WWW.CONTEUDOJURIDICO.COM.BR

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

**BÁRBARA AMORA CORDEIRO SOUZA**

# O CRACK E A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA: LIMPEZA URBANA OU PROTEÇÃO À VIDA?

**Brasília - DF**
**2014**

WWW.CONTEUDOJURIDICO.COM.BR

**BÁRBARA AMORA CORDEIRO SOUZA**

# O CRACK E A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA: LIMPEZA URBANA OU PROTEÇÃO À VIDA?

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 -DF**
**2014**

WWW.CONTEUDOJURIDICO.COM.BR

**BÁRBARA AMORA CORDEIRO SOUZA**

# O CRACK E A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA: LIMPEZA URBANA OU PROTEÇÃO À VIDA?

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, 16 de maio de 2014

Banca Examinadora

_____
Valdinei Cordeiro Coimbra
Presidente
Centro Universitário do Distrito Federal - UDF

_____
Marcelo Ferreira de Sousa
Membro da banca
Centro Universitário do Distrito Federal - UDF

_____
Amaury Santos de Andrade
Membro da banca
Centro Universitário do Distrito Federal - UDF

Nota: _____

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

## AGRADECIMENTO

*Agradeço primeiramente a Deus, pois sem ele nada disso seria possível; a toda a minha família, principalmente ao meu marido Daniel Rodrigues Souza, que me apoiou nesse sonho e sempre me estimulou a seguir estudando; ao meu professor orientador, Valdinei Cordeiro Coimbra, que acreditou no meu projeto e me incentivou com grandes ideias; e a todos que de alguma forma contribuíram para a minha formação.*

*“A Educação é a mais poderosa arma, pela qual se pode mudar o mundo”*

*Nelson Mandela*

## RESUMO

O presente trabalho aborda a internação compulsória e seu conflito em relação aos direitos e garantias fundamentais, previstos na Constituição Federal, especialmente o direito à liberdade e à vida digna. O principal foco do trabalho está em analisar o contexto histórico, a legislação vigente em nosso ordenamento jurídico, as experiências vividas, e o exemplo de outros países, para definir a melhor forma de intervenção. Diante da gravidade da situação atual do crack no Brasil, e da polêmica que circunda o tema, buscou-se comprovar se a internação compulsória realmente é a melhor forma de abordagem no tratamento de dependentes de crack em fase crítica, na qual colocam a própria vida em risco. Nesse sentido, foi realizado um levantamento bibliográfico, segundo um método de abordagem Hipotético-dedutivo, com base nas opiniões expostas por especialistas na área médica, jurídica, psicológicas e representantes da administração pública, onde constatou-se que a internação compulsória pode sim ser considerada uma eficiente estratégia de tratamento, salvando muitas vidas e devolvendo a dignidade a muitos cidadãos. Porém, para que isso se torne uma realidade em nosso país, se faz necessário o somatório de esforços da sociedade e do Estado, no intuito de se investir em políticas públicas no campo da saúde, qualificando profissionais e oferecendo tratamento multidisciplinar de qualidade, podendo inclusive lançar-se mão de parcerias privadas, com o objetivo de oferecer tratamento digno a esses dependentes. Ressalta-se que a internação compulsória encontra-se amparada na Lei Federal da Reforma Psiquiátrica, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, incluindo aqueles causados por drogas. Portanto, o presente trabalho demonstrou que se corretamente empregada, a exemplo de outros países, essa internação forçada, torna-se uma ferramenta eficaz de proteção à vida, contrariando o argumento de muitos doutrinadores que acreditam que tal instituto não passa de uma medida higienista.

Palavras-chave: Drogas. Crack. Internação compulsória. Lei de drogas. Reforma Psiquiátrica.

## ABSTRACT

The following research refers to compulsory hospitalization and the conflicts that arise in regards to the patients' rights, which are guaranteed in the Federal Constitution, especially the right to freedom and dignity. The primary focus of this study is to analyze the historical context, the present legislation used in our justice system, past experiences and the examples of other countries, to determine the best form of intervention. Due to the grave current crack situation in Brazil, and the controversy that surrounds this topic, the question being asked is if compulsory hospitalization is truly the best approach to treating critical crack addicts, which put their lives at risk. Due to this, bibliographic research was done using the hypothetical-deductive method of approach. Based on the opinions of medical, legal, psychology specialists and public administration representatives, it was established that compulsory hospitalization can be considered an efficient strategy of treatment, thus saving many lives and restoring dignity to many citizens. For this to become reality in our country, it is necessary that both society and State work together to invest in health related public policies, form professionals and offer quality multidisciplinary treatment, and even be able to count nonpublic partnerships to accomplish the ultimate goal of providing dignified treatment to these addicts. It is worth pointing out that the compulsory hospitalization is supported in the Federal Law Psychiatric Reform, which relates to the protection and the rights of people with mental disorders, including those caused by drugs. Thus, the following research shows that if correctly used, by the example used in other countries, compulsory hospitalization becomes an efficient tool used to protect life, going against the arguments of many scholars who believe this institute is nothing more than a hygienist measure.


Key words: Drugs. Crack. Compulsory hospitalization. Drugs law. Psychiatric Reform.

# LISTA DE ILUSTRAÇÕES

## FIGURAS

Figura 1 - O poder de deterioração da metanfetamina .....20
Figura 2 - Uma doença chamada crack .....38
Figura 2 - A composição do crack .....47
Figura 3 - Menores consumidores de crack .....49
Figura 4 - A realidade da cracolândia ..... 51
Figura 5 - O retrato do abandono .....63
Figura 6 - Operação policial em São Paulo .....77

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

### SIGLAS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CIA - Agência de Inteligência dos Estados Unidos

CONAD - Conselho Nacional de Políticas Antidrogas

CONFEN - Conselho Nacional Federal de Entorpecentes

CRATOD - Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas

DUDH - Declaração Universal dos Direitos Humanos

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

GESP - Governo do Estado de São Paulo

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

LSD - *Lysergsäurediethylamid* (dietilamida do ácido lisérgico)

MDMA - metilenodioximetanfetamina

MJ - Ministério da Justiça

MS - Ministério da Saúde

NSP - Novas substâncias psicoativas

OAB - Ordem dos Advogados do Brasil

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-americana da saúde

PMDB/RS - Partido do Movimento Democrático Brasileiro/Rio Grande do Sul

PNAD - Política Nacional Antidrogas

PSOL/RJ - Partido Socialismo e Liberdade/ Rio de Janeiro

SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SISNAD - Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo

UNODC - Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes

USP - Universidade de São Paulo

WDR - *World Drug Report* (Relatório Mundial sobre as Drogas)

## SUMÁRIO

**INTRODUÇÃO** ---------- **11**

**1. ASPECTOS HISTÓRICOS** ---------- **13**

1.1 A EVOLUÇÃO DA DROGA NO MUNDO ATRAVÉS DOS SÉCULOS ---------- 13

*1.1.1 Antiguidade* ---------- *14*

*1.1.2 Idade Média* ---------- *15*

*1.1.3 Idade Moderna* ---------- *16*

*1.1.4 As primeiras proibições* ---------- *18*

*1.1.5 Algumas drogas sintéticas* ---------- *20*

*1.1.6 O Surgimento do crack* ---------- *23*

*1.1.7 Novas drogas ainda mais assustadoras* ---------- *23*

1.2 O CONSUMO DE DROGAS NO BRASIL: CONCLUSÕES DO ÚLTIMO RELATÓRIO MUNDIAL SOBRE DROGAS DA ONU ---------- 25

**2. A LEGISLAÇÃO E OS PRINCÍPIOS JURÍDICOS** ---------- **27**

2.1 AS PRINCIPAIS MEDIDAS DE COMBATE ÀS DOGAS ---------- 27

2.2 OS DIREITOS E AS GARANTIAS INDIVIDUAIS ---------- 30

*2.2.1 Direito à vida* ---------- *31*

*2.2.2 Direito à liberdade* ---------- *33*

*2.2.3 Princípio da dignidade da pessoa humana* ---------- *35*

2.3 UMA BREVE HISTÓRIA SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA ---------- 39

2.4 A LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA – LEI 10.216/2001 ---------- 41

2.5 A LEI DE DROGAS E SUA APLICAÇÃO NO CASO DE CONSUMO PESSOAL ---------- 44

**3. CRACK: A NOVA CHAGA SOCIAL** ---------- **47**

3.1 PERFIL DOS USUÁRIOS DE CRACK NO BRASIL ---------- 48

3.2 A MARGINALIZAÇÃO DO DEPENDENTE QUÍMICO ---------- 50

3.3 RESPONSABILIDADE DA FAMÍLIA, DA SOCIEDADE E DO ESTADO ---------- 52

3.4 O PAPEL DA PREVENÇÃO ---------- 55

3.5 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O TRATAMENTO DO DEPENDENTE DE CRACK ---------- 57

**4. A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA COMO FORMA DE TRATAMENTO** ---------- **61**

4.1 A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E OS PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA ---------- 67

4.2 O EXEMPLO EM OUTROS PAÍSES ---------- 68

4.3 A CONTROVÉRSIA ACERCA DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA NO BRASIL ---------- 70

4.3 DAS MEDIDAS ADOTADAS EM SÃO PAULO E NO RIO DE JANEIRO ---------- 77

4.4 A POSIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU) E DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) ---------- 80

**CONCLUSÃO** ---------- **82**

**REFERÊNCIAS** ---------- **85**

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso aborda o Instituto da Internação Compulsória, notadamente no que diz respeito a sua aplicação para garantir a proteção da vida dos dependentes de crack e sua reinserção na sociedade. Este tema foi escolhido em virtude da sua atualidade, discussão e complexibilidade, visto que muitos doutrinadores consideram a medida higienista e um retrocesso ao modelo manicomial.

O objetivo principal dessa pesquisa não é esgotar o assunto em pauta, mas sim contribuir com o adensamento da discussão, buscando uma reflexão acerca da possibilidade de se fazer uso de tal instituto em total conformidade com as convenções internacionais sobre drogas e com a legislação brasileira, respeitando os direitos humanos e as garantias fundamentais.

Muitos doutrinadores afirmam que tal instituto fere diretamente o princípio da dignidade da pessoa humana e o direito de ir e vir, além de questionarem a sua eficácia. Por outro lado, muitos defendem a medida, afirmando que em alguns casos extremos, somente com uma intervenção forçada é possível intervir na dependência do crack e devolver a dignidade aos usuários que colocam sua vida em risco.

Diante dessa polêmica, pretende-se discutir o tema no intuito de avaliar se a internação compulsória está em consonância com a legislação pátria e analisar as situações em que esta medida poderá ser imposta.

Com isso, busca-se um maior entendimento acerca do assunto, frente as experiências vividas e o exemplo de políticas públicas bem sucedidas em outros países. Somente através dessas discussões, será possível mobilizar esforços para combater a epidemia do crack, que hoje afeta, direta ou indiretamente, a qualidade de vida de todos os cidadãos. Chegou a hora de olharmos para a situação em nossa volta e sairmos da inércia, cobrando do Estado a promoção de políticas públicas voltadas para a área da saúde, no sentido de oferecer aos dependentes químicos uma estrutura abrangente, que permita o seu tratamento e ressocialização.

Desta forma, a internação compulsória passará a cumprir o seu papel no tratamento de dependentes de crack, conforme prevê a lei da reforma psiquiátrica (Lei 10.216/2001). Nesse sentido, algumas medidas já vêm sendo adotadas, porém, ainda existe o receio de que essas medidas sejam apenas paliativas, retirando os dependentes da rua sem lhes oferecer condições dignas.

Essa pesquisa foi realizada a partir de um levantamento bibliográfico e segundo o método de abordagem Hipotético-dedutivo, uma vez que está baseada no conjunto de legislações atualmente existente e que de forma comparativa, dedutiva e histórica, induz à solução para a questão, examinando casos reais apresentados.

O trabalho está estruturado em tópicos, de forma a permitir uma maior compreensão dos leitores. No primeiro capítulo será realizado um estudo da evolução da droga no mundo até os dias atuais, onde o crack virou uma verdadeira epidemia mundial, em seguida, será apresentado um estudo da Organização das Nações Unidas sobre o padrão do consumo de drogas no Brasil. No segundo capítulo busca-se entender a legislação acerca do assunto e a reforma psiquiátrica brasileira, no intuito de evitarmos um retrocesso à política manicomial. A questão do crack será amplamente debatida no terceiro capítulo, tanto no que que diz respeito aos seus efeitos, quanto nas formas de prevenção e tratamento, passando pelas políticas públicas e pelo papel da família, da sociedade e do Estado. Por fim, no último capítulo, serão avaliados os pontos divergentes acerca da internação compulsória e será analisada a sua eficácia, questionando-se a sua legalidade e a melhor forma de intervenção. O exemplo de outros países será apresentado e a posição mundial à respeito do tema será debatida.

## 1. ASPECTOS HISTÓRICOS

No momento em que os estudiosos deixarem de questionar quando a humanidade começou a utilizar as drogas e começarem a investigar o motivo pelo qual ela passou a consumir a droga, encontrarão as atividades religiosas e espirituais como a principal resposta. Segundo Araújo (2012, p.27):

> Isso pode parecer estranho no mundo contemporâneo, em que o uso das drogas psicoativas é considerado imoral e proibido pela maioria das religiões dominantes. Mas a verdade é que muitos especialistas em uso de drogas na Antiguidade acreditam que aquela experiência mística que nossos ancestrais viveram ao provar essas plantas ou fungos serviram de inspiração para o desenvolvimento de uma espiritualidade latente e, automaticamente, para a criação dos primeiros rituais religiosos. O poder medicinal de algumas dessas substâncias e o caráter visionário de outras, além do prazer que a maioria delas desperta em quem as consome, seriam motivos suficientes para os povos antigos considerarem essas plantas sagradas.

As drogas também foram utilizadas como moeda de troca, no período dos impérios coloniais, numa indiferença completa quantos aos seus fins (MARTINS, 2007).

### 1.1 A EVOLUÇÃO DA DROGA NO MUNDO ATRAVÉS DOS SÉCULOS

O uso de substâncias psicoativas, ou seja, drogas que alteram o estado mental acompanha toda a história da humanidade. O homem sempre se relacionou com as drogas, quer seja por razões culturais ou religiosas, quer por recreação, às vezes como forma de enfretamento de problemas, para transgredir ou transcender, ou mesmo como meio de socialização ou para se isolar (BRASIL/MJ, 2013).

Essa relação do indivíduo com a droga pode ser inofensiva ou assumir padrões de utilização altamente disfuncionais, com prejuízos biológicos, psicológicos e sociais. Isso justifica os esforços para difundir informações básicas e confiáveis a respeito de um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade, que afeta, direta ou indiretamente, a qualidade de vida de todos os cidadãos (BRASIL/MJ, 2013).

### 1.1.1 Antiguidade

A Utilização de substâncias psicoativas pelo homem é muito antiga, e vem evoluindo através dos séculos. Existem evidências de que em 10.000 a.C., no início da agricultura, já se cultivavam plantas como o tabaco, o café e a maconha. (COLAVITTI, 2007).

Araújo (2012) afirma que, evidências encontradas nos sítios arqueológicos de 8.000 a.C. em diante, demonstram que, naquela época, as plantas psicoativas já faziam parte da vida do Homem. As plantas estimulantes eram utilizadas em rituais funerários e as visionárias em cultos religiosos; consumia-se bebida com o ópio e cultivava-se papoula para produzi-lo; desenhava-se flores de lótus alucinógenas em vasos e fabricava-se cordas e tecidos com fibras de *cannabis sativa*. Conforme Araújo (2012, p. 24):

> A *cannabis sativa* é uma espécie de planta multiuso aproveitada por vários povos antigos. As fibras do caule eram usadas para fabricar cordas e tecidos; a polpa, para fazer papel; as sementes com alimento; e as flores e folhas, como remédio psicoativo.

Isso mostra que antes mesmo do surgimento das primeiras civilizações, o homem já estava bem familiarizado com o uso de drogas para alterar seus sentidos e seu comportamento. No período Neolítico, a humanidade não apenas usava drogas, como sabia fabricá-las, é o caso da receita da cerveja, que foi escrita pelos sumérios, povo que se estabeleceu na Mesopotâmia e é considerado o exemplo mais antigo de civilização humana (ARAÚJO, 2012).

Segundo Araújo (2012), muitas das sociedades primitivas se organizaram em torno dos xamãs, curandeiros que dominavam o conhecimento sobre as plantas e cogumelos com poderes sensoriais e medicinais. A grande maioria das religiões xamânicas, que predominaram até pouco antes da Era Cristã, tinha cultos que envolviam o uso de substâncias psicoativas.

Muitos desses rituais ainda são praticados por tribos isoladas da Amazônia, como as religiões contemporâneas que usam a *ayahuasca* em seus cultos. No México e nos Estados Unidos também existem, até hoje, cultos que envolvem o

consumo de *peiote* e *ololuc*, dois alucinógenos poderosos de uso milenar (ARAÚJO, 2012).

Segundo Salles (2013), já no último milênio antes da Era Cristã, o conhecimento dos gregos sobre o uso de drogas era tão sofisticado que os possibilitou um grande avanço rumo à farmácia e à medicina moderna. Isso se deu a partir de Hipócritas, o pai da medicina, que fundou uma escola, cujo maior mérito foi afastar a superstição típica dos xamãs dos tratamentos de saúde. Dessa forma, quando alguém ficava doente, não mais se buscava relacionar o problema de saúde ao humor dos Deuses, e sim analisar os tratamentos utilizados, buscando para cada doença o melhor *Pharmakón* (SALLES, 2013).

### 1.1.2 Idade Média

Na Idade Média, a religião Cristã adotada pelos Romanos contribuiu para diminuir o uso ritual das drogas alucinógenas, que passou a ser considerado “feitiçaria”. Com a necessidade de firmar o cristianismo como religião dominante na Europa, surgiram várias leis romanas e decretos cristãos, inaugurando a perseguição a todo tipo de xamãs e líderes de outras religiões (ARAÚJO, 2012).

O curioso é que do mesmo modo que os xamãs e seus discípulos ingeriam drogas psicoativas para encontrar seus Deuses, os cristãos “bebem seu messias”, como forma de compactuar com sua doutrina. Passagens bíblicas descrevem a importância do vinho para a religião cristã (SALLES, 2013).

A partir do século XI, a igreja católica preocupada com a multiplicação dos pensadores humanistas, que colocavam o homem no centro do mundo, no lugar de Deus, declarou guerra às bruxas, mulheres que usavam seus conhecimentos sobre plantas para produzir bebidas e porções com finalidades medicinais, afrodisíacas e cosméticas (SALLES, 2013).

Nesse meio tempo, enquanto as bruxas eram perseguidas e queimadas, um grupo de médicos da Escola de Salerno, marco do ensino de medicina na Europa na Idade Média, estudava as plantas medicinais e psicoativas e recomendava o uso de ópio como anestésico e sedativo. Outra classe de profissionais que recorriam às

plantas era a dos alquimistas, que eram protegidos da Inquisição por suas ligações com a Universidade e com os reis, da mesma forma que os primeiros médicos. (ARAÚJO, 2012).

A partir do século XVI, com o início das grandes navegações, a pesquisa sobre drogas ganhou impulso, pois a chegada dos europeus à América favoreceu a disseminação e o estudo de novas substâncias (COLAVITTI, 2007).

Conforme Araújo (2012), quando Cristóvão Colombo chegou pela primeira vez a uma ilha da América, foi apresentado ao tabaco pelos índios, que usavam a planta com diversas finalidades, como remédios, para diminuir a fome, por prazer ou para celebrar e conversar com seus deuses. Os desbravadores do Novo Mundo, em suas narrativas, descreveram com curiosidade e espanto os hábitos dos nativos da América em relação ao tabaco.

Araújo (2012) afirma que o tabaco começou a ser cultivado na América do Sul, a partir do ano 6.000 a.C., mas só chegou à Europa na década de 1550, quando portugueses e espanhóis levaram algumas sementes para casa. Daí em diante, a planta se disseminou com uma velocidade sem precedentes. Segundo Araújo (2012, p.41):

> Um dos principais responsáveis pela popularização do tabaco foi o francês Jean Nicot, embaixador de Portugal, que pediu ao botânico português Damião de Góis uma muda da planta para presentear sua rainha, Catarina de Médice. Nicot também pretendia fazer alguns testes medicinais com a planta e, ao final deles, espalhou surpreendente notícia de que ela curava o câncer. Logo em seguida, em 1571, o médico e botânico espanhol Nicolás Monardes descreveu o tabaco como cura para praticamente todas as doenças conhecidas na época.

O tabaco chegou à Inglaterra pelas mãos dos piratas ingleses que em guerra contra a Espanha, saqueavam os navios inimigos e roubavam seus carregamentos de tabaco (ARAÚJO, 2012).

### 1.1.3 Idade Moderna

A curiosidade de médicos e botânicos renascentistas não se restringiu apenas ao tabaco. No século XVI, deu-se início ao estudo de diversas plantas, à procura da

cura para as doenças da humanidade. Esse estudo ganhou força no século XVIII, com o amadurecimento do movimento iluminista e a chamada Revolução Científica, impulsionada pelo Francês Antoine Lavoisier que criou a ideia de que “na natureza nada se perde, nada se cria, tudo se transforma” (ARAÚJO, 2012).

Foi então que o alemão Friedrich Sertürner conseguiu isolar o ingrediente do ópio, responsável por seus efeitos analgésicos e sedativos, chamando-o de *morfium*. Mais tarde, a heroína viria a ser lançada no mercado pelo laboratório Bayer e passaria a ser vendida como um analgésico mais forte que a morfina, com a vantagem de não causar hábito, como se dizia na época (ARAÚJO, 2012).

A descoberta de Friedrich Sertürner incentivou outros cientistas que passaram a utilizar métodos semelhantes para isolar outros princípios ativos. Esses estudos ressuscitaram o interesse por uma planta do Novo Mundo, até então menosprezada no Velho Continente, a coca (SALLES, 2013).

A folha de coca passou a ser mastigada na América do Sul, em 3.000 a.C., e era tida como um presente dos Deuses, desde então, o hábito de mastigar a folha tem acompanhado a vida dos povos andinos. Seus efeitos trazem alívio ao esforço físico e mental, nas atividades laborativas em altitude, além de auxiliarem nas atividades sociais e religiosas (MARTINS, 2007).

Araújo (2012) afirma que os colonizadores espanhóis que provaram a folha de coca comprovaram o seu efeito revigorante, porém, quem provava as folhas levadas à Europa não sentia os mesmos efeitos, pois durante a longa viagem transatlântica, as folhas apodreciam e qualquer efeito que houvesse naquele arbusto desaparecia. Foi então que em 1860, Albert Niemann isolou pela primeira vez a cocaína e comprovou o seu poder estimulante, fazendo a planta entrar na moda.

Anos depois a Coca-Cola patenteou a sua receita com a presença de coca, com o slogan “a bebida dos abstêmios”, já que a cocaína vinha sendo utilizada como substitutivo do álcool, diante dos protestos que os Estados Unidos já enfrentavam contra o consumo de bebidas alcóolicas. A cocaína permaneceu na fórmula da Coca-Cola até 1909 (SALLES, 2013).

Entre os alemães, no entanto, o interesse voltou-se para as pesquisas com a cocaína pura. De acordo com Araújo (2012, p.46): “Um dos maiores interessados

nesse campo foi o jovem austríaco Sigmund Freud. Entre 1884 e 1887, ele publicou cinco artigos sobre a substância e tornou-se um fiel consumidor da droga.

Em uma dessas publicações, ele descreve uma série de problemas de saúde que eram tratados com a coca ou com a cocaína naquela época, como distúrbios alimentares, de estômago, anemia, sífilis, tifo e asma (SALLES, 2013).

Com todo esse estímulo, a rápida ascensão no consumo da droga não demorou a revelar a sua dependência compulsiva, ou seja, o nocivo hábito que os médicos já haviam comprovado, no século XIX, entre alguns consumidores de álcool e opiáceos. Esse efeito colateral da cocaína contribuiu para o surgimento das primeiras leis de controle de drogas (ARAÚJO, 2012).

### 1.1.4 As primeiras proibições

A primeira vez que houve o controle do mercado de drogas, foi na Guerra do Ópio, ocorrida em meados do século XVIII e XIX, entre Inglaterra e China. Os ingleses preocupados com o déficit em sua balança comercial começaram a vender ópio para compensar os gastos com o chá e equilibrar o comércio com a China. O resultado não foi outro a não ser um forte crescimento da arrecadação inglesa. Para evitar o problema do déficit que os ingleses haviam experimentado com o chá, o imperador chinês editou um decreto proibindo o plantio da papoula, matéria prima para a produção da droga, e prevendo a pena de morte aos usuários. A escassez interna fez o preço da substância importada subir o suficiente para que, no final do século XVIII, o tráfico permitisse ao Reino Unido zerar sua balança comercial com a China. Cem anos depois da China ter proibido o fumo do ópio, o consumo havia se multiplicado exponencialmente (SALLES, 2013).

Já na Inglaterra, a grande preocupação no século XVIII era o consumo exagerado de álcool como um problema generalizado, com desdobramento para saúde pública. O fenômeno ficou conhecido como “a epidemia do gim” e atravessou o atlântico rumo aos Estados Unidos. No final do século XIX, a jovem nação estava preocupada em se tornar uma nação de bêbados. Foi nesse contexto que surgiram

nos Estados Unidos os primeiros movimentos para proibir o consumo de bebidas alcoólicas (ARAÚJO, 2012).

Segundo Araújo (2012), os Estados Unidos também não viam com bons olhos o consumo de substâncias psicoativas em suas colônias, principalmente quando assumiram o controle das Filipinas, arquipélago com grande população chinesa e muitos dependentes de ópio. Por isso, em 1909, o bispo Charles Brent, nomeado para a diocese da nova colônia, organizou um encontro internacional na China, em Xangai, para propor estratégias internacionais de controle do ópio. A Comissão Internacional do Ópio seria o primeiro passo rumo à política internacional de proibição das drogas, que vigorava até o século XXI.

Araújo (2012) afirma que, em um segundo encontro da comissão, em Haia, em 1911, a inclusão do estimulante cocaína no conjunto de narcóticos (remédios que dão sono), demonstraram que a questão era mais religiosa e política do que científica. Segundo Salles (2013, p.14):

> Como muitos países ainda mantinham lucrativos comércios de ópio, cocaína e morfina, tais como Inglaterra, França, Portugal, Holanda, Rússia, Alemanha e Irã, não foi fácil para o bispo proibir a produção e a venda dessas substâncias. Apenas em 1936, em Genebra, os países, enfim, concordaram em punir severamente, particularmente com prisão, a produção, a compra, e a venda de substâncias citadas na Convenção – que passou a incluir também a maconha.

Em 1920 os Estados Unidos editaram a Lei Seca, que proibia a fabricação, o transporte, a venda ou o porte de qualquer bebida alcoólica, porém não havia a criminalização do uso. A lei contribuiu para a diminuição do consumo, mas a clandestinidade elevou consideravelmente a corrupção e a criminalidade (COLAVITTI, 2007).

Porém, em 1933 a proibição foi extinta pelo recém-eleito presidente Roosevelt ao declarar: “Eu confio no bom senso do povo americano de que ele não trará para si o infortúnio do uso excessivo de bebidas alcóolicas, para o prejuízo da saúde, da moral e da integridade social” (SALLES, 2013).

### 1.1.5 Algumas drogas sintéticas

No último século, as grandes indústrias farmacêuticas, já fortalecidas pela venda de drogas como a morfina e a cocaína, começaram a investir em pesquisas e na produção das primeiras drogas sintéticas, uma das primeiras substâncias a se destacar no mercado foi a anfetamina (ARAÚJO, 2012).

Lançadas como remédio para depressão, as anfetaminas rapidamente se tornaram populares como estimulantes. Em 1939, surgiram nos Estados Unidos os primeiros relatos de pacientes com dependência à essa substância e, no mesmo ano, um estudante morreu ao fazer uso da droga. Porém, esses eventos não impediram que a droga fosse amplamente utilizada na Segunda Guerra Mundial. Enquanto os americanos usavam anfetaminas, os ingleses, alemães e japoneses preferiam as metanfetaminas, “prima” mais forte da anfetamina (ARAÚJO, 2012).

***Figura 1: O poder de deterioração da metanfetamina.***

***A deterioração de uma usuária de metanfetamina ao longo de um período de 10 anos (Mark Thornton, 2011).***

Ao fim da guerra, em 1945, o uso de anfetaminas havia aumento consideravelmente nas principais potências mundiais. No Japão, ao término do conflito, o estoque dos militares foi distribuído entre a população civil, e o país viveu o que é considerada a primeira epidemia de anfetaminas da história. Com tantas pessoas usando a anfetamina, ficou caracterizada a dependência química e os

graves quadros psicóticos gerados pela droga, nesse contexto, os controles aumentaram progressivamente (ARAÚJO, 2012).

Apesar das restrições e do risco, a droga caiu no gosto popular dos Estados Unidos, sendo utilizada pelos ídolos do recém-nascido *rock and roll* e do tradicional *country,* e foi uma das primeiras drogas a ser utilizada pelos atletas como *doping*. Segundo Araújo (2012, p.68):

> No início dos anos 1960, remédios mais modernos substituíram as anfetaminas no tratamento de depressão. Até hoje, as anfetaminas são importantes para a indústria farmacêutica – e para traficantes ao redor do mundo. A maioria dos remédios para emagrecimento disponíveis no mercado ainda são derivados da anfetamina. O Brasil entrou no século XXI como um dos principais mercados mundiais dessas drogas, compradas principalmente por mulheres no mercado negro.

Ainda segundo Araújo (2012), em 1943, o químico suíço Albert Hofmann sintetizou o LSD e acidentalmente descobriu os seus efeitos alucinógenos. A droga passou a ser receitada para pacientes em terapia, a fim de ajudá-los a “liberar material reprimido”, ou para que os terapeutas entrassem no mundo das ideias e sensações dos pacientes, baseado na teoria de que o LSD gerava uma espécie de psicose, e conhecer o estado mental de seus pacientes ajudaria os terapeutas a se comunicar melhor com eles.

Com isso, a Agência de Inteligência dos Estados Unidos (CIA) e o Exército Americano começaram a patrocinar estudos com o LSD, com o propósito de encontrar uma potencial arma para a inteligência americana, utilizando em suas pesquisas cobaias civis e militares (COLAVITTI, 2007).

Eram tempos de Guerra Fria e a CIA já pesquisava drogas químicas em busca do “soro da verdade”, ou seja, uma droga que fizesse os inimigos contarem todos os seus segredos em um interrogatório (ARAÚJO, 2012).

Na década de 1960 o LSD tornou-se um dos símbolos da contracultura norte-americana, o movimento *hippie* – batizado a partir da expressão *hip*, que significa algo como “ter consciência” – adotou o LSD, para ver a realidade de outra maneira, o que tinha tudo a ver com os protestos contra as armas nucleares e a Guerra do Vietnã que marcaram o final daqueles turbulentos anos (ARAÚJO, 2012).

Em 1964, o princípio ativo da maconha foi isolado. A partir de então, a droga teve um “boom” de popularidade. O consumo dessa substância psicoativa se propagou no meio artístico, e vários foram os episódios relacionados à essas drogas. Em 1967, por exemplo, Keith Richards e Mick Jagger, dos Rolling Stones, foram detidos por porte de maconha (COLAVITTI, 2007).

Segundo Araújo (2012, p. 74): “Na primeira metade dessa década, vários países implementaram leis para se adequar à Convenção de Narcóticos da ONU de 1961, que determinava pena de prisão para usuários de drogas, inclusive de maconha”.

Araújo (2012) relata que vários protestos ocorreram contra a proibição da droga, os Beatles assinaram uma petição defendendo a descriminalização da maconha, que foi publicada no principal jornal da Inglaterra. Nesse mesmo ano, aconteceram algumas das primeiras marchas da maconha da história, em Londres e em Nova York.

Diante dos protestos, alguns países encomendaram pesquisas sobre a nocividade da maconha, e as revisões científicas formularam conclusões e recomendações bem parecidas: a maconha era menos perigosa do que o álcool e o tabaco e seus perigos não passavam de mito. Porém, todos os países ignoraram seus relatórios e o único a não seguir a regra foi a Holanda, que em 1976 começou a implantar seus *coffee shops* (ARAÚJO, 2012).

O século XX ainda teve tempo de conhecer e popularizar mais uma droga: o *ecstasy*, que embalava o ritmo da música mecânica que marcou o fim da década de 1970. As pessoas reuniam-se para utilizá-la em festas que ficaram conhecidas como “raves” e que duravam o dia inteiro (ARAÚJO, 2012).

A história dessa substância, no entanto, começou ainda em 1912, quando a *metilenodioximetanfetamina* (MDMA) foi sintetizada pelo laboratório farmacêutico Merck, mas as pesquisas não foram adiante porque as matérias-primas eram muito caras. A MDMA só começou a sair da obscuridade em 1976, quando o químico Americano Alexander Shulgin sintetizou a droga (ARAÚJO, 2012).

Em 1984, a “droga do amor”, como ficou conhecida o *ecstasy* por causar em seus usuários um sentimento de conexão com outras pessoas, dava os seus

primeiros passos nas pistas de danças de Chicago e Nova York, se alastrando rapidamente pelo mundo, até chegar ao Brasil (ARAÚJO, 2012).

### 1.1.6 O Surgimento do crack

O crack surgiu em 1984 e 1985, em bairros pobres e marginalizados de Los Angeles, Nova York e Miami. Era obtido a partir de um processo caseiro e utilizado em grupos que se reuniam em casas abandonadas e precárias, chamadas c*rack houses*. Os cristais eram fumados em cachimbos e estralavam quando expostos ao fogo, daí o nome da droga, que deriva do seu barulho peculiar ao ser fumado. Essa substância produz uma euforia de grande magnitude e curta duração, seguida de fissura intensa e desejo por uma nova dose (RIBEIRO et. al., 2012).

No Brasil, as primeiras apreensões dessa substância, realizadas pela Polícia Federal, datam do início da década de 1990, levantamentos epidemiológicos não apontam o uso do crack antes de 1989. Inicialmente, o consumo atingiu uma faixa de usuários atraídos pelo preço reduzido em relação à cocaína, e outros a procura de uma droga com efeitos mais intensos. Muitos adeptos do uso da cocaína injetável abandonaram esse modo de administração com receio de contaminação pelo HIV e procuraram o crack como uma alternativa (RIBEIRO et. al., 2012).

### 1.1.7 Novas drogas ainda mais assustadoras

As novidades que surgem no mundo das drogas trazem cada vez mais perigos aos usuários. Até os anos 1990, a heroína injetável era considerada a droga mais devastadora, o que não mais condiz com a realidade. Hoje, a substância mais assustadora do submundo das drogas chama-se *Krokodil*, é uma corrente barata da heroína. Utilizada na Rússia, de forma injetável, ela provoca rapidamente a síndrome de abstinência e apodrece a carne do usuário, matando por gangrena (CLEMENTE, 2013).

Outra droga comparada a uma sentença de morte é um tipo de anfetamina conhecido como *crystal meth* e segundo Clemente (2013 p. 56):

> Ela se tornou conhecida no mundo todo por causa do seriado *Breaking bad*, aclamado neste ano com o *Emmy*, o Oscar da TV americana. Na ficção, um professor de química frustrado e com câncer terminal recorre à produção e ao tráfico de *crystal meth* para sustentar a família. Na vida real, a droga é um problemão de saúde pública na Europa e nos Estados Unidos. Inalado o *crystal meth* chega rapidamente ao cérebro. Produz uma sensação de prazer nove vezes mais potente que a cocaína e uma síndrome de abstinência mais rápida e duradoura. Aprisiona rapidamente o usuário ao vício. As campanhas nos Estados Unidos tentam desestimular a primeira experiência, devido ao risco enorme de viciar.

No Brasil, ainda não existe registro de apreensão de *crystal meth* pela Polícia Federal, porém, o psiquiatra Thiago Fidalgo, coordenador do setor de adultos do Programa de Atendimento a Dependentes da Escola Paulista de Medicina, afirma que existem alguns dependentes da droga se tratando em clínicas particulares (CLEMENTE, 2013).

O grande risco da proliferação dessas novas drogas é o fato do usuário não conhecer a composição da droga que está consumindo, pois o traficante não sabe mais o que vende, é a droga da moda. Esse comportamento dos traficantes é mais comum do que se imagina, devido ao ritmo acelerado com que essas novas drogas aparecem no mercado e aos diversos apelidos que recebem. Conforme Clemente (2013, p.58):

> O Centro Europeu de Monitoramento de Drogas e Dependência detectou 49 novos tipos de substâncias psicoativas em 2012, quase uma por semana. Muitas delas chegam ao Brasil. Dados inéditos da Polícia Federal obtidos por ÉPOCA revelam que, até agosto, foram apreendidos 30 tipos diferentes de droga no país. Em 2011, eram oito.

No Brasil, a Polícia Federal e a Anvisa, agência encarregada de fiscalizar e regular tudo o que possa afetar a saúde dos brasileiros, atuam em parceria para manter atualizada a lista das drogas proibidas (CLEMENTE, 2013).

Clemente (2013 p. 58) afirma que: “O fato de algumas dessas substâncias ainda serem legais não as torna menos perigosas. O desconhecimento sobre efeito e doses letais faz delas uma ameaça ainda maior”.

O psiquiatra Thiago Fidalgo divide os usuários em dois tipos: o clássico, que usa cocaína, álcool e maconha; e o abusador de várias substâncias, que esta

sempre em busca de novas sensações, sem saber ao certo o que está ingerindo. A utilização de drogas múltiplas, muitas delas desconhecidas dos médicos e das autoridades, tem levado muitos usuários a desenvolver surtos psicóticos (CLEMENTE, 2013).

Para a psiquiatra Analice Gigliotti, chefe do Setor de Dependência Química da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, quanto maior a variedade de substâncias usadas, maior é a alteração química cerebral e maior é a dificuldade de conter o usuário (CLEMENTE, 2013).

## 1.2 O CONSUMO DE DROGAS NO BRASIL: CONCLUSÕES DO ÚLTIMO RELATÓRIO MUNDIAL SOBRE DROGAS DA ONU

A dependência química é uma doença crônica e cada vez mais, é visível que o abuso e a dependência de drogas no Brasil, especialmente do álcool e do crack, se transformaram em uma nova chaga social. As vítimas acumulam-se nas ruas, gerando graves repercussões na ocupação do espaço urbano, na exclusão econômica e social, na rede de saúde e na vida de suas famílias (PADILHA; TYKANORI, 2011).

Anualmente o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC) publica o Relatório Mundial Sobre Drogas, reunindo os principais dados sobre a produção, o tráfico e o consumo de drogas ilegais em todo o mundo. O último Relatório Mundial Sobre Drogas, publicado em 26 de junho de 2013, apontou uma redução do uso de drogas tradicionais e um aumento significativo do consumo de novas substâncias psicoativas (NSP), ou seja, substâncias que ainda não foram submetidas a um controle internacional (UNODC, WDR 2013).

Segundo dados da pesquisa, no Brasil houve um crescimento do uso de cocaína e seus derivados e uma redução considerável do uso de drogas injetáveis. A pesquisa também apontou que muitos brasileiros dirigem sob o efeito de drogas, conforme dados abaixo (UNODC, WDR 2013):

> No Brasil, um estudo transversal de 3.398 motoristas descobriu que 4,6% deles testaram positivo para alguma substância ilícita. Daqueles que testaram positivo, 39% testaram positivo para cocaína, 32% para *tetrahidrocanabino*l

> (THC) (*cannabis*), 16% para anfetaminas e 14% para *benzodiazepinas*. Em outro estudo no Brasil, testes de drogas em pacientes que foram admitidos no pronto socorro após acidentes de trânsito mostram que esses pacientes eram mais propensos a terem *cannabis* em seu sistema do que o álcool.

Também foi registrada uma elevação em apreensões de erva *cannabis* nos últimos anos, inclusive no Brasil, onde o número de casos de apreensão foi praticamente o mesmo em 2010 e 2011 (885 e 878 casos, respectivamente), mas a quantidade total de *cannabis* apreendida passou de 155 toneladas em 2010 para 174 toneladas em 2011, o terceiro aumento consecutivo (UNODC, WDR 2013).

O Brasil também foi apontado na pesquisa como uma importante rota para o tráfico de cocaína, devido as suas extensas fronteiras terrestres com todos os três principais países de origem da droga (Bolívia, Peru e Colômbia), e o extenso litoral que proporciona fácil acesso ao Oceano Atlântico em direção à África e a Europa, além dos significativos números de usuários de cocaína e crack que vivem no país (UNODC, WDR 2013).

Os dados da pesquisa também apresentaram o Brasil como um ponto de trânsito para as remessas de cocaína traficadas para a África Ocidental e Central e a Europa, notavelmente a Península Ibérica, talvez pelos laços linguísticos e culturais. No caso das apreensões relatadas por Portugal, a frequência do Brasil como o país de proveniência aumentou acentuadamente entre 2008 e 2009 (UNODC, WDR 2013).

Outro dado relevante diz respeito ao *ecstasy,* em 2011, o Brasil relatou as maiores apreensões de ecstasy desde 1987, totalizando 70 kg. Na última década, as apreensões anuais relatadas pelo Brasil, ficaram abaixo de 1 kg (UNODC, WDR 2013).

O Brasil também apareceu na pesquisa entre os países que relataram o surgimento das novas substâncias psicoativas (NSP). Essas drogas têm se proliferado num ritmo sem precedentes, criando desafios inesperados na área da saúde pública. Comercializadas como “drogas lícitas” e vendidas abertamente, inclusive através da internet, as NSP, que não passaram por testes de segurança, podem ser muito mais perigosas do que as drogas tradicionais, por terem efeitos desconhecidos. Enquanto a aplicação da lei fica para trás, os criminosos têm sido rápidos em explorar este mercado lucrativo (UNODC, WDR 2013).

## 2. A LEGISLAÇÃO E OS PRINCÍPIOS JURÍDICOS

O conhecimento e a ampla disseminação da política e da legislação brasileira sobre drogas, se torna cada vez mais essencial em todos os setores da sociedade. Tal fato se justifica pela importância de tais normas, que se mostram como alicerce das ações de prevenção, de tratamento e de reinserção social de usuários de drogas, bem como de enfretamento ao tráfico (BRASIL/MJ, 2013).

Aliada às orientações das políticas públicas, a observância à legislação vigente contribui para o fortalecimento de uma rede de atenção às questões relativas ao uso de substâncias psicoativas, numa perspectiva inclusiva, humanista, de respeito às diferenças e de acolhimento, sem estigmatizar o usuário e seus familiares (BRASIL/MJ, 2013).

### 2.1 AS PRINCIPAIS MEDIDAS DE COMBATE ÀS DOGAS

O atual sistema mundial de controle de drogas baseia-se em três convenções internacionais: a Convenção Única de Drogas de 1961, emendada pelo Protocolo de 1972; a Convenção de Substâncias Psicotrópicas de 1971; e a Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Drogas Narcóticas e Substâncias Psicotrópicas de 1988 (SALLES, 2013).

A Convenção Única de Narcóticos, criada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1961, foi fruto da centralização de todas as convenções internacionais de drogas. Até hoje, ela orienta toda a política internacional e as leis regionais sobre drogas. Segundo Araújo (2012, p.71):

> Nela, os países signatários continuam a reconhecer que o uso de narcóticos era “indispensável para aliviar a dor”, mas passam a tratar a dependência de drogas como “um sério mal para o indivíduo” e se declaram conscientes “de seu dever de prevenir e combater esse mal”. O foco da convenção, porém, seria o controle da oferta e a repressão. Apenas um dos 50 artigos do documento cita o tratamento de dependentes e a prevenção do abuso.

Para inibir a produção, o referido tratado não considerou ilegal apenas a venda de produtos da droga, mas também, qualquer cultivo não autorizado. Isso contribuiu para empurrar a produção das drogas para os países mais pobres, enquanto o consumo continuou crescendo nos países ricos (ARAÚJO, 2012).

Em 1971, uma nova convenção foi criada pela ONU, para lidar com a explosão da produção e do consumo de drogas sintéticas. A Convenção de Drogas Psicotrópicas tinha como alvo, as drogas produzidas por indústrias importantes para a economia de países desenvolvidos, ou seja, países politicamente influentes na ONU (ARAÚJO, 2012).

Segundo Araújo (2012), talvez esse seja o motivo que levou a um abrandamento dos controles impostos por essa nova convenção. Seu texto referia-se apenas a uma “preocupação” com os problemas resultantes do abuso de certas substâncias psicotrópicas. Mais uma vez, a prevenção ao abuso e o tratamento de dependentes eram tratados no documento em apenas um artigo, no entanto, o novo tratado previa o tratamento e a reabilitação de usuários como penas alternativas ou adicionais.

Já em 1988, a ONU criou a Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Drogas Narcóticas e Substâncias Psicotrópicas. Pela primeira vez, uma convenção da ONU tratou de temas como lavagem de dinheiro, confisco de bens, extradição, cooperação internacional e controle de precursores químicos para a fabricação de drogas. O documento reconheceu que o tráfico gerava grande lucro financeiro para grupos criminosos e que isso ameaçava a estabilidade, a segurança e a soberania dos Estados (ARAÚJO, 2012).

Porém, curiosamente, as duas convenções anteriores da ONU contribuíram para agravar a situação do tráfico. Na primeira metade do século XX, conforme as leis internacionais restringiram o uso de drogas com finalidades médicas, o mercado ilícito cresceu abastecido por desvios da produção legal. Certa quantidade de

plantas e de remédios produzidos em massa para a indústria farmacêutica era contrabandeada e revendida no mercado negro (ARAÚJO, 2012).

Além disso, a partir da década de 1960, quando a Convenção Única de Narcóticos aumentou o controle sobre o plantio e erradicou o uso social, os países com tradição de cultivo de coca e de papoula aumentaram sua produção para atender o mercado negro. O aumento do controle de drogas sintéticas também incentivou sua produção clandestina. Nos dois casos, a produção se deslocou de empresas para grupos criminosos, que se fortaleceram, principalmente a partir dos anos 1970 (ARAÚJO, 2012).

Segundo o Ministério da Justiça (2013), o Brasil deu início à construção de uma política nacional específica sobre o tema da redução da demanda e da redução da oferta de drogas, após a realização da XX Assembleia Geral Especial das Nações Unidas, em 1998, na qual foram discutidos os principais diretivos para a redução da demanda de drogas.

O Brasil é signatário das Convenções Internacionais sobre Drogas da ONU e possui em sua Constituição Federal cinco dispositivos dispondo sobre “o tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins - art. 5º, XLIII, LI; art. 144, § 1º, II; art. 227, § 3º, VII; e art. 243, parágrafo único (SALLES, 2013).

Além disso, em 2006 foi editada a Lei 11.343/2006 (Lei de Drogas), que nasceu da necessidade de compatibilizar os dois instrumentos normativos que existiam anteriormente, a Lei 6.368/1976 e a Lei 10.409/2002. A partir de sua edição, esses dois dispositivos legais foram revogados, e passou-se a reconhecer as diferenças entre a figura do traficante e a do usuário, os quais passaram a ser tratados de modo diferenciado e a ocupar capítulos diferentes da lei (BRASIL/MJ, 2013).

Atualmente, o Congresso está elaborando um novo Código Penal com uma grande variedade de alterações. Em 28 de maio de 2012, uma comissão do Senado votou a favor da adição de uma seção para o Código para descriminalizar o porte de drogas para uso pessoal.  Todavia, corre em paralelo outro projeto, já aprovado pela Câmara, de autoria do deputado Osmar Terra (PMDB-RS), que altera a Lei de

Drogas. A proposta prevê medidas como a internação involuntária de dependentes químicos e a ampliação de pena para traficantes (SALLES, 2013).

A mais recente discussão sobre o tema começou a ganhar espaço nas páginas da internet, no dia 19 de março, quando o deputado Jean Wyllys (PSOL-RJ) protocolou na Mesa Diretora da Câmara dos Deputados, projeto que prevê a descriminalização do consumo, produção e comércio da maconha. A proposta foi apresentada logo após a regulamentação da maconha pelo Uruguai.

## 2.2 OS DIREITOS E AS GARANTIAS INDIVIDUAIS

Historicamente, os Direitos Humanos vêm se transformando e ampliando sua abordagem frente às conquistas sociais e transformações culturais. Viver com dignidade em um contexto de respeito aos direitos fundamentais tem sido uma busca permanente da sociedade civil e dos movimentos sociais, processo que se acentuou nas décadas finais do século XX, período conhecido como a redemocratização do Brasil (BRASIL/MJ, 2013).

O Título II da Constituição Federal de 1988 trata dos Direitos e Garantias Fundamentais, assegurados em nossa Federação pelo nosso ordenamento jurídico. Segundo Paulo e Alexandrino (2009, p.91):

> Os direitos fundamentais são os bens em si mesmo considerados, declarados como tais nos textos constitucionais; já as garantias fundamentais são estabelecidas pelo texto constitucional como instrumentos de proteção dos direitos fundamentais, ou seja, as garantias possibilitam que os indivíduos façam valer, frente ao Estado, os seus direitos fundamentais.

O artigo 5º da Constituição Federal traz os direitos individuais, que são uma espécie do gênero “Dos Direitos e Garantias Fundamentais”. Eles correspondem aos direitos diretamente ligados ao conceito da pessoa humana e de sua própria personalidade, como, por exemplo, o direito à vida, à dignidade e à liberdade (PAULO; ALEXANDRINO, 2009).

### 2.2.1 Direito à vida

Nem sempre as sociedades estiveram organizadas como nos dias atuais. Ao longo da história, a humanidade evoluiu naquilo que diz respeito às formas de sobrevivência e de organização da vida em comunidade, buscando consolidar princípios solidários e de respeito à vida (BRASIL/MJ, 2013).

Contextos de grandes desigualdades e de violências colocam a vida em situação de permanente vulnerabilidade, situações de conflito armado são uma constante em nossa história. Por outro lado, muitas vezes em resposta a tais situações, temos uma história de construção de realidades nas quais a vida é considerada o bem maior e, portanto, deve ser protegida e viabilizada na sua integridade (BRASIL/MJ, 2013).

É nesse contexto que surgem diversos mecanismos de defesa dos Direitos Humanos e de promoção de uma cultura pautada na paz, que se oponha radicalmente a todos os tipos de violência. Conforme publicação do Ministério da Justiça (2013, p. 330):

> Os Direitos humanos refletem uma concepção de mundo, de sociedade que se deseja construir, e de pessoas que se deseja formar. Não é uma dádiva, uma inspiração intelectual, ou mais um modismo o que fundamenta esse movimento, mas os próprios processos e as aprendizagens cumulados pela humanidade, nas mais diversas áreas, experiências e descobertas. É um processo de construção humana, de apreensão e de recriação da realidade.

Nesse sentido, podemos conceituar os Direitos Humanos como um conjunto de princípios de direitos que juntos representam a defesa e a promoção da vida digna para a pessoa humana. Segundo o Ministério da Justiça (2013, p. 331):

> A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), proclamada em 1948, é uma referência basilar na qual encontramos todos os princípios e direitos expressos. Esse documento é um marco para a humanidade, uma vez que buscou alinhar as nações a um compromisso de defesa incondicional do direito de todos à vida digna em qualquer contexto em que ela se encontre.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU estabelece, em seu artigo 3º, que: “Toda pessoa tem direito, à vida, à liberdade e à segurança pessoal”. Esses direitos são considerados fundamentais porque sem eles, a pessoa não é

capaz de se desenvolver e de participar plenamente da vida em sociedade (BRASIL/MJ, 2013).

O direito à vida, também está expresso no caput do art. 5º da Constituição da República Federativa do Brasil, e é considerado o mais elementar dos direitos fundamentais; pois sem vida, nenhum outro direito pode ser fruído ou sequer cogitado (BRASIL, 1988).

Portanto, a Declaração Universal dos Direitos Humanos e a Constituição Federal instituem que a vida é um direito e um princípio fundamental e deve ser protegida em todas as suas formas, cabendo ao Estado assegurá-la (VARALDA; CORDEIRO, 2011).

Entretanto, o direito à vida, não se resume ao mero direito à sobrevivência física. Diante do fundamento da dignidade da pessoa humana, adotado pelo Brasil, resta claro que o direito fundamental em apreço abrange o direito a uma existência digna, tanto sob o aspecto espiritual, quanto material (PAULO; ALEXANDRINO, 2009).

Por este motivo, a atenção a saúde se torna imprescindível para a preservação da dignidade humana, pois não há como se cogitar a existência de uma vida digna sem saúde. Nesse sentido, a Organização Mundial da saúde (OMS) definiu saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença (BRASIL/MJ, 2013).

A nossa Constituição Federal (1988) define saúde, em seu artigo 196, como: “um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do riso de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Portanto, o Estado como garantidor dos direitos fundamentais não pode fechar os olhos para a questão das drogas no Brasil, tampouco tolerar a existência de “cracolândias”, onde o direito à saúde e à integridade física são flagrantemente violados (VARALDA; CORDEIRO, 2011).

Uma reportagem da Folha de São Paulo (2013) apresentou um questionamento interessante de Giovanni Guido Cerri, médico e professor titular da Faculdade de Medicina da USP e Secretário do Estado de Saúde de São Paulo.

Segundo Cerri (2013), na medicina, quando o paciente apresenta um quadro clínico agudo, grave, com risco à vida, precisa permanecer internado por alguns dias, semanas ou até mesmo meses, em um leito hospitalar, para receber a assistência médica indicada para seu caso. É desta forma no câncer, na AIDS, nas doenças do aparelho circulatório e nos casos de vítimas de derrame ou politraumatismos de acidentes de trânsito. Porém, Cerri (2013, p.13) questiona:

> Por que, então, deveria ser diferente para os usuários de crack, aqueles que, em razão de sua extrema dependência, sofrem uma série de graves problemas físicos e psíquicos que podem matá-los a qualquer momento?

A diferença aqui é basicamente uma: enquanto um cardiopata ou um acidentado tem, em geral, consciência de sua condição, e o medo da morte o faz aceitar cuidados médicos; o dependente de crack precisa satisfazer uma fissura e fumar mais uma pedra, mesmo sabendo que isso pode lhe custar a vida (CERRI, 2013).

Muitos usuários de drogas entram em surto psicótico em face do consumo contínuo e abusivo da droga. Nesse contexto, não têm condições de decidir sobre a submissão aos tratamentos possíveis. É nesse momento que o Estado deve agir, garantindo os direitos humanos e preservando a vida desses cidadãos (ARRUDA, 2013).

### 2.2.2 Direito à liberdade

O direito à liberdade também está previsto no artigo 5º, caput, da Constituição da República Federativa do Brasil, que prescreve: “Art. 5.º 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 e à propriedade”. Segundo Paulo, Alexandrino (2009, p. 110):

> A liberdade assegurada no caput do art. 5º, deve ser tomada em sua mais ampla acepção. Compreende não só a liberdade física, de locomoção, mas também a liberdade de crença, de convicções, de expressão de pensamento, de reunião, de associação etc.

Trata-se da própria essência dos direitos fundamentais de primeira geração, que marcaram a passagem de um Estado autoritário para um Estado de Direito (LENZA, 2013).

Na Declaração Universal de Direitos Humanos, a palavra liberdade é citada inúmeras vezes em razão da sua relevância para a condição humana. Como no caso do artigo 1º, que afirma que “todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade” (DUDH, 1948).

No artigo 2º, a referida declaração defende que todos têm direito à liberdade, “sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição” (DUDH, 1948).

Outras formas de liberdade também são defendidas na Declaração Universal de Direitos Humanos, que continua atual e servindo de bandeira para a defesa dos direitos humanos em todo o planeta. Em seu artigo 24, item dois, preceitua que “no exercício de seus direitos e liberdades, toda pessoa estará sujeita apenas às limitações determinadas pela lei, exclusivamente com o fim de assegurar o devido reconhecimento e respeito dos direitos e liberdades de outrem e de satisfazer às justas exigências da moral, da ordem pública e do bem-estar de uma sociedade democrática” (DUDH, 1948).

Portanto, sendo a liberdade um direito fundamental assegurado pelo nosso ordenamento jurídico, incumbe-se ao Estado, além da não-intervenção na esfera da liberdade pessoal dos indivíduos, a tarefa de colocar à disposição os meios materiais e implementar as condições fáticas que possibilitem o efetivo exercício das liberdades fundamentais (MENDES, 1999).

Nesse sentido, a concretização dos direitos de garantias às liberdades exige, muitas vezes, a edição de atos legislativos, de modo que eventual inércia do

legislador pode configurar afronta a um dever constitucional de legislar. Gilmar Mendes (1999) afirma que:

> A concepção que identifica os direitos fundamentais como princípios objetivos legitima a ideia de que o Estado se obriga não apenas a observar os direitos de qualquer indivíduo em face das investidas do Poder Público, mas também a garantir os direitos fundamentais contra agressão propiciada por terceiros.

Dessa forma, trazendo para o contexto das drogas, as atuações do Estado junto aos dependentes químicos, como no caso das internações, não violam os direitos fundamentais de ir e vir de uma pessoa. Ao contrário, elas podem acontecer para assegurar e garantir os direitos fundamentais à vida, à integridade física do usuário e à segurança de todos os cidadãos (ARRUDA, 2013).

Nesse caso, a situação fática e jurídica em que os dependentes químicos se encontram, justifica a restrição de uns direitos em prol de outros preponderantes (VARALDA; CORDEIRO, 2011).

### 2.2.3 Princípio da dignidade da pessoa humana

A Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU descreve que o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e de seus direitos iguais e inalienáveis é o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo (DUDH, 1948).

Além disso, o referido documento afirma que os povos das Nações Unidas ratificaram, na Carta, sua fé nos direitos humanos fundamentais, na dignidade e no valor da pessoa humana e na igualdade de direitos dos homens e das mulheres (DUDH, 1948).

Reafirmando a força da dignidade da pessoa humana, o artigo 1º da Declaração dos Direitos humanos de 1948, prescreve: “Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade” (DUDH, 1948).

Nesse sentido, a Constituição Federal de 1988 também deixou claro, em seu artigo 1º, inciso III, que o Estado Democrático de Direito que instituía, tem como fundamento a dignidade da pessoa humana (BRASIL, 1988).

Porém, o postulado da dignidade da pessoa humana, em virtude da sua forte carga de abstração, não tem alcançado, quanto ao campo de sua atuação objetiva, unanimidade entre os autores, no entanto, deve-se ressaltar que as múltiplas opiniões se apresentam harmônicas e complementares (JÚNIOR E., 2000).

Karl Larenz, citado por Edilson Júnior (2000), reconhece na dignidade da pessoa humana, a prerrogativa de todo ser humano em ser respeitado como pessoa, de não ser prejudicado em sua existência (a vida, o corpo e a saúde) e de fruir de um âmbito existencial próprio.

No mesmo sentido, Junior E. (2000) também cita, Joaquin Arce y Flórez-Valdés que vislumbra no respeito à dignidade da pessoa humana, quatro importantes consequências: a igualdade de direitos entre todos os homens; a garantia da independência e autonomia do ser humano, de forma a obstar toda coação externa ao desenvolvimento de sua personalidade, bem como toda atuação que implique a sua degradação; a observância dos direitos inalienáveis do homem; e a não admissibilidade da negativa dos meios fundamentais para o desenvolvimento de alguém ou da imposição de condições subumanas de vida.

O princípio da dignidade da pessoa humana ganhou a sua formulação clássica por Immanuel Kant, na Fundamentação da Metafísica dos Costumes, de 1785, que defendia que as pessoas deveriam ser tratadas como “um fim em si mesmas”, e não como um meio (KANT, 2007).

Para Kant, tudo tem um preço ou uma dignidade, a dignidade é aquilo que resguarda o que não tem preço, ou seja, a dignidade é uma qualidade inerente aos seres humanos, pois segundo Kant, a moralidade, bem como a humanidade, enquanto capaz de moralidade, são as únicas coisas que possuem dignidade (KANT, 2007).

Portanto, o princípio da dignidade humana pressupõe não ser possível a redução do homem à condição de mero objeto do Estado e de terceiros. Segundo Edilson Nobre Júnior (2000, p. 188): “a abordagem do tema passa pela

consideração de tríplice cenário, concernente às prerrogativas de direito e processo penal, à limitação da autonomia da vontade e à veneração dos direitos da personalidade".

Há uma grande preocupação dispensada ao princípio da dignidade da pessoa humana frente às prerrogativas de direito e processo penal, a fim de impedir que a atividade punitiva do Estado, manifestada sob o interesse de velar pela segurança da coletividade, resulte como justificativa à depreciação do indivíduo (JÚNIOR E., 2000).

Quanto à limitação da autonomia da vontade, Edilson Nobre Júnior (2000) defende que a manifestação volitiva há de encontrar pontos de contenção. Como nas obrigações cujo cumprimento envolve risco a vida, ou em que a execução da prestação importe para o pactuante em sua exposição ao ridículo. Outro exemplo é a dignidade da pessoa humana como lastro do poder de polícia, representando uma limitação à liberdade individual.

Em relação à tutela dos direitos de personalidade, é natural que do reconhecimento jurídico da dignidade da pessoa humana decorram a salvaguarda dos direitos da personalidade, incidentes sobre a vida, saúde e integridade física, honra, liberdades física e psicológica, nome e imagem (JÚNIOR E., 2000).

Nesse sentido, a consagração constitucional da dignidade da pessoa humana resulta também na obrigação do Estado em garantir à pessoa humana um patamar mínimo de recursos, capaz de promover-lhe a subsistência. O que inclui as ações no campo de saúde, realizadas mediante políticas sociais e econômicas que colimem a redução dos riscos de doenças e de outros agravos, garantindo o acesso universal igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (JÚNIOR E., 2000).

Portanto, na visão de Sarlet (2001), o princípio da dignidade humana possui um caráter dúplice, ou seja, ao mesmo tempo em que impõe limites à atuação do Estado, como meio de impedir a violação da dignidade pessoal; decreta ao Estado o dever de proteção e promoção da vida com dignidade. Segundo Sarlet (2001, p.60):

> Dignidade Humana é a qualidade intrínseca e distintiva reconhecida em cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por

> parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos, mediante o devido respeito aos demais seres que integram a rede da vida.

É essa proteção que se espera do Estado em relação à situação atual das drogas no Brasil, onde muitos usuários rompem os laços familiares e vivem jogados nas ruas, sem a possibilidade de decidir com consciência sobre a sua condição de sobrevivência com dignidade (ARRUDA, 2013).

“Que dignidade tem uma pessoa jogada na sarjeta?” Esse foi uma indagação feita pelo médico Dráuzio Varella, ao defender a internação compulsória em entrevista concedida à Cláudia Collucci, da Folha de São Paulo (2013). Nessa ocasião o médico se referia aos usuários de crack que frequentam a “cracolândia”.

***Figura 2: Uma doença chamada crack.***

***(Altair Freitas, 2013)***

Infelizmente, essa realidade é cada vez mais comum nas ruas, sendo imprescindível que se encontre um caminho possível para devolver ao convívio da sociedade aqueles que enfrentam o grave problema de dependência do crack (ARRUDA, 2013).

Segundo Arruda (2013), quando usuários de droga colocam a vida e a saúde em risco, submetê-los à força a tratamento não viola, mas sim resguarda os direitos humanos.

## 2.3 UMA BREVE HISTÓRIA SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

A humanidade convive com a loucura há séculos e, antes de se tornar um tema essencialmente médico, os doentes mentais já foram vítimas de muitos preconceitos. Taxados de “possuídos pelo demônio”, os loucos, eram muitas vezes motivo de piada, sendo menosprezados e até marginalizados por não se enquadrarem nos preceitos morais vigentes. Segundo mostra do Ministério da Saúde sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Política de Saúde Mental (BRASIL/MS, 2003):

> Na Renascença, a segregação dos loucos se dava pelo seu banimento dos muros das cidades europeias e o seu confinamento era um confinamento errante: eram condenados a andar de cidade em cidade ou colocados em navios que, na inquietude do mar, vagavam sem destino, chegando, ocasionalmente, a algum porto.

Na Idade Média, os loucos eram confinados em grandes asilos e hospitais, juntamente com os inválidos, portadores de doenças venéreas, mendigos e libertinos. Nessas instituições, os mais violentos eram acorrentados e alguns, com quadros menos severos, podiam sair para mendigar (BRASIL/MS, 2003).

Ainda segundo a mostra do Ministério da Saúde (2003), no século XVIII, Phillippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria, propôs uma nova forma de tratamento aos doentes mentais, baseado na reeducação dos alienados, no respeito às normas e no desencorajamento das condutas inconvenientes. Os loucos, libertados das correntes, foram transferidos para os manicômios, destinados somente a eles. Para Pinel, os médicos deveriam trabalhar a disciplina no manicômio de forma firme, porém gentil, o que demonstra o caráter essencialmente moral com o qual a loucura passou a ser revestida.

No entanto, com o passar do tempo, o tratamento moral idealizado por Pinel foi se modificando, as ideias originais foram banidas e substituídas por métodos

corretivos. Foram destinados recursos à imposição da ordem e da disciplina institucional, reprimindo o comportamento e os hábitos dos doentes. O tratamento ao doente mental passou a incluir medidas físicas como duchas, banhos frios, chicotadas, máquinas giratórias e sangrias. Conforme registro do Ministério da Saúde (2003):

> Aos poucos, com o avanço das teorias organicistas, o que era considerado como doença moral passou a ser compreendido também como uma doença orgânica. No entanto, as técnicas de tratamento empregadas pelos organicistas eram as mesmas empregadas pelos adeptos do tratamento moral, o que significa que, mesmo com uma outra compreensão sobre a loucura, decorrente de descobertas experimentais da neurofisiologia e da neuroanatomia, a submissão do louco permanecia e adentrava o século XX.

A partir da segunda metade do século XX, iniciou-se uma radical crítica ao tratamento e às instituições psiquiátricas, impulsionada principalmente pelo psiquiatra italiano, Franco Basaglia. Esse movimento iniciou-se na Itália, mas repercutiu em todo o mundo e muito particularmente no Brasil (BRASIL/MS, 2003).

Nesse contexto, iniciou-se o Movimento Antimanicomial, marcado pela ideia de proteção dos direitos humanos e pela busca da cidadania dos portadores de transtornos mentais, que defendia o fim dos manicômios. Aliado a essa luta, nasceu o Movimento pela Reforma Psiquiátrica, que passou a defender a multidisciplinariedade e a reabilitação psicossocial como os pilares do tratamento dos transtornos mentais, além de considerar a internação como medida excepcional (JÚNIOR R., 2010).

No Brasil, tal movimento iniciou-se no final da década de 1970, a partir do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, com a mobilização dos profissionais da saúde mental e dos familiares de pacientes com transtornos mentais. Esse movimento se inseriu no contexto de redemocratização do país e na mobilização político-social que ocorria na época (BRASIL/MS, 2003).

Fruto da atuação desse Movimento Antimanicomial, em 1990, o Brasil tornou-se signatário da Declaração de Caracas, na Venezuela, que defendia a reestruturação da assistência psiquiátrica. Em 2001, entrou em vigor a Lei 10.216, que defende os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental, principalmente no que diz respeito ao tratamento no sistema de saúde. (VERONA, 2010).

Com isso o Brasil redirecionou o seu modelo assistencial em saúde mental e estabeleceu os direitos dos portadores de transtornos mentais, sob a ótica da proteção dos direitos humanos (JÚNIOR R., 2010).

Porém, embora o redirecionamento da assistência em saúde mental em nosso país, consagrado pela Lei 10.216/2001, tenha sido um importante passo na garantia dos direitos humanos e na defesa da dignidade das pessoas acometidas de transtornos mentais, ainda falta muito para que lhes seja garantido “acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades”, conforme preconiza o artigo 2º, parágrafo único, inciso II, da referida Lei (JÚNIOR R., 2010).

Segundo Reynaldo Mapelli Júnior (2010), é preciso se despir de ideologia e preconceitos ainda muito arraigados entre profissionais de saúde, para analisar com isenção as atuais políticas públicas de saúde mental no Brasil que, a despeito de cumprirem a legislação com a implementação de uma rede comunitária e multiprofissional de atendimento, apresentam falhas inaceitáveis. Essas falhas refletem diretamente na triste realidade das cidades brasileiras de hoje, com o abandono de moradores de rua dependentes de crack ou portadores de algum distúrbio psíquico.

Mapelli Júnior (2010) afirma que, apesar das importantes conquistas de nossa Reforma Psiquiátrica, muito ainda precisa ser feito para garantir a assistência integral em matéria de saúde mental para milhares de portadores de transtornos mentais abandonados à própria sorte e, enquanto isso persistir, a promoção de direitos humanos não passará de discurso ideológico e vazio.

## 2.4 A LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA – LEI 10.216/2001

A Lei Federal 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, redirecionou o modelo assistencial em saúde mental, assegurando ampla proteção ao doente mental, especialmente o que diz respeito ao seu tratamento médico (COSTA, 2013).

O artigo 2º da referida lei assegura aos portadores de transtornos mentais: o acesso ao melhor tratamento de saúde, consentâneo às suas necessidades; o tratamento com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; a proteção contra qualquer forma de abuso e exploração; a garantia do sigilo nas informações prestadas; o direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; o livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; o fornecimento do maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; o tratamento em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; e a prestação do tratamento, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

No seu art. 3º, a Lei da Reforma Psiquiátrica alerta que é responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e de sua família; e no art. 4º prescreve que a internação só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (COSTA, 2013).

Os seguintes tipos de internação estão previstos no art. 6º da referida lei: a voluntária, com o consentimento do usuário; a involuntária, sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e a compulsória, determinada pela justiça, a qual somente se realizará mediante laudo médico circunstanciado. Segundo Rodrigues (2011, p. 37):

> Importante ressaltar que a internação compulsória dá-se mediante ordem judicial, e somente naquelas hipóteses em que houver necessidade da intervenção do judiciário para assegurar a execução da medida terapêutica recomendada em laudo médico, sob a perspectiva exclusiva do direito à saúde do paciente, e quando tal direito, por alguma razão, não estiver sendo respeitado.

O artigo 9º traz que a internação compulsória é determinada pelo juiz competente, de acordo com a legislação vigente, que, em termos jurídicos mais amplos, incluem o Código Penal. O juiz levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

A lei proíbe textualmente asilar o dependente, ou seja, se o paciente internado for esquecido ou se a internação ocorrer sem que haja a estrutura de tratamento necessária, a internação será ilegal, pois estará em desacordo com a lei. A internação é o meio e não o fim em si só, o que não comporta, portanto, somente uma medida de força legal. De acordo com Costa (2013, p. 3):

> Assim, deve-se considerar como critérios técnicos para a internação involuntária, os direitos do paciente, a existência de um transtorno mental grave e o risco pessoal eminente ou de outrem e, critérios substantivos, como a impossibilidade de tratamento em regime ambulatorial e a recusa ao tratamento proposto pelo especialista.

Segundo a própria lei, para que haja a reinserção, o tratamento em regime de internação deve ser estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros (COSTA, 2013).

Porém, nem todos os casos de uso de drogas demandam internação. Pelo contrário, a maioria requer seguimento clínico ambulatorial, com o imprescindível apoio da família. É dever do Estado, no entanto, assegurar todos os meios de preservar a vida dos dependentes (CERRI, 2013).

Vale ressaltar que o artigo 4º da Lei 10.216/2001 indica que, “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”, ou seja, a internação nunca deve ser a primeira opção no tratamento das pessoas que sofrem devido a problemas associados com drogas.

Desta forma, quaisquer que sejam as indicações das internações psiquiátricas, o Código Penal e a Lei da Reforma Psiquiátrica exigem que estas ocorram em estabelecimentos com características hospitalares, preservando a dignidade humana e garantindo ao paciente a segurança e humanização no seu atendimento (COSTA, 2013).

No entanto, no caso dos dependentes químicos, o cuidado deve ser redobrado, pois o abuso de drogas não é um diagnóstico por si só, mas uma consequência de estado emocional fragilizado e muitas vezes negligenciado pela sociedade e pela família (COSTA, 2013).

## 2.5 A LEI DE DROGAS E SUA APLICAÇÃO NO CASO DE CONSUMO PESSOAL

A cada dia que passa, percebe-se claramente a necessidade de uma política mais eficaz no combate às drogas. Entretanto, mesmo diante de tal urgência, não se pode negar que houve um significativo avanço legislativo no que tange ao tratamento dado pela lei penal, principalmente, no que diz respeito ao usuário de drogas. Tal mudança se deu em razão da atual tendência mundial de não mais se olhar o usuário como marginal, e sim como vítima desse sistema criminal (Júnior N., 2013).

A Lei 11.343/2006 colocou o Brasil em destaque no cenário internacional ao instituir o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) e prescrever medidas para a prevenção do uso de drogas, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, em consonância com a atual política sobre drogas (BRASIL/MJ, 2013).

O objetivo da Lei de Drogas em relação ao usuário é contribuir para a sua inclusão social e promover a sua ressocialização, visando torná-lo menos vulnerável à ação do traficante. Para atingir esse objetivo e atuar na prevenção, o legislador buscou reconhecer que o uso da droga é um fator de interferência na qualidade de vida do usuário e da comunidade (LEITE, 2007).

O Brasil compreendeu que usuários e dependentes não devem ser penalizados pela justiça com a privação da liberdade. Assim, a justiça retributiva, baseada no castigo, foi substituída pela justiça restaurativa, cujo objetivo maior é a ressocialização por meio de penas alternativas (BRASIL/MJ, 2013).

Especificamente sobre a punição do usuário de drogas, o artigo 28, da Lei 11.343/2006 dita as seguintes penas: advertência sobre os efeitos da droga; prestação de serviços à comunidade; e medida educativa de comparecimento à programa ou curso educativo. O parágrafo 6º do referido artigo ainda prevê a possibilidade de admoestação verbal e de multa, como forma de garantir o cumprimento dessas penas. Segundo Leite, (2007, p.39):

> Para determinar se a droga destinava-se a consumo pessoal, o juiz atenderá à natureza e a quantidade da substancia apreendida, ao local e às condições

> em que se desenvolveu a ação, às circunstancias sociais e pessoais, bem como a conduta e aos antecedentes do agente.

É preciso ser cauteloso ao analisar o artigo 28 da Lei de Drogas, pois a leitura apressada deste dispositivo pode levar à conclusão equivocada no sentido de que ocorreu *abolitio criminis* (LEITE, 2007).

Tal afirmativa se baseia no fato de que, conforme o artigo 1º da Lei de Introdução do Código Penal, só será considerado crime aquela infração em que houver previsão de pena privativa de liberdade, alternativa ou cumulativamente, fato que não acontece nas hipóteses previstas no artigo 28 da referida lei (JÚNIOR N., 2013).

Contudo, basta um olhar mais atendo e cuidadoso para perceber que o que ocorreu foi uma ampliação das hipóteses de conformação típica, e um considerável abrandamento punitivo (MARCÃO, 2007).

Sobre o assunto, o Supremo Tribunal Federal (STF) entendeu que não houve o *abolitio criminis*, mas apenas a despenalização para o uso de drogas, asseverando que tal conduta ainda é considerada como crime no ordenamento jurídico brasileiro (JÚNIOR N., 2013).

Para esta modalidade de conduta, a norma reza que “não se importará prisão em flagrante”, contudo, conforme o artigo 48, § 2º, da Lei de Drogas, o agente ao ser detido portando droga ou em qualquer situação definida no artigo 28 da Lei 11.343/2006, será imediatamente conduzido ao juízo competente ou, na falta deste, assumirá perante a autoridade policial o “compromisso de a ele comparecer, lavrando-se o termo circunstanciado e providenciando-se as requisições dos exames periciais necessários” (SILVA, 2006).

Outra inovação em relação ao usuário está no artigo 28, § 7º, da referida lei, que prescreve que “o juiz determinará ao Poder Público que coloque a disposição do infrator, gratuitamente, estabelecimento de saúde, preferencialmente ambulatorial, para tratamento especializado”. Assim, o usuário de droga não ficará mais sem assistência médica. Caberá à União, aos Estados e aos Municípios colocar à disposição do usuário tratamento especializado (LEITE, 2007).

Portanto, de forma indireta, a Lei de Drogas confere ao Poder Público o dever, e não a faculdade, de custear gratuitamente o tratamento de todos os viciados em drogas, independentemente da situação financeira de cada um ou de seus familiares (SILVA, 2006).

## 3. CRACK: A NOVA CHAGA SOCIAL

O consumo de crack se transformou nos últimos 25 anos em um dos principais problemas de saúde pública em diversos países do mundo, inclusive no Brasil. Paralelamente, o mesmo período foi marcado pelo desenvolvimento expressivo das neurociências e pela implementação bem-sucedida de novos modelos de políticas públicas, tanto para a saúde mental quanto para o consumo de substâncias psicoativas (RIBEIRO et. al. 2012).

O crack é resultado de uma mistura da pasta-base da coca ou cocaína refinada (cloridato de cocaína) com bicarbonato de sódio e água, podendo ainda conter outras substâncias tóxicas, como, por exemplo, querosene, cal, cimento e soda cáustica. Ao ser fumado, alcança diretamente o pulmão, órgão que, devido a sua intensa vascularização e tamanho, tem a absorção facilitada, levando a substância rapidamente à circulação sanguínea e ao cérebro (MURAD, 2011).

***Figura 3: A composição do crack***

***(Jennifer Fogaça)***

Conforme informações da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, em 10 a 15 segundos, os primeiros efeitos já ocorrem. Essa característica faz do crack uma droga “poderosa”, do ponto de vista do usuário, já que a sensação de prazer surge quase que instantaneamente. A sensação dura cerca de 5 minutos, o que facilita a dependência, pois o usuário volta a utilizar a droga com mais frequência (MURAD, 2011).

Segundo o Ministério da Justiça (2013, p. 200): “A dependência se caracteriza pela perda de controle do uso e por prejuízos decorrentes dele nas diversas esferas da vida: pessoal, familiar, trabalho, lazer e judicial”.

O consumo do crack costuma ocorrer em locais públicos e é visível mesmo durante do dia. Os usuários se reúnem nos pontos conhecidos como “cracolândias”.

Os efeitos do crack incluem aceleração do coração, aumento da pressão, agitação psicomotora, dilatação das pupilas, aumento da temperatura do corpo sudorese e tremor muscular. A ação no cérebro provoca sensação de euforia, aumento da autoestima, indiferença à dor e ao cansaço, sensação de estar alerta, especialmente a estímulos visuais, auditivos e ao toque. Os usuários também podem apresentar tonteiras e ideia de perseguição (BRASIL/MJ, 2013).

Não há medicamentos que, por si só, tratem a dependência do crack, no entanto, existem evidências de tratamentos eficientes, que incluem não apenas os aspectos médicos ou biológicos, mas ações que privilegiem o contexto sócio-emocional dos indivíduos envolvidos (BRASIL/MJ, 2013).

## 3.1 PERFIL DOS USUÁRIOS DE CRACK NO BRASIL

Em estudo realizado em 2013, pela Fundação Oswaldo Cruz, sobre o “Perfil dos Usuários de Crack e/ou Similares no Brasil”, constatou-se que o número de usuários regulares de crack e/ou de formas similares de cocaína fumada é bastante expressivo, totalizando 370 mil pessoas, nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal (FIOCRUZ, 2013).

Segundo essa pesquisa, que foi encomendada pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, o Nordeste é a região que concentra o maior número de usuários regulares da droga, aproximadamente 150 mil, ou seja, cerca de 40% do total. Provavelmente isso se explica pelo baixo índice de Desenvolvimento Humano (FIOCRUZ, 2013).

Conforme a pesquisa da Fiocruz (2013), os usuários de crack são predominantemente do sexo masculino e a maioria declarou ser solteira. Há um predomínio importante de usuários “não-brancos” e observou-se a baixa frequência de usuários que cursaram ou concluíram o Ensino Médio, e a baixíssima proporção de usuários com Ensino Superior.

Constatou-se que mais da metade dos usuários de crack experimentaram a droga por curiosidade acerca de seus efeitos. A pressão dos amigos foi relatada por 26% dos usuários, e 29,2% dos entrevistados disseram que um dos motivos para o início do uso da droga foram os problemas familiares (FIOCRUZ, 2013).

Segundo dados da pesquisa, é significativa a proporção de “usuários de rua”, no Brasil, aproximadamente 40% dos usuários se encontram nessa situação. Isso não quer dizer que esse contingente expressivo more nas ruas, mas que nelas passam parte expressiva do seu tempo. O levantamento mostrou ainda que, entre os 370 mil usuários de crack ou similares, 14% são menores de idade (FIOCRUZ, 2013).

***Figura 4: Menores consumidores de crack***

***(Ivan Richard, 2010)***

A pesquisa apontou que a forma mais comum de obtenção de dinheiro compreende os trabalhos esporádicos e autônomos, correspondendo a 65% dos entrevistados. Porém, houve uma frequência elevada do relato de sexo em troca de dinheiro ou drogas (7,5%). Atividades ilícitas, como tráfico de drogas e furtos ou roubos, foram relatados por uma minoria de usuários. O histórico criminal não foi objeto da pesquisa, mas verificou-se que quase a metade dos usuários de crack já havia sido presa pelo menos uma vez (FIOCRUZ, 2013).

O estudo ainda mostrou que o tempo médio de uso do crack é de 8 anos, com um número médio de 16 pedras consumidas por dia. Outro dado relevante é que 10% das mulheres relataram estar grávidas no momento da pesquisa (FIOCRUZ, 2013).

Ainda segundo a pesquisa da Fiocruz (2013), os usuários de crack são, basicamente, poliusuários, ou seja, o crack é uma das drogas entre um amplo “portfólio” de substâncias psicoativas por eles consumidas.

Talvez, o dado mais importante dessa pesquisa tenha sido o percentual expressivo de usuários que desejam se tratar para o uso de drogas, 78% dos entrevistados afirmaram que gostariam de buscar tratamento (FIOCRUZ, 2013).

## 3.2 A MARGINALIZAÇÃO DO DEPENDENTE QUÍMICO

O crack, por ser uma droga de ação rápida, que promove mudança de estado psíquico, permitindo ao usuário negar e alucinar a realidade, a um custo menor e de forma mais eficaz do que o álcool e a maconha e, inquestionavelmente, mais acessível do que a cocaína, só poderia mesmo se transformar na droga de eleição do mercado consumidor (RIBEIRO et. al., 2012).

Conforme Ribeiro et. al. (2012), sua veloz disseminação ao ponto de se tornar, em pouco tempo, um sério problema social, deixando um rastro de graves efeitos colaterais, orgânicos e psicológicos, nos usuários, originou o que se conhece hoje como “cracolândia”.

“Cracolândia” foi o nome dado à região em que se concentra o comércio e o consumo explícito da droga, ou seja, um ponto de encontro permanente entre traficantes e usuários. Inicialmente, esse comércio era restrito a uma zona especifica do centro antigo da cidade de São Paulo, mas hoje, as “cracolândias” se multiplicaram, na exata proporção do aumento da demanda (RIBEIRO et. al., 2012).

Segundo Ribeiro et. al. (2012), o indivíduo que costuma frequentar a “cracolândia” vive em um estado tal que passa simplesmente a ter um reflexo corporal da necessidade da droga; não se dá conta de que tem fome ou de que está

doente. É guiado tão somente pelo estado de carência da substância no organismo, que o mobiliza para a busca da satisfação.

***Figura 5: A realidade da cracolândia.***

***Aglomeração de usuários de crack no bairro da Luz, em São Paulo, por onde circulam cerca de 2 mil pessoas por dia (Sanches; Paggi - texto e André Valentim - foto, 2011).***

Esse estado de espírito levava-os a não se importar com a própria morte, muitos deles mostram-se ressentidos e magoados, recriminando-se pelo preconceito que sofrem por serem vistos no último nível de degradação, abandonados e desacreditados por todos. Lastimam-se ao perceber que não têm mais oportunidade de emprego, restando-lhes viver na criminalidade (RIBEIRO et. al., 2012).

Entre os usuários de crack, o padrão compulsivo é o mais recorrente, com duração de vários dias e muitos episódios, intercalados, muitas vezes, por crimes aquisitivos devido à falta de dinheiro para comprar mais droga e por interrupção condicionada à exaustão física e psicológica (RIBEIRO et. al., 2012).

São esses indivíduos que formam os grandes contingentes dos usuários de drogas e que são marginalizados da sociedade sem a menor perspectiva de reinserção (RIBEIRO et. al., 2012).

A variedade de riscos aos quais essa população se expõe diariamente, tanto para conseguir meios para o uso, como durante o uso, justifica sua alta taxa de mortalidade. Alguns autores sugerem que, se considerada a população da cidade de São Paulo, a taxa de mortalidade dos usuários de crack seria em torno de sete vezes superior à da população em geral (RIBEIRO et. al, 2012).

Portanto, a dependência de drogas é um problema que atinge a todos, direta ou indiretamente. Chegou-se a um estado de alerta no qual apenas criticar, cruzar os braços ou fechar os olhos já não é mais possível. Somente com ação e um trabalho conjunto e integrado será possível mudar essa realidade (FRANCO, 2013).

## 3.3 RESPONSABILIDADE DA FAMÍLIA, DA SOCIEDADE E DO ESTADO

O consumo do crack se tornou uma questão de saúde pública, no entanto, responsabilizar o indivíduo sem se perguntar o motivo, ou em que contextos essa dependência se estabeleceu, é eximir da responsabilidade outros fatores fundamentais como a família, a comunidade e o próprio Estado (COSTA, 2013).

Parece ser difícil oferecer aos jovens uma sociedade sem drogas, mas é possível a construção de uma família, uma escola e uma sociedade mais preparada para enfrentar os problemas relacionados ao seu uso. (BRASIL/MJ, 2013).

A formação de cada um de nós se inicia na família. É função da família, proteger seus filhos e favorecer o desenvolvimento de competências, por exemplo, para lidar com limites e frustrações. De acordo com Maria Drummond e Hélio Filho (2004, p.66):

> A família continua sendo, apesar de todos os defeitos que possa ter, o grupo social no qual os participantes convivem com maior respeito. O núcleo familiar é onde o amadurecer deve ser valorizado; é aí que, apesar dos erros, dificuldades e problemas, aprendemos finalmente a ser adultos responsáveis. Se a família tem regras claras, o jovem terá parâmetros para agir, desde cedo assumindo responsabilidades de acordo com a própria capacidade. Poderá optar pelo não cumprimento e, se decidir não fazê-lo, estará aceitando as consequências advindas de seu ato. Pais que acompanham de perto as atividades dos filhos aprendem a identificar rapidamente um problema

> verdadeiro, quase nunca o confundindo com uma simples desculpa por preguiça ou esquecimento.

Porém, na dependência, a família também adoece e seus membros passam a apresentar diversos mecanismos de defesa, justificados no meio social, para afastar-se do problema. Sem perceber alguns familiares passam a atuar como facilitadores da dependência, pois as personalidades e características humanas se potencializam diante dos danos causados pela doença (FRANCO, 2013).

Nesse sentido, um dos principais desafios para o tratamento e a reinserção das vítimas do crack é a situação familiar, que geralmente é completamente desestruturada. A internação é um recurso que se pode lançar mão em determinada etapa do tratamento, no entanto, a desintegração familiar e o preconceito social, muitas vezes, impedem a continuidade do tratamento. É preciso que nos atendimentos, as famílias sejam esclarecidas, e mais que isso, implicadas no processo de recuperação e acompanhamento (COSTA, 2013).

Outro ambiente privilegiado para a reflexão e formação do indivíduo é a escola e, por isso, também tem um papel relevante no combate contra o uso de drogas. Os docentes e demais profissionais do âmbito escolar devem receber informações e treinamento para a implementação de estratégias de prevenção primária e para a abordagem de usuários (RIBEIRO et. al., 2012).

Segundo dados da pesquisa do Perfil dos Usuários de Crack e/ou Similares no Brasil (FIOCRUZ, 2013), a ampla maioria dos usuários esteve, em algum momento, na escola. Isso reforça a importância de programas de prevenção em âmbito escolar e a necessidade de se atuar, tanto em relação a envidar esforços no sentido de manter estas populações na escola, de modo que obtenham uma formação adequada; quanto a aumentar a capacidade das escolas em lidar com uma população às voltas com problemas psicossociais relevantes.

Além da família e da escola, a sociedade também influencia no quesito das drogas. Algumas questões sociais contribuem para o elevado número de usuários de crack no Brasil. Após a metade do século XX, com a produção em massa, os recursos tecnológicos e a potencialização do consumo, o conceito de felicidade passou a ser a pura satisfação das próprias vontades, ou seja, o pensamento comunitário deu lugar à satisfação dos desejos pessoais, a qualquer preço e o

dependente químico nada mais é do que a expressão máxima deste conceito de felicidade (FRANCO, 2013).

Ademais, algumas questões externas, como por exemplo um bairro violento, podem contribuir para que o indivíduo se lance no mundo das drogas. Segundo o Ministério da Justiça (2013):

> Se um jovem vem de uma família desorganizada, mas encontra em sua vida um grupo comunitário que faz seu asseguramento, oferecendo-lhe alternativas de lazer e de desenvolvimento de habilidades pessoais, pode vir a ter a sua formação garantida, aprendendo a criticar e se responsabilizar por si próprio e pelo seu grupo social.

Contudo, a sociedade caminha na contramão, contribuindo para a exclusão do dependente químico. Na dependência, não basta o tratamento médico, é essencial uma rede de sustentação que faça com que o usuário seja inserido socialmente, sentindo-se com parte da cidade, com perspectivas futuras de estudo, emprego, saúde e convívio familiar. Sanar a doença sem oferecer novos rumos não resolve a questão (MURAD, 2011).

Ressalta-se ainda, a importância do papel das comunidades no combate às drogas, com o intuito de auxiliar na redução da demanda, promovendo uma maior integração entre polícia, autoridades locais e grupos voluntários comunitários, facilitando a adoção das medidas legais para a redução do tráfico e a restrição da disponibilidade de drogas (RIBEIRO et. al.; 2012).

Segundo o Ministério da Justiça, por meio de um material elaborado e distribuído pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), com a colaboração de Paulina do Carmo Arruda Vieira e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni (2011, p.295):

> Já diz o ditado que a “união faz a força”. E quando o assunto é o uso de drogas, este ditado pode ser traduzido pelo princípio da responsabilidade compartilhada, que orienta a Política Nacional sobre Drogas (PNAD). Desta forma, as ações voltadas à preservação, ao tratamento ou à reinserção social de usuários de álcool e outras drogas e de seus familiares, podem ser ampliadas e fortalecidas se realizadas com a contribuição dos mais diferentes segmentos sociais.

Portanto, a sociedade é muito mais que vítima do problema das drogas, é a solução. Essa é a proposta da Política Nacional Antidrogas (PNAD), que aposta na responsabilidade compartilhada entre os estados, municípios e a sociedade. A

estratégia visa ampliar a consciência social para a gravidade do problema e comprometer as instituições e os cidadãos com atividades antidrogas no país. (BRASIL/GOVERNO FEDERAL; 2014).

Destaca-se, então, a responsabilidade do Estado, que tem a obrigação de agir com políticas de prevenção, atenção, tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de substâncias psicoativas. Segundo Costa (2013), o problema das “cracolândias” é majoritariamente social e não médico, ou seja, a condição de miséria da população de rua é decorrência de uma omissão do Estado, de falta de acesso à moradia, à saúde e à educação. O estado de vulnerabilidade em que esses usuários se encontram os torna suscetíveis à dependência química, porém, a droga é consequência e não causa.

## 3.4 O PAPEL DA PREVENÇÃO

As mais sérias pesquisas sobre a questão das drogas no Brasil indicam, além de um aumento do consumo de crack nos últimos anos, a necessidade de promoção de ações preventivas. Prevenir não é banir a possibilidade de uso de drogas, mas, sim, considerar uma série de fatores, para favorecer que o indivíduo tenha condições de fazer escolhas saudáveis (BRASIL/MJ, 2013).

Segundo o Ministério da Justiça (2013) existem alguns fatores que convergem para a construção das circunstâncias do uso abusivo de drogas, são os chamados fatores de risco. Em contrapartida, existem os chamados fatores de proteção, que contrabalançam as vulnerabilidades para os comportamentos que levam ao uso ou abuso das drogas.

Portanto, para que se realize um trabalho sério e cuidadoso de prevenção é fundamental identificar os fatores de risco, para minimizá-los e conhecer os fatores de proteção, para fortalecê-los (BRASIL/MJ, 2013).

Entre os fatores de risco que podem levar os indivíduos ao consumo do crack está a insegurança, a insatisfação com a vida, a depressão, a curiosidade e a busca de prazer. Além de fatores externos, como o abuso infantil, a violência, o abandono, problemas familiares, traumas de diversas causas e a pobreza (BRASIL/MJ, 2013).

Portanto, mostra-se evidente a inter-relação e a interdependência existentes entre o usuário e o contexto que o circunda. Por este motivo, para se fazer uma proposta de prevenção, é fundamental que alguns fatores sejam considerados. Andrade e Bassit (1995, p.86) afirmam que:

> Dada a complexibilidade da problemática do uso de drogas, envolvendo a interação de atores biopsicossociais, o campo das ações preventivas é extremamente abrangente, envolvendo aspectos que vão desde a formação da personalidade do indivíduo até questões familiares, sociais, legais, políticas e econômicas.

Felizmente, o modelo tradicional, baseado na repressão que estigmatiza o usuário e promove o amedrontamento da população, está superado. O trabalho de prevenção do uso de drogas vem evoluindo com a construção de um novo enfoque, voltado para a educação e para a saúde e centrado na valorização da vida e na participação da comunidade (BRASIL/MJ, 2013).

Esse novo enfoque baseia-se principalmente na redução da demanda, que consiste em reduzir a procura por drogas, ou seja, devem haver iniciativas que estimulem as pessoas a não fazer uso da droga ou que auxiliem, aquelas que já a consomem, a parar (RIBEIRO et. al., 2012).

Segundo site do Governo Federal (2014), as estratégias de prevenção no combate às drogas estão voltadas fundamentalmente ao contexto familiar, escolar e comunitário, com disseminação contínua de informações e orientações sobre o uso de drogas.

Porém, é fundamental que as propostas de prevenção estejam sintonizadas com as carências da população de usuários, por isso, também se faz necessário a promoção de estratégias e ações de redução de danos voltadas para a saúde pública e direitos humanos, visando à redução dos riscos e dos danos associados ao uso das drogas. Segundo o Ministério da Justiça (2013, p. 159):

> Redução de danos constitui uma estratégia de abordagem dos problemas com as drogas que não só parte do princípio que deve haver imediata e obrigatória extinção do uso de drogas, seja no âmbito da sociedade, seja no caso de cada indivíduo, mas também formula práticas que diminuem os danos para aqueles que usam drogas para os grupos sociais com que convivem.

Atualmente, considera-se que os indivíduos que apresentam problemas com droga compõem grupos heterogêneos e necessitam de tratamentos diferentes. Isso acontece porque a dependência química resulta da interação de vários aspectos da vida das pessoas: biológico, psicológico e social. Desse modo, as intervenções devem ser diferenciadas para cada indivíduo e devem considerar todas as áreas envolvidas (BRASIL/MJ, 2013).

Portanto, as estratégias de prevenção mais eficientes são as mais específicas, ou seja, aquelas que levam em conta de maneira mais particular as características do grupo abordado e sua relação com determinada substância. Cada contexto envolve fatores de risco e de proteção diferentes e requer abordagem e linguagem apropriadas. Pessoas são únicas, os efeitos das drogas também, e a prevenção que ignorar essas considerações básicas sempre terão menos chances de sucesso (ARAÚJO, 2012).

## 3.5 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O TRATAMENTO DO DEPENDENTE DE CRACK

O fenômeno do consumo de crack é complexo, multifatorial e está associado a diferentes contextos históricos e culturais. Construir uma política pública que dê conta dessa complexibilidade é desafiador e requer, acima de tudo, uma visão intersetorial, tendo em vista os diversos aspectos envolvidos, como biológicos, pessoais, familiares e sociais (BRASIL/MJ 2013).

As primeiras medidas foram tomadas a partir de 1998, após a realização da XX Assembleia Geral Especial das Nações Unidas, na qual foram discutidos os princípios diretivos para a redução da demanda de drogas. Foi quando o Brasil deu início à construção de uma política nacional específica sobre o tema da redução da demanda e da redução da oferta de drogas (BRASIL/MJ 2013).

O então Conselho Nacional Federal de Entorpecentes (CONFEN) foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), órgão deliberativo vinculado ao Ministério da Justiça, e foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), com a missão de coordenar a Política Nacional Antidrogas, por meio da articulação e integração entre governo e sociedade (BRASIL/MJ 2013).

Coube a SENAD mobilizar diversos atores envolvidos com o tema para a criação da política brasileira. Assim, em, 2002, por meio de Decreto Presidencial nº 4.345, foi instituída a primeira Política Nacional Antidrogas (PNAD) do país. Segundo o Ministério da Justiça (2013, p. 220):

> A Política Nacional sobre Drogas estabelece os fundamentos, os objetivos, as diretrizes e as estratégias indispensáveis para que os esforços, voltados para a redução da demanda e da oferta de drogas, possam ser conduzidos de forma planejada e articulada.

Em 2006, a SENAD coordenou um grupo de trabalho do governo que assessorou os parlamentares no processo que culminou na aprovação da Lei de Drogas (Lei 11.343/2006), que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), suplantando uma legislação de trinta anos, a qual se mostrava obsoleta e em desacordo com os avanços científicos na área e com as transformações sociais (BRASIL/MJ 2013).

O SISNAD, regulamentado pelo Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006, tem como objetivos principais: contribuir para a inclusão social do cidadão, tornando-o menos vulnerável a assumir comportamentos de risco em relação ao uso das drogas; promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no país, promover a integração entre as políticas de prevenção e do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; reprimir a produção não autorizada e o tráfico de drogas; e promover políticas públicas setoriais (BRASIL/MJ 2013).

Segundo o Ministério da Justiça (2013), com a regulamentação do SISNAD, houve a reestruturação do Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), que passou a se chamar Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), em 23 de julho de 2008, por meio da Lei 11.754. A nova lei também alterou o nome da Secretaria Nacional Antidrogas para Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD).

Com relação aos investimentos destinados às políticas públicas intersetoriais (saúde, educação e assistência social), cabe ressaltar que, especialmente no caso de drogas, é imprescindível que haja investimento em políticas de prevenção, educação e tratamento da saúde, através de redes assistenciais mais atentas às desigualdades existentes e à adequação das ações às necessidades (EFFERMANN, 2011).

Diante dessa necessidade de políticas públicas intersetoriais voltadas à educação e a saúde, foram criados alguns programas, integrados na Política Nacional de Educação, para a promoção da saúde e prevenção. Entre eles o Programa Saúde na Escola e o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas. Esses programas visam disponibilizar informações fundamentais à comunidade escolar para diminuir os fatores de risco e reforçar os fatores de proteção relacionados ao uso de drogas (BRASIL/MJ 2013).

Dentre as ações na área da saúde destacam-se o Programa de Saúde da Família, os consultórios volantes para abordagem e cuidado das pessoas em situação de rua, enfermarias especializadas em pacientes dependentes de álcool e outras drogas; as unidades de acolhimento para pessoas que necessitem de internação prolongada; e as parcerias com entidades de terceiro setor e comunidades terapêuticas (PADILHA; TYANORI, 2011).

Também foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), constituídos por equipes multiprofissionais que atuam sob a ótica interdisciplinar e realizam prioritariamente acompanhamento de pessoas com transtornos mentais graves, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas (BRASIL/MJ 2013).

Vale enfatizar o “Plano de Enfretamento ao Crack e outras Drogas”, publicado pelo Decreto 7.179, em 20 de maio de 2010, com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social do usuário de crack e outras drogas ilícitas. Destaca-se também, o programa “Crack, é possível vencer”, lançado em dezembro de 2011, que indicou a implementação de ações para a abordagem do tema de forma intersetorial, no intuito de articular e coordenar diversos setores para ações integradas em três eixos: prevenção, cuidado e autoridade. (FIOCRUZ, 2013).

Infelizmente, a epidemia do crack afeta a todos, familiares, educadores, líderes comunitários, profissionais ou cidadãos. Por isso, cada vez mais, é fundamental o conhecimento e a ampla disseminação da política e da legislação brasileira, mostrando a sua importância como balizador das ações de prevenção do uso, de tratamento e de reinserção social de usuários de crack e de outras drogas, bem como o enfrentamento do tráfico de drogas (BRASIL/MJ 2013).

## 4. A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA COMO FORMA DE TRATAMENTO

As investigações científicas acerca das particularidades farmacológicas e da cultura do consumo de crack têm permitido o surgimento de uma série de medidas terapêuticas e de políticas de saúde diferenciadas para os consumidores dessa droga (RIBEIRO et. al., 2012).

O tratamento das pessoas diagnosticadas como dependentes de crack deve considerar uma série de fatores, dentre eles: o grau de motivação; as relações sociais, especialmente a relação familiar; as complicações clínicas, ou seja, doenças clínicas relacionadas ao consumo da droga; as situações de risco, que são as situações que estimulam o consumo; e as comorbidades psiquiátricas, isto é, doenças psíquicas associadas ao consumo da droga (RIBEIRO et. al., 2012)

Os usuários de crack são os que menos buscam ajuda entre os indivíduos que utilizam drogas ilícitas, postergando ao máximo a busca por tratamento e restringindo-o às situações agudas, na vigência das quais preferem abordagens em ambientes de internação, com baixa adesão ambulatorial posterior (RIBEIRO et. al., 2012).

Porém, conforme já mencionado, a Lei 10.216/2001 regula que a internação psiquiátrica nunca deve ser a primeira opção no tratamento das pessoas acometidas por transtornos mentais, sendo indicada apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. A internação compulsória é ainda mais restrita, limitando-se às situações de risco iminente de morte, a partir de avaliação direta de um médico e com autorização judicial (BRASIL, 2001).

Essa evolução ética no cuidado dos doentes mentais, que inclui também às pessoas que fazem uso prejudicial de drogas, está alinhada com o consenso internacional sobre o tema (BRASIL/MJ, 2013).

Destaca-se que os “Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental”, aprovados em 1991, pela ONU, consagram a necessidade do consentimento esclarecido, ou seja,

o consentimento obtido livremente, sem ameaças ou persuasão indevida, para a administração de qualquer tratamento, admitindo, porém, entre poucas exceções, no caso da recusa irracional do paciente em submeter-se ao tratamento, que o consentimento seja suprimido por um representante pessoal ou por uma autoridade independente (COSTA, 2013).

Portanto, a internação compulsória de moradores de rua extremamente dependentes de crack não deve ser confundida com um “ato de solidariedade”. Ela é um ato de exceção, ou seja, deve ser aplicada em casos extremos, para que os dependentes químicos recebam tratamento diferenciado. Por ser uma ação que envolve reflexões sobre direitos humanos, saúde pública e segurança em sociedade, a reclusão por ordem da justiça, não pode ser a regra (COSTA, 2013).

Seu caráter de excepcionalidade fica evidenciado na Portaria GM nº 2.391, de 26 de dezembro de 2002, que regulamenta o controle dessas internações e sua notificação ao Ministério Público por todos os estabelecimentos de saúde, vinculados ou não ao Sistema Único de Saúde (BRASIL/MJ, 2013).

Nesse sentido, deve haver um cuidado e até uma hesitação, diante de uma necessária internação, porém, nada justifica a radicalização de alguns profissionais da saúde que se recusam, terminantemente, a adotar tal procedimento, por interpretá-lo como um retrocesso e uma regressão ao Estado autoritário (FIGUEIREDO, 2010).

Segundo Mariana Sanches e Mateus Paggi (2011): “Longe de ser uma solução ideal, a internação compulsória talvez seja a única resposta para os casos mórbidos criados pelo vício em crack”.

A revista Época trouxe o caso de uma garota, do Rio de Janeiro, que afirma que é somente graças à internação forçada que ela está viva. Faltava à menina discernimento e condições psíquicas, para pedir ajuda. Ela relata que chegou ao centro de tratamento pesando 23 quilos e que agora pesa 50 e “poucos”, diz que gosta do lugar e que os educadores são bons e que “lá tem comida na hora certa”. Ainda assim, seu comportamento não dissimula a dificuldade da jornada, pois entre os sorrisos e as brincadeiras, chega a implorar a uma das educadoras um cigarro para saciar sua fissura (SANCHES; PAGGI, 2011).

***Figura 5: O retrato do abandono.***

***Usuária de crack na Favela do Jacarezinho, Rio de Janeiro. Aparentando estar grávida, ela se recusava a ser internada (Sanches; Paggi - texto e André Valentim - foto, 2011).***

O fato é que não há respostas fáceis para o tratamento dos dependentes químicos, especialmente no caso de uma droga tão destrutiva como o crack. Porém, estudos demonstram que usuários de crack internados em clínicas de desintoxicação apresentaram um padrão crescente e cada vez mais estável de abstinência. No entanto, estar abstinente não significa estar isento de riscos futuros (RIBEIRO et. al., 2012).

É indiscutível que a melhor forma de atuação é a internação voluntária do usuário, através do convencimento, onde equipes multidisciplinares vão às ruas para criar vínculos com os usuários e os estimularem a procurar tratamento. Esse tipo de tratamento mostra-se mais efetivo, pois o usuário encontra-se motivado.

Porém, muitos usuários de crack revelam-se inaptos para dimensionar a própria dependência e a nocividade de seu comportamento, colocando em risco a sua vida e a de seus familiares, além de representarem uma ameaça à sociedade com a prática de crimes para suprir o vício. Nesses casos, é dever do estado-juiz atuar no sentido de devolver-lhes a dignidade (RODRIGUES, 2011).

Segundo o psiquiatra Ronaldo Laranjeira, nos casos mais graves, a internação é a alternativa mais segura. O ideal seria que ninguém precisasse ser

internado a força, mas a dependência química é uma doença que faz com que as pessoas percam o controle sobre si (SANCHES; PAGGI, 2011).

Em bibliografia de Walter Casagrande, escrita por Gilvan Ribeiro (2013), há um chocante relato de uma dessas situações em que a droga ocasionou um surto psicótico no ex-jogador, que perdeu totalmente o controle sobre si. Nesse episódio, ele praticamente desmontou seu apartamento em busca do corpo de uma mulher que ele havia avistado na geladeira. Segundo relato de Casagrande (2013, p. 21):

> As portas do inferno estavam abertas. Os demônios invadiam a casa, sem qualquer cerimônia, andavam pelos cômodos, apareciam nas paredes, sentavam-se no sofá. Como se a presença deles ali fosse natural. Eram feios, muito feios. Horrendos mesmo. E grandes, enormes, mal cabiam no apartamento localizado na Vila Leopoldina, na zona oeste de São Paulo.

Após esse incidente, Casagrande ainda passou por duas crises de overdose, onde seu corpo se debatia e fazia uma “tremenda barulheira” ao se chocar nos ladrilhos do banheiro, e por um acidente de automóvel que quase lhe custou a vida, todos ocasionados pelo uso de drogas. Foi quando sua família resolveu interná-lo à força em uma clínica que fica a 33 quilômetros de São Paulo (CASAGRANDE; RIBEIRO, 2013).

Essa clínica é conhecida por ser fechada e impor regras rígidas ao tratamento de dependentes químicos em grau avançado. Casagrande ficou internado por cerca de um ano, a maior parte desse período sem contato com a família e com os amigos e completamente afastado do mundo externo. Ele relata que no começo estava muito frágil e não tinha forças para se revoltar, após dois ou três meses se tornou extremamente impaciente, pois acreditava que já estava livre das drogas, mas depois passou a seguir as regras para conquistar benefícios (CASAGRANDE; RIBEIRO, 2013).

Hoje Casagrande reconhece a importância do tratamento e relata que só está vivo por causa da coragem de sua mãe e de seu filho que autorizaram a sua internação forçada, porém, reconhece que esta é uma história sem fim e nada garante que ele terá outra chance no caso de uma recaída. Ao seu lado estão o indiscutível amadurecimento, a consciência do problema, a família e a determinação do atleta. (CASAGRANDE; RIBEIRO, 2013).

Segundo Casagrande (2013), o mal não vem de fora, encontra-se incrustado na alma e no metabolismo de cada um. Ele afirma que a dependência de drogas normalmente é consequência de desiquilíbrios químicos do organismo, ou seja, de patologias psíquicas que se manifestam nas mais diversas formas, com ansiedade, pânico e depressão (CASAGRANDE; RIBEIRO, 2013).

Nesse sentido, o psiquiatra Elisaldo Carlini, da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), classifica os usuários de crack em dois grupos distintos: aqueles que fazem uso da droga, compulsivamente, até acabar e que, tão logo acabe, partem em busca de mais; e aqueles que fazem uso controlado da substância. No entanto, a grande maioria dos usuários de crack pertence ao primeiro grupo (SANCHES; PAGGI, 2011).

Para esse grupo, a necessidade de repetir o êxtase obtido no consumo da pedra, pode levar o viciado a abandonar a própria casa e a família e a cometer crimes. Maltrapilhos, vagando pelas ruas em meio a lixo e entulho e sob o constante delírio provocado pelas baforadas de crack, eles parecem estar completamente desprovidos da capacidade de escolher e de exercer as próprias vontades com autonomia (SANCHES; PAGGI, 2011).

Por isso, a submissão voluntária ao tratamento por parte do dependente de crack é difícil, haja vista que a “fissura”, isto é, a vontade de voltar a consumir a droga, é muito grande, e não são as medidas de mero controle ou isolamento que garantem sua recuperação, ou mesmo a tão almejada ressocialização (COSTA, 2013).

Portanto, os profissionais da saúde possuem a árdua tarefa de provocar uma reflexão no dependente. Se o paciente não estiver disposto ou “convencido” a mudar, qualquer tentativa de auxílio estará fadada ao insucesso. Desta forma por meio de técnicas e de uma abordagem multidisciplinar, esses profissionais devem buscar uma aproximação com o dependente para a construção conjunta de um objetivo de vida (FRANCO, 2013).

Cabe ao paciente assumir a responsabilidade pelo processo de mudança, identificando os fatores de risco e desenvolvendo estratégias de modificação, em

conjunto com o profissional que o acompanha. O indivíduo, assim, é o agente responsável por sua mudança (RIBEIRO et. al., 2012).

O sucesso da internação vai depender de diversos fatores, mas principalmente, da reinserção social e do acompanhamento cuidadoso do paciente após a alta. Isso explica as críticas acerca da eficácia da medida (SANCHES; PAGGI, 2011).

No caso de Casagrande, ao final do tratamento, após sair da clínica, ele ainda passou por uma fase intermediária, onde todos os seus passos deveriam ser comunicados e autorizados pelos terapeutas. Casagrande começou a ser reintroduzido lentamente ao trabalho e passou a contar com o apoio terapêutico de uma psiquiátrica e três psicólogas, que foram contratadas para ajudá-lo a reorganizar a vida e a lidar com as emoções. O ex-jogador também precisou filtrar, pelo menos por um tempo, o seu círculo de amizades (CASAGRANDE; RIBEIRO, 2013).

As chances de recuperação dos dependentes de crack são as mais baixas que se conhece dentre todas as dependências de drogas. É relativamente fácil alguém ficar longe da droga quando está internado, em condições ideais. O difícil é se manter longe da droga quando se volta ao convívio familiar e social (COSTA, 2013).

Portanto, o objetivo não é simplesmente parar de usar drogas, mas reconstruir uma identidade e um círculo de referências (familiar, social, profissional), resgatando habilidades e qualidades positivas do usuário. Dessa forma, a interrupção do uso de drogas é uma consequência da reflexão e da apropriação destes valores (FRANCO, 2013).

Só então, o tratamento por meio da internação compulsória será efetivo. Porém, além da discussão legal e médica, importante se faz discutir os aspectos éticos dessa medida, para não se construir uma abordagem simplista ou higienista, ocultando assim um “problema verdadeiramente urbano” do mundo contemporâneo (COSTA, 2013).

## 4.1 A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E OS PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA

A Bioética é a ciência multidisciplinar, que tem por objeto o estudo e o debate das consequências advindas ao ser humano e ao meio ambiente com o desenvolvimento e a evolução das ciências biomédicas e biotecnológicas. Ocorre que, dessas discussões éticas e morais, sobrevêm vários desdobramentos jurídicos, o que faz surgir um novo microssistema do Direito chamado Biodireito, ou seja, o ramo do direito que trata da teoria, da legislação e da jurisprudência; e que regula, de forma positivada, os avanços da Biomedicina e da Biotecnologia (FILHO, 2012).

A prática psicossocial, incluindo as ações médicas, deve nortear-se, por pelo menos, quatro princípios da bioética: a beneficência, ou seja, o profissional deve trabalhar visando unicamente os benefícios do paciente; a não maleficência, isto é, o médico deve evitar prejudicar o paciente; a autonomia, respeitando-se a independência do paciente; e a justiça, evitando-se a discriminação contra o paciente (COSTA, 2013).

Até poucos anos atrás, o poder do conhecimento dos médicos fazia com que estes pudessem tomar decisões no lugar do paciente, sem respeitar a autonomia, a liberdade do indivíduo e o respeito à sua dignidade (VIEIRA, 2012).

Com o advento da Constituição Federal de 1988, que estabeleceu e estruturou a dignidade da pessoa humana como fundamento basilar da República Federativa do Brasil, todo o ordenamento jurídico permaneceu à luz de seus efeitos (NERO, 2012).

No que diz respeito às pessoas portadoras de transtornos mentais, que se encontram em uma situação especial de vulnerabilidade, pelo menos em determinado momento de seu quadro, quando tem a sua autonomia reduzida, o profissional da área de saúde mental torna-se, quase sempre, o único intérprete de seus pacientes, capaz de decidir, com aval dos familiares, sobre o futuro dessas pessoas, exercendo muitas vezes poder absoluto sobre elas (COSTA, 2013).

Diante desse fato, o Direito tem uma função importantíssima, não no sentido de engessar a Ciência, criando leis proibitivas, e sim, no sentido de legislar, quando os direitos fundamentais correm riscos. Em casos concretos, o poder judiciário,

mesmo em face da ausência de leis específicas, não se omite em julgar questões bioéticas quando instado a se pronunciar (VIEIRA, 2012).

Portanto, o Direito e a Bioética devem estar lado a lado, cada um cumprindo o seu papel, a Bioética no campo da obrigação moral e o direito elaborando leis legítimas que regulem as atitudes humanas visando à proteção da vida (VIEIRA, 2012).

Nesse sentido, a Lei da Reforma Psiquiátrica prima pelo respeito à saúde e busca a reintegração do indivíduo à sociedade, o que dependerá de um tratamento eficaz. Por isso, é necessário estender a humanização e os direitos humanos em benefício do tratamento do portador de doença mental. (OLIVEIRA, 2012).

A Internação Compulsória como tratamento involuntário, de uma forma geral, suscita uma série de questões éticas devido a privação da liberdade do paciente. Portanto, a atuação da Bioética é imprescindível, no sentido de articular a justiça à saúde mental e encontrar uma linguagem comum a vários profissionais envolvidos na questão, permitindo encontrar novas alternativas que privilegiem a autonomia do doente e a defesa da dignidade da pessoa humana (OLIVEIRA, 2012).

## 4.2 O EXEMPLO EM OUTROS PAÍSES

O cenário mundial tem presenciado uma série de discussões no que se refere à importância de se assegurar o respeito aos direitos humanos, em esforços internacionais contra o abuso de drogas (TAKAHASHI, 2009).

Parece ser consensual que esses direitos devem ser respeitados, ao se lidar com a questão das drogas, porém, em alguns países, a aplicação das leis antidrogas resulta em brutais violações dos Direitos Humanos. É o caso da China e da Tailândia, onde os usuários de drogas passam por tratamento forçado sem qualquer julgamento ou processo legal. Nesse caso, a violação se caracteriza não pelo tratamento obrigatório, e sim pela falta do devido processo legal (TAKAHASHI, 2009).

Por outro lado, muitos outros países com procedimentos de justiça criminal muito mais em conformidade com os padrões internacionais dos direitos humanos, implementam algum nível de coerção para assegurar que os viciados em drogas se submetam a tratamento (TAKAHASHI, 2009).

É o exemplo do que acontece no Reino Unido, onde os tribunais podem emitir ordens para a reabilitação de drogas, requerendo tratamento e testes de drogas regulares sob a supervisão do serviço de liberdade vigiada (TAKAHASHI, 2009).

Segundo Laranjeira (2013), a maioria dos países democráticos já tem mecanismos para viabilizar a internação compulsória. "Na Suécia, 30% do tratamento psiquiátrico é coercitivo.

A medida adotada na Suécia consiste na avaliação das pessoas suspeitas, que passam por testes para detecção do uso de drogas. No caso de condenação à prisão, se o usuário representar um risco a si próprio ou à comunidade, o tratamento pode ser compulsório, por no máximo seis meses. Depois disso, ele escolhe se continua se tratando ou se vai para a prisão (BRASIL/SENADO FEDERAL, 2013).

Segundo a embaixadora da Suécia, Annika Markovic: “O tratamento visa preparar o dependente a retornar ao convívio social, incluindo trabalho comunitário e terapêutico”. Essa medida tem apresentado resultados positivos, pois nos últimos 30 anos, o número de dependentes de drogas caiu de 12% para 2%. A taxa de usuários de cocaína é um quinto da taxa dos países vizinhos, como Inglaterra e Espanha (BRASIL/SENADO FEDERAL, 2013).

Outro país que vem ganhando a luta contra as drogas é Portugal, que decidiu tomar uma medida radical e polêmica, descriminalizando o consumo de toda e qualquer droga, ou seja, o consumo de substâncias ilícitas não é mais um crime punível com pena de prisão. Portanto, o foco da ação do Poder Público deixou de ser a repressão policial ao consumo de entorpecentes, para privilegiar o tratamento de saúde e a assistência social aos usuários (GOULÃO, 2012)

Em Portugal, as pessoas apreendidas com posse de uma pequena quantidade de drogas, não acima do limite para se supor legalmente que elas estejam cometendo tráfico, são encaminhadas às Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência. Essas comissões são constituídas por pessoas e profissionais

legais com experiência médica, psicológica, ou farmacológica, que fazem uma avaliação, para definir se a pessoa é viciada em drogas e, em caso positivo, as encaminham a tratamento. As Comissões para a Dissuasão têm sido bem-sucedidas em encorajar números crescentes de viciados a se submeter a tratamento (BRASIL/GESP, 2013).

Além disso, outros países têm legislação que permitem o tratamento forçado, como o Canadá, onde o *Heroin Treatment Act* autoriza o tratamento forçado de viciados em heroína; a Austrália, onde os juízes podem condenar ao tratamento compulsório dependentes de drogas que cometam crimes; a Nova Zelândia, que permite à justiça ou à família internar um dependente compulsoriamente. E alguns estados norte-americanos, que possuem leis específicas sobre a internação compulsória ou involuntária. Os Estados Unidos têm pesquisas que demostram a eficiência desse tratamento (BRASIL/GESP, 2013).

## 4.3 A CONTROVÉRSIA ACERCA DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA NO BRASIL

Em que pese os avanços ocorridos após a Constituição Federal de 1988, as alternativas de atendimento que se inscrevem no campo das políticas públicas carecem de propostas concretas e efetivas.

Tal situação vem levantando discussões acerca da possibilidade da justiça, diante das garantias dos direitos fundamentais, previstos no artigo 5º da Carta Magna, determinar a internação compulsória mediante a apresentação de laudo médico circunstanciado, que caracterize os seus motivos, conforme prescreve o artigo 6º da Lei 10.216/01 (VARALDA; CORDEIRO, 2011).

Muitos críticos consideram a medida higienista, alegando o conflito com as garantias constitucionais e legais e a denotação de uma atitude discriminadora, que traz à tona outro ponto primordial, a maneira com que a questão das drogas é tratada no Brasil, transformando os usuários em criminosos, punindo-os e desconsiderando os verdadeiros responsáveis pela manutenção e expansão da indústria do tráfico de drogas. Demonizando-se assim o dependente, sem enfrentar o verdadeiro problema (EFFERMANN, 2011).

Realmente, a internação compulsória casada à falta de uma estrutura abrangente, que permita aos dependentes serem tratados e ressocializados, leva ao risco de surgirem verdadeiros “depósitos humanos”, cuja função seria simplesmente retirar os dependentes das vistas da população. Uma resposta higienista que não resolveria efetivamente esta situação e infringiria o direito humano básico à vida, à liberdade e à dignidade (MURAD, 2011).

Porém, não se trata de colocar dependentes químicos em leitos hospitalares, mas de um modelo de assistência multidisciplinar, formado por médicos, psicólogos, enfermeiros e terapeutas ocupacionais, com respeito às necessidades individuais, visando a recuperação do paciente e sua reinserção social (CERRI, 2013).

Nesse sentido, Renato Varalda e Flávia Cordeiro (2011, p.25) afirmam: “Não se trata de higienização, mas de preservação da vida humana digna e de resgate à sociabilidade por meio de uma ação estatal”.

Segundo o promotor Marcelo Luiz Barone, que faz parte do grupo do Ministério Público paulista que se dedica a estudar formas de pôr em prática uma interdição judicial coletiva aos usuários de crack, “O bem maior garantido pela Constituição é a vida do ser humano”. Nesse sentido, Barone faz um questionamento interessante: “Vamos botar na balança: o que é mais importante? O direito à vida e à saúde ou o direito de ir e vir?” (SANCHES; PAGGI, 2011)

Quando a situação de milhões de usuários apresenta um cenário insustentável de degradação, uma medida como a internação compulsória ou involuntária pode ser plenamente adotada dentro de um Estado de Direito, em que todos são iguais perante a lei, garantidos o direito à vida e à liberdade. A privação da liberdade de ir e vir faz-se essencial para que se vislumbre alguma possibilidade de devolver dignidade a alguns dependentes químicos, inconscientes e largados à própria sorte nas ruas (FRANCO, 2013).

Contudo, para uma ação eficaz, é preciso distinguir o traficante dos usuários. Por um lado, reprimir e criminalizar, de forma vigorosa, o tráfico de drogas e o contrabando; por outro, acolher de forma humanizada e possibilitar o acesso dos usuários às diversas terapias, salvando vidas e evitando mortes precoces (PADILHA; TYKANORI, 2011)

Segundo Alexandre Padilha e Roberto Tyanori (2011, p.23): “O tema é polêmico, mas não devemos paralisar diante de dúvidas. Toda iniciativa que se paute pelo respeito aos direitos individuais e pela proteção à vida deve ser defendida, até mesmo com o recurso à internação involuntária, na forma da lei”.

Porém, torna-se importante ressaltar que a internação compulsória dá-se mediante ordem judicial, e somente naquelas hipóteses em que houver necessidade da intervenção do Judiciário para assegurar a execução da medida terapêutica recomendada em laudo médico, sob a perspectiva exclusiva do direito à saúde do paciente, e quando tal direito, por alguma razão, não estiver sendo respeitado (RODRIGUES, 2011).

Nesse sentido, o Princípio da Legalidade, previsto no artigo 5º, inciso II, da Constituição Federal, garante que “ninguém poderá ser obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude da lei”. Deste modo, a privação da liberdade sem motivo justificável e sem autorização judicial, sem a anuência ou vontade própria, afronta o princípio da legalidade, configurando assim, a violação ao direito de liberdade de ir e vir (COSTA, 2013).

Dráuzio Varella, que declarou ser a favor da internação compulsória dos usuários de crack que perambulam pelas ruas feito zumbis, em entrevista à Carta Capital, questiona:

> A você que considera essa solução higienista e antidemocrática, comparável àquela dos manicômios medievais, pergunto: se sua filha estivesse maltrapilha e sem banho numa sarjeta da cracolândia, você a deixaria lá em nome do respeito à cidadania, até que ela decidisse pedir ajuda?

Varella atende, na Penitenciária Feminina de São Paulo, meninas presas na “cracolândia” e tem alguma experiência com internações compulsórias de usuários de crack. Infelizmente, não são internações preventivas em clínicas especializadas, mas em presídios, onde são trancados aqueles que roubaram para conseguir acesso à droga que os escravizou (VARELLA, 2013).

Ele afirma que ao chegarem emagrecidas e exaustas, essas meninas passam dois ou três dias dormindo e as companheiras é que as acordam para as refeições. Depois desse período ficam agitadas por alguns dias e voltam à normalidade (VARELLA, 2013).

Segundo Varella (2013, p.53): “Desde que o usuário não entre em contato com a droga, com alguém sob o efeito dela ou com os ambientes em que a consumia, é muito mais fácil ficar livre do crack do que do cigarro”.

Ele afirma que já perdeu a conta de quantas vezes viu essas meninas darem graças a deus por terem sido presas, pois se continuassem na vida que levavam estariam mortas. Relata ainda, que jamais ouviu delas os argumentos usados pelos defensores do direito de fumar pedra até morrer, em nome do livre-arbítrio (VARELLA, 2013).

Porém nem todos são a favor da medida, para o psiquiatra Dartiu Xavier (2013), o projeto é um retrocesso devido a baixa eficácia da internação compulsória, segundo ele, estudos comprovam que mais de 90% dos internados voltam ao vício.

Realmente, quando os críticos da medida afirmam que a internação forçada não cura, estão cobertos de razão, pois a dependência química é uma patologia incurável. As recaídas fazem parte do quadro, porque os circuitos de neurônios envolvidos nas compulsões são ativados toda vez que o usuário se vê em uma situação capaz de evocar a memória do prazer que a droga lhe traz (VARELLA, 2013).

Portanto, se esperarmos avaliar a eficácia das internações pelo número dos dependentes que ficaram livres da droga para sempre, ficaremos frustrados: é preciso entender que as recaídas fazem parte intrínseca da enfermidade (VARELLA, 2013).

Dráuzio Varella afirma que, a internação compulsória é um recurso extremo, e por isso, não podemos ser ingênuos em dizer que o dependente fica internado três meses e vira um cidadão acima de qualquer suspeita. Muitos vão retornar ao crack. Mas, pelo menos, eles tiveram uma chance.

Em hipótese alguma se defende uma abordagem reducionista da questão, uma vez que a medida radical, internação compulsória, certamente está distante da resolução do problema. Para Varalda e Cordeiro (2011, p. 25)

> Intervir no campo da dependência química demanda olhar interdisciplinar e atuação intersetorial. Somente uma visão ampla do tema permitirá compreendê-lo para além das questões legais e jurídicas, alcançando o

> sujeito e suas vulnerabilidades, sejam elas individuais, familiares, ambientais, sociais ou econômicas.

Por isso, outro ponto polêmico sobre o tema se concentra em problemas práticos. O Estado brasileiro dispõe de escassas vagas para as internações (compulsórias ou não) e tratamento de dependentes químicos. Segundo Mariana Sanches e Mateus Paggi (2011):

> Uma alternativa tem sido encaminhar dependentes a comunidades terapêuticas, a maioria ligada a instituições religiosas. Uma das maiores em atividade no Brasil, a católica Fazenda da Esperança abriga quase 2 mil pessoas em 55 unidades espalhadas pelo país. O tratamento, que dura um ano, consiste em manter uma rotina de trabalho e convivência comunitária e exercitar a espiritualidade. Não há remédios ou acompanhamento médico. Só são aceitos dependentes que queiram se tratar. Desde janeiro, a Fazenda da Esperança firmou uma parceria com a prefeitura de São Paulo e tem tentado convencer os usuários da cracolândia paulistana a se internar. Até agora, apenas 12 aceitaram a ideia.

Nesse sentido, faz-se necessário ressaltar que a internação compulsória só pode ser cogitada mediante qualidade no tratamento. Ao tirar os dependentes da rua é necessário ter estruturado todo um programa de saúde, psicologia, assistência social e jurídica, visando o seu tratamento e à preservação de seus direitos e cidadania (COSTA, 2013).

Esse é o grande desafio, criar uma grande frente de saúde pública, comprometida com o tratamento, a recuperação e a reinserção dos milhares de cidadãos machucados pelo crack e outras drogas. É preciso colocar o dedo na ferida para começar a cicatrizá-la (PADILHA, TYKANORI, 2011).

Outra discussão diz respeito à nova Lei de Drogas que apesar de encontrar-se em perfeita sintonia com a referida ótica mundial sobre o atual conceito de usuário dependente de droga, é falha no que diz respeito ao avanço da luta contra as drogas. Parte da doutrina que argumenta sobre sua inocuidade, tem se questionado quanto à eficácia das penas previstas para o usuário de drogas (JÚNIOR N., 2013).

Conforme já mencionado, a Lei 11.343/2006 tipifica como crime o porte de drogas para uso pessoal e prevê um abrandamento das penas destinadas aos usuários de drogas limitando-as à advertência, prestação de serviços à comunidade, medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo, admoestação verbal e multa (BRASIL, 2006).

Portanto, para alguns doutrinadores, a legislação atual não permite que o Estado obrigue o indivíduo viciado em drogas a se internar compulsoriamente, e por isso, alguns críticos sustentam a tese de que tal medida fere, entre outros, o princípio da individualidade da pessoa e a sua dignidade (JÚNIOR N., 2013).

Apesar do artigo 28, § 7º, da Lei de Drogas, prescrever que o juiz "determinará ao Poder Público que coloque a disposição do infrator, gratuitamente, estabelecimento de saúde, preferencialmente ambulatorial, para tratamento especializado", tal norma, não possibilita ao julgador determinar coercitivamente que o dependente se submeta ao tratamento. Para muitos doutrinadores, esse dispositivo apenas obriga ao juiz a determinar que o Estado disponibilize tratamento especializado ao viciado infrator (SILVA, 2006).

Infelizmente, as penas previstas na Lei de Drogas não têm surtido o efeito esperado na repressão e ressocialização do usuário dependente de drogas. Raríssimas são as exceções nas quais o agente infrator do artigo 28 da Lei 11.343/2006 é condenado. Quando o é, nos recursos que chegam até o Supremo Tribunal Federal, é aplicado o Princípio da Insignificância, extinguindo destarte a punibilidade do agente. Segundo Norberto Coutinho Júnior (2013, p.3):

> Há uma tendência jurisprudencial nas cortes superiores de se aplicar o princípio da insignificância para o porte de drogas, quando se tratar de casos que envolvam certos tipos de substancias que, em tese, causem menos maléficos à saúde, bem como pequenas quantidades.

Nesse sentido, ao aplicar o princípio da insignificância, o Estado perde a grande oportunidade de intervir, de maneira inicial, naquilo que pode vir a ser um transtorno ainda maior à sociedade. Quanto mais cedo se puder conscientizar o usuário, ainda que não seja sua vontade, de que ele necessita se submeter a um tratamento, mais chances se tem de evitar a dependência (JÚNIOR N., 2013).

Diante da polêmica sobre a norma penal, conclui-se que a verdadeira internação compulsória, prevista na lei penal, é determinada nos casos de processos criminais, onde o réu sofre medida de segurança, com base em relatório médico-pericial devidamente fundamentado, quando existe risco para o paciente ou para terceiros, em função da crise pela qual passa o paciente (COSTA, 2013).

Nesse sentido, a própria Lei de Drogas prevê no seu Título IV, “Da repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas”, a possibilidade de o Juiz encaminhar o agente infrator para tratamento médico adequado. Porém, no caso específico do usuário dependente de crack, a internação compulsória encontra respaldo na Lei Federal nº 10.216 de 2001, que prevê expressamente, em seu artigo 6º, a possibilidade da utilização desse instituto, conforme já estudado (BRASIL, 2001).

Mediante essa situação, estão sendo apresentadas novas propostas no âmbito das casas legisladoras de alteração à legislação vigente, com a finalidade de se alcançar normas mais eficazes na atuação contra o avanço das drogas no País. Dentre as proposições modificadoras, destacam-se o já mencionado projeto de lei 7.663 de 2010, de autoria do Deputado Fernando Osmar Terra, com um viés mais rígido em relação ao usuário, propondo a internação compulsória e um maior rigor nas penas; e o anteprojeto de lei denominado “Lei de drogas: é preciso mudar”, de autoria de uma comissão de juristas instituída pela Câmara dos Deputados, com uma conotação mais branda em relação ao usuário, transformando a conduta que hoje é considerada como crime (artigo 28) em infração administrativa (JÚNIOR N., 2013).

Resolver a situação degradante do consumo de crack no Brasil não é tarefa fácil, não existe fórmula pronta, nem soluções definitivas. Além disso, a questão muitas vezes fica permeada por um forte recorte de classe e uma visão elitista do problema, que podem resultar em ações cosméticas e que colocam o uso da droga em si como foco deste drama, ignorando o que de fato está por trás do problema (MURAD, 2011).

Essa população necessita de condições mínimas de cidadania e de qualidade de vida. Porém, infelizmente, muitas das ações atualmente tomadas são medidas de impacto midiático e político, especialmente em uma época de eleições e exposições mundiais através de grandes eventos, como a copa do mundo e as olimpíadas (COSTA, 2013).

## 4.3 DAS MEDIDAS ADOTADAS EM SÃO PAULO E NO RIO DE JANEIRO

Iniciativas de internação compulsória dos dependentes químicos, abordados na rua, em grandes centros urbanos, como São Paulo e Rio de janeiro, ampliam o debate sobre a questão (OLIVEIRA P., 2013).

Dados da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo demonstram que a internação compulsória é praticada desde 2009, quando a prefeitura começou a "Operação Centro Legal". Essa operação foi intensificada em 2012, com ações de agentes de saúde e da Polícia Militar e Guarda Civil Metropolitana, com objetivo de combater o tráfico e dar tratamento aos usuários. Das cerca de 2.800 internações entre o período de 2009/2012, a prefeitura confirmou mais de 300 casos de internação compulsória (BRASIL/GESP, 2013)

***Figura 6: Operação policial em São Paulo.***

***Polícia e usuários em confronto na cracolândia (Galhardo, 2012)***

Contudo, essa medida foi muito criticada, pois se caracterizou pela agressividade policial, sem nenhum plano de assistência social para os dependentes, provocando o deslocamento dos usuários para as imediações da

cidade, ou seja, houve uma pulverização e não o fim da “cracolândia” na região central da cidade (MENEZES; MARTINO, 2012).

Em 2013, o Estado de São Paulo intensificou ainda mais a operação, se aliando ao poder judiciário para acelerar o julgamento de casos que precisassem de internação compulsória. A partir do trabalho conjunto entre governo paulista, a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), o Ministério Público e o Tribunal de Justiça, os casos eram avaliados e julgados, depois de uma avaliação médica (MACIEL, 2013).

Segundo Camila Maciel (2013), o desembargador Antônio Carlos Malheiros assegurou que a parceria estava condicionada ao respeito aos direitos humanos, podendo até mesmo ser suspensa, caso fossem verificadas violações. Nesse sentido, Malheiros afirmou:

> Esperamos que isso não aconteça. Agora é evidente que não só nós, do Poder Judiciário, mas o Ministério Público, a OAB (Ordem dos Advogados do Brasil), a Defensoria Pública, todos nós estaremos atentos ao resguardo da dignidade da pessoa humana. Todos nós somos antimanicomiais, mas há exceções quando a vida da pessoa está em risco ou ela está colocando em risco a vida de um terceiro

Para julgar as medidas cautelares que autorizam a internação compulsória ou involuntária, um anexo do Tribunal de Justiça foi instalado no Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas (CRATOD), que passou a atender em regime de plantão (MACIEL, 2013).

Contudo, a prioridade da São Paulo está focada na internação voluntária e involuntária, e existe uma grande preocupação das instituições envolvidas de não repetir as cenas de violência que marcaram a intervenção da Polícia Militar na chamada “cracolândia”.  A internação compulsória deve ser aplicada somente depois de esgotadas todas as possibilidades.

Em janeiro de 2014, a prefeitura de São Paulo lançou o “Programa de Braços Abertos”, que busca atender aos dependentes, oferecendo auxílio financeiro, moradia, trabalho e capacitação profissional. O programa da prefeitura acolhe dependentes químicos em hotéis da região central e oferece uma bolsa para que eles trabalhem por quatro horas diárias no serviço de limpeza de ruas, calçadas e praças no centro da cidade. Cada usuário recebe um salário mínimo e meio, que

inclui os gastos com alimentação, hospedagem, além de R$ 15,00 por dia de trabalho. De acordo com o site da prefeitura de São Paulo (2013):

> O consumo de crack entre os beneficiários do programa “De Braços Abertos” foi reduzido, em média, de 50% a 70% de acordo com informações das equipes municipais de Saúde. Entre outros fatores, a redução se dá como consequência do resgate social e da inserção de atividades que organizam uma rotina diária, limitando assim o uso compulsivo da droga ao longo do dia, hábito que os inabilitava para outras atividades, inclusive cuidados próprios com saúde, alimentação e higiene.

O Secretário Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça, Vitore Maximiano, afirma que este programa está em total conformidade com o “Programa Crack, é Possível Vencer”, do governo federal, com oferta de serviços na área de prevenção, cuidados e enfrentamento contra as drogas (CRUZ; MASSALLI, 2014).

No entanto, o secretário reconhece que somente essa ação não será suficiente para resolver o problema da “cracolândia” em São Paulo. É necessário um conjunto de ações duradouras, envolvendo as áreas de segurança, educação, saúde e assistência social. Além disso, os serviços ainda não são capazes de atender toda a demanda, mas já é um primeiro passo (CRUZ; MASSALLI, 2014).

No Rio de Janeiro, a internação compulsória de crianças e adolescentes vem sendo aplicada desde de maio de 2011, quando a prefeitura se viu diante do grande número de usuários de crack nas principais vias da cidade. Porém, a abordagem no acolhimento de crianças e adolescentes nas “cracolândias”, com participação da Polícia Militar, vem sendo muito criticada e está surtindo pouco efeito na recuperação dos pequenos usuários de crack (MELO, 2013).

Levantamento junto à Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social revela que apenas 24,88% das crianças levadas forçadamente para abrigos tiveram êxito no tratamento. Os dados indicam que outros 59,7% fugiram dos abrigos mantidos pela prefeitura do Rio e outra parcela, 15,42%, refere-se aos transferidos para abrigos de outras cidades (MELO, 2013).

Pressionada pelo Ministério Público do Rio de Janeiro, que avaliou a medida como ilegal para adultos, a prefeitura mudou a política de internação forçada e passou a adotar a expressão "internação involuntária", passando a fundamentar a

decisão em laudos médicos. A partir de 2013, deu-se início à internação compulsória de adultos usuários de crack na cidade (MELO, 2013).

Para a psicanalista Ivone Ponczek, diretora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, diante do baixo resultado das ações promovidas pela prefeitura do Rio de janeiro, há que se questionar a abordagem no acolhimento de crianças e adolescentes feita com a participação da Polícia Militar (MELO, 2013).

É sempre importante lembrar que, o recurso à internação (seja ela voluntária, involuntária ou compulsória), não deve e nem pode pretender suprir o desafio que nossa sociedade tem de garantir às pessoas fragilizadas pela droga, o direito de exercer sua cidadania (BRASIL/MJ, 2013).

## 4.4 A POSIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU) E DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS)

Para o médico italiano Gilberto Guerra, chefe do departamento de prevenção às drogas e saúde do Escritório das Nações Unidas Contra a Droga e o Crime (UNODC), o tratamento do vício do crack não é feito com remédios, e sim com acompanhamento psicológico e psiquiátrico (FERNANDES, 2013).

Autor do documento "Da coerção à coesão: tratando a dependência às drogas por meio de cuidados à saúde e não da punição", Gilberto Guerra afirma que a internação compulsória deve ocorrer pelo prazo máximo de algumas semanas e só se justifica quando o dependente apresenta comportamento perigoso para a sociedade ou para si próprio. Segundo Guerra (2009, p.7):

> O tratamento realizado sem o consentimento informado do paciente em circunstâncias excepcionais, claramente definidas, precisa seguir critérios semelhantes aos utilizados em situações de emergência de saúde mental (Organização Mundial da Saúde, 2005). Ele deve, por exemplo: Exigir um parecer clínico de pelo menos dois profissionais de saúde qualificados de que tal tratamento era necessário; Impor um limite de tempo de alguns dias de tratamento compulsório (para retornar a pessoa a um estado de autonomia no qual as decisões sobre o seu próprio bem-estar podem ser tomadas, em no máximo alguns dias); Incluir revisão judicial para qualquer necessidade continuada, incluindo o direito de recorrer; e Envolver um plano clinicamente apropriado, individualmente prescrito, sujeito a revisão regular e que seja

> consistente com as melhores práticas internacionais baseadas em evidências e padrões éticos.

De acordo com Guerra (2009), o Brasil tem bons profissionais no campo do tratamento das drogas, mas faltam especialistas, e a rede médica nessa área é insuficiente. Ele defende que o Brasil precisa investir em recursos para oferecer serviços que funcionem, proporcionando acompanhamento médico completo, proteção social, comida e oportunidade de trabalho para os dependentes (FERNANDES, 2013).

Segundo Guerra, os países democráticos devem "estar atentos" ao sistema de internação compulsória para não transformar isso em uma "rede" de tratamento para lidar com o problema (FERNANDES, 2013).

A Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde no Brasil considera inadequada e ineficaz a adoção da internação involuntária ou compulsória como estratégia central para o tratamento da dependência de drogas (OPAS/OMS, 2013).

Para o médico australiano Nicolas Campion Clark, da direção do abuso de substâncias da Organização Mundial da Saúde (OMS), a internação compulsória traz o risco de "criar uma barreira com o dependente" e afetar sua confiança, dificultando, dessa forma, o tratamento (FERNANDES, 2013).

Clark defende o encorajamento ao sistema voluntário de tratamento, mas reconhece que é difícil forçar alguém a se tratar. Segundo ele, o vício do crack envolve problemas múltiplos (psicológicos e sociais) que devem ser tratados com ações em várias áreas além da médica, como moradia, alimentação, assistência geral e programas de emprego (FERNANDES, 2013).

Nesse sentido, a publicação *Principles of Drug Addiction Treatment*, documento elaborado pela OMS, em conjunto com o Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime, em 2008, 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 (OPAS/OMS, 2013).

## CONCLUSÃO

Diante do grave quadro de crescimento no consumo do crack em diversas cidades do país, soluções variadas têm sido debatidas. A mais polêmica propõe a internação compulsória dos dependentes que vivem nas ruas. Contudo, a proposta não é encarada como a melhor saída para o problema, que demanda tratamento médico, acompanhamento multidisciplinar e reinserção sócio-familiar.

Por este motivo, esse assunto foi objeto de estudo no presente trabalho de conclusão de curso, que objetivou debater o tema, sem a pretensão de esgotá-lo. Com base nas opiniões expostas por especialistas na área médica, jurídica, psicológicas e representantes da administração pública, ficou clara a urgência da questão. É preciso enfrentá-la com respaldo nas leis e com ações nos âmbitos familiar, social, educacional e da saúde, oferecendo assim uma saída multissetorial.

Primeiramente, apresentou-se uma evolução histórica das drogas no mundo, desde a Antiguidade até os dias atuais, nesse momento foram apontados os principais motivos que contribuíram para a disseminação das diferentes substâncias psicoativas pelo mundo e descritas as primeiras proibições. Com a evolução farmacológica, algumas drogas sintéticas foram produzidas e caíram no gosto popular, até que em 1984 surgiu do crack, droga barata e com altíssimo grau de dependência, características que contribuíram para que essa substância, em pouco tempo, se tornasse um problema de saúde pública.

O primeiro capítulo ainda apresentou uma análise do consumo de drogas no Brasil, baseada no Último Relatório Mundial sobre Drogas da ONU, que apontou um aumento significativo no consumo de novas substâncias psicoativas. Atualmente o surgimento dessas novas substâncias representa um grande desafio às autoridades.

Em um segundo momento, foram abordadas as principais medidas de combate às drogas, em especial as Convenções Internacionais da Organização das Nações Unidas (ONU), que tratam da questão das drogas em um contexto mundial. Dispensou-se uma atenção especial aos Princípios e Garantias Fundamentais, previstos na Constituição da República Federativa do Brasil, principalmente no que diz respeito ao direito à vida, à liberdade e a dignidade da pessoa humana. Foi

relatada também uma breve história sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira, que contribuiu para tratamento digno das pessoas acometidas por transtornos mentais, inclusive aqueles relacionados às drogas; e apresentado um estudo sobre a Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/2001), ressaltando-se os principais pontos relacionados ao tratamento de distúrbios mentais associados ao uso de substâncias psicoativas. Nesse momento, a Lei de Drogas (Lei 11.343/2006) também foi discutida, a fim de se elucidar as normas aplicadas aos usuários dependentes químicos.

Logo em seguida, foi realizado um abrangente estudo sobre o crack, substância derivada da cocaína e com alto poder de destruição. Traçou-se o perfil do usuário de crack no Brasil, segundo pesquisa da Fiocruz, e discutiu-se o problema da marginalização do dependente químico e a questão da responsabilidade compartilhada da família, da sociedade e do Estado. As medidas de prevenção foram analisadas e algumas políticas públicas contempladas.

Por último, aprofundou-se no tema da internação compulsória como forma de tratamento para a dependência de crack. Analisou-se a aplicação deste instituo em outros países e discutiu-se os princípios da bioética, no sentido de articular a justiça à saúde mental, visando a proteção à vida. Alguns pontos controversos acerca da medida foram discutidos e as medidas polêmicas adotadas em São Paulo e no Rio de Janeiro foram relatadas. Avaliou-se também a posição da Organização das Nações Unidas e da Organização Mundial da Saúde acerca da questão.

Indiscutivelmente, o tema é muito polêmico, pois ao mesmo tempo em que pode ser uma forma eficiente de proteção à vida dos usuários dependentes de droga em situação extrema de risco, se aplicada em consonância com a lei que a regula; pode também ser uma medida imediatista de higienização e de limpeza urbana, principalmente em época de eleições e de eventos com exposições mundiais, como a copa do mundo e as olimpíadas.

Recolher essas pessoas à força e trancafiá-las em um espaço físico qualquer, tirando-as das vistas da sociedade, não se configura uma solução adequada. É preciso uma abordagem multidisciplinar feita por profissionais treinados para enfrentar a situação.

Atualmente a internação compulsória pode ser aplicada em conformidade com as Convenções Internacionais, a legislação brasileira (Lei 10.216/2001) e com os direitos e garantias fundamentais previstos no ordenamento jurídico. Para que isso ocorra, é necessário que haja uma avaliação médica cuidadosa, autorização judicial e uma estrutura de tratamento completa, com equipe multidisciplinar.

Porém, fica evidenciada a necessidade de alteração legislativa no sentido de se pacificar a questão da internação compulsória. A exemplo de outros países, como Portugal e Suécia, que têm alcançado êxito na luta contra as drogas, se faz necessário um dispositivo na Lei de Drogas que obrigue ao usuário flagrado na conduta prevista no artigo 28 da referida lei, a se submeter a uma avaliação multidisciplinar e a um tratamento médico e terapêutico compulsório. Nesse sentido, a internação compulsória seria indicada nos momentos de crise, com prazo determinado pela equipe médica, seguida por um tratamento ambulatorial e posterior acompanhamento terapêutico para evitar recaídas, sempre lembrando a importância de se oferecer um tratamento de qualidade. Assim, todo o aparato estatal estaria voltado para a recuperação e ressocialização desses dependentes e não para a solução de problemas maiores ocasionados por essa dependência.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, A.G.; BASSIT, A.Z. **Avaliação de programas de prevenção de drogas**. São Paulo: GREA; IPQ; HC; FMUSP, 1995

ARAÚJO, Tarso. **Almanaque das drogas**. São Paulo: Leya, 2012.

ARRUDA, Eloisa. **Internação compulsória com o amparo da lei**. Folha de São Paulo, São Paulo, p. A3, 8 jan. 2013.

BRASIL, GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Entenda o que é a internação compulsória para dependentes químicos**. Disponível em: <http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/lenoticia.php?id=225660>. Acesso em: 19 de março de 2014.

BRASIL, GOVERNO FEDERAL. **Secretário fala sobre política nacional sobre drogas**. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2014/03/secretario-fala-sobre-politica-nacional-sobre-drogas>. Acesso em: 19 de março de 2014.

BRASIL. **Lei 10.216, de 06 de abril de 2001**. Lei da Reforma Psiquiátrica Disponível em:<http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 05 de março de 2014.

_____. **Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Lei Antidrogas. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 05 de março de 2014.

BRASIL, MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 10 de dezembro de 1948**. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm>. Acesso em: 12 de março de 2014.

_____. **Prevenção do uso de drogas: Capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 5. ed. Brasília: SENAD, 2013

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A reforma psiquiátrica brasileira e a política de saúde mental**. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/reforma.html>. Acesso em: 19 de março de 2014.

BRASIL, SENADO FEDERAL. **As drogas na Suécia**. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/NOTICIAS/JORNAL/EMDISCUSSAO/upload/201104%20-%> Acesso em: 19 de março de 2014.

CASAGRANDE, Walter; RIBEIRO, Gilvan. **Casagrande e seus demônios**. São Paulo: Globo, 2013.

CERRI, Giovanni G. **Crack e internação compulsória: oferecer uma chance contra a droga**. Folha de São Paulo. São Paulo, p. A3, 19 fev. 2013.

CLEMENTE, Isabel. **A multiplicação das drogas**. Revista Época, n. 812, p. 56-58, 16 dez. 2013.

COLAVITTI, Fernanda. **As drogas através dos séculos**. Revista Galileu. Disponível em: <http://revistagalileu.globo.com/Galileu/0,6993,ECT1120198-1706-2,00.html>. Acesso em: 02 de março de 2014.

COSTA, I. **Debate "internação compulsória": problematizações sobre a eficácia da internação compulsória no tratamento da drogatização**. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.unb.br%2Fnoticias%2Fdownloads%2FATT00013.pdf&ei=2p08U5DsKIzLsATj0YHgCg&usg=AFQjCNHxZojfgEKVJPqmolnH48R0MdWkHw>. Acesso em: 15 de março de 2014.

CRUZ, Elaine; MASSALI, Fábio. **Em um mês programa de braços abertos cadastrou 386 usuários de crack em São Paulo**. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2014-02/programa-de-bracos-abertos-ja-cadastrou-386-usuarios-de-crack-em-sp>. Acesso em: 19 de março de 2014.

CUMINALE, Natalia. Drogas: **Os desafios para o tratamento do usuário de crack.** Revista Veja. Disponível em: <http://veja.abril.com.br/noticia/saude/os-desafios-para-o-tratamento-do-usuario-de-crack> Acesso em: 16 de março de 2014.

DRUMMOND, Marina; FILHO, Hélio. **Drogas: a busca de respostas**. 2 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

FEFFERMANN, Marisa. **Crianças e adolescente na vigência de um estado penal**. Revista Jurídica Consulex, Brasília, v. 15, n. 352, p. 34-35, 15 set. 2011

FERNANDES, Daniela. **Especialistas da ONU e OMS criticam internação compulsória de viciados em crack**. Disponível em: <http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2013/02/130129_crack_onu_df_ac.shtml>. Acesso em: 19 de março de 2014.

FIGUEIREDO, Gabriel. **Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Revista Jurídica Consulex. Brasília, v. 14, n. 320, p. 28-31, 15 maio 2010.

FILHO, José Roberto M. **Da Bioética ao Biodireito: o grito da Biotecnologia em face do silêncio da lei**. Revista Jurídica Consulex. Brasília, v. 16, n. 379, p. 28-30, 1º nov. 2012.

FIOCRUZ. **Maior pesquisa sobre crack já feita no mundo mostra o perfil do consumo no Brasil.** Disponível em <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobre-crack-j%C3%A1-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>. Acesso em: 15 de março de 2014.

FOGAÇA, Jennifer. **Química do crack**. Disponível em: <http://www.brasilescola.com/quimica/quimica-crack.htm>. Acesso em: 19 de março de 2014.

FRANCO, Sandra. **A internação compulsória de dependentes químicos é eficaz?** Revista Jurídica Consulex, Brasília, v. 17, n. 388, p. 54-55, mar. 2013.

FREITAS, Altair. **O centro de Sampa ontem e hoje**. Disponível em: <http://grabois.org.br/portal/revista.int.php?id_sessao=9&id_publicacao=1210&id_indice=3987>. Acesso em: 19 de março de 2014.

GALHARDO, Ricardo. **Polícia Militar volta a dispersar população da cracolândia**. Disponível em: < http://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/sp/policia-militar-volta-a-dispersar-populacao-da-cracolandia/n1597573475183.html>. Acesso em: 19 de março de 2014.

GOULÃO, João. **Combatemos o vício, não o viciado**. Revista Época. São Paulo, n. 714, p. 58-60, 23 jan. 2012.

GUERRA, Gilberto. **Da coesão à coersão: tratamento da dependência de drogas por meio de cuidados em saúde e não da punição**. UNODC. Disponível em: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2013/09/11-politicas-sobre-drogas-devem-ser-baseadas-na-saude-e-nao-na-punicao-destacou-o-unodc-durante-simposio-internacional-sobre-drogas.html>. Acesso em: 16 de março de 2014.

JÚNIOR, Edilson P. N. **O direito brasileiro e o princípio da dignidade da pessoa humana**. Revista da Informação Legislativa. Brasília, v. 37, n. 145, p. 185-196, jan./mar. 2000.

JÚNIOR, Noberto C. **Controvérsias a Respeito da Eficácia da Lei Antidrogas**. Disponível em: <http://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/artigos/2013/controversias-a-respeito-da-eficacia-da-lei-antidrogas-norberto-coutinho-junior>. Acesso em: 19 de março de 2014.

JÚNIOR, Reynaldo M. **Novos desafios para as políticas públicas**. Revista Consulex. Brasília, v. 14, n. 320, p. 38-40, 15 maio 2010.

KANT, Immanuel. **Fundamentação da Metafísica dos Costumes e Outros Escritos.** Tradução: Paulo Quintela. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCoQFjAA&url=http%3A%2F%2Fufpr.cleveron.com.br%2Farquivos%2FET_434%2Fkant_metafisica_costumes.pdf&ei=d0VMU-6hCeTJ0AHvhYCYAg&usg=AFQjCNExzDDbUNfdibLI_P5tKKq0zkVbCg>. Acesso em: 16 de março de 2014.

LARANJEIRA, Ronaldo. **O crack e a batalha em nome da vida**. Disponível em: <http://abp.org.br/portal/clippingsis/exibClipping/?clipping=17578>. Acesso em 19 de março de 2014.

LEITE, Edison F. **Lei de Tóxicos: A Lei 11.343/2006 e o uso de drogas**. Revista Justilex. Brasília, v. 6, n. 61, p. 38-39, Jan. 2007

LENZA, Pedro. **Direito Constitucional esquematizado**. 17 ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

MACIEL, Camila. **São Paulo começa a fazer internação compulsória de dependentes químicos**. Disponível em: <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2013-01-21/sao-paulo-comeca-fazer-internacao-compulsoria-de-dependentes-quimicos>. Acesso em: 19 de março de 2014.

MARCÃO, Renato. **A nova lei de drogas e seus reflexos na execução penal**. Revista Jurídica Consulex, Brasília, v. 11, n. 258, p. 58-62, 15 out. 2007.

MARTINS, Lourenço. **História internacional da droga**. Disponível em: <http://www.encod.org/info/HISTORIA-INTERNACIONAL-DA-DROGA.html>. Acesso em: 12 de março de 2014.

MELO, Maria Luísa. **Internação compulsória de crianças usuárias de crack: só 25% de êxito**. Jornal do Brasil. Disponível em: <http://www.jb.com.br/rio/noticias/2013/03/17/internacao-compulsoria-de-criancas-usuarias-de-crack-so-25-de-exito/>. Acesso em: 19 de março de 2014.

MENDES, Gilmar F. **Os direitos fundamentais e seus múltiplos significados na ordem constitucional**. Revista jurídica virtual. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/revista/Rev_14/direitos_fund.htm>. Acesso em: 12 de março de 2014.

MENEZES, Tamara; MARTINO, Natália. **Ofensivas contra o crack**. Revista Isto é, Brasília, v. 36, n. 2242, p. 64-66, 31 out. 2012.

MURAD, Jamil. **Política de combate as drogas: O risco dos depósitos humanos**. Revista Princípios, Brasília, n. 115, p. 60-64, out./nov. 2011.

NERO, Patrícia A. **Bioética: O ser humano como sujeito de pesquisa**. Revista Jurídica Consulex, Brasília, v. 16, n. 379, p. 32-33, 1º nov. 2012.

OLIVEIRA, Patrícia. **Ana Amélia defende internação compulsória para dependentes químicos**. Disponível em: <http://www12.senado.gov.br/noticias/materias/2013/01/21/ana-amelia-defende-internacao-compulsoria-para-dependentes-quimicos>. Acesso em: 19 de março de 2014.

OLIVEIRA, Rivana B. **Doente mental infrator: A reforma psiquiátrica à luz da Bioética**. Revista Jurídica Consulex, Brasília, v. 16, n. 367, p. 16-19, 1º maio 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Nota técnica da OPAS/OMS sobre internação involuntária e compulsória de pessoas que usam drogas.** Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3206:nota-tecnica-da-opasoms-no-brasil-sobre-internacao-involuntaria-e-compulsoria-de-pessoas-que-usam-drogas&catid=1016:bra-01-noticias>. Acesso em: 19 de março de 2014.

PADILHA, Alexandre; TYKANORI, Roberto. **Crack: Acolher é reconstruir vidas**. Revista Jurídica Consulex, Brasília, v. 15, n. 352, p. 22-23, 15 set. 2011.

PAULO, Vicente; ALEXANDRINO, Marcelo. **Direito constitucional descomplicado**. 4 ed. São Paulo: Método, 2009.

PIMENTEL, Carolina. **Deputado propõe descriminalização do uso e produção da maconha**. Disponível em: <http://www.ebc.com.br/noticias/politica/2014/03/deputado-propoe-descriminalizacao-do-uso-e-producao-da-maconha>. Acesso em: 25 de março de 2014.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. **Operação "De Braços Abertos" verifica redução de 50% a 70% no consumo de crack**. Disponível em: <http://www.capital.sp.gov.br/portal/noticia/805>. Acesso em: 19 de março de 2014.

RIBEIRO, Marcelo; et. al. **O tratamento do usuário de crack**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

RICHARD, Ivan. **Lula cobra plano integrado de combate ao crack**. Disponível em: <http://serrolandianoticias.blogspot.com.br/2010/04/drogas-lula-cobra-plano-integrado-de.html>. Acesso em: 16 de março de 2014.

RODRIGUES, Valéria. Internação Compulsória: **Uma questão controvertida**. Revista Jurídica Consulex, Brasília, v. 15, n. 352, p. 36-37, 15 set. 2011.

SALLES, Marcos H. N. **Política de Drogas no Brasil: Temos o Melhor Modelo?** Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

SANCHES, Mariana; PAGGI, Matheus. **Internar a força resolve?** Revista Época. Disponível em: <http://revistaepoca.globo.com/header.html?sitepage=edepoca/edepoca/saudeebemestar&barra5minutos=false>. Acesso em: 16 de março de 2014

SARLET, Ingo W. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SILVA, Jorge Vicente. **Comentários à nova Lei Antidrogas – Manual prático: Direito Material e Processual Penal**. Curitiba: Juruá, 2006.

TAKAHASHI, Saul. UNIDADE DE PESQUISAS EM ÁLCOOL E DROGAS (UNIAD). **Tratamento obrigatório de drogas: de fato uma violação dos direitos humanos?** Disponível em: < http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/index.php/noticias/10046-tratamento-obrigatorio-de-drogas-de-fato-uma-violacao-aos-direitos-humanos>. Acesso em: 19 de março de 2014

THORNTON, Mark. **O que explica a metanfetamina cristal?** Disponível em: <http://www.mises.org.br/Article.aspx?id=1013> Acesso em: 16 de março de 2014.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **World Drug Report 2013**. Disponível em: <http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil//Topics_drugs/WDR/2013/PT-Referencias_BRA_Portugues.pdf > Acesso em: 15 de março de 2014.

VARALDA, Renato; CORDEIRO, Flávia. **Dependência química: Vulnerabilidade e desafios**. Revista Jurídica Consulex, Brasília, v. 15, n. 352, p. 24-25, 15 set. 2011.

VARELLA, Dráuzio. **A vida em primeiro lugar: Por que sou a favor da internação compulsória de dependentes de crack**. Carta Capital, Brasília, v. 18, n. 734, p. 53, 6 fev. 2013.

VERONA, Humberto. **Pelo fim dos manicômios: A posição da psicologia sobre o tratamento dos transtornos mentais**. Revista Consulex. Brasília, v. 14, n. 320, p. 32-33, 15 maio 2010.

VIEIRA, Tereza R. **Bioética, Direito e Solidariedade**. Revista Jurídica Consulex, Brasília, v. 16, n. 379, p. 38-39, 1º nov. 2012.

XAVIER, Dartiu. **Endurecimento de Lei Antidrogas beneficia hospitais privados. Carta Capital**. Disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/politica/hospitais-privados-apoiam-internacao-compulsoria-interessados-no-lucro-diz-dartiu-xavier-370.html> Acesso em: 19 de março de 2014.