

**Centro Universitário do Distrito Federal – UDF
Coordenação do Curso de Direito**

MARIA IONEIDE MACIEL DOS SANTOS

INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DE DEPENDENTES DE DROGAS

MARIA IONEIDE MACIEL DOS SANTOS

INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DE DEPENDENTES DE DROGAS

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Coordenação de Direito do Centro Universitário do Distrito Federal – UDF, como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Direito Orientador: Valdinei Cordeiro Coimbra.

MARIA IONEIDE MACIEL DOS SANTOS

INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DE DEPENDENTES DE DROGAS

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Coordenação de Direito do Centro Universitário do Distrito Federal - UDF, como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Direito Orientador: Valdinei Cordeiro Coimbra.

Brasília, 09 de novembro de 2013

Banca Examinadora

AMAURI COSTA

Professor Universitário

UDF – Centro Universitário do Distrito Federal

MARCELO FERREIRA DE SOUZA

Doutorado em Ciências Jurídicas e Sociais

Mestre em Direito Público e Evolução Social

Professor Universitário de Direito Penal e Processo Penal

UDF – Centro Universitário do Distrito Federal

Instituição a qual é filiado

VALDINEI CORDEIRO COIMBRA

Mestre em Direito Internacional pela Universidade de Granada – Espanha

Professor Universitário de Direito Penal

Delegado de Polícia Classe Especial da PCDF

UDF – Centro Universitário do Distrito Federal

Nota: 10,0 (dez)

Dedicatória
Dedico à minha família e aos amigos
pelo apoio na realização deste
trabalho.

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus, que é Pai, Filho e Espírito Santo. Que sabendo das minhas fraquezas dá-me vida e forças para lutar, me sustenta nos momentos difíceis, de angústia e sofrimento e me impulsiona para frente para honra e glória do seu santo nome.

A toda minha família, meus quatro irmãos, principalmente, minha mãe Maria Nadir Maciel dos Santos e meu pai André Ferreira dos Santos (in memoriam) à minha tia Francisca Maciel da Silva e meu primo Luiz Maciel dos Anjos Neto, que foram instrumentos de Deus para me abençoar e por isso sempre me apoiaram em todas as etapas da minha vida, em especial nos meus estudos e, mesmo ficando privados de minha companhia, nunca me desestimularam a seguir estudando.

Ao mestre Valdinei Cordeiro Coimbra, meu orientador, exemplo de superação, dedicação e sucesso. A ele meus mais sinceros agradecimentos, pois acreditou no meu trabalho e não poupou esforços para me ajudar.

Às minhas duas amigas Leide de Almeida Lira e Xislene Nunes de Oliveira, que sempre estiveram ao meu lado, desde o início do curso, me incentivando e me ajudando nos momentos mais difíceis pelos quais passei, para chegar até aqui e ver realizado um grande sonho.

Por fim, quero agradecer a todos que de alguma forma me ajudaram e ao mesmo tempo acreditaram nessa conquista.

“É que Narciso acha feio o que não é espelho”.

Caetano Veloso.

RESUMO

O presente trabalho aborda a internação compulsória de dependentes de drogas, uma espécie de medida realizada contra a vontade do paciente em estado de risco. Faz uma demonstração dos aspectos gerais por meio da história do uso de drogas como questão social-instituição e desdobramento dos principais Decretos e Leis brasileiras. Traz a política criminal de drogas e suas tendências político-criminais no mundo, apresentando quatro modelos, o modelo norte americano que prega a abstinência total, ou seja, tolerância zero, o modelo liberal radical que é a liberação total das drogas, o modelo de redução de danos, apresentando uma breve história e a experiência da prescrição da heroína, é o chamado sistema europeu, e por fim o modelo de justiça terapêutica. Na sequência aponta as drogas mais popularmente conhecidas no mundo, seu significado, classificação, origem, estado jurídico e seus efeitos. Os direitos e princípios fundamentais à luz da constituição. Na sequência aborda a internação voluntária, involuntária e compulsória abordadas na reforma psiquiátrica de 2001 instituídas pela Lei 10.216/2001. A pesquisa mostra que, por não ter uma política definida para tratar o dependente químico, a Lei 10.216/2001 é usada para a internação compulsória dessas pessoas que são tratadas como doentes mentais e isso gera uma grande polêmica. Verificam-se ainda a Internação compulsória a ser adotada como política pública causando conflito entre especialistas sendo que alguns entendem ser uma medida que além de afrontar o direito constitucional de ir e vir do cidadão funciona como limpeza urbana. Por derradeiro, aborda a eficácia da internação compulsória no tratamento dos dependentes de drogas e papel de cada ente social (Família, Estado e Sociedade Civil), verificando que somente a somatória de esforços desses entes será capaz de amenizar o problema do uso indiscriminado de drogas instalado em nosso país, chegando-se à conclusão de que a prevenção é a melhor solução.

Palavras-chave: Internação. Compulsória. Aspectos Gerais. Lei 10.216. Reforma Psiquiátrica. Doentes mentais. Dependente de drogas.

ABSTRACT

This paper addresses the compulsory hospitalization of drug addicts, a kind of measurement performed against the patient's willingness to risk status. Makes a statement of general aspects through the history of drug use as a social issue – establishment and deployment of the main Decrees and Laws brasileiras. Traz criminal drug policy trends and their political – criminal in the world, with four models, the model north American who preaches abstinence, ie, zero tolerance, the radical liberal model that is the full release of drugs, harm reduction model, presenting a brief history and experience of prescribing heroin is called the European system, and finally the model of therapeutic justice. In sequence shows the drugs most commonly known in the world, its meaning, classification, origin, legal status and its effects. The fundamental rights and principles in the light of the constitution. In sequence covers hospitalization voluntary, involuntary and compulsory psychiatric reform addressed in 2001 established by Law 10.216/2001. Research shows that, by not having a policy to treat chemically dependent, Law 10.216/2001 is used for the compulsory admission of those people who are treated as mentally ill and that creates a big controversy. There are still a compulsory hospitalization to be adopted as public policy causing conflict between experts and some perceive as beyond reproach as the constitutional right of the citizen to come and go as urban sanitation works. For last, discusses the effectiveness of compulsory hospitalization in the treatment of drug addicts and social role of each entity (Family, State and Civil Society), verifying that only the sum of efforts of these entities will be able to alleviate the problem of indiscriminate use of drugs installed in our country, coming to the conclusion that prevention is the best solution.

Keywords: Internment. Compulsory. Aspects Gerais. Lei 10,216. Psychiatric Reform. Mentally ill. Drug addict.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SIGLAS

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CND – Comissão de Narcóticos
CNFE – Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes
CONAD – Conselho Nacional de Políticas sobre drogas
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
EUA – Estados Unidos da América
FIOCRUZ – Fundação Osvaldo Cruz
MLO's – Movimentos de Lei
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organizações das Nações Unidas
SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SNC – Sistema Nervoso Central
UNDOC – Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
2. POLÍTICA CRIMINAL DE DROGAS	15
2.1. DAS TENDÊNCIAS POLÍTICO–CRIMINAIS DE DROGAS NO MUNDO	16
2.1.1 Modelo norte-americano (abstinência, tolerância zero)	16
2.1.2 Modelo liberal radical (liberação total)	19
2.1.3 Modelo de redução de danos (sistema europeu)	22
2.1.4 Modelo de justiça terapêutica.....	24
3. AS PRINCIPAIS DROGAS MAIS POPULARES NO MUNDO E SEUS EFEITOS	28
3.1. “DROGA”, CLASSIFICAÇÃO, ORIGEM E ESTADO JURÍDICO	28
3.2. DEPENDÊNCIA, FISSURA, ABSTINÊNCIA E RECAÍDA.	29
3.3. O ÁLCOOL E SEUS EFEITOS.	31
3.4. O ÓPIO E SEUS EFEITOS.....	33
3.5. A MACONHA E SEUS EFEITOS.....	36
3.6. A COCAÍNA E SEUS EFEITOS.	38
3.7. O CRACK E SEUS EFEITOS.	41
4. DOS PRINCÍPIOS E DIREITOS FUNDAMENTAIS	44
4.1. DIREITO À VIDA.	44
4.2. PRINCÍPIO DA LEGALIDADE.....	45
4.3. PRINCÍPIO DA LIBERDADE.....	46
4.4. PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA.	47
5. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DE DEPENDENTE DE DROGAS	48
5.1. A INTERNAÇÃO VOLUNTÁRIA, INVOLUNTÁRIA E COMPULSÓRIA À LUZ DA LEI 10.216/2001.....	48
5.2. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA COMO POLÍTICA PÚBLICA PARA DEPENDENTES DE DROGAS OU LIMPEZA URBANA.	50
5.3. A EFICÁCIA DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA NO TRATAMENTO DOS DEPENDENTES DE DROGAS E O PAPEL FAMÍLIA, SOCIENDADE E DO ESTADO.	54
CONCLUSÃO	56
REFERÊNCIAS	59

INTRODUÇÃO

No juízo penal nem sempre a missão é punitiva, considerando que o instituto é conflitante e divergente, contudo ressalte-se que o Direito Penal tem caráter preventivo.

O tema do presente trabalho foi escolhido por ser um fato contemporâneo, bem discutido e muito complexo. Nesses moldes a monografia em epígrafe defende o fenômeno da internação compulsória para dependentes de drogas, explanando aspectos gerais do uso de drogas como questão social-instituição e desdobramento dos principais decreto e leis brasileiras, como vivem esses indivíduos, quais são os tipos de entorpecentes existentes, a política criminal das drogas, as principais drogas e seus efeitos e os princípios constitucionais protetores da vida desses indivíduos.

Contudo, no que concerne a internação compulsória para dependentes de drogas, o trabalho aborda as formas de internação e demonstra com legalidade onde essas, encontram embasadas.

No aspecto histórico, o trabalho traz um relato de como os entorpecentes foram introduzidos no Brasil, qual século elas ganharam fôlego, quais os tipos mais usados e por fim, quais as primeiras classes sociais a consumir. Quanto à política criminal, o trabalho explica que tem por escopo o afastamento da ciência do direito, do estudo criminoso e do crime, da imputabilidade e da reação social que se resume em penalidade. No que tange ao modelo da redução de danos preocupou-se com programas de prescrição de metadona, direcionados para dependentes de heroína, visavam retirar os usuários da marginalização, de forma a facilitar gradual desintoxicação.

Para fazer reflexão do tema como um todo, o trabalho foi dividido em cinco capítulos, fazendo uma menção no contexto histórico, finalidade, conceito e colaboração para recuperação do indivíduo. Ademais, para isso foi adotado, no decorrer da pesquisa, o método empírico. Assim vejamos:

No primeiro momento foi tratado dos aspectos gerais sobre o uso de drogas como questão social-instituição e desdobramento dos principais decreto e leis brasileiras, sobre o tema.

No segundo capítulo será abordado sobre a política criminal de drogas, discorrendo sobre o modelo norte-americano (abstinência, tolerância

zero), o modelo liberal radical, liberação total, o modelo da redução de danos, que traz uma breve história e a experiência da prescrição da heroína (sistema europeu) e, por fim o modelo de justiça terapêutica.

Já no terceiro tópico apresentam as principais drogas mais populares no mundo e seus efeitos, “droga”, classificação, origem e estado jurídico, dependência, fissura, abstinência e recaída, o álcool e seus efeitos, o ópio e seus efeitos, a maconha e seus efeitos, a cocaína e seus efeitos e o crack e seus efeitos.

O quarto capítulo foram explanados os direitos e princípios fundamentais à luz da Constituição como o direito à vida, o princípio da legalidade e o da liberdade e, o princípio da dignidade da pessoa humana.

E para tratar do tema primordial do trabalho, será reservado o quinto capítulo que discutirá a internação voluntária, involuntária e compulsória à luz da Lei nº 10.216/2001, a problemática da Internação compulsória a ser adotada como política pública, e por fim a eficácia da medida no tratamento do dependente, o papel da família e do Estado.

Este trabalho não tem a finalidade de esgotar o assunto exposto, ao contrário, visa contribuir com o adensamento da discussão sobre o tema, bem como fazer uma reflexão a respeito da aplicação da internação compulsória, considerando a complexidade e a abrangência do tema em voga em toda a sociedade.

1. ASPECTOS GERAIS: O USO DE DROGAS COMO QUESTÃO SOCIAL- INSTITUIÇÃO E DESDOBRAMENTO DOS PRINCIPAIS DECRETOS E LEIS BRASILEIRAS

O consumo de substâncias psicoativas, que de alguma forma vicia a mente humana, se faz presente desde os tempos da história das civilizações humanas até os dias atuais. No Brasil até o final do século XIX, não existia a preocupação do Estado nem interesse público na venda e no uso de substâncias psicoativas (FIORE, 2007, p. 26).

Nas primeiras décadas do século XX, como nos ensina Maurício Fiore (2007), os conglomerados urbanos desencadearam um momento propício para o aumento das doenças e dos vícios. E é assim que ele nos fala a respeito do novo fato:

Quando as drogas começaram a ganhar destaque, inclusive por meio das intervenções públicas dos próprios médicos, a medicina já desfrutava de ampla legitimidade social e não abria mão de entender a questão como sendo prioritariamente de saúde pública. Com o alarde gerado em torno do consumo de cocaína, concentrado principalmente entre jovens das classes mais abastadas, e de maconha, entre as classes mais baixas, as “drogas” foram tomadas como tema de preocupação para as autoridades sanitárias e policiais.

A Convenção de Haia, ratificada em 1912 e aderida pelo Brasil, cria o primeiro tratado internacional estabelecendo o controle e a venda de ópio¹, morfina, heroína e cocaína rotuladas legalmente como “drogas”. Após dois anos da realização da conferência o presidente Hermes da Fonseca cria o decreto 2.861, que estabelecia medidas a fim de suprimir os abusos crescentes de consumo das drogas (FIORE, 2007, p. 29).

Durante o ano de 1921, no governo de Epitácio Pessoa, uma comissão composta por médico, juristas e autoridades policiais foi criada com o intuito de promover mudanças no uso de substâncias consideradas “venenosas”. Para isso foi criado o decreto nº 4.294, que punia com pena de prisão a venda de ópio, e seus derivados, e cocaína (FIORE, 2007, p. 29).

¹ s.m. Substância extraída de cápsulas maduras de diversas espécies de papoulas soníferas. (O uso do ópio mascado ou fumado, que se espalhou no Oriente, provoca euforia, seguida de um sono onírico; o uso repetido conduz ao hábito, à dependência física, e a seguir a uma decadência física e intelectual, uma vez que é efetivamente um veneno estupefaciente. A medicina o utiliza, assim como os alcalóides que ele contém [morfina, papaverina], como sonífero analgésico.)/Fig. O que causa embrutecimento moral; o que embota; narcótico.

Nessa conjuntura, foi criada a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes – CNFE, composta por integrantes de vários órgãos, principalmente da área da saúde, com finalidade de supervisionar o controle das substâncias entorpecentes e de reprimir o seu consumo. Sob a ditadura do Estado Novo o CNFE, criou a Lei de Fiscalização de Entorpecentes (Decreto-Lei nº 891 de 1938), que regulamentava “questões relativas à produção, ao tráfico e ao consumo, e, ao cumprir as recomendações partilhadas, proíbe inúmeras substâncias consideradas entorpecentes” (CARVALHO, 2010, p. 12).

Durante o governo militar, na década de 70, surgiu a Lei 6.368/76, que embora trata-se do aspecto da prevenção e da repressão, do tráfico, uso indevido de substâncias causadoras de dependência física ou psíquica, do tratamento e da recuperação dos dependentes, independentemente da prática do delito, ou seja, incluindo todos os sujeitos envolvidos com o abuso de drogas ilícitas, gerou uma grande insegurança provocada pelo conflito de interpretação. Passado-se três décadas, foi criada a Lei nº 10.409/02, que tramitou no Congresso Nacional, durante 11 anos, que tinha por finalidade inovadora de regular toda a matéria relativa aos entorpecentes ilícitos. Mais tarde surgiu a Lei 11.343/06, Lei de drogas, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD² com o propósito de reorganizar e normatizar a problemática social das drogas nas suas facetas da prevenção e repressão (BIZZOTTO, 2010, p. ix-1).

Em julho de 2008, foi criada a Lei nº 11.754, que substituiu o antigo Conselho Nacional Antidrogas pelo Conselho Nacional de Políticas sobre drogas – CONAD. E o que antes era denominada de Secretaria Nacional de Antidrogas, passou a se chamar Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, ambas com as seguintes atribuições: (SENAD, 2013, p.223-224).

CONAD	<ul style="list-style-type: none">➤ Acompanhar e atualizar a Política Nacional sobre Drogas, consolidada pela SENAD.➤ Exercer orientação normativa sobre ações de redução da demanda e da oferta de drogas.➤ Acompanhar e avaliar a gestão dos recursos do Fundo Nacional Antidrogas e o desempenho dos
-------	---

² 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.

	<p>planos e programas da Política Nacional sobre Drogas.</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Promover a integração ao SISNAD dos órgãos e entidades congêneres dos estados, dos municípios e do Distrito Federal.
SENAD	<ul style="list-style-type: none">➤ Articular e coordenar as atividades de prevenção do uso de drogas, de atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas.➤ Consolidar a proposta de atualização da Política Nacional sobre Drogas (PNAD) na esfera de sua competência.➤ Definir estratégias e elaborar planos, programas e procedimentos para alcançar as metas propostas pela PNAD e acompanhar sua execução.➤ Gerir o Fundo Nacional Antidrogas e o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID).➤ Promover o intercâmbio com organismos internacionais na sua área de competência.

Com vistas a fortalecer os projetos e diminuir a oferta de substâncias entorpecentes como medida de prevenção e combate ao tráfico ilícito de drogas a SENAD, que antes funcionada no Gabinete de segurança Institucional da Presidência da República, passa a atuar no Ministério da Justiça (SENAD, 2013).

2. POLÍTICA CRIMINAL DE DROGAS

Originada do grego a palavra política é derivada de *Pólis* espécie de comunidade (koinonía), e significa tudo o quanto se refira à cidade-estado, tanto do aspecto civil ou social. Para Aristóteles “é uma comunidade cívica mais perfeita para a coexistência humana, lugar necessário do ser racional” (BITTAR, 2005, p. 78).

A criminologia em sua essência tem por escopo o afastamento da ciência do direito o estudo criminoso e do crime, da imputabilidade e da reação social que se resume em penalidade. Os questionamentos no âmbito sociológico a respeito do crime, sob o enfoque da natureza do criminoso não se enquadra nos conceitos jurídicos, e por tal razão cabe ao legislador aguardar a resposta das questões criminológicas, que lhe são ofertadas, sem que para isso tenha sua intervenção, cabendo essa análise a ciência natural (BEVILAQUA, 2001, p.8).

A respeito desse fenômeno, conceitua Nucci (2008, p. 59-60):

É a ciência que se volta ao estudo do crime, como fenômeno social bem como do criminoso, como agente do ato ilícito, em visão ampla e aberta, não se cingindo à análise da norma penal e seus efeitos, mas, sobretudo às causas que levam à delinquência, possibilitando, pois, o aperfeiçoamento dogmático do sistema penal. A criminologia envolve a antropologia criminal (estudo da constituição física e psíquica do delinquente) – inaugurada por Cesare Lombroso com a obra *O homem delinquente* –, bem como a psicologia criminal (estudo do psiquismo do agente da infração penal) e a sociologia criminal (estudo das causas sociais da criminalidade).

A política criminal foi o nome dado ao movimento doutrinário, que veio muito antes do nascimento da norma penal, e tinha como objetivo a demonstração de soluções que apoiavam as imposições mais eficazes à repressão da criminalidade sem ferir os conceitos básicos sedimentados no Direito Penal (NUCCI, 2008, p. 58).

2.1. DAS TENDÊNCIAS POLÍTICO–CRIMINAIS DE DROGAS NO MUNDO

Atualmente, em termos mundiais, temos quatro tendências político-criminais em relação às drogas e, paralelamente, ao usuário/dependente de droga. Passa-se à análise de cada uma delas, o modelo norte-americano, modelo liberal radical – liberação total –, modelo de redução de danos, e o modelo de justiça terapêutica.

2.1.1 Modelo norte-americano (abstinência, tolerância zero)

Conhecida como uma possibilidade de embalar o discurso autoritário da política criminal de drogas no Brasil, a agência *broken windows theory*, surge nos Estados Unidos em 1982, como uma nova esperança similar aos Movimentos de Lei base nos modelos autoritários, que tem como objetivo a aplicação da repressão. Criada para dar apoio à segurança urbana em Nova Iorque, a agência dentro de uma perspectiva universal aplica a política zero, com o intuito de combater a delinquência. Nesse diapasão o doutrinador expõe a comparação entre as propostas político-criminais da MLO's e a dos que defendem a política zero: (CARVALHO, 2010, p. 97-98).

Todavia, enquanto os modelos da Tolerância Zero primam pela repressão à criminalidade de rua e bagatelar, por processo de higienização social a partir de normas penais sancionadoras de comportamentos individuais (*behaviorismo penal*), os MLOs reivindicam alta punibilidade às graves ofensas dos bens jurídicos interindividuais, sobretudo os delitos contra a pessoa e contra o patrimônio. Nesta fusão de perspectivas, entende-se a intolerância como o único mecanismo de prevenção da desordem social.

Em vários setores da política se pode contemplar o revigoramento da máquina criminalizadora devido aos movimentos de direito punitivo. Entretanto, atualmente, constata-se que a mudança na política criminal esquerdista espelhou seu programa de atuação via contrária aos atos perseguidos por classes menos favorecidas economicamente e pelos movimentos sociais e contraculturais, dentre eles o caso de uso de entorpecentes, que verifica-se a troca de matrizes políticas historicamente diafônicas (CARVALHO, 2010, p. 98).

A forma fundamentalista pregada no contexto norte-americano, qual seja, abstinência e tolerância zero, no que diz respeito às drogas, vem sofrendo mudanças. A política norte-americana com uma visão mais acirrada na década de 70 e 80 criou um programa popular que abrangia a todos envolvidos com drogas “diga não às drogas”, programa bastante questionável quanto à sua eficácia, porém surpreendente da política norte-americana, sendo que de um lado os EUA ofereceu apoio ao Vietnã durante a guerra em troca de drogas, e do outro, mostra a dificuldade da Colômbia à política repressiva (GOMES, 2010, p. 212-213).

Dentro do cenário proibicionista surge a ONU, que em 1945, adota o modelo norte-americano das políticas públicas de drogas, e aflora o debate destacando o proibicionismo como ideologia predominante e a repressão como direção central de atuação, sendo motivado pelos Estados Unidos (RIBEIRO, 2013, p.12).

Com o intuito de enriquecer o entendimento adotado, a ONU criou em 1926 a Comissão de Narcóticos (CND), que tinha como finalidade a elaboração de políticas de drogas na intenção de fortalecer e controlar o sistema internacional de substâncias psicoativas. Em 1961, em Nova Iorque, foi realizada a Convenção Única sobre estupefacientes, cujo objetivo era adotar novas regras para o controle e fiscalização das drogas (RIBEIRO, 2013). Vejamos o quadro das principais resoluções dessa convenção:

Quadro 1: Principais resoluções da Convenção Única sobre Estupefacientes (1961).
--

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Limitação da produção e comércio de drogas, voltados apenas para o uso médico ou pesquisa científica.2. Elaboração de uma Lista de Substâncias Controladas, divididas em quatro categorias, desde aquelas sem aplicação médica e passíveis de todos os controles (Lista 1: cocaína, maconha, heroína), até aquelas de grande utilidade médica e baixo potencial de dependência (Lista 4: benzodiazepínicos).3. Criação do International Narcotics Control Board (INBC), formado por treze membros e responsável pelo monitoramento e controle da importação e exportação de entorpecentes destinados ao uso médico científico.4. Proibição do porte de drogas psicoativas sob controle, exceto na vigência de autorização legal (médica).5. Combate nacional e cooperação internacional contra o tráfico internacional de |
|--|

drogas.

FONTE: United Nations Office on Drugs and Crime (ONODC). Treaty and Legal Affairs [online]. Vienna: UNODC. Available online in URL: <http://www.unodc.org>.

Transcorrido uma década, foi realizada pela CND a segunda Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, em sua sede em Viena (Áustria), que abordou principalmente a repressão à novas drogas sintéticas (psicodélicas), dentre elas o LSD (RIBEIRO, 2013).

Por fim surgem as denominadas Convenções-Irmãs da ONU, ou seja, Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas (Viena/1988) que além das questões anteriormente discutidas seu foco era abordar o crescimento do crime organizado, sendo convocados os países-signatários a dotarem as novas formas de combate ao tráfico e a lavagem de dinheiro. Assim foi estabelecido o controle de reagentes químicos utilizados na abstração de princípios ativos das ervas precursoras. Ademais, esse período foi fortemente marcado pela repressão aos usuários de drogas, passando ser crime uso e porte (RIBEIRO, 2013). “Essa Convenção entrou em vigor em novembro de 1990 (no Brasil, em junho de 1991, foi assinada pelo então Presidente Fernando Collor de Mello). Em 2005 já tinha sido ratificada por 170 Países Membros” (DROGAS, 2011, p. 64).

De forma abrangente a ONU ratifica o posicionamento norte-americano. Entretanto sua posição recente tem sido mais flexível. E acrescenta parte do relatório da ONU de 2002 com a seguinte declaração: “[...], a “liberalização” da maconha traria drásticas consequências para todos os países” (GOMES, 2010, p. 213).

Segundo Gomes, praticamente não existem resultados positivos da política repressiva norte-americana. E enfatiza:

Quando a própria vítima cocorre para o delito, para satisfazer interesse dela, o Estado conta com poucas chances de conseguir algum tipo de sucesso na punição dos culpados. É muito difícil alcançar qualquer tipo de sucesso na repressão de uma criminalidade que conta com a concordância da vítima. É o tipo de criminalidade em que a impunidade está assegurada com quase absoluta segurança (GOMES, 2010, p. 213).

Portanto, é necessário que o Estado repense, uma vez que, por um lado, não é viável abandonar de vez a repressão, principalmente entre menores

ou incapazes, e do outro, no que diz respeito às drogas, é indispensável a conscientização da população quanto aos efeitos drásticos que elas causam, pois o tráfico é alimentado pelo usuário e não pelo traficante que uma vez sendo preso é substituído por outro. Portanto, convém combater o vício, pois o usuário é apenas uma vítima e não criminoso (GOMES, 2010, p. 213).

Verifica-se que ao longo dos anos diversos países descriminalizaram o porte para consumo de algumas drogas, é o caso da Holanda e Portugal. Enquanto que, a Suíça e a Espanha optaram pelo modelo de *redução de danos* visando o benefício da sociedade do usuário e da própria família (GOMES, 2010, p.213).

2.1.2 Modelo liberal radical (liberação total)

Segundo Gomes (2010), este modelo levanta a bandeira favorável à liberação das drogas, principalmente com relação aos usuários/dependentes que se encontram em desigualdade quando se refere ao porte e ao uso entre ricos e pobres, os quais na maioria das vezes estes é quem vão para a cadeia.

No Brasil, logo que aprovada a Lei de drogas em 2006, pairava o entendimento de que não poderia haver confusão entre traficantes e usuários. Por ausência de uma regulamentação, houve uma disparidade por parte da polícia e dos órgãos judiciais a classificar como “usuário” o cidadão de pele branca, que fosse abordado portando droga em um bairro de classe alta e “bandido e/ou traficante” seria o pobre que deveria se submeter à ordem judicial para se livrar da prisão (VIEIRA, 2013).

Para os liberais radicais, a legalização das drogas é sinônimo do fim do tráfico, da violência e da corrupção a elas conectados. Fatos que serão explanados no livro *Zero Zero Zero*³, obra de Roberto Saviano, 33 anos, escritor

³ Um Best seller com mais de 10 milhões de exemplares vendidos por todo o mundo, traduzido para 50 idiomas e que inspirou o filme homônimo, vencedor do Grand Prix de Cannes em 2008. Ainda sem tradução para o português e lançado na Europa pela Editora Feltrinelli.

italiano, que se infiltrou na Camorra⁴, a máfia napolitana. Senão vejamos trechos do seu livro: (VIEIRA, 2013).

[...]

Os narcóticos não garantem apenas o enriquecimento dos criminosos envolvidos diretamente no negócio. Após as recentes crises financeiras internacionais, vários bancos superaram seus problemas de liquidez com os recursos do tráfico.

Ao menos 352 bilhões de narcodólares foram absolvidos pelo sistema econômico legal em 2008, valor superior a um terço das perdas bancárias naquele ano, segundo o FMI. Um complexo sistema de lavagem de dinheiro, por meio da compra de ações, uma cadeia infundável de empréstimos interbancários e a emissão de títulos eletrônicos que percorriam vários países. [...], “Nova York e Londres são hoje as maiores lavanderias do mundo, muito acima dos clamados paraísos fiscais”, diz Saviano.

[...], um dos principais mentores do esquema de lavagem de dinheiro hoje usado pelo narcotráfico é o ucraniano Semion Mogilevic, apontado pelo FBI como “um dos mais perigosos mafiosos do mundo”. Oriundo de família judaica, ele controla um banco israelense com filiais em Moscou e Chipre destinado a lavar dinheiro para a máfia russa. Mogilevic especializou-se na exploração de mulheres do Leste Europeu e as usava para distribuir drogas no varejo. [...], Saviano relata como o Cartel de Medellín, chefiado por Pablo Escobar, perdeu o controle do mercado mexicano, apesar de dominar a produção de coca.

Em vez de dinheiro, Michael Angel Félix Gallardo, conhecido como El Padrino, passou a exigir o pagamento em droga. Aos poucos estruturaria uma imensa rede de narcotráfico ao longo dos 3 mil quilômetros de fronteira com os EUA.

Dentre os países que adotam esse modelo liberal está o Uruguai. Recentemente a Câmara Uruguaia aprovou o projeto de Lei legalizando a produção e o consumo da maconha, dos 96 deputados 55 foram favoráveis, após longas horas de discussão. Em 2012, já havia sido apresentado o projeto, que tratava da aplicação de metas direcionadas ao combate da violência em torno da importação, plantio, colheita, produção, aquisição, armazenamento, comercialização e a distribuição da erva e seus derivados (CALZADA, 2013).

Após a aprovação do PL, por meio do anúncio no jornal El País, foi revelado qual seria o valor da venda da droga, R\$ 2,50 (dois reais e cinquenta centavo), contabilizado com base no valor do mercado clandestino. Ademais, foi limitada aos consumidores a quantia de até 40 gramas por mês adquiridas em drogarias do País. No jornal La República o atual presidente José Mujica deixou claro seu interesse em conduzir a aprovação por meio de consulta popular. “Estão impulsionando (na oposição) um referendo – espero que o façam –, pois é preciso

⁴ Associação secreta de malfeitores, equivalente napolitano da Máfia.

sair e debater tudo isso. Se não o fizerem, estou pensando em promover isso para que o povo uruguaio se inteire de tudo isso” (CALZADA, 2013).

Por outro lado, a Holanda, um dos países mais liberais do mundo, se arrependeu das decisões tomadas que conduziram à legalização das drogas, da eutanásia, do aborto, do casamento de pessoas do mesmo sexo e da prostituição, que mudou a imagem do país. Após a liberação, o *De Wallen*, um conhecido bairro de Amsterdã, capital, tornou-se um caos. No caso da prostituição, foram abertos vários prostíbulos, que contribuíam para um aumento em 260% do número de mulheres traficadas (CONSERVADORISMO, 2013).

Outro fator latente foi o da maconha, cuja liberação se respaldava na queda do apelo direcionado a drogas mais fortes. O que também foi motivo de frustração, pois os holandeses acreditavam que o poder da compra legalizada afastaria tanto o traficante como o acesso a outras drogas oferecidas por ele. Entretanto, não se aterão a fato de que o turismo poderia aquecer as vendas de outras substâncias, expandido o narcotráfico na região. Com isso na Europa é registrado o menor preço pela aquisição da cocaína, heroína e ecstasy (CONSERVADORISMO, 2013).

Devido a todos esses gargalos, atualmente, o governo municipal determinou o fechamento dos bordéis, a proibição da venda de bebidas alcoólicas e cogumelos alucinógenos nas lojas de cafés e a reforma dos ambientes que funcionavam como ponto de prostituição em lojas de artigos luxuosos. Essas medidas agradaram a população de forma que 67% se tornaram favoráveis a medidas mais rígidas (CONSERVADORISMO, 2013).

O mesmo ocorreu em Langstrasse, bairro de Zurique, na Suíça que tinha praticamente a mesma política liberal aplicada em *De Wallen*, tornou-se campo de concentração do crime organizado. Porém com a aplicação de medidas mais rígidas o prefeito conseguiu a retornar a situação e transformar todo aquele ambiente hostil em um lugar mais limpo (CONSERVADORISMO, 2013).

2.1.3 Modelo de redução de danos (sistema europeu)

A redução de danos teve seu início em 1926, por uma decisão dada na Inglaterra, por meio do relatório de Rolleston, que concedia aos médicos autonomia para prescrever opiáceos para auxiliar no tratamento dos dependentes de ópio, sendo este o primeiro passo estratégico para a construção de uma política de redução de danos. Pela primeira vez na história a dependência de drogas é vista como problemática complexa a ser tratada por meio de estratégias múltiplas e singulares (BRASIL, 2003).

Na década de 80, com o surgimento da AIDS, vários países aderiram ao uso da metadona. Entretanto as políticas de redução de dano ganharam destaque nas I e III Conferência Internacional de Redução de Danos em 1990 e 1992 (BRASIL, 2003). “Destaca-se duas das principais ações dessa política: a distribuição de material higiênico para o consumo de drogas (p. ex., agulhas e seringas descartáveis) e a criação dos programas de prescrição de metadona” (CARVALHO, 2010, p.177). Ademais esclarece:

Os programas de prescrição de metadona, direcionados para dependentes de heroína, visavam retirar os usuários da marginalização, de forma a facilitar gradual desintoxicação. Junto à assistência médico-social, os dependentes, após cadastro, recebiam doses diárias gratuitas de metadona para o consumo em locais predeterminados, inicialmente identificados como narco-salas. O objetivo central, além de promover contato do dependente com a rede pública de saúde e instigar processo de abandono da dependência pelo acompanhamento psicossocial, era retirar o consumidor periódico de ambientes insalubres e marginais (CARVALHO, 2010, p. 177).

A estratégia adotada para o consumo de substância pelo controle e locais adequados reduziria a contaminação de doenças infectocontagiosas, das quais se pode citar: a hepatite e a sida, além das graves intoxicações a overdose, ocasionada pela alteração do teor de concentração da droga (CARVALHO, 2010).

Na década de 90 a Suíça apresentou as mais elevadas taxas de dependência de drogas pesadas, dentre elas a heroína, gerando um grande abalo na saúde pública que resultou no lançamento da chamada “política dos quatro pilares” que abrangia quatro áreas de atuação: prevenção; terapêutica, repressão e redução de riscos. Entretanto apesar dos esforços do governo houve uma grande concentração desses usuários que provocou o aumento da delinquência

urbana e no fechamento dos parques que não ofereciam mais segurança. Em decorrência dos fatos o governo implantou a política de prescrição da heroína aos dependentes exigindo as seguintes condições: (CARVALHO, 2010, p. 179).

(a) idade mínima de 20 anos, (b) histórico de envolvimento com a heroína superior a dois anos, (c) presença de danos físicos e/ou sociais associados ao consumo de drogas e (d) mínimo de duas tentativas falhas de abandono do vício por métodos convencionais.

Nessa conjuntura, nas principais cidades suíças foram criados dezoito centros de prescrição que distribuía doses de heroína aos dependentes amparados por assistência médica, psicológica e social. Logo nos primeiros encontros os médicos estabeleciam a quantidade de dose diária a ser aplicada em cada caso. Com atendimento puramente ambulatorial, as clínicas oferecem atendimento para cento e cinquenta pacientes, no máximo, que se apresentam até três vezes por dia ao posto a fim de receber e injetar a droga, não sendo admitida a aplicação fora do recinto, salvo, em casos de necessidade de viagem ou similares em que lhe é ofertado a dose equivalente em metadona (CARVALHO, 2010, p. 179). Nesse diafragma acrescenta:

Os relatórios de análise dos programas do Departamento Federal de Saúde Pública demonstram que os pacientes do programa tinham em média 30 anos de idade e histórico de 10 anos de uso de heroína; 87% haviam sido condenados ao menos uma vez, sendo a média de 08 condenações por usuários dos serviços dos centros; mais da metade havia sido presa ao menos uma vez. Dados adquiridos voluntariamente em entrevistas indicavam que 70% haviam se envolvido em delitos nos 06 meses anteriores à admissão no tratamento, mais de 50% envolvidos em tráfico de drogas, 40% em furtos e 10% em roubos (CARVALHO, 2010, p. 180).

De todo o programa foi feito um panorama no aspecto médico, econômico e social que destacou na área médica, social e psiquiátrica, um resultado positivo na qualidade da saúde e das condições sociais e de trabalho dos dependentes vinculados ao programa; e na área criminológica uma diversificação na participação do dependente assistido, ora como autor e, ora como vítima; e dados específicos do declínio da violência e prática de crimes nas áreas urbanas (CARVALHO, p. 180).

Com resultados amplamente satisfatórios, a experiência vivida na Suíça, passa a ser modelo para diversos países da Europa e da América do Norte que “Dentre as principais experiências em programas de subministração de heroína, destacam-se os conduzidos no Canadá, Alemanha, Holanda, Espanha e Reino Unido” (CARVALHO, 2010, p. 182).

Após aderir ao programa desenvolvido na Suíça, a Alemanha por intermédio dos centros de investigações criminológicas e de pesquisa em dependência das Universidades de Hanover e de Hamburgo desenvolveram um estudo comparando dependentes que participavam dos programas de prescrição de metadona e de heroína que apresentou resultados semelhantes aos vividos na Suíça, reduzindo a incidência criminal entre os indivíduos vinculados aos dois programas. Ademais se constatou que índices superiores e de redução significativas foram apontados por dependentes integrantes dos programas de prescrição de heroína, principalmente aos referentes aos crimes patrimoniais ligados diretamente às drogas. Esse resultado foi alcançado devido a redução do consumo de drogas ilícitas e abstenção frequência a ambiente de venda de consumo (CARVALHO, 2010).

Em debate, Damon Barret, do International Center on Human Rights expõe sua opinião a respeito desse modelo “Ao contrário da repressão, a redução de danos cumpre o prometido. Salva vidas e melhora a saúde” (VIEIRA, 2013, p. 32).

2.1.4 Modelo de justiça terapêutica

No Brasil, a repressão sempre esteve presente no sistema jurídico, fonte de observações no âmbito sociológico. Uma das experiências sedimentada nesse sistema e que se obteve resultados positivos foi a sua aplicação no ECA⁵, mais precisamente nos art.112, inciso VIII, que adota medidas sócio-educativas e medidas de proteção positivada no art.101, incisos V e VII, que expõe tratamento a alcoólatras e toxicômanos, abrangendo de forma ampla tratamento igualitário aos adultos (SILVA, 2004). Segundo Carvalho (2010), esse projeto teve início na 2ª Vara da Infância e da Juventude na Comarca do Rio de Janeiro.

Devido à ampliação do conceito de menor potencial ofensivo, positivado na Lei nº 10.259/01, o projeto passou a ser aplicado ao indivíduo que se enquadrasse no art. 16 da antiga Lei 6.368/76, que dispunha sobre as medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias

⁵ ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente.

entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, aquele que “Art. 16. Adquirir, guardar ou trazer consigo, para o uso próprio, substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar”, e àqueles que praticassem crimes sujeitos a aplicação do *sursis processual*, conforme exposto no art. 89 da Lei 9.099/95, daria margem de escolha ao magistrado a aplicar a intervenção terapêutica (CARVALHO, 2010).

Assim uma vez homologada a transação ou o *sursis processual*, logo o projeto entrava em ação com medidas sócio-educativas ou de segurança, a serem prestadas pelas equipes de saúde por ordem do juiz (CARVALHO, 2010).

A justiça terapêutica é um conjunto de medidas que tem como finalidade ampliar a possível entrada e permanência do usuário ou o usuário/dependente ao tratamento, visando à mudança de hábitos e comportamentos considerados reprováveis. É uma nova modalidade criada no Brasil para enfrentar o que chamamos de problemática das drogas, e conta com total apoio do SENAD⁶ e da Secretaria Nacional de Justiça do Ministério da Justiça (SILVA, 2004). Vale colacionar o conceito mais detalhado dado pelo mesmo autor que assim expõe:

O conceito de justiça engloba os aspectos do direito, legais e sociais, enquanto o termo terapêutico, relativo à ciência médica, define tratamento e reabilitação de uma situação patológica. Assim sendo, a nomenclatura Justiça Terapêutica consagra os mais altos princípios do direito na inter-relação do Estado e do cidadão, na busca da solução não só do conflito com a lei, mas conjugadamente aos problemas sociais de indivíduos e da coletividade, nas doenças relacionadas ao consumo de drogas.

Segundo Rodrigues (2004), essa política é uma forma de atuação do Estado que concede aos infratores, envolvidos com drogas e crimes, se tornarem limpos. Uma vez aceita a proposta de tratamento, não obrigatória, o indivíduo tem a oportunidade de não enfrentar um processo e ainda tratar da própria saúde, podendo assim evitar um sofrimento genuíno da família que inevitavelmente acaba absorvendo todo o problema. Ainda nesse raciocínio preconiza o autor:

Faz parte do conhecimento científico e também até mesmo o empírico, que o dependente de drogas, aqui vale frizar, tanto lícitas como ilícitas,

⁶Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD, instância maior responsável pela elaboração das políticas de prevenção e tratamento das questões relacionadas ao consumo de drogas no país.

não tem como quebrar com o ciclo vicioso das drogas, sem ter que contar com um bom acompanhamento técnico. O primeiro contato com a equipe técnica vai depender sim de uma forte pressão da parte da família, das pessoas do círculo social do dependente e muitas vezes do próprio patrão, que não quer perder aquele empregado. As alegações são rotineiras, tais como: “quando ele (a) não está drogado/alcoolizado, ele é bom pai, é bom para a família”; ou ainda “quando ele(a) está lúcido é um ótimo funcionário”.

Muito conhecido na década de 90, o *Drug Courts*, um programa criado em Miami no Estado da Flórida, Estados Unidos, para amenizar a superlotação dos presídios compostos por pessoas que além de serem condenadas por envolvimento com drogas, também eram dependentes dela. Para resolver o problema promotores e juízes de Miami decidiram oferecer aos infratores tratamento direcionado ao combate do vício ao invés de processos criminais (SILVA & FREITAS, 2004).

Para entendimento de alguns profissionais brasileiros a Justiça Terapêutica é uma réplica do modelo norte americano, que em suas opiniões não condizem com a realidade. Entretanto, muitos países como Inglaterra, Irlanda, Canadá, África do Sul, Suécia, Jamaica, Chile, Porto Rico, Bermudas, entre outros, obtiveram bons resultados, pois houve grande redução de infratores envolvidos com drogas (SILVA & FREITAS, 2004). A seguir vejamos os dados apresentados pelo mesmo autor, levantados pelo CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre o uso de Drogas entre estudante do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino de todas as capitais brasileiras:

(amostra de 48.155 estudantes) apontou que existe maior defasagem escolar e maior evasão entre os estudantes que já tinham feito uso de drogas pelo menos uma vez na vida, quando comparados aos que nunca haviam utilizado. Mostrou que, embora a partir dos 16 anos se observem as maiores porcentagens de usuários, já é expressiva a porcentagem de 12,7% de usuários que fizeram uso de drogas pelo menos uma vez na vida, na faixa etária de 10 a 12 anos. As drogas mais utilizadas pelos estudantes, em ordem, foram: álcool, tabaco, solventes, maconha, ansiolíticos, anfetamínicos e anticolinérgicos. Os dados gerais, referentes a todas as regiões do país, para o uso de drogas pelo menos uma vez na vida entre os estudantes pesquisados, apontam que 65,2% deles já usou álcool, 25% tabaco e 22,6% outras drogas. Chamam a atenção os dados relativos à alta prevalência do consumo de drogas lícitas como o álcool e o tabaco entre a população estudada.

Já o uso de drogas no ambiente de trabalho tem demandado muita atenção devido aos prejuízos tanto aos empregados como a empregadores; entre eles destacam-se o absenteísmo, os atrasos, o aumento no número de acidentes de trabalho, os conflitos e os problemas disciplinares, além das graves questões de saúde ao usuário e a deterioração das relações interpessoais. Levantamento realizado sobre o uso de drogas entre trabalhadores da indústria pelo menos uma vez na vida, apontou os seguintes achados entre os trabalhadores pesquisados: álcool 78,8%, tabaco 38,7%, medicamentos (sem

prescrição) 87%, inalantes 10,5%, maconha 5,9% e cocaína 1,2%. Vale ressaltar que o uso de drogas pelos trabalhadores também leva a uma expressiva queda na produtividade.

O estudo sobre o consumo de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua revelou que as drogas utilizadas com maior frequência e intensidade, uso diário, por este grupo foram: tabaco por 29,5%, solventes 16,3 e maconha por 11,2%.

Para Carvalho (2010) o momento marcante do projeto foi o da substituição do sistema de penas por tratamento. Assim, para os idealizadores, bastava a prática de um delito envolvendo consumo de drogas ilícitas, para que fosse autorizada a substituição dos institutos de penas restritivas de direitos, *sursis*, transação penal, *sursis processual* e medidas socioeducativas, em *tratamento compulsório*.

3. AS PRINCIPAIS DROGAS MAIS POPULARES NO MUNDO E SEUS EFEITOS

Nesse capítulo discutiremos a principais drogas utilizadas de forma a alterar o funcionamento do cérebro, causando reações na mente e no psique. Também chamadas de psicotrópicas ou psicoativas são extremamente viciantes, e o seu uso cônico pode ocasionar a destruição do neurônio. (SENAD, 2013).

3.1. “DROGA”, CLASSIFICAÇÃO, ORIGEM E ESTADO JURÍDICO

A palavra “droga”, de uma forma geral, também é conhecida como narcótico ou entorpecente e significa:

- a) qualquer substância ou ingrediente usado em farmácia, tinturaria, laboratórios químicos etc.;
- b) Qualquer produto (...) que leve à dependência química, e, por extensão, qualquer substância ou produto tóxico (...) de uso excessivo; entorpecente;
- c) algo que atraia, apaixone, intoxique o espírito; (DROGAS, 2011, p. 51).

Podemos classificar “drogas” como psicotrópicas e psicoativas da seguinte forma: aquelas do tipo farmacológicas que atuam diretamente no Sistema Nervoso Central (SNC) e aquelas que alteram o comportamento do usuário (ALARCON e JORGE, 2011). Senão vejamos:

1) Quanto a Classificação:

1. Depressoras da Atividade do SNC ou Psicolépticos: álcool, soníferos ou hipnóticos; amiólico; opiáceos; inalantes ou solventes.

2. Estimulantes da Atividade do SNC ou Psicoanalépticos: cocaína (e seus derivados como o crack e a merla), afetaminas; tabaco.

3. Perturbadoras da Atividade do SNC, Alucinógenos ou Psicodislépticas; mescalina (do cacto mexicano); maconha ou THC (tetrahydrocannabinol); psicocibina (cogumelos); lírio (trombeteira, zabumba ou saia branca); LSD; MDMA (ecstasy); anticolinérgico.

Essas substâncias são conhecidas como drogas depressoras, uma vez que, após ser consumidas reduzem e deprimem o cérebro.

2) Quanto à origem:

	Depressoras	Estimulantes	Pertubadoras
Drogas Naturais	<ul style="list-style-type: none"> • Álcool • Opiácios 	<ul style="list-style-type: none"> • Cocaína • Cafeína • Nicotina 	<ul style="list-style-type: none"> • Maconha • Ayahuasca • Cogumelo
Drogas Sintéticas	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiolíticos/Sedativos • Inalantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Afetaminas 	<ul style="list-style-type: none"> • LSD • Ecstasy

3) Quanto ao Estatuto Jurídico:

Lícitas	Ilícitas
<ul style="list-style-type: none"> • Álcool • Tabaco • Cafeína • Solventes 	<ul style="list-style-type: none"> • Cocaína • Maconha • LSD • MDMA (Ecstasy) • Heroína

3.2. DEPENDÊNCIA, FISSURA, ABSTINÊNCIA E RECAÍDA

Segundo Aurélio (2009, p. 620, grifo nosso), dependência significa:

[Depender = -ência] 1. Estado ou caráter de dependente. 2. Sujeição, subordinação: [...], *dependência física, dependência psíquica*. [...]. **Dependência física.** *Farmac. Psiq.* Cada um dos estados mórbidos em que surgem importantes alterações físicas quando é interrompido o uso de certo medicamento, ou **droga**, e que varia segundo este ou esta, com apresentação de sinais e sintomas de natureza física. [...] **Dependência psíquica.** *Farmac. Psiq.* Cada um dos estados mórbidos em que a impressão de bem-estar causada por medicamento, ou **droga**, leva o indivíduo a tomá-lo ou tomá-la, em caráter contínuo ou periódico, inclusive para evitar a sensação de bem-estar que lhe causaria a privação daquele medicamento ou daquela droga.

A dependência é um estado em que se encontra uma pessoa diante de uma vontade incontrolada de consumir uma ou mais drogas, de forma contínua a fim de saciar sintomas de ansiedades, medos e sensações físicas desconfortáveis, criando um elo no qual a droga se torna prioridade. Para uma

melhor abordagem o autor explicita o estado físico e psíquico (SAPORI & MEDEIROS, 2010).

A dependência psíquica é um estado em que a impressão de bem-estar causada por medicamentos o contínuo. O dependente caracteriza-se por não conseguir controlar o consumo de drogas, agindo de forma impulsiva e repetitiva. [...] A dependência psíquica é o que, quase sempre, faz com que a pessoa volte a usar drogas e seu tratamento é muito difícil e demorado que o da dependência física.

Já a dependência física é um estado no qual a droga é necessária para que o corpo funcione normalmente. Quando determinada droga é utilizada em quantidades e frequência elevada, o organismo se defende estabelecendo um novo equilíbrio em seu funcionamento, adaptando-se a ela de tal forma que, na sua falta, funciona mal.

É interessante acrescentar a diferença de dependência e uso terapêutico abusivo (CAVALCANTE, 1999).

[...], Este seria o consumo exagerado de uma substância (remédio) para eliminar um transtorno ou recuperar uma função orgânica. O objetivo, aqui, situa-se no plano terapêutico. Isto é, busca-se o efeito do remédio. Fala-se em farmacomania. Entretanto, quando da dependência química, verifica-se a ultrapassagem da posologia natural na busca de prazer, evidenciando uma tendência voluptuosa ligada ao desejo (CAVALCANTE, 1999, p. 22-23).

De acordo com Houaiss (2003, p. 329) a palavra fissura significa: “loucura: apego paixão”. “De acordo com a teoria psicanalítica, o toxicômano fissurado, ávido por se drogar, materializa a falta inerente a todo ser desejante no objeto droga” (SAPORI & MEDEIROS, 2010, p.133).

De todos os pacientes internados 99%, logo no início do tratamento, se mostram fissurados pela droga e um intenso sofrimento em resisti-la (SAPORI & MEDEIROS, 2010). Vale colacionar o depoimento de Walter Casagrande, famoso comentarista e esportista da Rede Globo, em sua Biografia ele resalta um dos momentos difíceis de sua luta contra o vício das drogas:

[...] Depois da primeira internação, fiquei legal por algum tempo. Fiz a Copa da Alemanha bonzinho pra caralho. Mas quando voltei começou tudo de novo.

Passei mal em casa e comecei a arrumar desculpa pra sair. Assistir num sábado à noite e fiquei dois dias com fissura (desejo quase incontrolável de consumir a droga) na segunda-feira, voltei a usar cocaína. E voltei ao passado (CASAGRANDE JÚNIOR, 2013, p. 49).

Fica claro nesse depoimento que o poder da fissura sobrepuja ao desejo de se drogar.

A abstinência, segundo Houaiss (2003, p. 7):

1 castidade: recato, recolhimento, virtude, devassidão, impureza, lubricidade, sensualidade, voluptuosidade **2 comedimento:** contenção, continência, moderação, parcimônia, sobriedade, temperança <a. de álcool>;abuso descomedimento, excesso, incontinência, intemperança **3 jejum:** dieta, frugalidade <a. de carne> **4. privação:** abstenção desistência, isenção e renúncia

A recaída também é outro estágio em que se encontra o dependente, surge como um fator que muitas vezes, se torna inevitável para um usuário de drogas. Segundo Aurélio (2009, p.1707) recaída é “**1.** Ato ou efeito de recair; recaimento. **2.** Reaparecimento ou recrudescimento do quadro clínico de uma doença, estando o paciente em convalescença”. Senão vejamos um trecho do relato de Patrícia Forone de 31 anos e consultora de beleza em São Paulo “Fazia cinco meses que eu não usava nada. Mas, no ano passado, tive uma recaída. Fumei cinquenta pedras de crack em menos de 24 horas” (CARVALHO, 2012).

A recaída é um fenômeno possível de acontecer na vida de um dependente, porém é possível trabalhar alguns hábitos que contribua no tratamento como por exemplo: mudança no estilo de vida, se envolver em atividades esportivas, manter contato com pessoas que não usam drogas etc.

3.3. O ÁLCOOL E SEUS EFEITOS

O Álcool nos dias atuais é a droga mais consumida pelos jovens, em parte é uma substância legalizada, pois sua venda é proibida para menores de 18 anos, mas na prática a norma não é cumprida. Por ser considerada uma droga lícita é facilmente encontrada em redes de supermercados, mercearias, bares, padarias, em poder de vendedores ambulantes, restaurantes, postos de gasolina e lojas de conveniência.

Conhecida como a segunda maior causa de morte entre os jovens, essa substância está atrelada a comportamentos agressivos, índices de suicídios, abusos sexuais, furtos, roubos etc.. Ademais dados mostram que dos leitos ocupados nos hospitais 90% são de dependentes de álcool, e ainda nas metrópoles que possuem mais de 200 mil habitantes 11% são ocupados por pessoas alcoólatras (TIBA, 2007).

O Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID da Universidade de São Paulo constatou das 27 capitais ao todo foram entrevistadas 48.155 pessoas que com 12,5 anos de idade tiveram o primeiro contato com o álcool, e ainda, 65,2% dos estudantes do Ensino Fundamental e Médio, de escolas públicas, ingerem bebidas alcoólicas (TIBA, 2007). Não há como esconder os sinais e as marcas causadas pelo consumo de álcool. Segundo preconiza Tiba:

[...] o álcool é sempre depressor do Sistema Nervoso Central (SNC). Em pequenas quantidades deprime o superego – responsável pela ética e por condutas sociais adequadas, tornando as pessoas aparentemente mais livres e eufóricas. A cerveja contém 5% de álcool, [...], duas latas de cerveja, para lembrarmos, equivale a uma dose de uísque ou duas taças de vinho.

Os efeitos do álcool no organismo e na psique surgem rapidamente após a ingestão. Em pequenas quantidades o álcool produz sensação de bem-estar, euforia, desinibição, loquacidade, taquicardia, ruborização, aumento de pressão arterial. O usuário já não tem tanto controle do seu comportamento, que começa se tornar inadequado e incontrolável.

Ademais o uso exacerbado do álcool provoca graves consequências (TIBA, 2007, p. 271):

no SNC (Sistema Nervoso Central): intoxicação crônica levando o embrutecimento do psíquico; psicoses alcoólicas com quadro alucinatórios e delirantes; diminuição de memória de fixação e evocação; desorientação temporal e espacial; fabulação (invenções de histórias para preencher falhas de memória); alterações comportamentais com prejuízo na vida profissional, social, familiar, pessoal, sexual; delírio de ciúmes por sua própria impotência sexual, mesmo a sua companheira sendo uma santa.

A síndrome de abstinência surge no momento em que o dependente se abstém da ingestão do álcool, o que não obsta os sintomas de confusão mental, alucinações físicas e visuais que levam o paciente à agressividade. Uma vez atingindo um elevado grau de dependência faz-se necessária a prestação de assistência por médico especializado que poderá fazer uso de medicamento adequado (TIBA, 2007). “A síndrome de abstinência é um quadro clínico que revela a falta que uma substância está fazendo ao usuário e a dose que vinha sendo utilizada” (SAPORI & MEDEIROS, 2010, p. 132).

3.4. O ÓPIO E SEUS EFEITOS

O ópio é uma palavra de origem grega, originária da Ásia Menor e cultivada em alguns países como: China, Irã, Índia, Líbano, Iugoslávia, Grécia, Turquia e sudoeste da Ásia. Desta planta, quando ainda verde, é extraído um suco da polpa chamada *Papaver somniferum*, mais conhecido como papoula. Este suco, leitoso, branco e coagulado, quando processado torna-se uma pasta de cor castanha, que após ser fervida dá origem ao ópio, de gosto amargo, quando aquecido produz um cheiro forte e desconfortável (AMARIZ, 2013).

Derivados do ópio os opiáceos são drogas naturais e semi-sintéticas, estas sofrem mutações em parte de suas substâncias naturais, como por exemplo a heroína abstraída da morfina com alteração química, e aquelas são totalmente naturais (morfina e codeína) (BRASIL, 2007).

Segundo Tiba (2007), a heroína é altamente viciante e com o tempo o dependente tende a aumentar a dose, contudo depois de corrido oito horas de sua aplicação, este apresenta sinais de tolerância e síndrome de abstinência. Quando consumida o indivíduo demonstra agressividade, e atitudes socialmente reprováveis. A maior parte das mortes provocadas por overdose é proveniente da mistura a outros componentes: álcool, hipnóticos e sedativos. “Surge uma depressão respiratória com bradipnéia e convulsões, as pupilas entram em miose fechada, a temperatura corporal baixa e os reflexos osteotendinosos diminuem causando o coma” (TIBA, 2007, p. 317).

Já a morfina “é medicamento usado para analgesia sistêmica de dores que resistem a outros remédios, injetáveis na maioria das vezes” (TIBA, 2007, p. 318).

A ciência comprova que essas drogas além de causar dependência quando usadas de forma desregrada podem levar à morte. Uma demonstração disso foi o caso recente de Michael Jackson que, aos 50 anos, conhecido como o “Rei do Pop”, compositor, cantor, coreógrafo e dançarino, teve uma parada cardiorrespiratória. Mais precisamente às 12:20m Do dia 25 de junho de 2009, uma quinta-feira, embora acompanhado por seu médico particular o Dr. Conrad Murray, surge o primeiro pedido de socorro, por telefone, vindo da mansão,

localizada em Los Angeles, ao Hospital Universitário da Califórnia, a algumas quadras da residência. Afirmam os paramédicos que após chegarem ao local encontraram o astro sem respiração e sem pulso, sendo imediatamente levado para o hospital em estado de coma. Exatamente à 14:26m, o mundo inteiro recebeu a notícia de que Michael Jackson havia morrido (MARTINS, 2009).

Os sites de busca da internet e programas de relacionamentos ficaram completamente sobrecarregados, um dos mais conhecidos, o Google, sofreu uma pane total, e a AOL nos Estados Unidos teve um colapso, as lojas virtuais de música iTunes e Amazon, tiveram um aumento estrondoso de vendas. Tudo isso não foi mais impressionante que os motivos da causa da morte do astro. Logo surgiram informações de pessoas próximas declarando que Michel tomava demerol, um medicamento proveniente do opiáceo com poder igual ao da morfina dos medicamentos produzidos com base em opiáceos, depois da heroína, a meperidina, conhecido como o princípio ativo do demerol, é a que mais vicia. Michael morreu de intoxicação aguda causada pelo uso excessivo do anestésico propofol, que o levou a uma parada cardíaca. (MARTINS, 2009).

A parada respiratória é causada pelo remédio que após ser usado reage nas células do Sistema Nervoso Central – SNC torna-as sensíveis, comprometendo o todo a respiração e causando sonolência. Dessa forma, sem oxigênio, o coração para de funcionar (MARTINS, 2009).

Anestesiologista do Hospital das Clínicas de São Paulo, a Dr. Irismar de Paula Posso afirmou: “Se ele for consumido todos os dias, bastam duas semanas para o efeito do medicamento durar a metade disso” (MARTINS, 2009, p. 98). No exame toxicológico feito pela Dr. Dan Anderson, do Departamento de medicina de Los Angeles, foi comprovada a presença de 3,2 microgramas por mililitro de sangue do anestésico propofol, além de efedrina, lidocaína e os ansiolíticos lorazepam, midazolam, e diazepam no corpo de Michael (TERRA, 2013).

O ópio foi descoberto a milhares de anos desde as mais antigas civilizações mediterrâneas, a mais de três mil anos foram encontradas estátuas deusas sacerdotisas que tinham desenhado na frente a flor de ópio. Há 4.000 a.C, na atual Irã, habitavam os sumerianos que a chamavam de “planta da alegria” e a utilizavam para invocar seu deuses. Mais precisamente 1.500 d. C. passou a ser

plantada por camponeses. Tempos mais tarde em 1776 foi dada aos combatentes na guerra civil americana para amenizar a dor. Já em 1814 a morfina surge como primeiro anestésico, porém com efeitos colaterais (BRASIL, 2007). No período contemporâneo é importante acrescentar as seguintes datas:

1803 – a morfina foi isolada do ópio por Frederick Serturmer;
1832 – a codeína foi extraída do ópio;
1874 – primeira vez que a heroína foi produzida a partir da morfina;
1898 – a Bayer Company produz a heroína como substituto da morfina;
1922 – foi restringida a importação do ópio, exceto para uso medicinal;
1924 – a fabricação e posse de heroína tornou-se ilegal.

Essas drogas geram efeitos no Sistema Nervoso Central, reduzindo qualidade de raciocínio, anestesia o corpo e causam sonolência. Esses narcóticos agem no organismo de forma rápida causando miose, contração da pupila tornando-a quase imperceptível. Ademais, provoca inchaço no estômago, paralisam o intestino e provoca aumento de gases, e por isso são utilizadas terapêuticamente para interromper diarreias (BRASIL, 2007). Acrescenta Alarcon e Jorge (2011, p. 125):

Como o SNC é basicamente formado por gordura, conclui-se que é o tecido nervoso que os opioides exercem com maior intensidade suas funções, podendo comprometer a memória, assim como a cognição, humor e as funções motoras, manifestando-se pela incoordenação e pela fala arrastada.

Os usuários dessa substância, que são tradicionalmente cheiradas, fumadas ou injetadas, geralmente compartilham os apetrechos como seringas, por exemplo, e acabam transmitindo Aids, hepatite B e C. Ademais, seu uso descontrolado e contínuo também provoca problemas no coração, convulsões e pode levar o indivíduo à morte. Outro agravante do seu uso é a dependência, que é facilmente adquirida (BRASIL, 2007). “A Organização Mundial de Saúde (OMS) já alertou o Brasil, mais de uma vez, pelo baixo consumo desses medicamentos nos casos de doenças que causam dores intensas” (BRASIL, 2007). E acrescenta os dados de consumo dessa substância no Brasil:

De acordo com o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil – estudo envolvendo as 108 maiores cidades do País, realizado em 2005 pela Secretaria Nacional Antidrogas – Senad em parceria com o Cebrid/Unifesp e que envolveu 7.939 pessoas, entre 12 e 65 anos – mostrou as estimativas de uso na vida de Analgésicos opiáceos (Meperidina®, Dolantina®, Demerol®, Algafan®, Tylex®, morfina). As porcentagens estão de aproximadamente 1,3%, o que equivaleria a uma população de 668.000 pessoas. Em todas as faixas etárias, houve predomínio de uso na vida por mulheres em relação aos homens.

“O que diferencia uma substância da outra é a potência, ficando tudo restrito à questão da dose” (SILVA, 2000, p. 147).

3.5. A MACONHA E SEUS EFEITOS

A maconha é a droga mais consumida no mundo. Sua principal substância é o THC (tetraidrocanabinol) que causa os maiores sintomas em canabistas⁷, seu efeito aumenta ou diminui conforme a adição a outros canabinóides. Atualmente as plantas geneticamente modificadas apresenta um teor de 20% dessa substância (TIBA, 2007). Segundo preconiza o mesmo autor “Cada baseado (cigarro de maconha) pesa de 500 mg a 1g, e com 1% de teor, teria de 5 a 10 mg de THC, sendo que de 2 a 3 mg são suficientes para produzir um “barato””(p.282).

Ao contrário do que muitos pensam, restou comprovado cientificamente pela neurociência que a maconha é uma substância viciante. O erro é que de tanto ser comparada a outras drogas mais agressivas alguns a julgam inofensiva, o que não é verdade (TIBA, 2007). “No Brasil a maconha ainda não é considerada um medicamento, mas um produto ilegal, contrabandeado, cuja qualidade é suspeita, podendo produzir, por isso, mais prejuízos ao usuário crônico do que benefícios” (ALACON & JORGE, 2012, p. 119). Em estudos recentes feitos pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), psiquiatras e psicólogos concluíram que:

[...] a maconha interfere na função dos endocanabinoides, substâncias cerebrais liberadas naturalmente quando as conexões entre os neurônios (sinapses) são ativadas. Tais compostos têm a função de regular as sinapses, de forma a preservar a comunicação entre os neurônios. [...] esses compostos estão espalhados por todo o cérebro, o que explica a ação difusa da maconha. [...]. Dessa forma, a comunicação neural (sinapse) se torna ineficiente. Eventualmente pode haver até mesmo perda de neurônios. Em estudos recentes, descobriu-se que os receptores submetidos à ação da droga se comportam de formas diferentes. Alguns reagem a quantidades pequenas de maconha; outros, a grandes volumes.

A afinidade química da maconha com os receptores endocanabinoides é tamanha que basta um uso contínuo (pelo menos uma vez por semana) para que os danos sinápticos possam vir a se tornar definitivos, mesmo com a suspensão da droga. Esse prejuízo ocorre, sobretudo, durante a adolescência, quando o cérebro está em transformação e os mecanismos neurais estão mais vulneráveis. Trabalhos recentes detalhando a afinidade química da maconha, financiados pelo Instituto

⁷ Fumantes da *Cannabis sativa*, a planta que secreta uma resina que contém os quase sessenta canabinóides mais quatrocentas substâncias constituintes.

Nacional sobre Abuso de Drogas, nos Estados Unidos, mostram que a semelhança com os endocanabinoides é maior do que se imaginava, ratificando o efeito danoso ao cérebro (LOPES, 2012).

A maior parte das pessoas que consomem a maconha tenta demonstrar a si e aos outros que não são viciadas, que ao contrário do que os outros pensam, podem deixá-la quando bem quiser sem qualquer problema, porém quando isso acontece, logo se encontram no estado de abstinência (TIBA, 2007).

Conhecida como erva maldita, seus efeitos maléficos são iguais ou superiores se comparado ao álcool, cigarro e cocaína. Senão, vejamos o que dizem e o que sabem sobre elas (LOPES, 2012, p. 96-97):

	O que se diz	O que se sabe
CIGARRO	Por conter muitas substâncias químicas extremamente tóxicas, cancerígenas, inclusive, o tabaco seria mais danoso do que a maconha, uma erva consumida em sua forma natural.	Devido às tragadas longas, sem filtro, quem fuma maconha consome quatro vezes mais alcatrão do que se fumasse um cigarro de tabaco e cinco vezes mais monóxido de carbono , duas substâncias diretamente associadas ao câncer de pulmão. (grifo nosso).
ÁLCOOL	As bebidas alcoólicas seriam mais prejudiciais do que a maconha porque têm ação sistêmica no organismo, agredindo, portanto, todos os órgãos na mesma intensidade.	Em excesso, o álcool compromete, sobretudo, o fígado e o cérebro. Na maioria dos casos, com a suspensão da bebida, é possível a recuperação total do fígado. Quanto ao cérebro, o álcool deixa as membranas dos neurônios mais frágeis . Mas elas têm alta capacidade de regeneração, com a interrupção do consumo. (grifo nosso).
COCAÍNA	Diferentemente da maconha, a cocaína oferece alto risco de dependência	Quando a maconha é utilizada na adolescência, o risco de dependência é o mesmo da cocaína, de 15% . (grifo nosso).

A ingestão da fumaça que percorre o caminho para o cérebro deixa marca neuronal que jamais podem ser apagadas. Sem contar que, para muitos, a maconha abre portas para outras drogas. É o que acontece na vida do cineasta

Álvaro Zunckeller, 32 anos e a comerciante Vádia Ofenheim, de 52 anos (LOPES, 2012):

Fumei maconha durante vinte anos. Experimentei na adolescência e adorei. Em três anos, passei de um cigarro a cada duas semanas para três baseados por dia. Foram vinte anos de perdas. Perdi um emprego, perdi duas namoradas e me formei com dez anos de atraso. Faculdade, só pensava na hora de ir para o barzinho fumar maconha. Quando estava em casa, passava o dia inteiro dormindo. Era um viciado, mas levava uma vida relativamente normal. Esse é o grande perigo da maconha. Há sete meses comecei o tratamento clínico contra a dependência. Desde então, nunca mais fumei. Hoje tenho dificuldade de me concentrar na leitura. Não consigo ler mais de três, quatro páginas. Sinto saudades da sensação que causa a maconha, claro. Mas não quero mais que ela domine a minha vida.

Fumei meu primeiro cigarro de maconha aos 19 anos, com um primo, por curiosidade juvenil. [...]. A maconha foi a porta de entrada para outras drogas, a certa altura, quis experimentar uma sensação mais forte. A maconha havia perdido a graça. Aos 27 anos, cheirei cocaína. Aos 35, mudei para o crack. Verei um rato. Passei por três internações e me salvei. Estou há onze anos sem usar drogas.

Segundo pesquisa recente “Pouco mais de 1,5 milhão de brasileiros usam maconha diariamente, revela o Levantamento Nacional de Alcool e Drogas – LENAD, divulgado ontem pela Universidade Federal de São Paulo – Unifesp” (DEIRO, 2012).

Na concepção do psiquiatra Dr. Valentin Gentil Filho, tanto a heroína, a cocaína e o crack fazem um estrago no consumista podendo levá-lo à morte, inclusive, em curto espaço de tempo, porém embora a dependência se agregue ao corpo mais rápido, seus danos no cérebro cessam após serem deixadas de consumir. Entretanto a maconha é a única entre elas que causa psicoses irreversíveis, ainda que interrompido o seu uso, e conclui dizendo: “Se fosse para escolher uma única droga a ser banida, seria a maconha” (LOPES, 2012, p. 99).

3.6. A COCAÍNA E SEUS EFEITOS

Naturalmente conhecida por *Erythroxylum Coca* é uma planta cultivada em terras tropicais, mais especificamente no altiplano dos Andes, sendo quase impossível, até hoje, sua adaptação em outra região da terra. Após surgir o cloridrato de cocaína em 1862, os EUA passou a utilizar a folha da coca para produção de elixires, pastilhas, vinhos e o mais conhecido dos refrigerantes, a Coca-Cola que em sua composição adicionava além de coca a cafeína extraída

da noz de cola. Por décadas a cocaína esteve posta à venda em drogarias na Europa e nos EUA (ALARCON & JORGE, 2011).

Na década de 1920, a cocaína passou a ser utilizada pela medicina e produzida em grande escala nos laboratórios alemães, holandeses e japoneses, devido ao seu poder anestésico que outrora, pela primeira vez, em 1884, havia sido utilizado para uma cirurgia oftalmológica feita pelo doutor Carl Koller. Início do século XX, marcado da pela forte campanha proibicionista de consumo de drogas, os EUA e Reino Unido proíbe a venda e consumo de cocaína (ALARCON & JORGE, 2011).

Atualmente a cocaína é mundialmente comercializada no mercado negro, segundo Tiba (2007) “Para adquirir cocaína, o usuário se expõe a procurar o traficante ou já é por ele conhecido e, portanto, já lhe entrega em domicílio”. É o que mostra um estudo feito no Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas – OBID (BRASIL, 2007):

[...], os estados com maiores índices de uso de cocaína recente, ou seja, no último mês, foram: Rio de Janeiro (45,2%), São Paulo (31%), Boa Vista (26,5%), Brasília (23,9%) e Recife (20,3%). Quando reduzido aos usuários de crack, São Paulo, Recife, Curitiba e Vitória foram os estados com maior prevalência (entre 15 e 26%). Já em relação à merla, Brasília (19,3%), Goiânia (17,1%), Maranhão (15,5%) e Boa Vista (10,3%) foram os estados com maior prevalência.

Essa droga possui um alto custo e em meio à dificuldade em adquiri-la, devida a restrição no cultivo, já mencionada, muitas vezes é misturada a outras substâncias como: vidro moído, talco, pó de mármore etc., o que aumenta o seu potencial e atrai os jovens ao consumo (ALARCON & JORGE, 2011). Há uma clara expiação de seu uso, conforme preconiza na obra do autor (TIBA, 2007, p. 303):

Ela é cheirada ou injetada como o usuário escondido no banheiro, nas boates, de baladas ou na própria casa até em locais onde grupos de usuários se reúnem para essa finalidade. Atualmente há relatos de pessoas usando durante shows, em estádios esportivos cheios enquanto assistem a um esporte, e até mesmo em carros em movimento (dando um “rolê”).

Para injetar usam seringas descartáveis, que na maioria das vezes não são descartadas, e passam de uma pessoa a outra. Foi um dos meios pelos quais a AIDS contaminou muitos usuários. Quando já estão no processo de injeções nas veias e acaba o líquido que diluiu o pó, os usuários usam qualquer líquido que encontram.

Ouvi relatos de pessoas que usaram água do vaso sanitário, e outras que injetavam na veia do pênis ou dos pés para não serem identificadas.

A cocaína é esfarelada em pó com algo muito cortante (gilete), colocada numa superfície lisa e seca (vidro, espelho, mármore etc.) e cheirada através de um tubinho feito em geral na hora com o material que tiver (notas de dinheiro, papéis lisos e firmes, canudos etc.). O usuário aspira fortemente com uma das narinas, enquanto tapa a outra.

Após ser usada, seja cheirada, fumada ou injetada, logo surgem os efeitos que “Em doses baixas, a cocaína diminui a ansiedade e aumenta a euforia, hiperatividade, desinibição, autoestima e estimulação sexual” (TIBA, 2007). Entretanto, quando usada em grande quantidade seus efeitos são mais agressivos. Senão vejamos:

[...]. Mas com o aumento do uso podem surgir disforia (perturbação da euforia), diminuição do juízo crítico, ideias de grandeza, impulsividade, hipersexualidade, excitação psicomotora, anorexia, diminuição da necessidade de dormir, ataques de pânico, e chega a desencadear quadros psicóticos maníacos.

Após aproximadamente quinze minutos do início do uso da cocaína (também do crack e da merla), podem surgir uma diarreia aquosa, câibras abdominais e vômitos sem náuseas.

É frequente os usuários fazerem uso da cocaína por vários dias seguidos, sem parar.

Podem piorar para quadros neurológicos que causam movimentos descoordenados, ranger dos dentes e da mandíbula (bruxismo), insônia, perda do impulso sexual, perda dos cuidados pessoais, surgem ideias delirantes de perseguição, alucinações visuais e auditivas, e podem ocasionar convulsões, arritmia cardíaca, parada respiratória e morte. (TIBA, 2007, p. 304).

Segundo o depoimento de Casagrande que demonstra sua reação após preparar duas dose equivalente a 1ml de “Speed”⁸ (CASAGRANDE, 2013, p. 38):

Pensei: caraca, vou sair com meu filho e levar essa seringa na bolsa. [...], Pensei nisso mas fiquei com medo de que alguém chegasse e achasse. [...] Botei tudo de uma vez, rapidamente, pois o Leonardo estava em casa e podia aparecer a qualquer momento. Estranhamente, apesar da dose excessiva, não aconteceu nada na hora. Aí eu me levantei, fui até a pia, lavei a seringa e guardei dentro da Bolsa. Quando fechei o zíper, em frente ao espelho, houve uma explosão no meu peito. Explodiu mesmo: bummmm... e eu voei. Saí cerca de um metro do solo, bati contra a parede e caí no chão.

Na fase crônica de uso, o dependente apresenta sintomas ainda mais decadentes da dependência é o que expõe o autor (ALARCON e JORGE, 2011):

Os efeitos mais agudos (cerca de uma hora depois do uso abusivo ou mesmo durante o consumo) se dão por constrição dos vasos sanguíneos que irrigam o coração e o cérebro – vasoconstrição causada diretamente pela cocaína e seus derivados. Aput (Goodman & Gilman, 1996). Como consequência, infarto agudo do miocárdio e derrames cerebrais pode

⁸ O speed é a mistura heroína e cocaína

ocorrer em pessoas jovens sem nenhuma doença previamente identificada.

A abstinência também tem seus efeitos abruptamente percebidos pela “[...] depressão, ansiedade, irritabilidade, fadiga generalizada, necessidade de sono e “fissura” de querer usá-la de qualquer maneira novamente” (TIBA, 2007, p. 304). O “botão” do estímulo pode ser acionado a qualquer momento, por meio das lembranças do tempo em que se usava a droga, de passar por lugares conhecidos por pontos de venda, contatos com usuário, lugares e fotos que trazem recordações dos tempos de uso, e até mesmo após a ingestão de bebidas alcoólicas (TIBA, 2007).

3.7. O CRACK E SEUS EFEITOS

No cenário contemporâneo, na sociedade de consumo uma droga tem chamado atenção, tanto dos meios de comunicação de massa quanto aos poderes públicos e de inúmeros estratos da sociedade: o crack.

Criada na década de 1980, nas Bahamas em pouco tempo se espalhou pelas cidades periféricas de Los Angeles, San Diego e Houston, a “pedra” logo foi batizada por “crack” devido ao “ruído produzido pelas pedras de cocaína de base livre quando volatilizada através do calor” (ALARCON e JORGE, 2011). Senão vejamos a sua criação:

No processo de síntese do cloridrato de cocaína, é necessário, inicialmente, transformar as folhas de coca em uma pasta, misturando-as com querosene e macerando, logo em seguida, a mescla em ácido sulfúrico diluído. Essa pasta base-base converte-se em cloridrato de cocaína ao ser purificada, acrescentando-se éter, ácido cloridrato e a acetona. Se diluído em água e acrescido de bicarbonato de sódio, ou amônia ou cloridrato de cocaína se transforma em crack após ser aquecido.

Devido ao baixo custo despendido na sua produção e aquisição logo alcançou proporção nas classes baixas dos EUA, devido ao alto custo da cocaína em pó e os obstáculos impostos pela política repressiva (ALARCON e JORGE, 2011).

A decadência moral e física é um dos estágios mais terríveis da dependência do crack. Os indivíduos que a consomem são capazes de tudo para

adquiri-la, furtos e roubos são os mais comuns dos seus atos, sem contar com a violência que se atrela ao cotidiano. Basta alguns trocados no bolso ou qualquer objeto, ainda que de pequeno valor, em mãos, para adquirir um pedra, quando não, em muitos caso, o próprio corpo se torna mercadoria de escambo. Uchôa, acolhe em sua bibliografia o depoimento de alguns traficante e dependentes: (UCHOA, 1996, p. 35, 51, 99 e 123).

Essa droga é a terceira bomba atômica do mundo. Veio para arrasar, destruir a sociedade americana. (Carlos Rivas, traficante Colombiano);
Pequenas e com aparência inofensiva, pensei que não fossem dar certo. Estava enganado. As pedras não perdoam nada e niguém. (Nivaldinho, mestre cuca do crack);

Fico tossindo o tempo inteiro. Sinto uma fraqueza grande. Estou tão fraco que passarei mal se comer uma feijoada agora. (Guilherme, 22 anos, dois de crack);

Pelo crack a gente é capaz de tudo. Tudo mesmo, até matar se for preciso. (Marcinha, traficante).

O consumo dessa substância potencializada gera efeitos não só psicofarmacológicos (alucinações, delírios, taquialia, agitação psicomotora, agressividade) como também em todo o organismo físico, que causam edemas pulmonar, hemorragia alvelar, queimação dos pulmões, além de desnutrição causada pela falta de apetite, boca ressecada, queimaduras nas mãos, dedos, nariz, face, olhos, cavidades oral, orofaringe, epiglote e laringe. O usuário para inalar o vapor produzido pela queimação da droga, fabrica cachimbos com materiais provenientes do lixo como latas de refrigerantes, cervejas, canos etc. Segundo preconiza o autor (ALARCON E JORGE, 2011, p. 123-123).

O crack é um preparo sólido e volatilizável, insolúvel em água, fato que impede sua absorção por outra via senão a fumada. O vapor derivado da queima do crack produz intenso efeito euforizante entre 10 a 15 segundos após sua inalação (enquanto o cloridrato de cocaína em pó, ao ser inalado, demora de 10 a 15 minutos para surtir efeito). O complexo de sensações obtidas com o uso dessa base bicarbonada de coca pode durar de 5 a 15 minutos (enquanto o cloridrato dura entre 30 e 40 minutos). Como essas sensações são sentidas mais rapidamente que aquelas produzidas pelo 'pó', e como sua duração é fugaz, o usuário tende a fumar a droga diversas vezes, o que, supõem-se, intensifica seus efeitos colaterais.

Segundo a mais recente pesquisa realizada no mundo, feita pela FIOCRUZ e encomendada pelo Senad, demonstrou o perfil dos usuários de crack no Brasil. Das 27 capitais, incluindo o Distrito Federal, tem-se um total de 370 mil dependentes. Desse total, 35% que consomem drogas ilegais, são formados de pessoas que vivem no anonimato ou sequer são contatadas. Desse total 14%, ou

seja, cerca de 50 cinquenta mil são menores. No Nordeste, foram identificados 56%, com 28 mil menores (CAVALCANTE, 2013).

Os dados demonstraram oscilação entre as regiões. Nas capitais da Região Norte, o crack e outras denotam 20% substâncias consumidas. Concomitantemente, na região Sul e no Centro-Oeste apresentam 52% e 47% (CAVALCANTE, 2013).

Outro dado alarmante é o número de contaminações pelo HIV, oito vezes mais se comparado a usuários de outras drogas. Verificou-se nas capitais um número de 0,8% (45 milhões) de usuários assíduos do crack. (CAVALCANTE, 2013). Dadas as informações, Vitore Maximiano – Secretário de Políticas Públicas sobre Drogas do Ministério da Justiça assim declarou:

[...]

não é pouco, em absoluto, termos 370 mil pessoas com uso regular de crack. O número é expressivo e mostra que devemos ter total preocupação com o tema”.

[...]

De acordo com o estudo, no Nordeste há aproximadamente 150 mil usuários de crack, acerca de 40% do total de pessoas que fazem uso regular da droga em todas as capitais do país.

Esse é um achado que surpreende: a presença de um forte consumo no Nordeste e também, proporcionalmente, no Sul [onde há 37 mil usuários de crack]. No nordeste, acreditamos que seja em razão do próprio IDH [índice de Desenvolvimento Humano] mais baixo, que quando equiparado nacionalmente. Já em relação ao Sul, verificamos um componente histórico, uma vez que tradicionalmente há na região um maior uso de drogas injetáveis, cujo índice no país é muito baixo, mas sempre com maior predominância por lá.

A pesquisa também analisou os pontos em que a droga é consumida e constatou que 8% utilizam ambientes públicos em que haja pessoas circulando e se interagindo. Um dos métodos utilizados foi a extração de informações via internet a fim de abranger o máximo possível de usuários (CAVALCANTE, 2013).

4. DOS PRINCÍPIOS E DIREITOS FUNDAMENTAIS

Antes de discorrer propriamente sobre alguns dos princípios e garantias elencados, é importante descrever o significado da palavra de forma mais abrangente. “Etimologicamente, princípio tem vários significados, entre os quais o de momento em que algo tem origem; causa primária; elemento predominante na constituição de um corpo orgânico; preceito, regra ou lei; fonte ou causa de uma ação” (NUCCI, 2013, p. 87).

Superado o significado em âmbito geral, passa-se agora a definição no campo jurídico, nada melhor do que a afirmação De Plácido e Silva: (2005, p. 1095).

Princípios revelam o conjunto de regras ou preceitos, que se fixam para servir de norma a toda espécie de ação jurídica, traçando, assim, a conduta de ser tida em qualquer operação jurídica. Desse modo, exprimem sentido mais relevante que o da própria norma ou regra jurídica.

Agora vale colacionar a respeito das garantias constitucionais a lição do Bonavides (2013, p. 580), “Os direitos do homem ou da liberdade, se assim podemos exprimi-los, eram ali direitos naturais, inalienáveis e sagrados”.

4.1. DIREITO À VIDA

A Carta Magna em seu artigo 5º, *caput*, estabelece dentre outros, o direito à vida. Esse direito sobrepuja a todos os outros, pois sem ele é impossível se obter os demais. Portanto é dever do Estado protegê-la de forma a garantir não somente o direito de permanecer vivo, como o de oferecê-la a subsistência (MORAIS, 2012).

Nesse diapasão segue o entendimento de Silva (2013, p. 199):

Vida, no texto constitucional (art. 5º, *caput*), não será considerada apenas no sentido biológico de incessante autoatividade funcional, peculiar à matéria orgânica, mas na sua acepção biográfica mais compreensiva. Sua riqueza significativa é de difícil apreensão porque é algo dinâmico, que se transforma incessantemente sem perder sua própria identidade. É mais um processo (processo vital), que se instaura

com a concepção (ou germinação vegetal), transforma-se, progride, mantendo sua identidade, até que muda de qualidade, deixando, então, de ser vida para ser morte. Tudo o que interfere em prejuízo deste fluir espontâneo e incessante contraria a vida.

Ainda, Silva (2013) preconiza, “Consiste no direito de estar vivo, de lutar pelo viver, de defender a própria vida, de permanecer vivo. É o direito de não ter interrompido o processo vital senão pela morte espontânea e inevitável”. Nesse caso o Estado como guardião desse direito é responsável por proteger a vida do dependente de drogas que se encontra em risco. Fazendo isso estará cumprido seu papel para com a sociedade como forma de garantia constitucional. Ademais essa proteção deve ser feita de forma cautelosa, sem ferir outros princípios como o direito à liberdade, à intimidade, entre outros.

Assim, entende Hobbes (2003, p. 101), “enquanto perdurar esse direito de cada homem a todas as coisas, não poderá haver para nenhum homem – por mais forte e sábio que seja – a segurança de viver todo o tempo que geralmente a natureza permite aos homens viver”.

A Convenção Americana Sobre Direitos Humanos. Pacto de San José de Costa Rica define em seu art. 4º – Direito à vida. “Toda pessoa tem direito de que se respeite sua vida. Esse direito deve ser protegido pela lei e, em geral, desde o momento da concepção. Ninguém pode ser privado da vida arbitrariamente” (ROZICKI, 2009).

4.2. PRINCÍPIO DA LEGALIDADE

Estampado na Constituição Federal o princípio da legalidade é de extrema relevância para o Direito Penal. Conforme dispõe o artigo 5º, inciso XXXIX, da CF/88 e no artigo 1º do Código Penal: “Não há crime sem lei anterior que o defina, nem pena sem prévia cominação penal”. Para Moraes (2012, p. 45).

[...], o princípio da legalidade mais se aproxima de uma garantia constitucional do que um direito individual, já que ele não tutela, especificamente, um bem da vida, mas assegura ao particular a prerrogativa de repelir as junções que lhe sejam impostas por uma outra via que não seja a da lei, pois como já afirmava Aristóteles, “a paixão perverte o Magistrados e os melhores homens: a inteligência sem paixão – eis a lei”.

Dessa forma compete à Lei determinar quando um ato é considerado lícito ou ilícito. “Trata-se de condição indispensável de segurança e liberdade individual, que de certo inexistiriam se o Estado pudesse punir fatos não previamente incriminados pelo legislador” (JOPPERT, 2008, p. 39).

Assim é necessário que haja flexibilização do artigo 1º do CP, de modo a compreender que este não se refere tão somente aos crimes, como também a contravenções penais. Por outro lado convém mencionar que a prévia cominação penal se estende tanto para a pena quanto para a medida de segurança (JOPPERT, 2008).

No caso da internação compulsória verifica-se que esta não guarda ligação com a Lei da reforma psiquiátrica, muito menos com a Lei 11.343/06. Entretanto quando estamos diante de dependentes de drogas que se encontra em estado agressivo, de forma a comprometer sua psique, muito se tem invocado, por analogia, a aplicação da Lei 10.216/01. O que não exime a importância de aprovação do Projeto de Lei 7.663/2010 para que a medida encontre pleno respaldo (WAY, 2010).

Enfatiza Nucci (2010, p. 81), “A legalidade em sentido estrito ou penal guarda identidade com a reserva legal, vale dizer, somente se pode considerar crime determinada conduta, caso exista previsão em lei”.

4.3. PRINCÍPIO DA LIBERDADE

O artigo 5º caput da Carta Maior declara quais são os direitos e garantias a serem classificados como direitos fundamentais, e assim expõe: “Art. 5º todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança [...]”.

Desta forma é clarividente que a internação compulsória de dependente de drogas, para aqueles que se mostram contrários à medida, que percorre o caminho a ser adotada como política pública, é restringir a liberdade de ir e vir do indivíduo contrariando um direito constitucional. Entretanto, melhor atende os defensores dessa medida, uma vez que esta não é uma penalidade

mas sim um tratamento em que se faz necessário o afastamento do paciente para que não tenha contato direto com o mundo das drogas durante o tratamento evitando ocasionar uma possível recaída, e desfazer todo o esforço dispensado.

Para Silva (2013), o princípio da liberdade é “um poder de atuação do homem em busca de sua realização pessoal, de sua felicidade”.

4.4. PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

Este princípio tem por objetivo preservar o ser humano a partir do nascimento até a morte garantindo-lhe automotivação e o direito de existir. Elencado no artigo 1º, III, da Carta Magna esse princípio, de certa forma, abarca todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, o qual para cultivar sua dignidade invoca o respeito aos direitos e garantias individuais. Tendo em vista ser este base do Estado Democrático de Direito o qual não se admite a contradição (NUCCI, 2010).

Em outras palavras, significa dizer que este princípio é fundamento basilar no desenvolvimento de uma sociedade sendo inaceitável seu descumprimento, o que colocaria em risco toda a máquina Estatal (NUCCI, 2010).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU (1948), dispõe em seu artigo 1º a seguinte ordem “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade” (ONU, 1948).

O tema debatido neste trabalho acadêmico nos remete à importância de se tratar de um dependente de drogas em estado de risco, pois quando este se encontra a quem de suas faculdades mentais pelo consumo excessivo das drogas, como é o caso de dependentes crônicos viciados em crack ou em outras drogas, o Estado como guardião do bem maior – a vida – tem o dever de entrar em ação.

5. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DE DEPENDENTE DE DROGAS

Em estudos mais recentes elaborados pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), comprova que “o Brasil é o maior consumidor da pedra de crack no mundo” (MENEZES E MARTINO, 2012).

Estamos diante de um fato grave que de um lado demonstra o drama dos aprisionados pelas drogas e do outro o sofrimento das famílias que clamam por ajuda e uma sociedade que anseia por uma resposta. Especialistas abrem uma lava de debates a respeito da internação compulsória, que para uns é vista como política de saúde pública, e para outros é uma “limpeza urbana” nos centros das grandes capitais brasileiras onde se formaram verdadeiras cracolândias.

5.1. A INTERNAÇÃO VOLUNTÁRIA, INVOLUNTÁRIA E COMPULSÓRIA À LUZ DA LEI 10.216/2001

A reforma psiquiátrica no Brasil teve seu início nos anos 80, materializando-se com a criação da Lei nº 10.216/2001, que atravessou mais de uma década de debates até entrar em vigor. Com a finalidade de discutir uma nova política de saúde mental, seus argumentos foram sedimentados na proteção e nos direitos de portadores de transtornos mentais, que até então passariam a determinar a internação uma exceção, ou seja, em casos de insuficiência de recursos hospitalares, para proteção contra maus tratos e a reinserção dos pacientes no âmbito social. Para efeitos de tratamentos foram criados uma rede de Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, que substituíram os hospitais psiquiátricos (FILHO, 2012).

A nova reforma psiquiátrica com objetivo de acrescentar ao paciente melhor condição de tratamento expõe em seu artigo 6º as modalidades de internação psiquiátrica: voluntária, involuntária e compulsória. Conforme expõe Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP (FILHO, 2011):

- 1. Internação voluntária:** o paciente solicita voluntariamente sua internação. O psiquiatra deve colher dele uma declaração de sua opção por esse regime de tratamento. Quando da alta, se esta for a pedido do paciente, este também deve assinar uma solicitação por escrito.
- 2. Internação compulsória e involuntária:** é aquela determinada pela Justiça. O juiz determina o procedimento, mas o paciente se recusa a ser

internado. Nesse caso, o psiquiatra procede à internação, não precisando comunicar a sua execução ao judiciário.

3. Internação compulsória, mas voluntária: o juiz determina o procedimento e o paciente também deseja a internação. O psiquiatra procede normalmente à internação.

4. Internação involuntária, mas não compulsória: o psiquiatra indica, realiza a internação e comunica ao Ministério Público em um prazo de 72 horas. (grifo nosso).

Como o próprio nome diz: voluntária é a modalidade de internação que está direcionada à vontade do paciente de ser internado, que tem consciência que possui um transtorno e manifesta o desejo de se tratar. Essa modalidade busca acalmar o paciente, e tranquilizar a família e o médico assistente.

Quanto à internação involuntária, esta é feita sem o consentimento do paciente e a pedido terceiros, geralmente da própria família. Destacamos alguns motivos que conduzem à internação: pacientes com transtornos mentais que apresentam sinais de agressividade e quadro avançado da doença que compromete o poder de decisão de escolha da internação. Ademais, preconiza o autor “Penso que as pessoas habilitadas a formularem o requerimento são, por analogia, as mesmas previstas no Art. 1.768 do CC, a saber: pais ou tutores, cônjuge (ou companheiro), ou por qualquer parente” (COSTA, 2013).

Em depoimento, Casagrande relata a internação involuntária e o seu tratamento em uma clínica especializada para atender dependentes de drogas pela qual passou: (CASAGRANDE, 2013, p. 53, 55, 81, 84).

Eu estava muito frágil, então não tinha nem forças para me revoltar. Só depois de algum tempo, quando comecei a melhorar fisicamente e a recuperar a sanidade, passei a entrar em conflito, porque achava que não deveria estar lá. [...]. de fato, eu entrei no tratamento, e fiz tudo direitinho, comecei a acreditar nos psicólogos e naquilo que eles falavam para mim. Se eu tivesse feito um jogo apenas para sair da clínica, me fingindo de bonzinho para ter alta, hoje estaria com o mesmo comportamento de antes. Percebi ali uma oportunidade para me transformar como ser humano. [...]. Mas fazia parte do processo de tratamento para desenvolver a humildade. O dependente químico se torna um tanto prepotente, porque a droga o leva a não cumprir obrigações. [...], um dos efeitos da cocaína é o congelamento emocional, Ela não te deixa frio, nem feliz, nem triste. [...]. Um dos passos principais do tratamento é você se olhar no espelho e admitir que é um fracassado perante a droga. Mostro minha fragilidade tranquilamente. **O melhor para mim, é ter consciência de que preciso de ajuda mesmo**, e só assim consigo virar o jogo. Tenho três psicólogas e uma psiquiatra. Se sentir desconfortável em alguma situação, não penso duas vezes em ligar para uma delas. (grifo nosso).

Portanto, quando a solicitação de internação é feita por terceiro/familiar, o pedido deve ser administrativo e entregue no local da internação, ou no lugar onde é regulada, quando se trata de Sistema Único de Saúde (SUS). Assim não há que se falar em intervenção judicial ou do órgão do Ministério Público para se concretizar a internação involuntária. Basta que a haja uma comunicação em 72 horas do Hospital ao MP (COSTA, 2013).

Já a internação compulsória, à luz da Lei 10.216/01, restringe-se a indivíduos que possuem problemas mentais, que por ter cometido algum delito, foi julgado, e após avaliação mental, feita por profissionais da saúde, foi considerado inimputável. Desse modo o Sistema Judiciário, no lugar de pena aplica medida de segurança, ou seja, tratamento compulsório com ou sem internação (SENAD, 2013).

5.2. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA COMO POLÍTICA PÚBLICA PARA DEPENDENTES DE DROGAS OU LIMPEZA URBANA

No Brasil, por não haver uma lei específica que determinasse a internação compulsória de dependentes de drogas, o Estado passou a invocar a medida sedimentada na Lei 10.216/01, como política prioritária, o que para alguns opositores, essa medida, que gerou grande polemica e ganhou proporção no cenário internacional, restringe o direito de liberdade de ir e vir como garantia constitucional, uma vez que não há que se falar em punição para pessoas que não praticaram qualquer delito. Ademais conclui (SENAD, 2013, p.245):

O recurso à internação, seja ela voluntária, involuntária, **seja compulsória**, não deve, nem pode pretender suprir o desafio que nossa sociedade tem de garantir às pessoas fragilizadas pela droga, pelos transtornos mentais ou pela miséria o direito de exercer sua cidadania. (grifo nosso).

Devido a todo esse impasse resultante da aplicação da Lei da reforma psiquiátrica surgiram inúmeros questionamentos a respeito da internação compulsória de dependentes de drogas. Recentemente foi aprovado pela Comissão de Assuntos Judiciais do Senado Federal o Projeto de Lei nº

7.663/2010 de autoria do deputado Osmar Terra (PMDB-RS), que além de prevê aumento de pena para os traficantes, concede poderes ao juiz, que com base em laudo técnico, poderá encaminhar dependentes e traficantes viciados a tratamento especializado ou à internação compulsória, caso seja necessária. Pela proposta a comissão “será composta por três profissionais de saúde especializados em tratamento de dependência química. Pelo menos um deles tem que ser médico”. (BRASILIANSE, 2013).

O PL tem como objetivo alterar o Sistema Nacional de Política Pública sobre drogas (Sisnad) a fim de regulamentar e nacionalizar a internação compulsória. Como prevê o projeto, os dependentes podem ser internados a pedido de familiares, dos responsáveis legais, ou, na falta de qualquer destes, do Estado. Para isso, foi estipulado o tempo máximo de 90 dias, disponibilizando à família o direito de pedir a cessação do tratamento (CAPITAL, 2013, p. 22).

O projeto viabiliza também acolher as comunidades terapêuticas para que venham aderir ao projeto de forma voluntária, proporcionando um lugar adequado para o trabalho com o dependente sem isolamento físico. Os pacientes que estiverem em estado mais grave, antes de ingressarem na clínica, serão primeiro atendidos no SUS. O projeto também prevê a formação de um Plano Individual de Atendimento (PIA), que contará com o incentivo da família ou responsáveis (PIOVESAN & SIQUEIRA, 2013).

Recentemente, os governos de São Paulo e Rio de Janeiro adotaram a internação compulsória de dependentes de drogas. Em janeiro de 2012, o prefeito de São Paulo Gilberto Kassab (PSD), decidiu internar compulsoriamente dependentes de drogas que se amontoavam no centro da capital nas chamadas cracolândias, local conhecido pelo grande consumo de drogas (BERGAMO e COURA, 2012). A operação feita pela PM se deu de forma truculenta sem contar com o mínimo de assistência aos dependentes. Enquanto que no Rio o prefeito Eduardo Paes (PMDB) também opinou pela medida, prevista na lei a 11 anos e que nunca tinha sido adotada como política pública, classificada como uma operação densa (ISTO É, 2012, p. 65)

Para alguns especialistas embora a operação tenha sido considerada desastrosa, precipitada e errática, teve dois acertos, senão vejamos: (BERGAMO & COURA, 2012).

A investida foi classificada de “precipitada” (os serviços de abrigo e tratamento pra dependentes não estariam prontos para receber os usuários), “desastrosa” (ela teria simplesmente espalhado pela cidade os dependentes que antes se grupavam em uma única região) e “errática” (na semana passada, os viciados já haviam voltado à Cracolândia sem que a polícia os molestassem). O trabalho também registrou aos menos dois acertos: o primeiro foi quebrar o domínio territorial dos traficantes, sem o que nenhum combate às drogas é bem-sucedido. O segundo, ao produzir cenas aterredoras (macha dos zumbis), despertou a atenção do país para um problema que está longe de se limitar à capital paulista.

Segundo o psiquiatra Dartiu da Silveira opositor da medida, coordenador do Programa de Orientação e Atendimento de Dependentes da Unifesp, que trabalha com viciados a 25 anos, diante desse cenário falou a Isto É “Com o fim das operações policiais, muitos deles se reuniram nos antigos locais, mas muitos outros, com os quais já estávamos conseguindo progresso no tratamento, sumiram e estão agora em outras ‘ilhas de usuários’ pelo centro”, a “internação compulsória é sistema de isolamento social, não de tratamento” (MONCAU, 2013).

Para Dartiu, a internação compulsória deve ser acionada em caso de dependentes que apresentam um quadro de risco de suicídio, uma mente psicótica, ou seja, uma pessoa que em sua mente acredita esta sendo perseguida por seres imaginários, que pode voar e por isso se projeta para uma janela (MONCAU, 2013).

Membro da Associação Juízes para a Democracia, o juiz de Direito João Paulo Damasceno levanta seu posicionamento frente ao Judiciário, MP e OAB quanto a compulsória. Para ele não há sinceridade nos laudos médicos quanto ao estado do dependente, ademais, a lei da reforma psiquiátrica, não está direcionada a dependentes de drogas, mas sim de doentes mentais. E acrescentou “internação compulsória não se trata de medida em prol da saúde, mas de higienização em favor de interesses econômicos” (SCARSO, 2013).

A respeito da criação do PL 7.663/10, também encontra resistência, psicóloga e ativista do Movimento Antimanicomial, Fátima Fischer em entrevista ao Sul 21, assim preconiza “O projeto faz uma relação moralista e criminalizante

das drogas. Já temos no país metodologias bastante avançadas para oferecer cuidado”, e acrescentou dizendo: (DUARTE, 2013).

A mídia e o autor desse texto trabalham com uma estratégia intimista, colocam casos muito graves que a gente vê como gerais, quando muitas vezes não são todos os casos que chegam a esse extremo. Essa medida de tirar da rua faz lembrar uma política muito higienista, ela torna obrigatório o tratamento só de quem está na rua.

Superada o entendimento oposicionista, melhor assiste aqueles que consideram a medida favorável. Para o autor do projeto, Osmar Terra, o alvo “são pessoas que não têm família, dormem nas ruas, perderam tudo e não conseguem trabalhar, vivendo apenas esperando os próximos 15 minutos para usar a droga”. Trouxe à tona o exemplo de cidades no Brasil que possuem cracolândia, que tem pontos de venda e de consumo de drogas, e argumentou “Estamos lidando com pessoas que estão morrendo, que consomem tudo o que têm” (PIOVESAN & SIQUEIRA, 2013).

Alguns psiquiatras são realistas em dizer que, para que a internação compulsória funcione é preciso que haja reinserção social e acompanhamento do paciente após ser liberado. O psiquiatra Ronaldo Laranjeira entende que “Nos casos mais graves, a internação é a alternativa mais segura. O ideal seria que ninguém precisasse disso, mas a dependência química é uma doença que faz com que a pessoa perca o controle”. Em meio à luta contra o vício a religião se torna, para muitos um refúgio. Entretanto o psiquiatra Ronaldo Laranjeira alerta “A dependência química é uma doença complexa e requer um tratamento complexo. Não vai ser com oração que você vai tratar adolescente dependente de crack” (SANCHES e PAGGI, 2011).

Tratar o vício nunca foi uma tarefa fácil, e o Estado não pode vedar os olhos a tudo isso Segundo Drauzio Varela, médico, “A internação compulsória é um recurso extremo, e não podemos ser ingênuos e dizer que o cara fica internado três meses e vira um cidadão acima de qualquer suspeita. Muitos vão retornar ao crack. Mas, pelo menos, eles têm uma chance” (SANCHES e PAGGI, 2011).

Para Marcelo Barone, promotor, a vida é um bem imensurável e questiona: “Vamos botar na balança: o que é mais importante? o direito à saúde ou o direito de ir e vir? O bem maior garantido pela Constituição é a vida do ser humano” (SANCHES e PAGGI, 2011).

Com uma vasta experiência em segurança pública Rodrigo Pimentel, sociólogo e autor do livro que inspirou o filme 'Trópa de Elite', esclareceu que houve um aumento da violência ligada ao consumo de crack, e revelou que, “atualmente, no Rio de Janeiro. Há 3 mil internados para a desintoxicação, 600 deles de forma compulsória”. Especialista em segurança pública disse ser favorável à medida, desde que bem estruturada e destacou o papel do Estado na criação das UPP's “Onde há UPP não tem cracolândia e estamos preservando milhares de jovens. No Complexo do Alemão, com um ano de ocupação, foram registrados apenas dois homicídios. Isso demonstra que resolvemos também um problema de segurança pública” (TERRA, 2013).

5.3. A EFICÁCIA DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA NO TRATAMENTO DOS DEPENDENTES DE DROGAS E O PAPEL FAMÍLIA, SOCIEDADE E DO ESTADO

É importante frisar que o dependente é submetido a um tratamento. Vejamos o que expõe o documento elaborado pela OMS em conjunto com a UNDOC em 2008, o qual cita dez princípios que norteiam o tratamento da dependência de drogas: (BRASIL, 2013).

Um deles, intitulado “Tratamento da dependência de drogas, direitos humanos e dignidade do paciente” explicita que o direito à autonomia e autodeterminação, o combate ao estigma, ao preconceito e à discriminação e o respeito aos direitos humanos devem ser observados em qualquer estratégia de tratamento para a dependência de drogas. O documento também recomenda que o tratamento não deve ser forçado aos pacientes. A internação compulsória é considerada uma medida extrema, a ser aplicada apenas a situações excepcionais de crise com alto risco para o paciente ou terceiros, e deve ser realizada em condições e com duração especificadas em Lei. Ela deve ter justificativa clara e emergencial, além de ter caráter pontual e de curta duração.

Essa medida compulsória, que “tem como diferencial a avaliação de um juiz, após laudo médico, é usada nos casos em que a pessoa esteja correndo risco de morte devido ao uso de drogas ou de transtornos mentais. Essa ação, usada como último recurso ocorre mesmo contra a vontade do paciente” (LOCCOMAN, 2012).

Foi o que aconteceu na vida do senhor Reinaldo Rocha Mira, com 62 anos, primeiro paciente a ser internado compulsoriamente em São Paulo a ter alta. Internado em janeiro do corrido ano, após três meses foi transferido uma casa de recuperação em Araçoiaba da Serra em Sorocaba onde recebe tratamento previsto para um ano. Reinaldo conta que conheceu as drogas com 12 (doze) de idade. Sua filha vendo o sofrimento do pai decidiu recorrer à internação compulsória para ajuda-lo, conta que o atraiu com pretexto de levá-lo ao médico, em ocasião oportuna adicionou sedativo ao café do pai, que era considerado um caso perdido. Hoje com alguns quilos a mais ele retrata o seu estado: (TOMAZELA, 2013).

Tenho receio pela minha fraqueza, mas confio no apoio da minha filha e quero rever meus filhos. [...], Tive de fazer isso, pois ele estava num período muito violento e não aceitaria o tratamento. [...], Ele tinha levado todas as coisas de casa para trocar por droga e meus irmãos se afastaram. Passava a maior parte do tempo na rua. [...]. O mais difícil vai ser mantê-lo longe da rua e dos amigos, mas eu e ele sabemos que isso é necessário. [...]. Isso (a droga) não é um brinquedo e depois que entra é difícil sair. O vício é pior que uma doença. "Quando ele estiver bom, vai saber que tem uma casa para ficar", disse a filha.

A família tem um papel primordial na luta contra as drogas, pois ela é o primeiro núcleo social instituído desde os primórdios. Apesar de muitas famílias, que muitas vezes pelas dificuldades que passam às vezes se culpam, negam ou se escondem, pois o uso de drogas em seu contexto é uma problemática a mais, porém quando o indivíduo em recuperação vê que apesar de tudo o respaldo da família acontece, sua tendência e a busca um melhor tratamento.

Para isso o projeto de Lei nº 7.663/2010, também determina que será elaborado um plano que constará os resultados provenientes das múltiplas avaliações, os objetivos retratados pelo paciente, planos para integração na sociedade e programas de capacitação profissional, meio de reaproximação com a família e demais cuidados com a saúde. É importante frisar que no decorrer do tratamento serão feitas atualizações por uma equipe de profissionais. Sem contar que, uma vez ligado ao Sinad o paciente poderá se inscrever em programas de educação, alfabetização, cursos profissionais e tecnológicos (PIOVESAN & SIQUEIRA, 2013).

CONCLUSÃO

Conforme afirmado na introdução desta monografia, o tema Internação Compulsória sempre se mostrou bastante atual e sua discussão quase sempre rende muitas páginas de publicações. Por isso, esse assunto foi escolhido para ser debatido neste trabalho de conclusão de curso. O objetivo traçado foi de conduzir o leitor, por meio da história, a entender o surgimento da internação compulsória aplicada aos portadores de transtornos mentais, isso se refletindo atualmente nas internações dos usuários crônicos de drogas.

Houve a integração entre a internação compulsória no mundo e sua repercussão no Brasil, onde até o ano de 1.903 não havia nenhuma sistemática para que essa internação fosse feita, mas a partir desse ano, por influência dos Franceses começou-se uma nova sistemática de tratamento e internação dos doentes e, principalmente, dos loucos. Dessa forma, seguiu-se de 1.903 até 1934 quando novos sistemas foram implantados para a internação. Esse novo sistema, implantado em 1934, seguiu por 67 anos até o ano de 2001, culminando com a Reforma Psiquiátrica.

De início foi explorado os aspectos gerais por meio da história do uso das drogas como questão social-instituição, que até o século XIX, o Estado não tinha nenhuma preocupação com a venda e o uso dessas substâncias psicoativas. Passados séculos, com o crescimento das cidades e o apelo cada vez maior pelo uso de drogas surgem as primeiras providências como sinal de prevenção e maior controle.

A seguir o segundo capítulo foi apresentado quatro modelos de política criminal de drogas, a saber: o modelo norte americano que prega a abstinência total, ou seja, tolerância zero, que ganhou força na década de 70 e 80 com uma campanha voltada para os dependentes, “diga não às drogas”, esse modelo foi adotado pela ONU como política pública.

O modelo liberal radical que é a liberação total das drogas foi recentemente adotado pelo Uruguai, para os liberais radicais proporciona o fim do narcotráfico, cessa a violência e dar fim à corrupção a elas atrelada.

Quanto ao modelo de redução de danos, é o chamado sistema europeu, foi exposto duas principais ações: a distribuição de materiais higiênicos

para consumo de drogas (agulhas, e seringas descartáveis) e a criação dos programas de prescrição de metadona, com a finalidade de facilitar a gradual desintoxicação.

Por fim o modelo de justiça terapêutica, que visa enfrentar a problemática das drogas, propondo aos dependentes uma mudança de hábitos e comportamentos socialmente reprováveis. Esse modelo é uma cópia do modelo norte americano.

Na sequencia, o terceiro trouxe à baila as drogas mais popularmente conhecidas no mundo, que quando usadas alteram o funcionamento do cérebro, causando rações na mente e no psique, tem um grande poder viciante e seu uso exacerbado pode ocasionar a destruição dos neurônios. Ademais, foi exposto o significado de cada uma, além da classificação, origem, estado jurídico e seus efeitos.

Mais adiante, viram-se os princípios e garantias fundamentais sedimentados na Constituição Federal como o direito à vida e o princípio da legalidade, da liberdade e da dignidade da pessoa humana garantido pela constituição quando da aplicação da internação compulsória do dependente químico em estado de risco.

No último capítulo foi discutida a internação voluntária, involuntária e compulsória abordadas na reforma psiquiátrica e instituídas pela Lei 10.216/2001. A pesquisa mostra que, por não ter uma política definida para tratar o dependente químico, a Lei 10.216/2001 é usada para a internação compulsória dessas pessoas que são tratadas como doentes mentais e isso gera uma grande polêmica.

Verificam-se ainda a Internação compulsória a ser adotada como política pública causando conflito entre especialistas sendo que alguns entendem ser uma medida que além de afrontar o direito constitucional de ir e vir do cidadão funciona como limpeza urbana. Por derradeiro, aborda a eficácia da internação compulsória no tratamento dos dependentes de drogas e papel da cada ente social (Família, Estado e Sociedade Civil), verificando que somente a somatória de esforços desses entes será capaz de amenizar o problema do uso indiscriminado de drogas instalado em nosso país.

Como forma de exposição da necessidade da medida foi apresentando o caso de Reinaldo Rocha Mira, primeiro paciente a ser internado

compulsoriamente em São Paulo a ter alta. Reinaldo contou que conheceu as drogas aos 12 anos de idade e hoje aos 62 anos se encontrava em situação deplorável, quando sua filha decidiu interná-lo contra sua própria vontade, e deu certo, hoje o paciente já recebe alta para visitar a família.

Portanto, concluo o presente trabalho sob o entendimento de que o Estado, que é o maior guardião da constituição, deve adotar internação compulsória como política pública, uma vez que a degradação do indivíduo causado pelo consumo de drogas é uma questão de saúde pública.

REFERÊNCIAS

ALARCON, Sérgio, Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo. Organizado por Sérgio Alarcon e Marcos Soares Jorge. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

AMARIZ, Marlene. História e Efeitos do ópio. InfoEscola. © COPYRIGHT 2013, TERRA NETWORKS BRASIL S.A. Disponível em: <<http://www.infoescola.com/drogas/opio/>>. Acesso em: 16 set. 2013.

AURÉLIO, Dicionário do. Disponível em: <<http://www.dicionariodoaurelio.com/Opio.html>>. Acesso em: 22 agos. 2013.

AURÉLIO, Dicionário do. Disponível em: <<http://www.dicio.com.br/camorra/>>. Acesso em: 23 set. 2013.

BERGMO e COURA, Giuliana e Kalleo. Cracolândia São Paulo agiu, mas a tragédia do crack é nacional. Brasil. Veja. Editora Abril. Ed. 2252 – ano 45 – nº 3. 2012.

BEVILAQUA, Clovis. Criminologia e Direito/ Clovis Bevilaqua. Parque Industrial Campinas – São Paulo: Red Livros, p. 8, 2001.

BITTAR, Eduardo C. B. Curso de filosofia política/ Eduardo Bittar. – 2 ed. – São Paulo: Atlas, 2005.

BIZZOTTO, Alexandre, RODRIGUES, Brito Andréia de, QUEIROZ, Paulo. Comentários Críticos à Lei de Drogas A Política Criminal de Drogas no Brasil. 3.ed – Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

BONAVIDES, Paulo. Curso de Direito Constitucional. 28ª ed. Malheiros Editores Ltda. 2013.

BRASIL, Caroline Schneider (2003): A perspectiva da redução de danos com usuários de drogas: um olhar sobre os modos éticos de existência. (Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=000462878&loc=2005&l=12c44c7b40b8ef6f>>. Acesso em: 01 agos. 2013.

BRASIL, Ministério da Justiça de. OBID – Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. Informações sobre Drogas/Tipos de drogas/Ópio e Morfina. © COPYRIGHT 2013 Disponível em:

<<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php#definicao>>. Acesso em: 16 set. 2013.

BRASIL, OPAS/OMS. Nota Técnica da OPAS/OMS no Brasil sobre internação involuntária compulsória de pessoas que usam drogas. 2013. Disponível em:<http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3206&Itemid=99999>. Acesso em:01 out. 2013.

BRASILIENSE, Correio. Agência Brasil. Projeto que prevê a internação compulsória é aprovado no Senado. 2013. Disponível em: <http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/brasil/2013/04/10/interna_brasil,359564/projeto-que-preve-a-internacao-compulsoria-e-aprovado-no-senado.shtml>. Acesso em: 01out. 2013.

CALZADA, Júlio. Anúncio feito pelo diretor da Junta Nacional de Drogas. Estado de Minas. Após ser legalizada, grama da maconha custará U\$ 2,50 no Uruguai, Disponível:<http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/mundo/2013/08/05/interna_mundo,380827/apos-ser-legalizada-grama-da-maconha-custara-u-2-50-no-uruguai.shtml>. Acesso em: 21 agos. 2013.

CAPITAL, Carta. A Semana. Drogas/ O Brasil na contra mão. Editora Confiança. ANO XVIII, N º 750, 29 de maio de 2013.

CARVALHO, Saulo de. A Política Criminal de Drogas no Brasil. (Estudo Criminológico e Dogmático da Lei 11.343/2006) /Saulo de Carvalho. – Rio de Janeiro, RJ: Lumen Juris, 2010.

CASAGRANDE JÚNIOR, Walter. Casagrande e seus demônios/ Walter Casagrande Júnior, Gilvan Ribeiro. – São Paulo: Globo, 2013.

CAVALCANTE, Antônio Mourão. Drogas: esse barato sai caro: os caminhos da prevenção/ Antônio Mourão Cavalcante. – 3ª ed. – Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1999.

CAVALCANTE, Talita. FIOCRUZ – fundação Oswaldo Cruz. Maior pesquisa sobre o crack já feita no mundo mostra o perfil do consumo no Brasil. Publicada em 19 de setembro de 2013. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/major-pesquisa-sobre-crack-j%C3%A1-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>>. Acesso em: 23 set. 2013.

CONSERVADORISMO, Brasil. 2013.Holanda se arrepende de liberar drogas e prostituição. Disponível em:<<http://conservadorismobrasil.blogspot.com.br/2013/02/holanda-arrependida-liberar-drogas-e.html>>. Acesso em: 23 set. 2013.

DEIRO, Bruno. Estadão. 1,5 milhão de brasileiros fumam maconha diariamente. 2012. Disponível em: < <http://www.estadao.com.br/noticias/geral,15-milhao-de-brasileiros-fumam-maconha-diariamente,909791,0.htm>>. Acesso em: 14 de out. 2013.

DROGAS. Geopolítica das: textos acadêmicos. – Brasília: Editora Fundação Alexandre de Gusmão, 2011.

FILHO, Antônio Carlos Santoro. Livro: Direito e Saúde Mental à Luz da Lei 10.216 de Abril de 2001. Introdução e Primeiro Capítulo Disponibilizado por Verlu Editora. 2012. Disponível em: <http://direitoefil1.dominiotemporario.com/doc/Introducao_e_Primeiro_Capitulo_do_Livro_DIREITO_E_SAUDE_MENTAL_DE_ANTONIO_CARLOS_SATORO_FILHO_EM_17_DE_OUTUBRO_DE_2012.pdf>. Acesso em: 29 set. 2013.

FILHO, Elias Abdalla. INTERNÇÃO INVOLUNTÁRIA EM PSIQUIATRIA. Ed.10 Disponível em: < http://www.abpbrasil.org.br/medicos/boletim/exibBoletim/?bol_id=10&boltex_id=40>. Acesso em: 24 set. 2013.

IORE, Maurício. Uso de “Drogas”: Controvérsias Médicas e Debate Público/Maurício Fiore. – Campinas, SP: Mercado das Letras, Fevereiro/ 2007.

GOMES, Luiz Flávio, CUNHA, Rogério Sanches. Legislação Criminal Especial. Brasil. 2.ed. rev., atual. e ampl. – São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2010.

HOBBS, Thomas. LEVIATÃ OU MATÉRIA, FORMA E PODER DE UM ESTADO ECLESIAÍSTICO E CIVIL. Editora Martins Claret, 2003.

HOUAISS, Instituto Antônio. Dicionário Houaiss de sinônimos e antônimos da língua portuguesa. Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia e Banco de Dados da Língua Portuguesa S/C Ltda. – Rio de Janeiro: Objetiva, 2003.

JOPPERT, Alexandre Couto. Fundamentos do Direito Penal. Aplicação da Lei Penal, Teoria Geral do Crime, Concurso de Agentes. Lumen Juris. 2ª ed. 2008.

LINS, Reila. Ebah. Conceito de Política Criminal. Disponível em: < <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAA17UAH/conceito-politica-criminal>>. Acesso em: 24 set. 2013.

LOCCOMAN, Luiz. Scientific American. Mente e Cérebro. Artigos. A polêmica da internação compulsória. 2012. Disponível em: < http://www2.uol.com.br/vivermente/artigos/a_polemica_da_internacao_compulsoria.html>. Acesso em: 30 set. 2013.

LOPES, Adriana Dias. MACONHA. As novas descobertas da medicina contam o barato de quem acha que ela na faz mal. Veja. Editora Abril. Ed. 2293 – ano 45 – nº 44, 31 de outubro de 2012.

MARTINS, Sérgio. Revista Veja. Editora ABRIL. MICHAEL JACKSON 1958 – 2009. Ed. 2119 – ano 42 – nº 26. 1º de julho de 2009. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/acervodigital/home.aspx>>. Acesso em: 18 set. 2013.

MENESES e MARTINO, Tamara e Natália. O flagelo do crack, droga derivada da cocaína, porém muito mais mortífera, viciante e barata e, por isso, largamente consumida, é mais visível em grandes centros urbanos como São Paulo e Rio de Janeiro. As crackolândias, nome dado aos lugares onde os viciados se juntam para se drogar e vivem em condições subumanas, proliferam na duas metrópoles. A diferença é a maneira de lidar com o problema. Comportamento. ISTOÉ. Ano 36 – nº 2242. 2012.

MONCAU, Gabriela. Revista Caros Amigos. Ano XV nº 175/2011. Disponível em: <<http://www.carosamigos.com.br/index/index.php/politica/2888-entrevista-dartiu-xavier-a-internacao-compulsoria-e-sistema-de-isolamento-social-nao-de-tratamento>>. Acesso em: 04 out.2013.

MORAIS, Alexandre de. Direito Constitucional. Alexandre Morais. – 28ª. Ed. – São Paulo : Atlas, 2012.

NUCCI, Guilherme de Souza. Manual de Direito Pena. Parte Geral e Parte Especial. 9ª ed., Revista, atualizada e ampliada. Editora Revista dos Tribunais Ltda. 2013.

NUCCI, Guilherme de Souza. Princípios Constitucionais Penais e Processuais Penais. Guilherme de Souza Nucci. – São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2010.

ONU. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) a Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Disponível em:<http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm>. Acesso em: 15 out. 2013.

PIOVESAN & SIQUEIRA. Reportagem de Eduardo Piovesan e Carol Siqueira. Edição – Pierre Triboli. Camara Notícias. Saúde. 2013. Disponível em:<<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SAUDE/443140-CAMARA-APROVA-TEXTO-DO-RELATOR-PARA-PROJETO-ANTIDROGAS-FALTA-VOTAR-DESTAQUES.html>> Acesso em: 30 set. 2013.

RIBEIRO, Marcelo; RIBEIRO, Maurides de Melo. Política mundial de drogas ilícitas: uma reflexão histórica. Disponível em: <http://www.abead.com.br/boletim/arquivos/boletim41/ribeiro_e_ribeiro_politica_mundial_de_drogas.pdf>. Acesso em: 03 set. 20013.

RODRIGUES, Tadeu Reis. Justiça Terapêutica. Associação Brasileira de Justiça Terapêutica. Disponível em: <<http://www.abjt.org.br/index.php?id=99&n=105>>. Acesso em: 14 de set. 2013.

ROZICKI, Cristiane. Direito à vida do nascituro. Da Constituição ao Código Civil. 2009. Disponível em: <<http://objetodignidade.wordpress.com/2009/07/20/direito-a-vida-do-nascituro-da-constituicao-ao-codigo-civil/>>. Acesso em: 02 de out. 2013.

SANCHES e PAGGI. Mariana e Matheus. Internar a força resolve? Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,EMI255395-15257,00-INTERNAR+A+FORCA+RESOLVE.html>>. ÉPOCA. 2011. Acesso em: 08 out. 2013.

SAPORI, Luiz Flávio & MEDEIROS, Regina. Crack: um desafio social. Organizadores: Luiz Flávio Sapor, Regina Medeiros. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2010.

SCARSO, Aline. SIMPRO/BA. Artigo Internação Compulsória de usuários de crack – Polêmica. 2013. Disponível em: <<http://www.sinpro-ba.org.br/novo/?p=926>>. Acesso em 04 de outubro de 2013.

SENAD. Prevenção de uso de drogas: Capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias/ Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, – 5 ed. – Brasília, 2013.

SILVA e FREITAS, Ricardo de Oliveira & Carmem Silva Có. Justiça Terapêutica. Um programa judicial de redução do dano social/Atualização Maio de 2008. Disponível em: <<http://www.abjt.org.br/index.php?id=99&n=158>>. Acesso em: 14 set. 2013.

SILVA, De Plácido e Vocabulário Jurídico/ Atualizadores: Nagib Slaibi Filho e Gláucia Carvalho – Rio de Janeiro, 2005.

SILVA, José Afonso da. Curso de Direito Constitucional Positivo. 36ª ed. Revista e Aualizada. Malheiros Editores Ltda. 2013.

SILVA, Mylton (Myltainho) Severiano da, Luiz Sergio Modesto e Davi Molianari. Se liga! O livro das drogas – 4ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2000.

SILVA, Ricardo de Oliveira. Procurador de Justiça do MP/RS e Presidente da ANJT. JUSTIÇA TERAPÊUTICA: Um programa judicial de atenção ao infrator usuário e ao dependente químico. Disponível em:<
<http://www.abjt.org.br/index.php?id=99&n=86> >. Acesso em: 14 set. 2013.

TOMAZELA, José Maria. Estadão, 2013. Disponível em:
<<http://estadao.br.msn.com/ultimas-noticias/primeiro-internado-%c3%a0-for%c3%a7a-em-sp-deixa-cl%c3%adnica>>. Acesso em: 15 out. 2013.

TERRA. Notícias. Estados Unidos. © COPYRIGHT 2013, TERRA NETWORKS BRASIL S.A. Disponível em: < <http://noticias.terra.com.br/mundo/estados-unidos/michael-jackson-morreu-com-propofol-suficiente-para-grande-cirurgia,ad0c94174c97e310VgnCLD2000000dc6eb0aRCRD.html>>. Acesso em: 16 de set. 2013.

TIBA, Içami, juventude e drogas: anjos caídos, para pais e educadores/Içami Tiba. Ed. 12^a, – São Paulo: Integrau Editora, 2007.

UCHÔA, Marcos Antonio. Crack o Caminho das pedras. Organizador: Marcos Antonio Uchôa. São Paulo: editora ática, 1996.

VIEIRA, Willian. Legalizem as drogas!. Carta Capital. Editora Confiança. Ano XVIII, Nº 748, de 15 de maio de 2013.

WAY, Jus. A Legalidade na Internação Involuntária e Compulsória de viciados em crack. 2010. Disponível em:<
http://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id_dh=4748>. Acesso em: 02 out.2013.