador ponderar e buscar pela decisão que ocasione as melhores consequências possíveis para a sociedade mas, principalmente para o indivíduo portador de dependência química, que é o principal atingido, revelando-se a maior vítima de todo o quadro.

O dependente acaba mostrando-se vítima duas vezes. Primeiramente, ao se entregar ao vício, torna vítima de sua própria escolha e, posteriormente, acaba sendo vitimado pelo sistema.

Ao invés de apresentar uma solução e amparar as verdadeiras vítimas da situação, os portadores de dependência química, o Judiciário acaba condenando-os ao confinamento. O que está discute-se aqui é a necessidade de os julgadores aplicarem as medidas mais eficazes e constitucionalmente adequadas e não simplesmente atribuir toda a responsabilidade ao Estado apenas no aspecto financeiro de arcar com o custo da medida compulsória, seja em instituição pública ou particular sem, em nenhum momento, levar em consideração o indivíduo objeto da medida.

Estamos vivendo um novo tipo de holocausto brasileiro<sup>4</sup>. A mesma postura que antes era aplicada aos tidos como “loucos” vem sendo adotada com os dependentes químicos. A resposta ao dito "problema social" tem sido encontrada na segregação desses indivíduos que encontram características em comum, podendo ser traçado um perfil, qual seja, são jovens, cracudos, pobres e de realidade social baixa.

O desembargador Antonio Carlos Malheiros, coordenador da Infância e Juventude do Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP) e do Centro de Referência em Álcool, Tabaco e outras Drogas (Cratod), defende que o meio mais eficaz às pessoas que possuem dependência química é o tratamento em meio aberto, tendo dado a seguinte declaração: “O tratamento em meio aberto é muito melhor e a recuperação se mostra muito mais plausível. Nós temos que aumentar o número de vagas, o número de CAPs [Centros de Apoio Psicossocial] para tratamento ambulatorial em meio aberto.” (NASCIMENTO, 2013).

---

<sup>4</sup> A expressão “holocausto brasileiro” foi criada pela jornalista e escritora Daniela Arbex ao intitular seu livro desta forma. Na obra a jornalista resgata os acontecimentos ocorridos no manicômio judicial de Barbacena – Minas Gerais, onde morreram mais de 60 mil pessoas.

Para o desembargador a decretação da medida compulsória (determinada pelo juiz contra a vontade do paciente) não é o caminho mais adequado sendo, na maioria das vezes, ineficaz. Malheiros defende que a internação forçada acaba gerando um ciclo vicioso de internações e recaídas, devendo ser utilizada apenas em último caso quando existir “risco em relação à vida do dependente ou de outra pessoa”. (NASCIMENTO, 2013)

O desembargador Malheiros não é o único a defender que a internação compulsória não é o meio mais adequado de tratamento e assistência aos dependentes químicos. No ano de 2012, doze entidades vinculadas à Organização das Nações Unidas, em uma ação conjunta, editaram uma declaração desaprovando os Centros de Detenção e Reabilitação Compulsória destinados ao tratamento dos usuários de drogas (TÓFOLI, 2015).

No atual modo em que os tratamentos ambulatoriais vem sendo aplicados, surgem diversas denúncias a respeito de abusos e de riscos sanitários decorrentes dos serviços inadequado que são prestados aos dependentes químicos.

Conforme já visto no segundo capítulo, no Brasil o tratamento oferecidos aos usuários de drogas não revelam-se os meios mais adequados. Isso ocorre porque as instituições destinadas ao tratamento ambulatorial, CAPS e Comunidades Terapêuticas, exigem que o paciente não utilize drogas enquanto encontra-se em tratamento. O que quando o paciente experiêcia os efeitos da abstinência torna-se praticamente impossível de ser cumprido. Ao ter a recaídas o indivíduo é desacreditado e o laudo psiquiátrico em prol da internação compulsória é formulado.

Nota-se que o que há atualmente é na verdade uma rede de instituições que promove de forma declarada e coercitiva uma política pública de “guerra às drogas”, enquanto o discurso oficial se dá em favor da política de redução de danos.

Deve-se ter em mente que a criminalização das drogas e de seu consumo contribui diretamente para a criminalização e a patologização do dependente químico, promovendo a exclusão e marginalização desses indivíduos, dificultando ainda mais o tratamento e comprometendo, de forma direta, a saúde pública (PASSOS & SOUZA, 2011).

Se o tratamento mais adequado não é o da abstinência, visto que se tem revelado ineficaz, como é o caso dos tratamentos oferecidos pelos CAPS e pelas Comunidades Terapêuticas, mas, ao mesmo tempo o próprio Estado obsta o tratamento mais adequado, ao adotar a política de “guerra às drogas” e criminalizar o uso de substâncias psicotrópicas, verifica-se um embate.

Como o Estado pode desenvolver uma política que se utiliza de uma prática de crime para implementar a política de redução de danos? Ao nos depararmos com essa pergunta uma conclusão é certa a criminalização definitivamente não é a forma mais razoável, proporcional e adequada de se lidar com o problema.

Além disso, muitas vezes os dependentes químicos são encaminhados à fundações administradas por organizações de origem religiosa, nos quais o foco do tratamento revela-se fazer orações e trabalhos de ordem manual, os quais revelam-se totalmente precário e ineficazes.

Sem a efetividade das instituições direcionadas ao tratamento ambulatorial a resposta que tem sido dada e forma mais “eficaz”, pelo menos aos olhos da coletividade, é a aplicação da lei de forma genérica.

Nas decisões analisadas o art. 21 da Lei nº 11.343/2006, que trata a respeito da reinserção social dos dependentes químicos, visando a reintegração desses indivíduos à sociedade e sua família, sequer foi abordada.

Os incisos do art. 28 da Lei nº 11.343/2006, elencam as penas a serem imputadas aos usuários de substâncias entorpecentes estabelecendo estas em: I - advertência sobre os efeitos das drogas; II - prestação de serviços à comunidade; III - medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo.

O legislador entendeu que a questão do vício é um problema da saúde pública, devendo ser por esta tratada não cabendo ao Judiciário ir contra aos preceitos da reinserção social dos dependentes, dando preferência aos tratamentos ambulatoriais.

Entretanto, diante da impossibilidade da prisão do usuário com o advento da nova Lei de Drogas (Lei nº 11.343/2006) e ante a revolta social por ela gerada, a resposta que tem sido buscada pelos familiares e adotada pelo Poder Judiciário tem sido a institucionalização da internação compulsória.

O terrorismo midiático tem grande influência na forma como a sociedade pensa. Diante das notícias diárias de multiplicação exponencial das cracolândias nas grandes cidades, o tem de “denuncismo” acaba viciando a opinião pública e compele os julgadores, representantes do Poder Público, a adotar medidas emergenciais, que muitas vezes demonstram-se equivocadas e prejudiciais.

Nesse contexto, o Judiciário tem respondido à cobrança social com decisões precipitadas sem qualquer planejamento ou amadurecimento, como foi verificado em ponto anterior deste capítulo.

Se o Judiciário não vem zelando pelos direitos dos usuários de drogas, ou melhor, dos usuários de crack, quem irá garantir os direitos desses indivíduos que se encontram fadados. Sob a suposta garantia de cuidado a medida da internação compulsória tem se revelado, na verdade, uma medida segregacionista e seletiva usada em prol do bem-estar social.

É um erro e até ingênuo concluir que o atual problema do aumento do consumo drogas que vem sido enfrentado no Brasil é de culpa exclusiva do crack, apresentando-se essa substância como o único problema a ser combatido.

Carl L. Hart, um neurocientista americano desenvolveu um estudo inovador na cidade de Nova York no qual ele anunciou em jornal da cidade o seguinte anúncio “procuram-se usuários de crack que não estejam dispostos a parar de fumar”, em 1998 (KIST & BURGIERMAN, 2014).

Seu estudo consistia em dar crack a pessoas já usuárias da droga e que não pretendiam parar com o vício. Durante meses, o neurocientista deu doses de crack ou placebo (para comparação) a esses usuários. Ao oferecer a droga, os dependentes eram ofertados também mais crack ou então outra coisa que fosse comparativamente boa como dinheiro, por exemplo (KIST & BURGIERMAN, 2014).

Com esse estudo Hart percebeu que, se a alternativa fosse boa, os usuários acabavam abrindo mão do crack, ou seja, esses indivíduos são sim capazes de tomar decisões. Ainda o que o vício afete a capacidade de autodeterminação esta não é perdida por completo.

O problema constatado pelo pesquisador foi que em muitos lugares não há muitas alternativas que compensem a troca da droga por outra coisa comparativamente benéfica aos olhos do usuário. Ou seja, o problema encontra-se no contexto social no qual o dependente está inserido e quais escolhas lhe são ofertadas.

Embora tenhamos políticas públicas voltadas à redução de danos, observa-se que estas não são aplicadas, pelo menos não da forma como deveriam ser. O que acontece é que o Judiciário, a partir de suas decisões, está dando uma ressignificação ao fato bruto (uso compulsivo de drogas), adotando-o como fato institucional, sem antes mesmo submeter o problema a uma valoração ponderada da questão, redesenhando a própria política pública.

Devemos enfrentar o fato de que o problema não se encontra no crack mas, no meio em que o crack surge. Ao pensarmos em crack já automaticamente imaginamos as “cracolândias”, ou seja, um cenário pobre, preenchido de pessoas de classe baixa e em sua grande maioria negra. Como muito bem expôs o Ministro Gilmar Mendes em seu voto do Recurso Extraordinário de nº 635.659 “Aqui (na Cracolândia) nós estamos a falar dessa gente que está lá embaixo na escala desse quadro. Tudo o que se fala sobre o crack é diabólico, negativo”.

Os “cracudos” são vistos, porque enxergar já é proximidade demais, como meros invólucros sujos e com olhares perdidos, largados à marginalização. Esse é o produto do crack, nosso produto social. Devemos admitir portanto, que o problema é nosso e não da substância a quem atribuímos a culpa.

## CONCLUSÃO

É um fato que o consumo de drogas têm aumentado ao longo dos anos e para isso há uma série de fatores contribuintes como a criação de novas drogas, o aumento populacional, o contexto social em que os usuários estão inseridos, as políticas públicas existentes e o tipo de tratamento ofertado.

Ao longo do trabalho ficou demonstrado que embora tenhamos diversas políticas públicas sobre drogas desenvolvidas não se é verificado a eficácia destas, não havendo portanto, uma efetiva proteção aos direitos dos usuários de substâncias entorpecentes. Pelo que se observa os direitos desses indivíduos nunca foram uma prioridade estatal.

Ao que se observa, através da pesquisa realizada baseada nas decisões que tem sido proferida pelos magistrados no âmbito do Distrito Federal, o direito preponderante, isto é, que é levado em consideração na hora de decidir questões relacionadas à internação compulsória dos dependentes químicos é o direito da coletividade.

Ou seja, ainda que o discurso utilizado seja o da redução de danos e tenhamos diversas políticas públicas nesse sentido o que tem sido aplicado é um Direito Penal repressivo, baseado na política de “guerra às drogas”.

O problema da adoção desta postura por parte do Estado e principalmente por parte do Judiciário é que esta leva à segregação destes indivíduos e a utilização de forma genérica do instituto da internação compulsória.

Entretanto, a aplicação da internação compulsória deveria ser tomada como a última medida, após terem sido esgotados todos os outros meios. Pelo menos é o que dispõe o art. 4º da Lei nº 10.216/01.

É observável a retomada de conceitos da escola positivista francesa a partir do conceito de delinquente natural defendido por Lombroso, dado que as decisões em prol das internações compulsórias baseiam-se em relatórios psiquiátricos que atestam a periculosidade do agente, conceito completamente subjetivo e sombrio.

É verificado ainda que embora o discurso seja de cuidado e tratamento o objetivo da aplicação dessa medida compulsória revela-se outro ao elevar o interesse social em detrimento do indivíduo que precisa de tratamento.

Nota-se que a última coisa que esses indivíduos recebem é tratamento, sendo condenados ao completo isolamento ao serem recolhidos às instituições “adequadas”. O que vai totalmente contra aos princípios da reforma psiquiátrica recepcionados pela Lei nº 10.216/01.

Verifica-se ainda que o tratamento ofertado pelos Centros de Atenção Psicossocial não são o mais adequado, visto que toma como modelo o tratamento a ser aplicado aos indivíduos com transtorno mental, o que muitas vezes acaba contribuindo para ineficácia e insucesso do tratamento.

Diante deste contexto necessário se faz que sejam desenvolvidas e aplicadas medidas inovadoras e que pontes sejam construídas entre os profissionais da saúde e os aplicadores do Direito. É preciso que haja a aplicação de um tratamento adequado à esses indivíduos de forma que as recaídas não sejam fatores determinantes para a concessão da medida compulsória.

Conclui-se que o problema que estamos enfrentando não é o da “epidemia do crack” mas, a epidemia de decisões despreparadas e inconsequentes que tratam o problema pelos seus efeitos e não por suas causas.

Os verdadeiros responsáveis pelo problema social somos nós, são as políticas governamentais que não são aplicadas ou quando são se dão de maneira excessivamente repressiva, é a aplicação das leis, ou melhor, a distorção das leis pelos nosso magistrados e ainda a utilização de tratamento não adequado aos indivíduos dependentes.

Colocamos a culpa de todos os problemas em uma única substância quando na verdade o problema está longe de ser este.

## REFERÊNCIAS

ALBERGARIA, Jason. *Noções de criminologia*. Belo Horizonte, Mandamentos, 1999.

ALMEIDA, F. M. Resenha “Os Anormais”. *Revista Sociologias*, Porto Alegre.

BARATTA, Alessandro. *Criminologia crítica e crítica do direito penal*. Rio de Janeiro: Revan, 1999.

BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, fev. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000200025&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000200025&script=sci_arttext)>. Acesso em: 25 set. 2015.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*, de 05 de outubro de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm)>. Acesso em: 30 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 94 de 14 de janeiro de 2014. Cartilha Direito à Saúde Mental. Ministério Público Federal e Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, 2012.

\_\_\_\_\_. *Acórdão n. 545470, 20110020128780AGI*. Relator Luciano Moreira Vasconcellos, 5ª Turma Cível, julgado em 26/10/2011, DJ 08/11/2011 p. 110

\_\_\_\_\_. *Acórdão n. 654919, 20120020242716AGI*. Relator: João Egmont, 5ª Turma Cível, Data de Julgamento: 20/02/2013, Publicado no DJE: 22/02/2013. p. 151

\_\_\_\_\_. *Acórdão n. 866724, 20150020050162RAG*. Relator: José Guilherme, Relator Designado: João Batista Teixeira 07/05/2015, Publicado no DJE: 18/05/2015. p. 119

\_\_\_\_\_. *Acórdão n. 793053, 20140020023178AGI*. Relator: Ana Cantarino, 6ª Turma Cível, Data de Julgamento: 28/05/2014, Publicado no DJE: 03/06/2014. p. 153

\_\_\_\_\_. *Acórdão n. 888169, 20140110231225APO*. Relator: Mario-Zam Belmiro, Revisor: João Egmont, 2ª Turma Cível, Data de Julgamento: 12/08/2015, Publicado no DJE: 20/08/2015. p. 117

\_\_\_\_\_. *Acórdão n. 786726, 20130111002200APC*. Relator: Carmelita Brasil, Revisor: Waldir Leôncio Lopes Júnior, 2ª Turma Cível, Data de Julgamento: 07/05/2014, Publicado no DJE: 09/05/2014. p. 125

\_\_\_\_\_. *Acórdão n. 864121, 20130110380123RMO*. Relator: Jair Soares, 6ª Turma Cível, Data de Julgamento: 29/04/2015, Publicado no DJE: 05/05/2015. p. 258

\_\_\_\_\_. *Acórdão n.764748, 20120111348173RMO*. Relator: Angelo Canducci Passareli, 5ª Turma Cível, Data de Julgamento: 26/02/2014, Publicado no DJE: 28/02/2014. p. 232

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Ata da Ducentésima Quadragésima Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde. 2012.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Sistema único de saúde. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial. Brasília. 2010.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 3.689, de 03 de outubro de 1941. Código de Processo Penal. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del3689.htm#art810](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del3689.htm#art810)>. Acesso em: 29 set. 2015.

\_\_\_\_\_. *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](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)>. Acesso em: 29 set. 2015.

\_\_\_\_\_. *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](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm)>. Acesso em: 29 set. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011*. Brasília: 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Parecer sobre as medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da lei n. 10.216. Brasília: 2011. Disponível em: <[http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/saude-mental/docs-publicacoes/parecer\\_medidas\\_seguranca\\_web.pdf](http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/saude-mental/docs-publicacoes/parecer_medidas_seguranca_web.pdf)>. Acesso em: 15 set. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília: 2005. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)>. Acesso em: 29 set. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial*, 2004. Disponível em: <[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)>. Acesso em: 22 set. 2015.

CARVALHO, Salo de. *A política criminal de drogas no Brasil do discurso oficial às razões da discriminação*. LUAM, 1997.

\_\_\_\_\_, *Salo de. Penas e medida de segurança no Direito Penal Brasileiro*. São Paulo: Saraiva, 2013.

CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica: A idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

COELHO, Isabel; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0359>>. Acesso em: 29 set. 2015

CHAVES, Tharcila et al. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.45, n. 6, dez. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011005000066&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011005000066&script=sci_arttext).> Acesso em: 29 set. 2015.

DINIZ, Débora. *A custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil. Censo 2011*. Brasília, Editora UnB: 2013.

DISTRITO FEDERAL. *Lei Orgânica do Distrito Federal*, 08 de junho de 1993. Disponível em: <<http://www.fazenda.df.gov.br/aplicacoes/legislacao/legislacao/TelaSaidaDocumento.cfm?txtNumero=0&txtAno=0&txtTipo=290&txtParte=>>. Acesso em: 29 set. 2015.

DORNELLES, Renata Portela. “O círculo alienista”: reflexões sobre o controle penal da loucura. 2012. 224f. Tese (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Direito, Estado e Constituição, Universidade de Brasília, Brasília, 2012. Disponível em: <[http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/10758/1/2012\\_RenataPortellaDornelles.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/10758/1/2012_RenataPortellaDornelles.pdf)>. Acesso em: 29 set. 2015.

FERRARI, Eduardo Reale. *Medidas de segurança e direito penal no estado democrático de direito*. São Paulo. Revista dos Tribunais. 2001.

FOUCAULT, Michel. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1972.

FOUCAULT, Michel. *A verdade e as formas jurídicas*. Rio de Janeiro: Nau, 2005.

FUHRER, Maximiliano Roberto Ernesto. *Tratado da Inimputabilidade do Direito Penal*. São Paulo: Malheiros Editores, 2000.

GENTIL, Carolina Guidi. *Crime e Loucura: problematizações sobre o louco infrator na Realidade do Distrito Federal*. 102 f. 2012. Tese (Doutorado) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <[http://www.sapientia.pucsp.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=15036](http://www.sapientia.pucsp.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=15036)>

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. *Direito penal da loucura: medida de segurança e reforma psiquiátrica*. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://escola.mpu.mp.br/linha-editorial/outras->

publicacoes/Direito%20Penal%20da%20Loucura%20%20EBOOK.pdf>. Acesso em: 29 set. 2015.

KIST, Cristine; BURGIERMAN, Denis Russo. *Crack - Tudo o que sabíamos sobre ele estava errado*, 2014. Disponível em: <<http://super.abril.com.br/comportamento/crack-tudo-o-que-sabiamos-sobre-ele-estava-errado>>. Acesso em: 29 set. 2015.

MACCORMICK, Neil. *Retórica e o estado de direito*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

MATTOS, Virgílio. *Uma Saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança*. Rio de Janeiro: Revan, 2006.

MARTINS, Mayara Mota. *Internação compulsória de dependentes químicos: a visão do direito sanitário*. 2013. 57f. Tese (Graduação) – Curso de Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Ceilândia, 2013. Disponível em: <[http://bdm.unb.br/bitstream/10483/6939/1/2013\\_MayaraMotaMartins.pdf](http://bdm.unb.br/bitstream/10483/6939/1/2013_MayaraMotaMartins.pdf)>. Acesso em: 10 jun. 2015.

NASCIMENTO, Luciano. *Internação compulsória não é a medida mais eficaz para usuários de crack, diz desembargador*. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2013-04-09/internacao-compulsoria-nao-e-medida-mais-eficaz-para-usuarios-de-crack-diz-desembargador>>. Acesso em: 29 set. 2015.

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paula. *Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”*. *Psicologia & Sociedade*, Brasília, v. 23, p. 154-162, 2011.

RIBEIRO, Fabrício Junio Rocha. *Da razão ao delírio: por uma abordagem interdisciplinar do conceito de loucura*. 2006. 131 f. Tese (Pós-Graduação) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <[http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/Da\\_raz%C3%A3o\\_ao\\_del%C3%ADrio\\_por\\_uma\\_abordagem\\_interdisciplinar\\_do\\_conceito\\_de\\_loucura.pdf](http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/Da_raz%C3%A3o_ao_del%C3%ADrio_por_uma_abordagem_interdisciplinar_do_conceito_de_loucura.pdf)>. Acesso em: 20 set. 2015.

SILVA, Haroldo Caetano. *Reforma Psiquiátrica nas Medidas de Segurança: A Experiência Goiana do PAILI*. *Revista Brasileira do Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 2010, páginas 112 – 115. Disponível em: <[http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/Da\\_raz%C3%A3o\\_ao\\_del%C3%ADrio\\_por\\_uma\\_abordagem\\_interdisciplinar\\_do\\_conceito\\_de\\_loucura.pdf](http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/Da_raz%C3%A3o_ao_del%C3%ADrio_por_uma_abordagem_interdisciplinar_do_conceito_de_loucura.pdf)>. Acesso em: 10 jun. 2015.

TÓFOLI, Luís Fernando. *Políticas de drogas e saúde pública: algumas incongruências entre políticas de drogas, saúde coletiva e direitos humanos no Brasil*. Disponível em: <<http://sur.conectas.org/edicao-21/politicas-de-drogas-e-saude-publica/>>. Acesso em: 29 set. 2015

ZIMMER, Fernanda; LAVRADOR, Maria Cristina Campello & VICENTINI, Nielson Ernobis. *Saúde mental e as práticas jurídicas de intervenção na vida: uma*

experiência no Espírito Santo. 2010. Disponível em: <  
[http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais\\_XVENABRAPSO/371.%20sa%20DAde%20mental%20e%20as%20pr%C1ticas%20jur%CDdicas%20de%20interven%C7%C3o%20na%20vida.pdf](http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/371.%20sa%20DAde%20mental%20e%20as%20pr%C1ticas%20jur%CDdicas%20de%20interven%C7%C3o%20na%20vida.pdf)>. Acesso em: 29 set. 2015.

ZAFFARONI, Eugenio Raul. *Em busca das penas perdidas - A perda de legitimidade do sistema penal*. 5 ed. Rio de Janeiro: Revan, 2010.