

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ISABEL TERESA PINTO COELHO DINIZ

**A interface entre os saberes jurídico e psiquiátrico acerca da internação compulsória de usuários de crack no Rio de Janeiro e região metropolitana entre 2010 e 2015.**

Rio de Janeiro

2018

ISABEL TERESA PINTO COELHO DINIZ

**A interface entre os saberes jurídico e psiquiátrico acerca da internação compulsória de usuários de crack no Rio de Janeiro e região metropolitana entre 2010 e 2015.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de concentração: Direito, Saúde e Cidadania.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Helena Barros de Oliveira

Coorientador: Prof.<sup>o</sup> Dr.<sup>o</sup> Paulo Duarte de Carvalho Amarante

Rio de Janeiro

2018

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

D585i Diniz, Isabel Teresa Pinto Coelho.  
A interface entre os saberes jurídico e psiquiátrico acerca da internação compulsória de usuários de crack no Rio de Janeiro e região metropolitana entre 2010 e 2015. / Isabel Teresa Pinto Coelho Diniz. -- 2018.  
291 f. : il. color. ; graf.

Orientadora: Maria Helena Barros de Oliveira.  
Coorientador: Paulo Duarte de Carvalho Amarante.  
Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

1. Internação Compulsória de Doente Mental. 2. Cocaína Crack. 3. Poder Judiciário. 4. Psiquiatria. 5. Análise Espaço-Temporal. 6. Interface. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.298098153

ISABEL TERESA PINTO COELHO DINIZ

**A INTERFACE ENTRE OS SABERES JURÍDICO E PSIQUIÁTRICO ACERCA DA  
INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DE USUÁRIOS DE CRACK NO RIO DE JANEIRO  
E REGIÃO METROPOLITANA ENTRE 2010 E 2015.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de concentração: Direito, Saúde e Cidadania.

Aprovada em: 28 de março de 2018.

Banca Examinadora

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Aglaé Tedesco Vilardo  
PPGBIOS/ UERJ/UFRJ/UFF/FIOCRUZ

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Roberta Duboc Pedrinha  
IESP/UERJ

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Paula Freitas Guljor  
ENSP/FIOCRUZ

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Regina Maria de Carvalho Erthal  
ENSP/FIOCRUZ

Prof.<sup>o</sup> Dr.<sup>o</sup> Paulo Duarte de Carvalho Amarante (Coorientador)  
ENSP/FIOCRUZ

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Helena Barros de Oliveira (Orientadora)  
ENSP/FIOCRUZ

Rio de Janeiro  
2018

Para o Joca, o mais novo membro da família, que, como bom aquariano, vai amar a liberdade (tal qual sua tia coruja). Espero que, daqui a 20 anos, quando lhe contar sobre essa Tese, a realidade de quem é considerado diferente seja outra e o mundo esteja melhor, não só porque você chegou (como diz música), mas porque evoluímos no respeito ao próximo.

Para o Felipe, meu aquariano preferido, e, que, mesmo não acreditando em Astrologia, entende a minha “loucura”, já que “de todos os loucos do mundo eu quis você, porque a sua loucura parece com a minha” e “eu tava cansada de ser louca assim sozinha”. “Com todo o amor que houver nessa vida” .... e mais um pouco (só para garantir), já que não há como escapar quando os destinos são “cruzados na maternidade”.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, aos meus pais e irmãos por entenderem pacientemente as minhas “ausências justificadas” e às minhas “não visualizadas e não respondidas” no grupo da família do celular. Em tempos modernos, as ausências foram físicas e virtuais. Especialmente, aos meus pais, por sempre estimularem a leitura e despertarem a curiosidade pelo estudo.

Agradeço, ainda, ao Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro pela licença de estudo que me foi concedida, sem a qual essa Tese não teria sido elaborada com a devida calma e dedicação.

Registro, aqui, o meu agradecimento aos meus secretários Alessandro Senador e Patrícia Torres, pela imensa ajuda nas pesquisas desde o início do projeto até à fase final de desespero de dados. Meu muito obrigado, também, ao meu ex-estagiário (e atual amigo) Caio Peixoto, pela inestimável pesquisa legislativa e por encontrar todos os livros e textos que nunca conseguia achar na internet. Meus sinceros agradecimentos, tanto pela eficiência com que atuam/atuaram, o que me possibilitou utilizar com tranquilidade a licença que me foi concedida, como pela ajuda pontual na obtenção de um acórdão, um livro.....ou vários livros....todos pra ontem. Obrigada pela paciência.

Não tenho palavras para agradecer à ajuda inestimável dos meus orientadores: Maria Helena Barros e Paulo Amarante. À Maria Helena, pela liberdade combinada com a orientação direta e objetiva. Muito obrigada por me apresentar esse mundo maravilhoso da Reforma Sanitária e da luta pelo direito à saúde. Ao Paulo, por existir e resistir sempre, tanto na vida (obrigada por ter lutado), como na defesa incondicional da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Obrigada por me introduzir nesse ambiente inspirador que é a Saúde Mental. Agradeço, de coração, aos dois por me guiarem e mil desculpas, desde já, se não consegui superar as minhas limitações pessoais no tocante à pesquisa.

Aos amigos de Doutorado da ENSP. Foram quatro anos de muito aprendizado e, graças a essa turma maravilhosa, foi leve! Foi extremamente gratificante conhecer vocês e compartilhar vários momentos juntos. Eita turma para gostar de festa! Boa sorte na nova caminhada a todos os Doutopirados!

Agradeço, ainda, às minhas amigas curitibanas, mas com alma carioca: Rosângela, Elisângela, Janaína, Cláudia, Cíntia, Ana Flávia, Dayana, Amélia, Renata, Mariana, Marina, Thais e Adriana. Obrigada pelas palavras de incentivo, por serem tão alegres, por entenderem minhas “chatices”, por me visitarem quando podem e por me receberem tão bem em Curitiba. Mas, obrigada mesmo, por não terem me derrubado da cadeira no dia do meu casamento!

Agradeço às minhas amigas/madrinhas/comadres, a quem considero irmãs, Beatriz Perez e Bianca Mathias, por entenderem minhas “sumidas”, por me aguentarem nos momentos de crise, mas, principalmente, por me darem de presente os meus lindos e queridos afilhados/sobrinhos: João Francisco, Ana Letícia, Maria Antônia, Carolina e Bruno.

Agradeço, ainda, à minha nova família, a todos os “Diniz” e agregados, mas especialmente, aos momentos de descontração e alegria com os meus sobrinhos amados Lucas, Leonardo e Marina.

Por fim, essa Tese, sem dúvida, não teria sido concluída com a mesma qualidade, se não fosse pelo amor, carinho, companhia, compreensão do meu marido, Luiz Felipe. Muito obrigada por me aguentar, especialmente nessa fase final e, principalmente, por ter feito todos os fluxogramas para mim. Te amo, meu “louco aquariano” preferido!

*(...)ser um homem livre é mais do que viver num lugar onde se proclama a liberdade. (...) ser livre é uma guerra que se deve travar todos os dias, contra todos os poderes, contra todos os medos.*

PADURA, 2015, p.309



## RESUMO

Trata-se de estudo em que se pretendeu compreender as decisões judiciais nas ações de internação compulsória pelo uso de crack, entre os anos de 2010 e 2015, tendo em vista o aumento de demandas nesse sentido após as práticas de internamento em massa realizadas no Rio de Janeiro a partir de 2009, com o objetivo de limpar a cidade para os grandes eventos internacionais que ocorreriam em 2014 e 2016. Partiu-se da premissa de que tais ações afrontam a Lei nº10.216/01, muito embora sejam nela fundamentadas. Tal contradição levou ao objetivo maior da pesquisa, que foi a realização da interface entre os saberes jurídicos e psiquiátricos, postos no bojo dessas ações judiciais, a fim de entender o grau de concretização da Reforma Psiquiátrica perante os dois campos científicos. Para tanto, no plano teórico, fez-se uma revisão de literatura acerca do tema em duas bases de dados: BVS e BDTD, além de uma revisão bibliográfica sobre as bases da psiquiatria clássica e como ocorreu seu rompimento com a psiquiatria crítica. Tratou-se, ainda, da questão do usuário de drogas como sujeito de direitos humanos e das discussões envolvendo o uso de drogas no plano jurídico, contextualizando com o tema do crack no rio de janeiro. No tocante à pesquisa de campo, que possibilitou realizar a interface entre os saberes, foram realizadas entrevistas com alguns juízes de primeiro grau das Comarcas Da Capital, Nova Iguaçu e Duque de Caxias. Coletou-se, também, documentos judiciais e médicos. A análise de todos esses dados foi realizada com base na metodologia das práticas discursivas e produção do cotidiano. Ao final, pode-se concluir que a Reforma Psiquiátrica e seu pensamento crítico não penetrou nas práticas discursivas do Poder Judiciário, que se baseia muito no senso comum divulgado pela mídia, bem como nos documentos médicos juntados aos processos, que, por sua vez, refletem uma prática discursiva da psiquiatria clássica, anterior à Lei nº 10.216/01, e com a qual se pretendeu romper.

Palavras-chave: Internação Compulsória. Crack. Poder Judiciário. Psiquiatria. Interface.

## ABSTRACT

It is a study in which it was tried to understand the judicial decisions in the actions of civil commitment for the crack's users, between the years of 2010 and 2015, in view of the increase of demands in this sense after the mass internment practices carried out in Rio de Janeiro since 2009, with the goal of cleaning up the city for the major international events that would occur in 2014 and 2016. It was based on the premise that such actions face Law nº 10.216 /01, even though they are substantiated in its grounds. This contradiction led to the greater objective of the research, which was the realization of the interface between legal and psychiatric knowledge, placed in the midst of these judicial actions, in order to understand the degree of implementation of the Psychiatric Reform in these scientific fields. In order to do so, theoretically, a review of the literature on the subject was carried out in two data bases: BVS and BDTD, as well as a bibliographic review of the bases of classical psychiatry and how the critical psychiatry broke it. It was also treated the question of the drug user as subject of human rights and the discussions involving the use of drugs in the legal system, contextualizing with the theme of crack in Rio de Janeiro. Concerning to the field research, which made possible the interface between the two knowledges, interviews were conducted with some first degree judges from three cities. Judicial and medical records were also collected. The analysis of all these data was carried out based on the methodology of discursive practices and production of the senses. In the end, it can be concluded that the Psychiatric Reform and its critical thinking did not penetrate in the discursive practices of the Judiciary, which is based very much on the common sense released by the media, as well as on the medical documents attached to the actions, that reflect the discursive practice of classical psychiatry, previous to the Law nº 10.216 /01, and with which it was intended to break.

Keywords: Civil Commitment. Crack. Judicial Power. Psychiatry. Interface.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	“Portas de Entrada” das Ações Judiciais.....	30
Fluxograma 1	Ações de “Saúde Mental” TJ/RJ (2010/15) .....	59
Fluxograma 2	Decisões/sentenças fornecidas.....	60
Fluxograma 3	Total de documentos judiciais analisados.....	60
Fluxograma 4	Total de documentos médicos analisados.....	61
Fluxograma 5	BVS.....	74
Fluxograma 6	BDTD.....	75
Gráfico 1	Perfil dos magistrados entrevistados.....	63
Gráfico 2	Tempo de formado.....	63
Gráfico 3	Tempo de atuação na Magistratura.....	64
Gráfico 4	Formação acadêmica.....	64
Gráfico 5	Formação acadêmica (2) .....	65
Gráfico 6	Perfil socioeconômico.....	66
Gráfico 7	Convites para entrevista Fórum da Capital.....	219
Gráfico 8	Motivos de recusa no Fórum da Capital.....	219
Gráfico 9	Convites para entrevista Fóruns de Duque de Caxias e Nova Iguaçu... ..	220
Gráfico 10	Motivos de recusa Fóruns de Duque de Caxias e Nova Iguaçu.....	221
Gráfico 11	Ações com pedido de IC.....	225
Gráfico 12	A IC é terapêutica?.....	225
Gráfico 13	Familiar ou amigo próximo com questões de saúde mental?.....	226
Gráfico 14	Como decidem nos casos de questões de saúde mental na família?.....	226
Gráfico 15	Desespero das Mães/Risco Familiar.....	227
Gráfico 16	Requisitos para o deferimento da IC.....	228
Gráfico 17	Espécies de pedidos.....	252
Gráfico 18	Modos de decisão.....	252
Gráfico 19	Fundamentos para o indeferimento.....	253
Gráfico 20	Fundamentos para o deferimento.....	255
Gráfico 21	Espécies de documentos de saúde obtidos.....	260
Gráfico 22	Medicamentos prescritos.....	260

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BDTD	Biblioteca Digital de Teses e Dissertações
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas
CCJ	Corregedoria Geral de Justiça
CDC	Código de Defesa do Consumidor
CERSAMS	Centros de Referência em Saúde Mental
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
COJES	Comissão Judiciária de Articulação dos Juizados Especiais
CPC	Código de Processo Civil
CPP	Código de Processo Penal
CR/88	Constituição da República de 1988
CT	Comunidade Terapêutica
CTI	Centro de Terapia Intensiva
DL	Decreto Lei
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GPGJ	Gabinete da Procuradoria Geral de Justiça
GSM	Gerência de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro
HCTP	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
HP	Hermenêutica da Profundidade
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Internação Compulsória
INMETRO	Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial
JT	Justiça Terapêutica
LEP	Lei de Execução Penal
MP/RJ	Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro
MSM	Módulo de Saúde Mental

NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
ONU	Organização das Nações Unidas
PBA	Programa de Braços Abertos
PL	Projeto de Lei
PLC	Projeto de Lei da Câmara dos Deputados
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
SCIELO	Scientific Electronic Library on Line
SENAD	Secretaria Nacional de Política de Drogas
SEOP	Secretaria de Serviço Social
SES	Secretaria Estadual de Saúde Mental
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Termo de Ajustamento de Conduta
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TJ	Tribunal de Justiça
TJ/RJ	Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VEP	Vara de Execução Penal
VFP	Vara de Fazenda Pública
VOS	Vara de Órfãos e Sucessões

## SUMÁRIO

1	<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	13
2	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	18
3	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	27
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	27
3.2	A DEFINIÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA.....	28
3.2.1	<b>Varas cíveis da capital: critério de exclusão</b> .....	39
3.2.2	<b>Varas e juizados especiais criminais: critério de exclusão</b> .....	47
3.3	DESCRIÇÃO DAS ETAPAS DA PESQUISA.....	52
3.3.1	<b>Entrevistas</b> .....	52
3.3.2	<b>Análise documental</b> .....	53
3.3.3	<b>Revisão de literatura</b> .....	61
3.4	PERFIL DOS PARTICIPANTES.....	62
3.5	ANÁLISE DOS DADOS .....	66
3.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	71
4	<b>ESTADO DA ARTE: INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E CRACK NO BRASIL</b> .....	73
4.1	ANÁLISE DOS TEXTOS OBTIDOS NA BIBLIOTECA VIRTUAL DE SAÚDE (BVS) .....	76
4.2	ANÁLISE DOS TEXTOS OBTIDOS NA BIBLIOTECA DIGITAL DE TESES E DISSERTAÇÕES (BDTD) .....	105
4.3	UMA SÍNTESE.....	130
5	<b>A CAPTURA DA LOUCURA PELA RAZÃO</b> .....	134
5.1	DO LOUCO AO INCAPAZ CIVIL E PENAL.....	134
5.2	O CONTEXTO NO BRASIL: O USUÁRIO DE DROGAS E INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA.....	147

5.3	RELEVÂNCIA DAS DIMENSÕES EPISTEMOLÓGICA E JURÍDICO-POLÍTICA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: NECESSIDADE DE SUPERAÇÃO DA “GRAMÁTICA DA LOUCURA”.....	155
5.4	A SUPERAÇÃO DA INCAPACIDADE CIVIL.....	162
5.5	A SUPERAÇÃO DA INCAPACIDADE PENAL.....	165
6	<b>USO DE DROGAS: BOM ASSUNTO PARA SE JOGAR DEBAIXO DO TAPETE</b> .....	170
6.1	DIREITOS HUMANOS E USO DE DROGAS.....	170
6.2	USO DE DROGAS: PROIBICIONISMO, SELETIVIDADE E LIBERDADE.....	180
6.3	O USUÁRIO DE CRACK NO CONTEXTO DO RIO DE JANEIRO.....	197
6.4	“EPIDEMIA” DE CRACK OU DE POBREZA?.....	200
6.5	POLÍTICAS PÚBLICAS EM CRACK.....	205
7	<b>ANÁLISE DE CAMPO: ENTREVISTAS E DOCUMENTOS</b> .....	218
7.1	DESCREVENDO O CAMPO DAS ENTREVISTAS.....	218
7.2	ALGUNS RESULTADOS INICIAIS.....	221
7.3	AS PRÁTICAS DISCURSIVAS JUDICIAIS PRESENTES NAS ENTREVISTAS .....	228
7.3.1	<b>As concepções dos juízes acerca do crack em sua relação com a internação compulsória</b> .....	230
7.3.2	<b>As concepções dos juízes acerca da internação compulsória como um recurso terapêutico</b> .....	239
7.3.3	<b>Critérios para deferimento da internação compulsória</b> .....	245
7.4	AS PRÁTICAS DISCURSIVAS PRESENTES NOS DOCUMENTOS.....	250
7.4.1	<b>As práticas discursivas judiciais</b> .....	251
7.4.2	<b>As práticas discursivas “dos documentos médicos”</b> .....	259
7.5	UMA SÍNTESE.....	268
8	<b>CONCLUSÃO – CARTA À MICHEL FOUCAULT</b> .....	274

<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>280</b>
<b>APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....</b>	<b>289</b>
<b>APÊNDICE 2 – ROTEIRO ESTRUTURADO DE ENTREVISTAS.....</b>	<b>291</b>



## **1 APRESENTAÇÃO**

### **ROTEIRO DE CURTA-METRAGEM**

**Título: “Cuidado: os Higienistas estão voltando!”<sup>1</sup>**

#### **CENA 1**

**ZURIQUE, SUIÇA – SEDE DA FIFA – 30 DE JULHO DE 2007**

**IMAGEM DA CIDADE AO FUNDO COM ESSA LEGENDA NO CANTO ESQUERDO DA TELA.**

Trecho de vídeo com o momento em que Joseph Blatter, então Presidente da Fifa, anuncia a escolha do Brasil para sediar a Copa do Mundo de 2014.

Imagem de Eduardo Paes, Secretário Estadual de Turismo, Esporte e Lazer celebrando a escolha, juntamente com outros políticos.

#### **CENA 2**

**COPENHAQUE, DINAMARCA – SEDE DO COI - 02 DE OUTUBRO DE 2009**

**IMAGEM DA CIDADE AO FUNDO COM ESSA LEGENDA NO CANTO ESQUERDO DA TELA.**

Trecho do vídeo com o momento em que Thomas Bach, então Presidente do COI (Comitê Olímpico Internacional), anuncia a escolha da cidade do Rio de Janeiro para sediar as Olimpíadas de 2016.

Imagem de Eduardo Paes, Prefeito da cidade do Rio de Janeiro, celebrando a escolha juntamente com outros políticos.

---

<sup>1</sup> Título de uma Resenha de Vera Malaguti Batista sobre o livro de Sidney Chaloub, *Cidade Febril: Cortiços e Epidemias na Corte Imperial*. A Resenha foi publicada no ano de 1996 pela Revista *Discursos Sediciosos: Crime, Direito e Sociedade*, p. 305-309.

### **CENA 3**

#### **IMAGEM DO RIO DE JANEIRO COM O PÃO DE AÇÚCAR AO FUNDO.**

Lentamente vão surgindo as seguintes manchetes, que foram divulgadas entre 2008 e 2012 por meios de comunicação nacionais:

- “As Cracolândias cariocas” (O Globo de 11/04/2008, Caderno Rio,14)
- “Crack se espalha e já assusta Nordeste” (O Globo de 04/12/2008, Caderno O País, 3.)
- “No inferno da cracolândia. Operação de Choque de Ordem recolhe 47 menores que se prostituíam para comprar a droga” (O Globo de 09/04/2009, Caderno Rio,10.)
- “Secretário: consumo de droga já virou epidemia” (O Globo de 10/04/2009, Rio, 9)
- “Droga fulminante e sem controle” (O Globo de 07/02/2010, Caderno O País,3.)
- “Crack, uma epidemia devastadora” (Carta Capital de 30/07/2010, Capa.)
- “Ocupação policial deixa claro que Rio não tem solução para o crack” (O Dia de 16/10/2012, Capa.)

### **CENA 4**

#### **IMAGENS DE CENAS DE VIOLÊNCIA COM USUÁRIOS DE CRACK SENDO INTERNADOS COMPULSORIAMENTE POR AGENTES DA PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO.**

Fundo musical – Voz de Caetano Veloso cantando trecho da música “Sozinho”

Quando a gente gosta  
É claro que a gente cuida  
Fala que me ama  
Só que é da boca pra fora

Ou você me engana  
Ou não está madura  
Onde está você agora?

**CENA 5****RIO DE JANEIRO, INÍCIO DO SÉCULO XX – IMAGEM ENVELHECIDA INDICANDO UM FLASH BACK.**

Imagens de cortiços e suas demolições com o início da Reforma Urbana de Pereira Passos – o “Bota-abaixo”. As fotos devem passar lentamente.

**CENA 6****FUNDO PRETO COM AS SEGUINTE FRASES SURGINDO NA TELA:**

Cuidado: os Higienistas estão voltando!

Ontem, os negros, pobres e os cortiços.

Hoje, os negros, pobres e as “cracolândias”.

Música ao fundo: “Sentinela” – Milton Nascimento

Morte, vela, sentinela sou

Do corpo desse meu irmão que já se vai

Revejo nessa hora tudo o que ocorreu

Memória não morrerá

Vulto negro em meu rumo vem

Mostrar a sua dor plantada nesse chão

Seu rosto brilha em reza, brilha em faca e flor

Histórias vem me contar

Longe, longe, ouço essa voz

Que o tempo não vai levar

Precisa gritar sua força é irmão

Sobreviver, a morte inda não vai chegar

Se a gente na hora de unir os caminhos num só

Não fugir nem se desviar

Precisa amar sua amiga é irmão

## **CENA 7**

### **IMAGEM DO CENTRO DA CIDADE DE SÃO PAULO, 21 DE MAIO 2017.**

Cenas de violência da Polícia em face dos usuários de crack do centro de São Paulo, na região da Luz. As imagens devem passar lentamente.

Trecho de vídeo de entrevista do Prefeito João Dória onde diz:

“(…) Braços abertos pra morte. O que você está vendo aí são pessoas condenadas à morte, que vivem em uma situação de gueto. Isso é um gueto na cidade. Isso vai acabar. Isso me provoca uma grande repulsa.”

Trecho de vídeo de uma pessoa em situação de rua que vivia na região da Luz:

“O Sr. Prefeito quando diz que o que tem aqui é lixo humano e que o Projeto de Braços Abertos, na verdade, é de Braços Abertos para a morte, e que pretende usar outro projeto aí que considera internar compulsoriamente as pessoas, coisa que nem no manicômio mais pode, a lei parece que já não permite mais isso...tá me parecendo que para o Sr. Prefeito é apenas uma coisa de vaidade ou quem sabe um problema estético, porque, pra mim, o que interessa a esse homem é que aqui fique bonitinho”

## **CENA 8**

### **IMAGEM DO LOGOTIPO DO MOVIMENTO “POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS”.**

Ao fundo trecho da música “I am Free” (Soup Dragons):

I'm free to do what I want any old time  
I said I'm free to do what I want any old time

I say love me, hold me  
Love me, hold me  
'Cause I'm free to do what I want any old time  
And I'm free to be who I choose any old time

I say love me, hold me  
Love me, hold me  
'Cause I'm free to do what I want  
To be what I want any old time  
And I'm free to be who I choose  
To get my booze any old time

I say love me (love me forever)  
Hold me (and love will never die)  
Love me, hold me  
'Cause I'm free

## 2 INTRODUÇÃO

Com a divulgação em massa do poder público atuando para recolher os usuários das ruas e encaminhá-los para locais com, em tese, assistência à saúde, rapidamente formou-se um senso comum<sup>2</sup> de que a Internação Compulsória (IC) era a melhor forma de tratamento das pessoas usuárias de crack, bem como a solução para a chamada “epidemia de crack”<sup>3</sup> e para as “cracolândias”<sup>4</sup>.

Além disso, a mídia assumiu a posição de destacar o perigo do crack, reproduzindo os discursos de “demonização”<sup>5</sup> e da existência de uma “epidemia” dessa substância, o que levou à criação de um o pânico social generalizado, tal como ocorreu com a heroína nos Estados Unidos na década de setenta (Olmo, 2009, p. 80).

Estava, assim, pronto o produto da internação compulsória como objeto de consumo. A consequência foi uma nova onda de Judicialização da Saúde: o ajuizamento de ações com pedidos de Internação Compulsória de familiares como a melhor forma de solução das suas questões.

Chega-se, então, ao estopim deste trabalho: as inúmeras decisões judiciais determinando a internação compulsória de pessoas usuárias de crack e, em decorrência, o desvelamento de diversas inquietações pessoais nas áreas *Jus e Psi*<sup>6</sup> e que acabaram por nortear a pesquisa, tais como: quais os fundamentos jurídicos para o deferimento de uma internação compulsória?; o pensamento da psiquiatria crítica<sup>7</sup> penetrou no Poder Judiciário ou mantêm-se o discurso da psiquiatria tradicional anterior à Reforma Psiquiátrica Brasileira?; como se dá o diálogo entre Direito e Psiquiatria após a Lei nº 10.216/01?

---

<sup>2</sup> “É a opinião baseada em hábitos, preconceitos, tradições cristalizadas (...)” (CHAUI, 2008, p. 220)

<sup>3</sup> Coloca-se entre aspas, pois se considera controvertida a existência dessa epidemia, como se verá no curso desse trabalho.

<sup>4</sup> Coloca-se entre aspas, pois não se concorda com tal expressão para designar as cenas de uso coletivo de crack por pessoas em situação de rua. Segundo Danielle de Carvalho Vallim “cracolândia é um linguajar popular para denominar grandes cenas de uso, uma analogia à palavra Disneylândia”. Por isso, prefere referir-se a “cena de uso” ou “território de uso”, “para não estigmatizar ou tornar pejorativa a figura da pessoa que consome crack, assim como os espaços de seu uso” (2009, p. 32)

<sup>5</sup> Coloca-se entre as aspas em razão do uso figurado da palavra.

<sup>6</sup> Salo de Carvalho, em sua obra “Anti Manual de Criminologia”, utiliza esses termos para designar seus marcos doutrinários. Constrói o seu discurso criminológico crítico levando em conta a perspectiva *jus* (jurídica) e as ciências *psi* (psicologia, psicanálise e psiquiatria). Para o presente trabalho a perspectiva *psi* será restrita à psiquiatria.

<sup>7</sup> A expressão psiquiatria crítica será utilizada neste trabalho como uma expressão genérica que se contrapõe à psiquiatria clássica, tal como será explicitado no Capítulo 5.

Dessa forma, tendo tais perguntas como ponto de partida para a presente Tese, pretendeu-se analisar a prática discursiva<sup>8</sup> judicial no tocante às determinações de internação compulsória de usuários de crack, bem como a influência do discurso Psiquiátrico para essas decisões.

O período de 2010-2015<sup>9</sup> foi escolhido, pois, como evidenciado na Apresentação, foram anos em que o debate acerca da internação compulsória ganhou destaque na mídia, na política e no meio judicial.

O território escolhido para a pesquisa de campo foi a Comarca da Capital (Fórum do Centro do Rio de Janeiro) e as duas maiores cidades da Região Metropolitana: Nova Iguaçu e Duque de Caxias. A inclusão dessas, como será melhor descrito no Capítulo 3, ocorreu por dois motivos: 1) pelo fato de terem como via de acesso a Avenida Brasil, onde se situa a principal cena de uso de crack do Rio de Janeiro; 2) pelo fato de, em regra, as pesquisas envolvendo juízes ocorrerem exclusivamente no Fórum da Capital, não se dando voz àqueles integrantes do Poder Judiciário lotados em locais mais distantes.

Fazem-se necessárias, então, algumas ponderações no tocante ao uso de certas palavras e expressões, bem com o sentido que se pretende conferir às mesmas, em determinados assuntos que se entrelaçam por muitas vezes ao longo do trabalho. Pretende-se abordar as seguintes questões, nesse momento introdutório, e que serão referenciados em vários momentos do texto: drogas, dependência química, doença mental, internação compulsória e medidas de segurança.

O foco do estudo foi o crack, que deriva da cocaína e, portanto, é considerada uma substância ilícita. Após muito se ponderar, optou-se por fazer referência ao crack, ao longo do texto, ora como uma substância psicoativa<sup>10</sup> (nomenclatura mais técnica), ora como uma droga (designação popular). Não se utilizará a expressão “droga” ao se referir à substância crack, mas sim a palavra droga sem aspas.

Por certo, não se pretende, com isso, desprezar o caráter estigmatizante que tal palavra carrega consigo. Contudo, considerou-se que a utilização das aspas não resolveria a

---

<sup>8</sup> A conceituação de prática discursiva e a sua diferença com os denominados discursos será realizada no Capítulo 3 desta Tese, quando da explanação da metodologia escolhida para a análise dos dados.

<sup>9</sup> Ressalte-se que se ingressou no programa de Doutorado em 2014, com a qualificação em 2016, início da pesquisa de campo em 2017 e defesa em 2018, razão pela qual o ano final da pesquisa de campo restou limitado a 2015, sem com isso significar que o assunto tenha perdido relevância após tal ano.

<sup>10</sup> São aquelas que interferem na função normal do cérebro de três formas distintas: para diminuir (álcool, soníferos), aumentar (cocaína, crack, tabaco) ou modificar (maconha, LSD) a qualidade da atividade cerebral. Atuam diretamente no sistema nervoso central. (ALARCON, 2012, p. 104).

questão: seria tão utópico quanto os que defendem o proibicionismo acreditarem que é possível acabar com uma droga, como se fosse possível extirpar do planeta todas as plantas de maconha e cocaína.

Por isso, entendeu-se que o melhor caminho para vencer o preconceito e estigma que uma palavra possui é simplesmente naturalizando seu uso de um ponto de vista positivo. As palavras, de um modo geral, possuem diversos significados e conotações. Tome-se como exemplo a palavra planta: pode significar tanto espécie herbívora, como a planta industrial de uma fábrica. Já, a palavra ira, comumente é utilizada como sinônimo de raiva, sendo inclusive considerada um pecado capital. Porém, em um dado momento, evoluiu para a gíria irado, significando algo descolado, legal, maneiro.

Dessa forma, o que se objetiva é tornar a utilização da palavra droga não como sinônimo de algo ruim, ilícito e que apenas traz malefícios ao ser humano. Até mesmo porque seria ignorar os sentimentos de prazer e entorpecimento que qualquer droga, lícita ou ilícita, proporcionam.

Ademais, esse trabalho, ao fim e ao cabo, cuida de privilegiar e proteger o direito à liberdade individual, tanto no que diz respeito ao uso de drogas, como no que tange ao recebimento de tratamento. Assim, não seria razoável aprisionar a palavra entre aspas, quando a intenção aqui é puramente libertária.

Por sua vez, a expressão “epidemia de crack” será sempre utilizada entre aspas, pois se considera controvertida a sua existência, tal como será abordado no tópico 6.4 do Capítulo 6.

Do mesmo modo, as palavras “louco”, “loucura”, “louco infrator”, “alienação mental”, “doença mental” e “transtorno mental” serão utilizadas entre aspas por serem expressões que serão citadas ao longo do trabalho, por necessidade acadêmica, porém, não são incorporadas no vocabulário da ora autora, por considerá-las ultrapassadas do ponto de vista da teoria psiquiátrica. Assim, ainda que lentamente, pretende-se contribuir para a mudança da designação dada àqueles que, por algum motivo, possuem um sofrimento mental e que, ao longo da História da Humanidade, sempre foram estigmatizados, excluídos e esquecidos.

Deve-se esclarecer, ainda, que não se concorda com a categorização de “dependente químico”<sup>11</sup> dada ao usuário de drogas em geral (e não apenas o de crack), em razão de serem portadores de uma “doença mental”.

---

<sup>11</sup> Coloca-se entre aspas por também não se concordar com essa expressão.



Trata-se de uma visão baseada na teoria do desequilíbrio químico do cérebro, que entende como causa de “doenças mentais”<sup>12</sup> quantidades alteradas de três neurotransmissores específicos: a serotonina, a dopamina e a noradrenalina. De acordo com Freitas e Amarante, “vários mitos passaram a ser construídos com a lógica baseada nas premissas da teoria biológica para as doenças mentais” (2015, p. 81).

Para cada mito, um sintoma da vida moderna é elevado à categoria de “doença mental”, e, por consequência, cria-se um medicamento para combatê-la. Desse modo, saem ganhando a indústria farmacêutica e os profissionais da saúde mental que ainda se guiam pelo modelo da psiquiatria clássica, ou seja, aquela que se baseia no modelo medicalizante e asilar.

Outro ponto a ser esclarecido é a possibilidade de uso da internação compulsória prevista no artigo 6º, parágrafo único, III da Lei nº 10.216/01<sup>13</sup> para usuário de drogas. Deve-se frisar que para o ingresso no programa de Doutorado, bem como no seu curso, foram publicados dois artigos que tratavam do tema da internação compulsória. Portanto, ainda que os fundamentos tenham ficado mais consistentes com a evolução da pesquisa, sempre se defendeu a inconstitucionalidade da utilização da Lei nº10.216/01 para o requerimento de IC de usuários de drogas.

Considera-se inconstitucional o deferimento de uma medida restritiva de liberdade, tal como é a internação compulsória, pois viola-se, a um só tempo, os direitos humanos e fundamentais da liberdade individual e da saúde.

A liberdade é afetada sob dois aspectos: 1) o direito de ir e vir, já que se estará recolhido a uma instituição, em que não se tem o direito de sair voluntariamente; 2) o de se entorpecer e o de escolher, e até mesmo recusar, tratamento, qualquer que seja, desde a abstinência total até um programa de redução de danos.

A saúde é igualmente afrontada por tal medida, pois, via de regra, as internações ocorrem nas chamadas Comunidades Terapêuticas (CT), locais que são violados princípios básicos de saúde, como salubridade e alimentação. Some-se a isso o fato dos tratamentos em tais comunidades serem baseados na lógica da abstinência, ou seja, supressão total e radical da droga utilizada pela pessoa, além de haver um alto índice de recaídas (cerca de 98%),

---

<sup>12</sup> Tais “doenças mentais” seriam especificamente a esquizofrenia, os transtornos de ansiedade e os transtornos depressivos (FREITAS; AMARANTE, 2015, p. 79).

<sup>13</sup> Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica: I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

como já constatado por Dartiu Xavier da Silveira, coordenador do PROAD (Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes)<sup>14</sup>.

Deve-se, ainda, ressaltar que a Constituição da República de 1988 não prevê a internação compulsória como uma das possibilidades de prisão civil no artigo 5º, LXVII<sup>15</sup>, o que reforça o argumento da inconstitucionalidade de tal medida. Ora, em um Estado Democrático de Direito, a liberdade deve ser a regra, e a sua privação a exceção. Assim, as decisões judiciais de internação compulsória subvertem essa ordem. O encarceramento passa a se tornar a regra quando o assunto é o uso de drogas.

Ultrapassada a questão da inconstitucionalidade da internação compulsória, para fins de debate, defendia-se a ilegalidade desse requerimento para usuários de drogas, por ausência de previsão desta hipótese na Lei nº 10.216/01, que tem como público alvo as pessoas em sofrimento mental. Assim, a ação deveria ser julgada improcedente, por se tratar de pedido juridicamente impossível, já que inexistente no ordenamento jurídico brasileiro.

A única possibilidade de requerimento juridicamente possível de internação compulsória que se entendia possível, quando do ingresso no Doutorado, seria a hipótese de uma pessoa em sofrimento mental cometer um ato definido como crime pela lei penal, desde que declarada sua inimputabilidade<sup>16</sup> em processo separado.

Para tanto, seria necessário que o art. 6º, parágrafo único, III combinado com o art. 9º<sup>17</sup> da Lei 10.216/01, fossem lidos juntamente com o artigo 319, VII<sup>18</sup> do Código de Processo Penal (CPP) e o artigo 99<sup>19</sup> da Lei de Execução Penal (LEP).

Essa combinação de leis deve-se ao fato do art. 9º da Lei 10.216/01 dispor que a “internação compulsória será determinada de acordo com a legislação vigente”, ou seja,

---

<sup>14</sup> [www2.uol.com.br/vivermente/artigos/apolemicadainternacaocompulsoria.html](http://www2.uol.com.br/vivermente/artigos/apolemicadainternacaocompulsoria.html).

<sup>15</sup> Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: (...) LXVII - não haverá prisão civil por dívida, salvo a do responsável pelo inadimplemento voluntário e inescusável de obrigação alimentícia e a do depositário infiel; (...).

<sup>16</sup> A inimputabilidade está relacionada à capacidade daquele que cometeu um crime entender o caráter ilícito da sua conduta. A consequência será a exclusão da culpabilidade (se totalmente incapaz de compreender, na forma do artigo 26, caput do CP) ou a redução de pena (no caso de parcialmente capaz de entender que o ato que praticou é crime).

<sup>17</sup> Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

<sup>18</sup> Art. 319 – São medidas cautelares diversas da prisão: (...)

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

<sup>19</sup> Art. 99. O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico destina-se aos inimputáveis e semi-imputáveis referidos no artigo 26 e seu parágrafo único do Código Penal. Parágrafo único. Aplica-se ao hospital, no que couber, o disposto no parágrafo único, do artigo 88, desta Lei.

aquelas leis em vigor no ordenamento jurídico brasileiro que prevejam a internação determinada pelo juiz em hospitais psiquiátricos para tratamento.

Desse modo, tem-se que, atualmente, os únicos dispositivos legais que possuem essa determinação são os artigos 319, VII do CPP e 99 da LEP, que cuidam da aplicação da medida de segurança para quando uma pessoa declarada inimputável ou semi-imputável cometa um crime. Assim, nesses casos, haveria o cumprimento da medida de segurança nos chamados Hospitais de Custódia e Tratamento (HCTP), os antigos Manicômios Judiciários.

Contudo, com o avanço dos estudos, percebeu-se que havia uma contradição nesse raciocínio, especialmente por defender-se uma sociedade sem manicômios, tal como preconizado pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. Não se mostrava razoável defender a extinção dos hospitais psiquiátricos parcialmente, apenas para algumas pessoas em sofrimento mental, especialmente quando a principal bandeira do movimento é o cuidado em liberdade, já que esta é terapêutica.

Seguindo esse raciocínio, não se pode admitir o internamento compulsório dos inimputáveis nas hipóteses de medida de segurança. O fundamento para tal afirmação não reside apenas nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica e do tratamento em liberdade. Recorre-se, ainda fundamentos jurídicos: 1) a não recepção pela CR/88 das medidas de segurança; 2) a revogação dos artigos do Código Penal que disciplinam as medidas de segurança pela Lei nº10.216/01

Quanto ao primeiro argumento jurídico, deve-se esclarecer que o instituto das medidas de segurança está previsto no Código Penal (CP), artigo 96<sup>20</sup>, que data de 1940, com uma reforma na sua parte geral de 1984.

A nossa Constituição foi promulgada no ano de 1988. Isso significa que nenhuma lei posterior a 5 de outubro de 1988 pode contrariar as novas normas constitucionais, sob pena de declaração de inconstitucionalidade. No tocante às anteriores, tal como é o caso do Código Penal, cabem aos atores jurídicos realizarem o juízo de adequação dessas à nova ordem constitucional. Assim, uma lei anterior à CR/88 poderá ser recepcionada ou não, de acordo com a adequação do seu conteúdo à nova Constituição.

---

<sup>20</sup> Art. 96. As medidas de segurança são: [\(Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984\)](#)

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

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

Parágrafo único - Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta.

É cediço que a CR/88 prevê como direito fundamental a liberdade de todo indivíduo em território brasileiro. Excepcionalmente, permite a pena de prisão, desde que haja lei anterior considerando crime determinada conduta e estabelecendo a pena adequada<sup>21</sup>. Porém, houve uma flagrante omissão constitucional quanto às medidas de segurança. O art. 5º, XLVI,<sup>22</sup> ao tratar da individualização da pena não as menciona entre suas espécies.

O fato da CR/88 não mencionar em nenhum momento as medidas de segurança quer significar que a nova ordem constitucional não a recepcionou, tal como o fez com a pena de prisão, que contém diversos dispositivos expressos.

Há interpretação que considera que a medida de segurança por prazo indeterminado não foi recepcionada pela CR/88, já que essa e a pena de prisão tem a mesma finalidade, não se pode admitir mais nenhum aprisionamento sem prazo determinado (CARVALHO, 2015, p. 513)

De qualquer modo, ainda no plano constitucional, para que se considere a subsistência das medidas de segurança no ordenamento jurídico brasileiro, é preciso que se faça uma compatibilização no tratamento que é dado às penas. Nesse sentido:

O caráter sancionatório e punitivo das medidas de segurança impõe que o texto constitucional seja interpretado de forma ampla, na qual o termo pena deve adquirir conceitualmente o sentido de sanção penal, conglobando, portanto, as penas criminais, as medidas de segurança e, inclusive as medidas socioeducativas. Assim, o comando do art. 5º, XLVII, b, da Constituição, que veda a perpetuidade da pena, inexoravelmente alcança as medidas de segurança (CARVALHO, 2015, p. 513)

Ultrapassada a questão constitucional, ainda que se entenda recepcionado pela CR/88 o instituto das medidas de segurança, deve-se atentar que no ano de 2001 a Lei nº 10.216, que é uma lei nacional, de igual hierarquia ao Código Penal, dispôs de forma contrária ao seu artigo 96, ao preconizar o fechamento dos hospitais psiquiátricos. Assim, pode-se considerar revogada tacitamente<sup>23</sup> a disciplina no CP que preveja a internação em tais localidades.

<sup>21</sup> Art. 5º, CR/88 – (...) **XXXIX - não há crime sem lei anterior que o defina, nem pena sem prévia cominação legal ;(....) (Grifei)**

<sup>22</sup> **XLVI - a lei regulará a individualização da pena e adotará, entre outras, as seguintes:**

- a) privação ou restrição da liberdade;
- b) perda de bens;
- c) multa;
- d) prestação social alternativa;
- e) suspensão ou interdição de direitos; **(Grifei)**

<sup>23</sup> Ocorre quando lei posterior de igual hierarquia disciplina a mesma matéria de forma diversa. Ainda que não revogue expressamente a lei anterior.

Frise-se que, muito embora a redação final da Lei nº 10.216/01 não contenha o comando de fechamento obrigatório dos hospitais psiquiátricos, tal como havia no Projeto<sup>24</sup> inicial, fato é que esse espírito do movimento antimanicomial nunca se apagou e, na prática, após a sua edição, os hospitais psiquiátricos públicos<sup>25</sup> foram sendo fechados gradativamente.

Os chamados Manicômios Judiciários, que após a Reforma do CP de 1984 passaram a ser denominados de Hospitais de Custódia e Tratamento (HCTP), não tiveram o mesmo destino e continuam em funcionamento. Porém, isso não significa que ficaram de fora da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Ao contrário, há muito já se vem pensando em alternativas para os cuidados dos declarados inimputáveis e que se coadunam com o movimento antimanicomial, o que acarretará na extinção gradativa dos HCTP's, como se verá no Capítulo 5.

Portanto, em verdade qualquer que seja a posição que se adote, seja de inconstitucionalidade ou de ilegalidade, o que se defende é que não haveria aplicação prática para a internação compulsória prevista na Lei nº10.216/01, podendo-se considerar como não escrito o seu artigo 6º, parágrafo único, III.

Por isso a análise das decisões judiciais e das falas dos magistrados, conjugadas com os laudos médicos, fez-se necessária para o desenvolvimento do presente estudo. Desse modo, foi fazer a articulação de como esses dois campos do saber constroem as suas práticas narrativas e discursivas na abordagem da internação compulsória e do uso de drogas e como eles se influenciam e produzem práticas institucionais.

Para tanto, dividiu-se o trabalho em 5 partes, cada qual correspondendo a um capítulo: o percurso metodológico; a discussão teórica sobre a internação compulsória de usuários de crack no Brasil; uma discussão teórica de como a razão capturou a “loucura” e todos os indivíduos aí classificados; um breve estudo sobre o uso de drogas, relacionando-o com o contexto carioca na questão do crack e, por fim, a apresentação dos resultados da pesquisa de campo.

Assim, no Capítulo 3 será traçado o percurso metodológico, onde será explicitada cada etapa da pesquisa, tal como a escolha do território em que foram coletadas as entrevistas e documentos. Será feita, também, uma explanação da metodologia escolhida para a análise dos dados: as práticas discursivas e a produção dos sentidos no cotidiano.

---

<sup>24</sup> A ementa do Projeto de Lei nº 3.657/89 dizia: “Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória”.

<sup>25</sup> A Lei nº 10.216/01 não mencionou os Hospitais Psiquiátricos Privados.

No Capítulo 4 será feito um estudo do “estado da arte” acerca do tema da internação compulsória do usuário de crack no contexto brasileiro. Foram utilizadas duas bases de dados: a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e a Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD). As etapas e os critérios utilizados para a inclusão e exclusão dos textos analisados são aí explicados. Ao final, é feita uma síntese comparativa entre os trabalhos.

No Capítulo 5 é realizada uma evolução conceitual da “loucura” e suas designações subsequentes pela psiquiatria clássica e como se deu a ruptura desse padrão. Realiza-se, ainda, uma contextualização no Brasil de como o usuário de droga passa a ser considerado e tratado como um “doente mental”. Apresenta-se, também, a importância de superação da “gramática da loucura”<sup>26</sup>, a fim de concretizar a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

No capítulo 6, argumenta-se acerca da garantia de direitos humanos para os usuários de drogas, faz-se de um breve resgate histórico acerca do uso de drogas pela humanidade e, em seguida, contextualiza-se para a discussão da existência de uma epidemia de crack no Brasil, bem como a existência de políticas públicas nesse campo.

No capítulo 7 são apresentadas as análises das entrevistas e dos documentos coletados durante a pesquisa de campo. Utiliza-se a metodologia explicitada no Capítulo 3, das práticas discursivas no cotidiano. Primeiro foram analisadas as entrevistas e, em seguida, os documentos judiciais e médicos, separadamente. Ao final, é feita uma síntese do que foi compreendido.

Na conclusão optou-se por utilizar um estilo literário diverso, tal como na Apresentação. Não apenas por se pretender que a leitura fosse suave, apesar do tema árido, mas, também, porque se sentiu necessidade de dialogar, ainda que no discurso indireto, com Foucault, cujas palavras, apesar de séculos diferentes, apresentam-se tão atuais. Já imaginou o que diria a respeito desse tema? Por isso, resolvi escrever para ele.

---

<sup>26</sup> Expressão utilizada por Salo de Carvalho para indicar as palavras e expressões que circundam a pessoa internada em um Hospital Psiquiátrico, tais como “periculosidade”, “incapacidade”, “irracionalidade”, “loucos de todo o gênero”, dentre outras que serão apontadas no Capítulo 5.

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Utilizou-se o método qualitativo de pesquisa, buscando-se “o universo dos significados, dos motivos, aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2011, p. 21) acerca das internações compulsórias de usuários de crack presentes tanto no meio jurídico, como no campo da saúde.

Segundo Minayo, “o universo das investigações qualitativas é o cotidiano e as experiências do senso comum, interpretadas e re-interpretadas pelos sujeitos que as vivem” (2014, p. 24). Por sua vez, o objeto das Ciências Sociais é essencialmente qualitativo:

Portanto, trabalhar dentro dos marcos das Ciências Sociais significa enfrentar o desafio de manejar ou criar (ou fazer as duas coisas ao mesmo tempo) teorias e instrumentos capazes de promover a aproximação da suntuosidade e da diversidade que é a vida dos seres humanos em sociedade, ainda que de forma incompleta, imperfeita e insatisfatória. O acervo dessas Ciências contempla o conjunto das expressões humanas constantes nas estruturas, nos processos, nas relações, nos sujeitos, nos significados, nas representações (MINAYO, 2014, p. 42–43)

Para a análise dos dados produzidos na pesquisa de campo norteou-se na proposta da produção dos sentidos no cotidiano, com base nas práticas discursivas encontradas nas entrevistas realizadas e nos documentos coletados. Uma breve explicação acerca dessa corrente teórico-metodológica será feita no tópico 3.5 deste capítulo.

Importa, por ora, esclarecer que esse modo de estudar o conhecimento e a linguagem filia-se à perspectiva do construcionismo social.

**(...) a investigação construcionista tem como foco principal a explicação dos processos pelos quais as pessoas descrevem, explicam ou contabilizam o mundo no qual vivem, incluindo a si mesmas. (...).** A adoção de uma postura construcionista implica a ressignificação da relação entre sujeito e objeto, que pressupõe a desfamiliarização da idéia cristalizada da dualidade. (...) na perspectiva

construcionista trata o objeto como o sujeito são construções históricas: o modo como acessamos a realidade institui os objetos da realidade. (...) (SPINK; MENEGON, 2004, p. 76) **(Grifei)**

Para Spink (2010), conhecer é dar sentido ao mundo, é como as pessoas se posicionam nas relações cotidianas. As práticas discursivas seriam a linguagem em uso e em ação, enquanto o discurso consistiria na linguagem institucionalizada.

A produção de sentidos é tomada, portanto, como um fenômeno sociolinguístico (...) e busca entender tanto as práticas discursivas que atravessam o cotidiano (narrativas, argumentações e conversas, por exemplo), como os repertórios utilizados nessas produções discursivas (SPINK; MEDRADO, 2004, p. 42)

Dessa forma, pretendeu-se, com esta pesquisa, analisar, por meio da prática discursiva de juízes (entrevistas e decisões escritas) e de psiquiatras (laudos médicos) os sentidos produzidos, no bojo de ações judiciais, quanto às concepções acerca do crack e da internação compulsória e, em que medida, concretizam a reforma psiquiátrica e asseguram direitos humanos.

A interface entre os saberes jurídico e psiquiátrico foi um dos objetivos aqui pretendidos. Desvendar o modo como os juízes pensam e decidem sobre a internação compulsória de usuários de drogas também consistiu em uma das finalidades da pesquisa. Para tanto, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, análise documental e revisão de literatura, como se passará a descrever nos próximos itens deste capítulo.

### 3.2 A DEFINIÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA

O campo de pesquisa consistiu na realização de entrevistas com juízes de primeira instância do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (TJ/RJ), bem como na análise de decisões judiciais e laudos médicos inseridos em ações com pedidos de internação compulsória pelo uso de drogas. O processo para a determinação dos possíveis entrevistados e processos judiciais a serem analisados será a seguir exposto esmiuçadamente.

Inicialmente, cabe esclarecer que se optou por realizar a pesquisa de campo na comarca da Capital (Fórum do Centro da Cidade do Rio de Janeiro), em razão da facilidade de acesso e pelo maior quantitativo de possibilidades de entrevistados e processos.

Contudo, incluiu-se também as comarcas de Nova Iguaçu e Duque de Caxias por duas razões: 1) pelo fato de serem duas cidades importantes da Baixada Fluminense do Rio



de Janeiro, região essa muito marcada pela existência de “cracolândias” ao longo da Avenida Brasil, principal via de acesso para tais localidades; 2) por um motivo pessoal: as pesquisas realizadas com juízes, via de regra, ocorrem exclusivamente na comarca da capital, desconsiderando-se os juízes localizados em Fóruns mais distantes. Tal fato gera, para a ora pesquisadora, um desconforto, em razão de, profissionalmente estar lotada na cidade de Queimados, considerada uma comarca do interior de acordo com as regras de organização judiciária do TJ/RJ. Desse modo, ao se concentrar pesquisas acerca do Poder Judiciário apenas no Fórum Central, além de desprestigiar a opinião daquele que não está lá lotado, perde-se, também, a oportunidade de contato com profissionais em atuação em locais com realidades diversas da capital e, por vezes, mais ricas.

A definição da área de atuação dos possíveis magistrados a serem entrevistados, bem como da análise documental, não foi um processo simples. Isso porque essa determinação coincide, com o que aqui se denomina, “porta de entrada”<sup>27</sup> da intimação compulsória no Poder Judiciário. Era preciso, então, descobrir por onde ingressavam as ações com pedido de intimação compulsória.

Deve-se ressaltar que não existe uma regra de competência fixa para esses casos, o que fará com que a distribuição da ação dependa do entendimento tanto de quem requer (Advogado, Defensoria Pública ou Ministério Público), como do livre convencimento do juiz para quem é distribuído o processo que poderá, ou não, se declarar incompetente. Por isso, muito melhor seria a criação de varas especializadas em saúde, o que facilitaria tanto o trabalho dos atores jurídicos e dos pesquisadores. Além disso, com a centralização dos processos, seria possível a verificação das reais necessidades de saúde de cada localidade.

O ponto de partida para a identificação das “portas de entrada” das ações de intimação compulsória foi a busca das competências das diversas varas<sup>28</sup> existentes na divisão judiciária do Estado do Rio de Janeiro, para onde as mesmas poderiam ser distribuídas.

Em um primeiro momento, foram excluídas as varas criminais e juizados especiais criminais, tanto da Capital, como das Comarcas de Nova Iguaçu e Duque de Caxias. Isso se deu em razão de, nos casos que se pretendia pesquisar, não haver a imputação de um ato criminoso ao usuário de drogas. O objetivo não eram as ações acerca do uso de drogas,

---

<sup>27</sup> Coloca-se entre aspas em razão de ser uma expressão muito utilizada na área da saúde, porém, incomum na área jurídica.

<sup>28</sup> “A vara judiciária é o local ou repartição que corresponde a lotação de um juiz, onde o magistrado efetua suas atividades. Em comarcas pequenas, a única vara recebe todos os assuntos relativos à Justiça”. Definição extraída do site do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). <http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/82385-cnj-servico-saiba-a-diferenca-entre-comarca-vara-entrancia-e-instancia>. Último acesso em 07/09/2017.

mas sim os processos judiciais que tivessem como pedido principal a internação compulsória requerida por familiares e, eventualmente, pelo Ministério Público e Defensoria Pública. Essa questão da exclusão das varas e juizados especiais criminais será detalhada no tópico 3.1.2 deste capítulo.

Em um segundo momento, foram excluídas as varas cíveis da Capital, conforme os motivos que serão expostos no tópico 3.1.1 deste capítulo. Nas Comarcas de Nova Iguaçu e Duque de Caxias as varas cíveis foram incluídas na pesquisa por possuírem uma competência diferenciada da Capital, tal como determinado pela Lei de Organização e Divisão Judiciária do Estado do Rio de Janeiro (Lei nº 6956/15), como será a seguir esclarecido.

Por fim, foram excluídas as varas de infância e juventude, da Capital, bem como as varas de família de Nova Iguaçu e Duque de Caxias com essa competência, pois o objetivo, neste trabalho, é o estudo do uso da medida de internação compulsória de usuário de drogas adulto.

Assim, com fulcro no critério da competência, identificou-se, na Comarca da Capital, como “portas de entrada” das ações requerendo a internação compulsória de usuários de drogas: as varas de fazenda pública, as varas de órfãos e sucessões, os juizados especiais fazendários e o plantão noturno. Já, nas Comarcas de Nova Iguaçu e Duque de Caxias as “portas de entrada” eleitas foram as varas cíveis e de família sem competência para infância. As “portas de entrada” das ações judiciais estão sistematizadas no Quadro nº 01 abaixo:

Quadro 1 – “Portas de entrada” das ações judiciais

Comarca da Capital	Comarca de Nova Iguaçu	Comarca de Duque de Caxias
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Varas de Fazenda Pública</li> <li>• Varas de Órfãos e Sucessões</li> <li>• Juizados Especiais Fazendários</li> <li>• Plantão Noturno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Varas Cíveis</li> <li>• Varas de Família (sem infância)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Varas Cíveis</li> <li>• Varas de Família (sem infância)</li> </ul>

Faz-se necessário, então, uma breve explicação da competência de cada uma das varas escolhidas.

As Varas de Fazenda Pública (VFP) tem sua competência definida no artigo 44<sup>29</sup> da Lei nº 6956/2015. De forma concisa, na VFP, tem-se o processamento e julgamento das ações e execuções em que figurem como parte um ente público Estadual e/ou Municipal.

O importante de se destacar é que a VFP não tem competência para interdição. Vale ressaltar que a Lei nº 13.146/15 (Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência - Estatuto da Pessoa com Deficiência) substituiu o termo “interdição” constante no Código Civil pela expressão “curatela”, além de modificar a teoria das incapacidades. Atualmente não se move mais ação de interdição, mas sim ação de submissão à curatela.

Portanto, no momento em que uma ação é distribuída com pedido de internação compulsória para uma VFP não se estará perquirindo acerca da capacidade civil do eventual internando. O objetivo é tão somente conseguir que Estado e/ou Município prestem um serviço de saúde, qual seja, a internação. Na hipótese de deferimento do pedido, haverá a restrição da liberdade de um indivíduo, sem a prévia declaração de sua incapacidade, e sem que esteja respondendo por um ato criminoso.

Pode-se dizer que a escolha pelo requerente (Advogados, Defensoria Pública ou Ministério Público) da VFP para a distribuição de uma ação dessa natureza, bem como a aceitação da mesma pelo Juiz, tem como pressuposto a aderência ao entendimento, ainda que não explícito, de que o usuário de drogas é incapaz por si só, independentemente da sua submissão à curatela (antiga interdição). Esse entendimento não é incomum no Poder Judiciário Fluminense, como se pode observar das ementas de acórdãos<sup>30</sup> a seguir transcritas:

**0017126-73.2014.8.19.0000 - CONFLITO DE COMPETENCIA- Julgamento: 30/04/2014 - CONFLITO NEGATIVO DE COMPETÊNCIA. Ação de obrigação de fazer visando à internação compulsória do filho**

<sup>29</sup> Art. 44 Compete aos juízes de direito em matéria de interesse da Fazenda Pública processar e julgar: I - causas de interesse do estado e de município, ou de suas autarquias, empresas públicas e fundações públicas; II - mandados de segurança quando a autoridade coatora for estadual ou municipal, excetuadas as hipóteses de competência originária do Tribunal de Justiça; III - habeas data, quando o órgão ou entidade depositária da informação for estadual ou municipal, excetuadas as hipóteses de competência originária do Tribunal de Justiça; IV - mandado de injunção, quando a responsabilidade pela regulamentação do direito for de órgão estadual ou municipal, excetuadas as hipóteses de competência originária do Tribunal de Justiça; V - ações de improbidade administrativa e populares que envolvam, direta ou indiretamente, qualquer dos entes referidos no inciso I, além das sociedades de economia mista vinculadas ao estado e a município, bem como as ações civis públicas, ressalvado em relação a estas a competência das varas especializadas; VI - causas em que for parte instituição de previdência social federal e cujo objeto for benefício de natureza pecuniária, quando o segurado ou beneficiário tiver domicílio na Comarca e esta não for sede de Vara Federal; VII - justificações previdenciárias e assistenciais relativas a servidores municipais e estaduais; VIII - processar e cumprir as precatórias pertinentes à matéria de sua competência.

Parágrafo único - No caso do inciso II, considerar-se-á estadual ou municipal a autoridade coatora se as consequências de ordem patrimonial do ato impugnado houverem de ser suportadas pelo estado, por município, ou entidades por eles controladas.

<sup>30</sup> Acórdão é a designação dada às decisões proferidas pelos Desembargadores em segundo grau de jurisdição.

da requerente para tratamento de doença mental, distribuída ao Juízo da 5ª Vara Cível da Comarca de Nova Iguaçu, que declinou, de ofício, de sua competência para uma das Varas de Família da Comarca de Nova Iguaçu-Mesquita. Proposta a ação contra o município e versando acerca de direito público à saúde, prevalece o interesse fazendário, competindo ao Juízo suscitado, nos termos do artigo 86, inciso I, “a”, do CODJERJ o julgamento do processo. Precedentes deste Tribunal. Parecer do Ministério Público em consonância. Declaração de competência do MM. Juízo da 5ª Vara Cível da Comarca de Nova Iguaçu para processar e julgar o feito. (Grifei)

**0020869-28.2013.8.19.0000 - CONFLITO DE COMPETENCIA** - Julgamento: 15/07/2013 - CONFLITO NEGATIVO DE COMPETÊNCIA. JUÍZO DA VARA 1ª VARA DE FAMÍLIA e da 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NOVA IGUAÇU. Ação intentada em face do Município visando à internação psiquiátrica compulsória do filho da requerente para tratamento de dependência química. Direito à saúde. Competência Fazendária. Previsão no art. 86, I, “a” c/c art. 119 do CODJERJ. Competência do Juízo Suscitado. Aplicabilidade do disposto no art. 120, § único, do CPC, autorizado o Relator a decidir monocraticamente. PROCEDÊNCIA DO CONFLITO DE COMPETÊNCIA. (Grifei)

**0046505-30.2012.8.19.0000** Julgamento: 22/08/2012 AGRAVO DE INSTRUMENTO. OBRIGAÇÃO DE FAZER. DIREITO À SAÚDE E À VIDA DO PACIENTE. INTERNAÇÃO EM NOSCÔMIO PARA TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA. DECISÃO QUE ANTECIPOU OS EFEITOS DA TUTELA. CABIMENTO. PEQUENA REFORMA NO DECISUM A FIM DE DIMINUIR O VALOR DA MULTA DIÁRIA ARBITRADA EM CASO DE DESCUMPRIMENTO DA TUTELA DEFERIDA.1- O caso em análise gira em torno de matéria afeta à preservação do direito à vida e à saúde, tangenciando inclusive o mínimo existencial. A Teoria da Reserva do Possível não autoriza o ente federado a se evadir do cumprimento de norma constitucional que visa efetivar um direito erigido à categoria jurídica de direito fundamental. O art. 196 do Texto Fundamental prescreve que a saúde é direito de todos e dever do Estado.2 **Encontrando-se o paciente em situação de dependência química a ponto de necessitar de internação compulsória, conforme atestado em laudo médico, caracteriza-se sua incapacidade para os atos da vida civil, nos termos do art. 4º, II, do Código Civil, justificando-se sua representação independente de procedimento formal de interdição para poder exigir a satisfação de seu direito à saúde perante o Estado.** RECURSO A QUE SE DÁ PARCIAL PROVIMENTO, COM FULCRO NO ART. 557, §1º-A, DO CPC. (Grifei)

Contudo, nem todas as ações são distribuídas para as VFP. Algumas são direcionadas para as Varas de Órfãos e Sucessões (VOS) na Capital ou para Varas de Família com essa competência, como é o caso das Comarcas de Duque de Caxias e Nova Iguaçu. Nesses casos o autor da ação, por meio do seu advogado, defensor público ou promotor de justiça, entende que há a necessidade da declaração da incapacidade do possível internando, pois,

por alguma questão de ordem prática, a família precisa da curatela provisória<sup>31</sup>, o que só é possível de se obter nessa vara específica, em razão da divisão administrativa de competências. É importante observar que, nessas hipóteses, o pedido de submissão à curatela (antiga interdição) será acumulado com a internação compulsória. Seguem algumas ementas nesse sentido proferidas pelo Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (TJ/RJ):

**AGRAVO DE INSTRUMENTO Nº 0002562-84.2017.8.19.0000**

Julgamento: 04/04/2017

ANTECIPAÇÃO DE TUTELA. PEDIDO DE IMPOSIÇÃO DE MEDIDA PROTETIVA DE INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA PARA TRATAMENTO A TOXICÔMANO. INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO POR LAUDO MÉDICO. DEFERIMENTO DO PROVIMENTO ANTECIPATÓRIO EM RELAÇÃO AO MUNICÍPIO. TERCEIRO QUE NÃO INTEGRA A LIDE. POSSIBILIDADE. DESCUMPRIMENTO DA TUTELA NÃO ATRIBUÍDO A ATIVIDADE ESTATAL. REFORMA PARCIAL DA DECISÃO. **Não há óbice a imposição, no âmbito de ação de interdição, de internação compulsória, a fim de salvaguardar a saúde e integridade física do interditando, desde que a medida excepcional seja baseada em laudo médico e fundamentada na Lei n. 10.216/2001, como na hipótese dos autos.** A finalidade da norma que prevê a fixação de multa nas tutelas provisórias é dar maior efetividade aos comandos judiciais proferidos, impondo uma sanção para vencer a resistência ao seu cumprimento. Para alcançar tal desiderato, eventualmente naquelas hipóteses em que a efetividade da tutela jurisdicional dependa exclusivamente da conduta de terceiro estranho a lide, a multa pode ser direcionada a esse. Obrigação de internação imposta ao agravante que deriva de comando constitucional. Demora no cumprimento do comando que não pode ser atribuído a atividade estatal. Não incidência da multa até o novo prazo fixado para o atendimento da tutela provisória. Conhecimento e parcial provimento ao recurso. **(Grifei)**

Conflito de Competência nº: 0060479-32.2015.8.19.0000

Julgamento: 11/12/2015

Conflito negativo de competência. **Ação de interdição e internação compulsória.** Declínio de competência da 1ª Vara de Família do Foro Regional de Itaipava para a 4ª Vara Cível de Petrópolis. O foro do domicílio do interditando é, em regra, o competente para o julgamento da interdição. Artigo 94 do CPC. Conforme orientação do STJ, **“a definição da competência em ação de interdição deve levar em conta, prioritariamente, a necessidade de facilitação da defesa do próprio interditando e a proteção de seus interesses”** (AgRg no CC 100.739/BA, Rel. Ministro Sidnei Beneti, 2ª Seção, julgado em 26/08/2009). **Fixação da competência no Foro Regional de Itaipava. Aplicação da norma do art. 43, inciso I, alínea “c” da Lei 6.956, de 13/01/2015, que dispõe que compete aos juízes de direito em matéria de família, processar e julgar as ações de interdição, tutela ou emancipação de crianças e adolescentes. Provimento do conflito negativo para declarar competente o Juízo Suscitado da 1ª Vara de Família do Foro Regional de Itaipava. (Grifei)**

---

<sup>31</sup> Ou seja, precisam de uma decisão liminar antecipando a curatela para que possam praticar atos da vida civil em nome do curatelado e não podem esperar o fim do processo de submissão à curatela.

**0049163-27.2012.8.19.0000 - AGRAVO DE INSTRUMENTO- Julgamento: 30/01/2013 - INTERDICAÇÃO COM PEDIDO DE AVALIAÇÃO E INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA - DEPENDÊNCIA QUÍMICA - MEDIDA PROTETIVA DE URGÊNCIA - CURATELA PROVISÓRIA - REQUISITOS PRESENTES - INEXISTÊNCIA DE ILEGALIDADE.**

Agravo de Instrumento. **Ação ordinária de interdição com pedido de avaliação e internação compulsória.** Tutela de urgência. **Pretensão de genitora em obter a interdição de filha maior de idade, em razão do agravamento de seu quadro de dependência química.** Alegação de dificuldade em prosseguir com o tratamento ambulatorial, observando-se que a interditanda se apresenta arredia a qualquer medida que importe no afastamento do vício, apresentando episódios de crises cada vez mais graves e frequentes. **Avaliação psiquiátrica que se viu frustrada por residir a paciente em área de risco e de difícil acesso. Não seria crível exigir-se nas situações emergenciais, como a dos autos, em que a própria genitora promove a interdição de sua filha, que toda e qualquer internação seja precedida de avaliação médica, considerando-se a notória e irrefutável carência de profissionais da saúde para atender à vultosa e crescente população que apresenta dependência em relação à substância entorpecente conhecida como crack. Deferimento da curatela provisória lastreada pela presença dos requisitos autorizadores do artigo 273 do CPC.** Necessidade da internação compulsória que se justifica, com o intuito de **resguardar a paciente e seus familiares dos efeitos devastadores decorrentes do agravamento do quadro clínico da paciente pela descontinuidade do tratamento médico ambulatorial. Inviolabilidade da Lei nº 10.216/01 devidamente preservada diante da determinação no sentido de que, tão logo efetivada a internação, seja realizado o exame médico da paciente, com a remessa ao Juízo.** Inexistência da alegada ilegalidade sustentada pelo Ministério Público de primeiro grau. Decisão que se mostra correta, vencido o eminente Desembargador Relator que provia o recurso. **(Grifei)**

Há, ainda, a possibilidade de distribuição das ações para os Juizados Especiais Fazendários<sup>32</sup>, que foram criados no Estado do Rio de Janeiro pela Lei Estadual nº 5781/2010. Possuem competência para causas cíveis de interesse dos Municípios e do Estado até o valor de 60 salários mínimos, conforme estabelece o art. 16<sup>33</sup> da referida lei estadual. As ementas abaixo transcritas são um exemplo do entendimento do TJ/RJ no tocante à

<sup>32</sup> O que os diferencia dos Juizados Especiais, já tão conhecidos da população brasileira, é o fato de admitirem no polo passivo os entes públicos, o que não é possível nos Juizados Especiais não Fazendários. Os Juizados Especiais da Fazenda Pública foram criados pela Lei nº 12.153/09.

<sup>33</sup> Art. 16. Os Juizados Especiais da Fazenda Pública são unidades Jurisdicionais autônomas, presididas por Juiz de Direito e servidas por cartórios judiciais oficializados com servidores próprios, com a competência de processar, conciliar e julgar causas cíveis de interesse do Estado e dos Municípios, até o valor de 60 (sessenta) salários mínimos. § 1º. Não se incluem na competência do Juizado Especial da Fazenda Pública: I – as ações de mandado de segurança, de desapropriação, de divisão e demarcação, populares, por improbidade administrativa, execuções fiscais e as demandas sobre direitos ou interesses difusos e coletivos; II – as causas sobre bens imóveis dos Estados e Municípios, autarquias e fundações públicas a eles vinculadas; III – as causas que

competência dos Juizados Especiais Fazendários para as ações referentes aos pedidos de internação compulsória:

**0001068-58.2014.8.19.9000** - AGRAVO DE INSTRUMENTO - Julgamento: 13/07/2015 - Trata-se de Agravo Interno interposto, alvejando decisão monocrática que, nos autos de Ação ajuizada pelo agravante, manteve o deferimento do **pedido de tutela antecipada para determinar a internação compulsória do terceiro réu**. É o relatório, passo ao VOTO. Em primeiro lugar, a declaração de fls. 17 indica a necessidade da medida de internação. No mais, não cabe em cognição sumária a análise aprofundada acerca da necessidade ou não da internação compulsória. Assim, acertada a decisão ao deferir o pedido de tutela antecipada. No caso, de acordo com a Súmula no 59, do Tribunal de Justiça deste Estado, a decisão não se mostra teratologia, não merecendo reforma: "Somente se reforma a decisão concessiva ou não da antecipação de tutela, se teratológica, contrária à lei ou à evidente prova dos autos". Isto posto, CONHEÇO E NEGO PROVIMENTO AO AGRAVO. Sem custas processuais ou honorários advocatícios. Rio de Janeiro, 15 de junho de 2015. **Turma Recursal da Fazenda Pública (Grifei)**

001272-05.2014.8.19.9000 – AGRAVO DE INSTRUMENTO - Julgamento: 01/09/2014

Trata-se de Agravo de Instrumento interposto alvejando decisão interlocutória proferida pelo Juízo de Direito do **Juizado Especial Fazendário da Comarca da Capital** que, nos autos de ação ajuizada pelo Agravado deferiu o pedido de antecipação dos efeitos da **tutela determinando no prazo máximo de 05 dias, a internação compulsória do terceiro réu em clínica de rede pública Estadual ou Municipal adequada ao tratamento de dependentes químicos, bem como forneçam todo o tratamento, exames, procedimentos e medicamentos necessários ao restabelecimento de sua saúde**. Argumenta o Agravante que a internação compulsória seria uma medida extrema e poderia acarretar o comprometimento futuro do vínculo do paciente com o seu tratamento. Dispensando as informações tendo em vista estar o recurso suficientemente instruído, sendo verificado por este magistrado em consulta ao processo virtual original que o art. 526 do CPC foi devidamente cumprido. É o Relatório, passo ao V O T O: EMENTA: AGRAVO INTERPOSTO CONTRA DECISÃO DE PRIMEIRO GRAU QUE DEFERE O PEDIDO DE ANTECIPAÇÃO DOS EFEITOS DA TUTELA. CABIMENTO. ART. 3º C/C ART. 4º, AMBOS DA LEI Nº 12.153/2009. DECISÃO QUE NÃO SE MOSTRA TERATOLÓGICA, CONTRÁRIA À LEI OU A PROVA DOS AUTOS. SÚMULA Nº 59 DO EGRÉGIO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. DESPROVIMENTO DO RECURSO. **Há nos autos prova**

---

tenham como objeto a impugnação da pena de demissão imposta a servidores públicos civis ou sanções disciplinares aplicadas a militares.

§ 2o. Quando a pretensão versar sobre obrigações vincendas, para fins de competência do Juizado Especial, a soma de 12 (doze) parcelas vincendas e de eventuais parcelas vencidas não poderá exceder o valor referido no caput deste artigo.

inequívoca que se faz convencer da verossimilhança da alegação, sendo latente o fundado receio de dano irreparável ou de difícil reparação, uma vez que o uso constante de drogas trazendo vários transtornos para sua família já que se coloca a todo momento em risco na Comunidade próxima a sua residência. Conforme relatório do CAPS A Raul Seixas, o 3º Réu se encontra em tratamento na referida unidade desde 02 de outubro de 2012, não conseguindo, no entanto, frequentar o serviço regularmente sempre apresentando dificuldades em seguir o projeto terapêutico proposto devido ao consumo abusivo de drogas, bem como devido à dificuldade financeira da família. Assim, considerando que a decisão agravada foi proferida com base em um juízo de cognição sumária, podendo ser reconsiderada ao fim da instrução processual, não se mostra a mesma teratológica ou ilegal, pelo que deve ser a mesma mantida. Vale ressaltar a orientação contida na Súmula 59 deste Tribunal de Justiça nos termos seguintes: "Somente se reforma a decisão concessiva ou não da antecipação de tutela, se teratológica, contrária à lei ou à evidente prova dos autos". Por tais motivos, VOTO pelo CONHECIMENTO e DESPROVIMENTO AO RECURSO. Rio de Janeiro, 11 de agosto de 2014. Turma Recursal da Fazenda Pública. **(Grifei)**.

As ações de internação compulsória eram distribuídas nesses juízos até o ano de 2015, quando foi editado o Enunciado nº 15 do Ato Conjunto nº 12 TJ/COJES, que determinou: "Não cabe internação compulsória em sede de Juizado Especial Fazendário". O fundamento para esse deslocamento de competência residuiu na necessidade de realização de prova pericial psiquiátrica, o que não é permitido em sede de Juizado Especial. Em uma das entrevistas foi abordada essa questão:

**(...) foi até aprovado esse Enunciado 15 falando que não cabe Internação Compulsória em Sede de Juizado, justamente porque a grande maioria acaba gerando essa necessidade de um estudo (...) estavam demandando uma necessidade de produção de prova pericial pra fazer uma avaliação psíquica melhor e tal, que no juizado (...) não tem essa possibilidade (...)** **(Grifei)**

Dessa forma, as ações voltaram a ser distribuídas para as Varas de Fazenda Pública, como se observa da seguinte ementa:

**0306924-58.2014.8.19.0001 - RECURSO INOMINADO - Julgamento: 23/11/2016.**

Ressalvado o entendimento pessoal desse magistrado acerca do tema em análise, VOTO pelo CONHECIMENTO E DESPROVIMENTO DO RECURSO INOMINADO, **mantendo a sentença por seus próprios fundamentos com fulcro no que dispõe o art. 46 da Lei 9.099/95, eis que**



**proferida em consonância com os termos do verbete nº 15, do Aviso Conjunto TJ/COJES nº12/2015, segundo o qual não cabe internação compulsória em sede de Juizado Especial Fazendário.** Condeno o Recorrente ao pagamento das custas e honorários advocatícios na forma do art. 85, §3º, do NCPC, arbitrando estes no percentual mínimo estabelecido nos referidos incisos, observando-se o disposto no art. 85, §5º, do referido diploma legal e a gratuidade de justiça deferida. Rio de Janeiro, 04 de julho de 2016. **(Grifei)**

À medida que as entrevistas eram realizadas, observou-se uma fala comum dos juízes em atuação nas VFP em apontar, também como porta de entrada dos pedidos de internação compulsória, o Plantão Noturno de primeiro grau. Esse está localizado no Fórum da Capital no Centro do Rio de Janeiro, porém, destina-se a todas as Comarcas do Estado do Rio de Janeiro<sup>34</sup>. Funciona das 18h às 11h todos os dias e é regulamentado pela Resolução nº 33/2014<sup>35</sup> do Órgão Especial do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro.

Há um rodízio entre 04 (quatro) juízes durante um quadrimestre. Os juízes interessados se inscrevem para concorrerem para essas vagas, sendo a escolha do Presidente do Tribunal de Justiça, com base no seu livre convencimento. Não podem concorrer os juízes em vitaliciamento<sup>36</sup>, conforme o artigo 21 da Resolução nº 33/2014<sup>37</sup>, bem como os juízes da Comarca da Capital das Varas da Infância, da Juventude e do Idoso, da Vara da Infância e da Juventude, Juizados de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher, e da Vara de Execuções Penais<sup>38</sup>. Tais magistrados possuem competência apenas para casos considerados urgentes e que se enquadrem no disposto no art. 2º e 3º da Resolução nº 33/2014:

**Art. 2º** O plantão judiciário noturno, em primeiro e segundo graus de jurisdição, destina-se exclusivamente ao exame das seguintes matérias:

I- pedidos de habeas corpus e mandados de segurança em que figurar como coatora autoridade submetida à competência jurisdicional do magistrado plantonista;

**II- pedidos de autorização para internações que envolvam risco para a vida humana;**

III- medidas protetivas previstas na Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006;

IV- pedidos cautelares penais em medida sigilosa, apenas quando necessários para preservação da vida humana;

<sup>34</sup> Art. 27 O plantão noturno de primeiro grau destina-se a todas as comarcas do Estado do Rio de Janeiro.

<sup>35</sup> Disponível no endereço eletrônico: <http://s.conjur.com.br/dl/resolucao-33-2014-tjrj.pdf>

<sup>36</sup> Período de 2 (dois) anos após a posse em que o juiz é submetido a avaliações, podendo não ser confirmada a sua posse. Equivale ao estágio probatório dos servidores públicos em geral, com a diferença que, para esses, o período de avaliações é de 03 (três) anos.

<sup>37</sup> Art. 21 Serão designados para o cumprimento do plantão noturno os juízes das comarcas da capital e do interior, titulares e regionais, excluídos os juízes em processo de vitaliciamento. Parágrafo único. Os juízes mencionados no caput deste artigo serão selecionados pela Presidência, através de edital, para atuação exclusivamente no plantão judiciário noturno, durante um quadrimestre.

<sup>38</sup> Artigo 26 c/c artigo 12, parágrafo único da Resolução nº 33/2014.

V- autorização para viagem de menor em trânsito, desde que justificada a urgência.

§ 1º Apreciado judicialmente o pedido, qualquer impugnação deverá ser feita no horário de expediente normal.

§ 2º Não serão objeto de apreciação em plantão noturno comunicações de prisão em flagrante ou matérias relacionadas a direito do consumidor, à exceção da hipótese do inciso II, supra. **(Grifei)**

**Art. 3º** O plantão judiciário diurno **nos dias em que não houver expediente forense**<sup>39</sup>, em primeiro e segundo grau de jurisdição, destina-se exclusivamente ao exame das seguintes matérias, além das previstas no art. 2º:

I- comunicações de prisão e a conversão ou não de flagrante em prisão preventiva ou outras medidas cautelares diversas da prisão e apreciação dos pedidos de concessão de liberdade provisória;

II- representação da autoridade policial ou do Ministério Público visando à decretação de prisão preventiva ou temporária em caso de justificada urgência surgida fora do horário de expediente;

III- pedidos de busca e apreensão de pessoas, bens ou valores, desde que objetivamente comprovada a urgência;

IV- medida cautelar, de natureza cível ou criminal, que não possa ser realizada no horário normal de expediente e quando da demora possa resultar risco de grave prejuízo ou de difícil reparação;

V- pedidos de internação provisória formulados em representações por atos infracionais de adolescentes em conflito com a lei.

§ 1º Não cabe apreciação em plantão de quaisquer medidas de natureza cível ou penal que possam ser deduzidas durante o horário do expediente forense, especialmente referentes a fornecimento de medicamentos, internações, concurso público, editais de licitação, comunicações de flagrante lavrados durante o período de expediente e pedidos de prisão preventiva, fora da hipótese do inciso II, que serão considerados atos atentatórios à dignidade da Justiça, com as consequências legais pertinentes.

§ 2º É vedada a apreciação, durante o plantão, de pedidos de levantamento de importância em dinheiro ou valores, ou a liberação de bens apreendidos.

§ 3º Qualquer pedido formulado por meio de petição eletrônica no portal, destinado ao primeiro ou segundo grau, será apreciado pelo juiz natural, vedada sua apreciação em plantão. **(Grifei).**

Os pedidos de internação compulsória por uso de drogas encontram-se amparados pela competência do Plantão Noturno, na forma do artigo 2º, II da Resolução nº 33/2014 do Órgão Especial do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, como acima grifado.

Já, nas Comarcas de Nova Iguaçu e Duque de Caxias, localizadas na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, identificou-se, igualmente em razão da competência para decidir, como “portas de entrada” das referidas ações judiciais, as varas cíveis e as varas de família.

<sup>39</sup> Não há expediente forense nos fins de semana e feriados.

A inclusão das varas cíveis nas Comarcas de Nova Iguaçu e Duque de Caxias deu-se pelo fato de, em tais localidades, por uma questão de divisão administrativa de competência, não existir varas de fazenda pública especializadas. Assim, a competência fazendária passa a ser dos juízos cíveis. Do mesmo modo, não existe varas de órfãos e sucessões, como na Capital, o que torna as varas de família competentes para processar e julgar as ações de submissão à curatela (antiga interdição).

As competências das varas cíveis e de família da Comarca de Nova Iguaçu estão definidas no art. 118 da Lei nº 6582/2013 (Organização e Divisão Judiciária do Estado do Rio de Janeiro) e no artigo 21 do Ato Normativo Conjunto TJ/CGJ<sup>40</sup> nº 05/2015. Na Comarca de Duque de Caxias a competência das varas cíveis e de família está disciplinada no artigo 15 do Ato Normativo Conjunto TJ/CGJ nº 05/2015.

Definidas as “portas de entrada” dos pedidos de internação compulsória, faz-se necessário explicitar os motivos pelos quais não se incluíram duas áreas de competência: as varas cíveis da Capital e as varas criminais, tanto da Capital, como em Nova Iguaçu e Duque de Caxias.

### 3.2.1 Varas cíveis da capital: critério de exclusão

As varas cíveis da Comarca da Capital não foram consideradas como “portas de entrada” para as ações de internação compulsória por alguns motivos. Primeiramente, deve-se esclarecer que as mesmas possuem competência cível residual<sup>41</sup>, no sentido de que não lhes serem destinadas ações de outras competências, tal como ocorre com as varas cíveis das

---

<sup>40</sup> Corregedoria Geral de Justiça

<sup>41</sup> “**Art. 42** Os juízes de direito cíveis têm competência genérica e plena na matéria de sua denominação, ressalvada a privativa de outros juízes, competindo-lhes, ainda, cumprir cartas precatórias pertinentes à jurisdição cível”. – Lei nº 6956/2015 – Organização e Divisão Judiciárias do Estado do Rio de Janeiro, disponível em: <http://alerj.rj.gov.br/CONTLEI.NSF/f25571cac4a61011032564fe0052c89c/7954a68a437095b983257dcf00599dda?OpenDocument>. Último acesso em 11/09/2017.

Comarcas de Entrância Comum<sup>42</sup>, bem como com algumas Comarcas de Entrância Especial<sup>43</sup>, como Nova Iguaçu e Duque de Caxias.

Dessa forma, as varas cíveis da Capital não possuem competência para processar e julgar pedidos de submissão à curatela (antiga interdição), tampouco os processos em que figurem no polo passivo os entes da federação. Nessas varas, discute-se nas questões de saúde, por exemplo, a aplicação da Lei dos Planos de Saúde Privada (Lei nº 9656/98) e o Código de Defesa do Consumidor (CDC), voltando-se para um debate em torno da saúde privada.

Como as ações de internação compulsória envolvem questões de capacidade, bem como são dirigidas, via de regra, a algum ente estatal (Estado e/ou Município), havendo um debate em torno da saúde pública, entendeu-se que as varas cíveis, então, não deveriam ser incluídas na presente pesquisa.

Contudo, não se pode deixar de registrar que, durante as entrevistas, uma fala apareceu entre os juízes que tinham experiência na vara cível da Capital: a de que era muito comum o requerimento de internação psiquiátrica para tratamento de dependência química<sup>44</sup> em clínicas particulares, com o pedido específico de internação por prazo indeterminado. Ressalte-se que não havia o pedido de internação compulsória, mas sim de internação psiquiátrica, que, com fulcro na Lei nº 10.216/01, acabava assumindo o formato de internação involuntária. Assim, escapava ao objeto proposto.

Porém, essas afirmações despertaram uma curiosidade a respeito do assunto, uma vez que, apesar de titular de vara cível há 11 (onze) anos<sup>45</sup>, nunca se havia deparado com algo semelhante. Fez-se, assim, uma pesquisa de jurisprudência no *site* do Tribunal de

---

<sup>42</sup> **Art. 14** São Comarcas de Entrância Comum as de Angra dos Reis, Araruama, Armação de Búzios, Arraial do Cabo, Barra do Piraí, Barra Mansa, Bom Jardim, Bom Jesus do Itabapoana, Cachoeiras de Macacu, Cambuci-São José de Ubá, Cantagalo, Carapebus-Quissamã, Carmo, Casimiro de Abreu, Conceição de Macabu, Cordeiro-Macuco, Duas Barras, Engenheiro Paulo de Frontin, Guapimirim, Iguaba Grande, Itaboraí, Itaguaí, Italva-Cardoso Moreira, Itaocara, Itaperuna, Itatiaia, Japeri, Laje de Muriaé, Macaé, Magé, Mangaratiba, Maricá, Mendes, Miguel Pereira, Miracema, Natividade-Varre-Sai, Nilópolis, Paracambi, Paraíba do Sul, Paraty, Paty do Alferes, Pinheiral, Piraí, Porciúncula, Porto Real-Quatis, Queimados, Resende, Rio Bonito, Rio Claro, Rio das Flores, Rio das Ostras, Santa Maria Madalena, Santo Antônio de Pádua-Aperibé, São Fidélis, São Francisco do Itabapoana, São João da Barra, São José do Vale do Rio Preto, São Pedro da Aldeia, São Sebastião do Alto, Sapucaia, Saquarema, Seropédica, Silva Jardim, Sumidouro, Tanguá, Trajano de Moraes, Três Rios-Areal-Levy Gasparian, Valença e Vassouras. (**Grifei**) - Lei nº 6956/2015 – Organização e Divisão Judiciárias do Estado do Rio de Janeiro.

<sup>43</sup> **Art. 13** As Comarcas são de Entrância Comum e de **Entrância Especial**, esta constituída das **Comarcas da Capital**, de Belford Roxo, de Cabo Frio, de Campos dos Goytacazes, de **Duque de Caxias**, de Niterói, de Nova Friburgo, de **Nova Iguaçu-Mesquita**, de Petrópolis, de São João de Meriti, de São Gonçalo, de Teresópolis e de Volta Redonda. (**Grifei**) - Lei nº 6956/2015 – Organização e Divisão Judiciárias do Estado do Rio de Janeiro.

<sup>44</sup> Expressão utilizada pelos entrevistados.

<sup>45</sup> De janeiro de 2007 a novembro de 2012 na 2ª vara cível de Resende. De novembro de 2012 até os dias atuais na 1ª vara cível de Queimados.

Justiça do Rio de Janeiro<sup>46</sup>, utilizando-se as expressões “internação psiquiátrica e plano de saúde e prazo”, entre os anos de 2010 e 2017, encontrando-se 38 (trinta e oito) acórdãos.

Verificou-se que o fundamento dessas ações reside na Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9656/98), que veda a limitação da internação hospitalar no artigo 12, II, “a”<sup>47</sup>, bem como no Código de Defesa do Consumidor, artigo 51, IV<sup>48</sup>, que considera nulas as cláusulas que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada.

Os Planos de Saúde, em geral, possuem cláusula limitando as internações psiquiátricas a 30 (trinta) dias consecutivos, ou, até mesmo a 30 (trinta) dias anuais. Alguns contêm cláusula de coparticipação a partir do 31º dia de internação, o que, pelo art. 16, VIII da Lei nº 9656/98<sup>49</sup>, é permitido, desde que expresso de forma clara no contrato.

Para refutar essas limitações com relação à internação psiquiátrica, as partes autoras utilizam, realizando uma interpretação abrangente da expressão “internação hospitalar”, o Enunciado de Súmula nº 302 do STJ: “É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado”.

Na pesquisa acima citada, verificou-se que alguns acórdãos admitem a coparticipação, pois não representaria limitação do prazo para a internação, mas apenas rateio de despesas, o que estaria de acordo com o artigo 16, VIII da Lei nº 9656/98, antes citado. Já, outros, consideram tal cláusula abusiva com base na Súmula nº 302/STJ, acima transcrita.

Contudo, o que se observou nos 38 (trinta e oito) julgados foi a possibilidade de indeterminação do prazo para a internação psiquiátrica, ainda que custeada pelo beneficiário a partir do 31º dia, utilizando-se como fundamento a proteção do consumidor e a saúde do

<sup>46</sup> <http://www4.tjrj.jus.br/ejuris/ConsultarJurisprudencia.aspx> - Pesquisa realizada em 14/09/2017.

<sup>47</sup> **Art. 12.** São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso i e o § 1º do art. 1º desta lei, nas segmentações previstas nos incisos i a iv deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas: [\(redação dada pela medida provisória nº 2.177-44, de 2001\)](#) (...) **II - quando incluir internação hospitalar:** **a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo,** valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos; [\(Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001\)](#) **b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade,** a critério do médico assistente; [\(Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001\)](#) (...). **(Grifei)**

<sup>48</sup> Art. 51. São nulas de pleno direito, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que: (...) IV - estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade. (...).

<sup>49</sup> Art. 16. Dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei **devem constar dispositivos que indiquem com clareza:** [\(Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001\)](#) (...) VIII - a franquia, os limites financeiros ou o **percentual de co-participação do consumidor ou beneficiário, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica;** [\(Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001\)](#) (...). **(Grifei)**

paciente. Em todos os acórdãos houve o deferimento do pedido de internação psiquiátrica. Seguem algumas ementas:

**APELAÇÃO CÍVEL Nº 0406321-90.2014.8.19.0001**

DATA DA DECISÃO: 1º/09/2016

DIREITO DO CONSUMIDOR. RESPONSABILIDADE CIVIL. PLANO DE SAÚDE. INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA. ALEGAÇÃO DE ABUSIVIDADE DA CLÁUSULA CONTRATUAL QUE PREVE CUSTEIO, EM REGIME DE COPARTICIPAÇÃO, DA INTERNAÇÃO A PARTIR DO 31º DIA. PRETENSÃO DECLARATÓRIA DE NULIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL CUMULADA COM CONDENATÓRIA EM OBRIGAÇÃO DE FAZER E REPARTÓRIA DE DANOS MATERIAIS E MORAIS. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA DOS PEDIDOS, QUE CONDENOU A PARTE RÉ A CUSTEAR INTEGRALMENTE A COBERTURA PLEITEADA, BEM COMO A PAGAR R\$ 10.000,00 (DEZ MIL REAIS) A TÍTULO DE DANOS MORAIS. INCONFORMISMO DA PARTE RÉ QUE, POR INTERMÉDIO DE RECURSO DE APELAÇÃO, PUGNA PELA REFORMA INTEGRAL DA SENTENÇA, PARA JULGAR IMPROCEDENTES OS PEDIDOS AUTORAIS. 1. **Ausência de abusividade na cláusula contratual que estabelece limitação temporal ao custeio integral da internação psiquiátrica, exigindo a coparticipação do beneficiário, depois de extrapolado determinado período. Inteligência do art. 16, inciso VIII da Lei 9.656/1998. Cláusula legitimamente estabelecida. Precedentes do STJ e do TJRJ.** 2. **Incabível a aplicação da súmula nº 302 do Superior Tribunal de Justiça ao caso concreto, porquanto a cobrança de coparticipação não representa limitação ao prazo de internação, mas apenas exige uma coparticipação do beneficiário para continuidade do tratamento, visando preservar a manutenção do equilíbrio financeiro do contrato firmado pelas partes.** 3. Dano moral não configurado. 4. Reforma da sentença que se impõe. Improcedência dos pedidos. 5. Parte autora que deve arcar com o pagamento das custas e dos honorários de sucumbência. 6. RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. (Grifei)

**AGRAVO DE INSTRUMENTO nº 0039581-27.2017.8.19.0000**

DATA DA DECISÃO: 31/08/2017

Tutela de urgência deferida determinando o custeio de internação psiquiátrica, fixando multa diária de R\$ 5.000,00 em caso descumprimento. Plano de Saúde. Insurgência contra a decisão afirmando prazo de carência e redução da multa em valor condizente. Manutenção da Decisão. **Ordem judicial que determinou a internação psiquiátrica. Direito à saúde, em que há risco à integridade física de seus associados, sendo o tempo é essencial para que se possa minimizar as consequências da patologia apresentada, oferecendo ao doente o tratamento clínico indicado. Verbetes Sumular de nº 357 deste Tribunal. Prazo de carência que se afasta devido a comprovação da urgência e emergência da internação e tratamento.** Multa cominatória no valor de R\$ 5.000,00, em caso de descumprimento do provimento antecipatório que se justifica, haja vista que o escopo do instituto é conferir efetividade à ordem judicial. Ademais não precisa a agravante se rebelar contra a multa fixada, bastando cumprir a decisão antecipatória que afirma já ter cumprido. Valor perfeitamente viável,

tendo em vista a finalidade da multa e a capacidade econômica da agravante, destacando, ainda, que **estamos na ponderação entre o direito à vida e o princípio da dignidade da pessoa humana, em detrimento às regras de risco securitário, devem prevalecer os primeiros**, até porque entendeu o constituinte originário em erigir o princípio constante do art. 1º, III, da CF/88, como motriz e norteador de todo o nosso ordenamento jurídico. **A opção é pela vida**. Limitação da multa que se impõe, com o intuito de não se verificar enriquecimento sem justa causa. Limitação da multa em R\$ 50.000,00. Conhecimento e não provimento do recurso. **(Grifei)**

**APELAÇÃO CÍVEL Nº. 0017198-33.2014.8.19.0203**

DATA DA DECISÃO: 02/02/2017

**RELAÇÃO DE CONSUMO. AÇÃO DECLARATÓRIA DE NULIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL C/C OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZATÓRIA POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. LIMITAÇÃO DE INTERNAÇÃO. TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DECORRENTE DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA DE ÁLCOOL E ENTORPECENTES. NECESSIDADE DE MANUTENÇÃO DA INTERNAÇÃO EM CARÁTER DE URGÊNCIA. COBRANÇA DE COPARTICIPAÇÃO APÓS O TRIGÉSIMO DIA DE INTERNAÇÃO. ABUSIVIDADE DE CLÁUSULA.** 1. Sentença de procedência que declara a nulidade da cláusula contratual que estabelece o limite de 30 (trinta) dias para internação, exigindo a coparticipação do paciente, condena a ré à manutenção da internação do autor, autorizando os procedimentos e medicamentos necessários conforme prescrição médica e ao pagamento a título de danos morais no valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais). 2. Apelação da parte Ré pugnano pela reforma integral da sentença, sustentando ausência de abusividade de cláusula contratual, ou, subsidiariamente, redução do valor fixado a título de indenização. 3. Versa a hipótese sobre a legalidade de imposição ao autor do regime de coparticipação no pagamento de despesas relativas à internação hospitalar psiquiátrica, a partir do 31º dia do tratamento médico, cingindo-se a controvérsia em perquirir se houve falha na prestação de serviço e se de tal vicissitude decorre o dever da ré de reparar os danos imateriais alegadamente suportados. 4. Cumpre pontuar que a legislação consumerista visa corrigir a desigualdade existente entre os polos da relação jurídica frente à impotência da parte vulnerável nas negociações, haja vista a patente imposição da vontade da prestadora de serviços na elaboração das cláusulas contratuais, cujas disposições são apresentadas ao consumidor que a elas adere sem que lhe seja permitida qualquer alteração. 5. Nesse viés, **o CDC conferiu ao consumidor uma série de direitos com vistas a propiciar maior equilíbrio nas relações de consumo, concretizando, assim, o princípio constitucional da isonomia. Estabeleceu também a nulidade de cláusula contratual reputada abusiva, vedando a estipulação de obrigações que se demonstrem excessivamente onerosas para o consumidor, considerando-se a natureza e o conteúdo do contrato, o interesse das partes e outras circunstâncias peculiares ao caso concreto, na forma dos incisos IV e XV, de seu artigo 51.** 6. Nessa ve-  
reda, é possível afirmar que a cláusula limitativa de cobertura ora em apreciação acarreta um profundo desequilíbrio contratual em desfavor do autor, em afronta aos princípios elencados no Código de Defesa do Consumidor, na medida em que inviabiliza o acesso do autor ao

tratamento imprescindível à preservação de sua saúde física e psíquica. 7. Convém ainda assinalar que a Lei n. 9.656/98, que regula os contratos de plano de saúde, estabelece que a operadora não pode estabelecer, em internações, limitação de "prazo, valor máximo e quantidade em clínicas básicas e especializadas" (art. 12, II, "a"). E, em alinhamento à referida lei, o Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula n. 302/STJ, que consigna ser abusiva a cláusula contratual que limita o tempo de internação do segurado ou usuário. 8. É cediço que o dano moral se extrai não exatamente da prova de sua ocorrência, mas da análise da gravidade do ato ilícito em abstrato. Vale dizer, a comprovação da gravidade do ato ilícito gera, ipso facto, o dever de indenizar, em razão de uma presunção natural, que decorre da experiência comum, de que, nessa hipótese, ordinariamente há um abalo significativo da dignidade da pessoa. 9. É sabido que à míngua de dados objetivos para a fixação da indenização devida por danos morais, alguns fatores devem ser levados em conta para sua fixação, tais como: a capacidade econômica das partes; a natureza e extensão do dano, e as circunstâncias em que se deu o ato ilícito, atentando-se, ainda, que a indenização deve ser necessária e suficiente para inibir novas condutas lesivas por parte da ré, desde que não se transforme em fator de locupletamento por parte do autor. Manutenção que se impõe. **(Grifei)**

Foram tantas as ações nesse sentido que, em maio de 2017, o TJ/RJ editou, em votação unânime, o enunciado de súmula<sup>50</sup> n° 357 no sentido de tornar nulas as cláusulas contratuais de planos de saúde que limitassem o tempo de internação para tratamento psiquiátrico ou dependência química:

**Súmula TJ/RJ N°357:** É nula cláusula inserida em contrato de plano ou de seguro-saúde, que limita o tempo de cobertura de internação, inclusive para tratamento psiquiátrico ou dependência química.

A fundamentação do Relator foi baseada no entendimento pacífico do STJ a respeito da interpretação do CDC quanto à abusividade da cláusula limitadora do tempo de internação hospitalar. Ressalte-se que não há qualquer menção à Lei n°10.216/01:

A limitação do tempo de qualquer internação é repelida pela jurisprudência pacificada do Superior Tribunal de Justiça (Verbete 302, da Súmula do STJ), porque impõe ao paciente/beneficiário/consumidor um ônus excessivo, em flagrante e ilegal desequilíbrio contratual, vedado pelas normas de proteção do Código de Defesa do Consumidor e pelo princípio da boa fé objetiva. Nem o médico, nem o paciente, são senhores do prazo da recuperação deste. **O estabelecimento de prazo limite de internação, com ou sem a previsão de posterior regime de co-participação, em qualquer**

<sup>50</sup> Art.121- Será objeto de inclusão, revisão ou cancelamento de enunciado sumular a tese uniformemente dotada, na interpretação de norma jurídica, por decisões reiteradas dos Órgãos do Tribunal de Justiça no mesmo sentido. – Extraído do REGIMENTO Interno do TJ/RJ. Alterado pela Resolução TJ/OE/RJ No 10/2016, de 06/04/2016.



**caso, limita a prestação da operadora - e não os seus riscos -, sendo, pois, manifestamente abusivo.<sup>51</sup> (Grifei)**

Esse entendimento, com o qual não se concorda, na prática, leva a uma indeterminação de prazo nas internações psiquiátricas, o que contraria a Lei nº 10.216/01 e a Portaria nº 3088/11, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Frise-se que não se trata apenas de uma mera contrariedade legal sem declaração de inconstitucionalidade, mas uma afronta a todo um movimento social que lutou durante anos para conquistar a Reforma Psiquiátrica, que restou consubstanciada na Lei nº10.216/01.

A edição do enunciado de súmula nº 357 do TJ/RJ, na forma como foi redigido, importa em enorme equívoco de interpretação e compreensão da Reforma Psiquiátrica pelo Poder Judiciário. Merece, portanto, algumas ponderações.

Inicialmente, vale frisar que não se pode aplicar o Código de Defesa do Consumidor indiscriminadamente, sem uma análise do contexto. Por certo, e isso já é pacífico na jurisprudência brasileira, os contratos de planos de saúde não podem limitar o número de dias das internações hospitalares e permanências em Centros de Terapia Intensiva (CTI) ou Unidades de Terapia Intensiva (UTI). De fato, por mais que existam protocolos, cada organismo tem um tempo para se recuperar, além dos imprevistos que sempre podem acontecer. Admitir a limitação de dias de internação nessas hipóteses seria permitir abusos e até a morte de muitas pessoas.

Contudo, na hipótese de internação psiquiátrica, qualquer que seja o motivo, tem-se que cotejar as normas do CDC com a Lei nº 10.216/01 e a Portaria nº 3088/11. A internação é excepcional e limitada a um prazo a ser definida por uma equipe multidisciplinar. Isso tem uma razão: acabar com as internações por prazo indeterminado, tal como ocorriam na realidade anterior ao início da Luta Antimanicomial e à Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Em um segundo momento, deve-se ter como pressuposto de que a Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/01) abrangeu o setor público e o setor privado, respeitada a livre iniciativa garantida pela Constituição<sup>52</sup>, sempre lembrado que a saúde privada é complementar à saúde pública (art. 199<sup>53</sup>, CR/88).

---

<sup>51</sup> <http://portaltj.tjrj.jus.br/documents/10136/18187/sumulas.pdf?v02>. Último acesso em 11/09/17.

<sup>52</sup> Art. 170. A ordem econômica, fundada na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa, tem por fim assegurar a todos existência digna, conforme os ditames da justiça social, observados os seguintes princípios:

<sup>53</sup> Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Isso significa que a livre iniciativa dos profissionais proprietários de clínicas ou hospitais privados psiquiátricos, bem como de comunidades terapêuticas, não poderá contrariar as diretrizes estabelecidas pela Lei nº 10.216/01 e pelas Portarias nº 336/02 e 3088/11. Tanto o é que tais instituições são obrigadas a realizarem a notificação ao Ministério Público quando do recebimento de uma internação involuntária, como dispõe o art. 8º da Lei nº 10.216/01<sup>54</sup>.

Por certo, devem também seguir as demais diretrizes quanto às regras de internação. Em suma, as instituições privadas de psiquiatria devem seguir o modelo de tratamento dos CAPS, sendo permitido o acolhimento noturno limitado a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) intercalados em um período de 30 (trinta) dias, como estabelecido no art. 4º, item 4.3.1, “i” da Portaria nº 336/02<sup>55</sup>, que regulamenta o funcionamento dos CAPS.

Percebe-se, assim, que a internação, aqui referida como acolhimento noturno, apenas é permitida por curto período e de modo ambulatorial. Isso porque é característica dos CAPS o serviço ambulatorial, como estabelece o art. 1º, §2º da mesma Portaria:

Art. 1º (...)

(...)

§2º Os CAPS deverão constituir-se em **serviço ambulatorial de atenção diária** que funcione segundo a lógica do território. **(Grifei)**

O que essa interpretação do TJ/RJ faz é ressuscitar a possibilidade da realidade existente antes da Reforma Psiquiátrica. A persistir esse entendimento, em pouco tempo, haverá espaços privados de exclusão legitimados pelo Poder Judiciário, verdadeiros asilos Pinelianos, o que é vedado pela Lei nº 10.216/01, art. 4º, §3º<sup>56</sup>.

---

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

<sup>54</sup> Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento. § 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

<sup>55</sup> Art. 4º Definir, que as modalidades de serviços estabelecidas pelo Artigo 1º desta Portaria correspondem às características abaixo discriminadas: (...) 4.3.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS III inclui as seguintes atividades: (...) i - a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias.

<sup>56</sup> Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitais se mostrarem insuficientes. § 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do

Além disso, esse entendimento reforça a diferença entre o público e o privado no Brasil, porém, de uma forma não usual, pois os usuários do setor público, excepcionalmente, seriam privilegiados.

Explica-se: pela lógica da Súmula nº 357 TJ/RJ, os beneficiários de planos de saúde poderão ficar internados em dependências psiquiátricas por tempo indeterminado, o que não vai acontecer com aqueles que fazem tratamento pelo SUS já que, desde 2001, os leitos psiquiátricos das redes públicas vêm sendo gradativamente extintos e as pessoas desinstitucionalizadas.

O objetivo da Reforma Psiquiátrica, como sempre (e sempre!) diz Paulo Amarante, não é apenas a retirada das pessoas desses locais de clausura. Constituiu um processo social complexo, que tem como finalidade também a produção de uma nova mentalidade de como tratar as pessoas com sofrimento mental.

Ou seja, um processo que tem como escopo não uma melhoria ou aperfeiçoamento científico e ético da psiquiatria apenas, mas uma transformação social e política da psiquiatria mediando outro *lugar social* para o sofrimento humano, a diferença, a diversidade (2015, p. 68)

Não faz sentido algum se estabelecer relações de humanidade e humanização com o público e não o fazer com o privado. Aqui, o capital subverteu a sua lógica, fazendo com que a Reforma Psiquiátrica não alcance os mais abastados (ao menos em tese), que continuarão a ter a sua liberdade e autonomia restringida e subjugada. Nesse aspecto, não ter plano de saúde passou a ser mais vantajoso, do ponto de vista do paciente, da pessoa em sofrimento ou em abuso de alguma droga. Conclui-se, assim, que a Reforma Psiquiátrica não chegou para quem tem plano de saúde.

Assim, apesar das varas cíveis não terem sido incluídas nessa pesquisa, pois o objetivo desta Tese nunca foi discutir saúde privada, tampouco a aplicação ou não das regras do Código de Defesa do Consumidor, ficou evidente a proporção com que a falta de informação a respeito da Reforma Psiquiátrica pelo Poder Judiciário tomou. Desse modo, entendeu-se pertinentes as observações acima.

---

paciente em seu meio. § 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros. § 3º **É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares**, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º. (Grifei)

### 3.2.2 Varas e juizados especiais criminais: critério de exclusão

Faz-se necessário explicitar as razões pelas quais optou-se por não incluir na presente pesquisa as varas e juizados especiais criminais, tanto da Comarca da Capital, como de Nova Iguaçu e Duque de Caxias.

Como já apontado no item 3.1 deste capítulo, o objetivo não era estudar as ações que tratassem do uso de drogas enquanto ato “criminoso”<sup>57</sup>, cuja ação estivesse sendo processada e julgada em uma vara criminal.

Do mesmo modo, nunca se teve o interesse de perquirir acerca da aplicação da internação compulsória como medida de segurança, na hipótese de pessoa em sofrimento mental praticar ato definido como crime. Até mesmo porque, como já exposto na Introdução, não se concorda com essa interpretação literal e sistemática do art. 6º, III da Lei nº 10.216/01, especialmente pelo entendimento da não recepção das medidas de segurança pela Constituição da República de 1988.

O interesse sempre foi a verificação da utilização da internação compulsória como pedido principal, manejada pelos familiares (via advogados ou defensor público) ou pelo Ministério Público, em decorrência de situações de questões familiares e/ou risco social.

Vale, neste tópico, uma menção ao projeto de Justiça Terapêutica (JT), inspirado no modelo norte americano da *Drug Courts*. Tal programa foi estabelecido no âmbito do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro em 20 de setembro de 2002, por meio do Ato Executivo nº 041 e visava a possibilitar a recuperação de usuários de drogas adultos por meio da conjugação das medidas da lei penal e práticas terapêuticas. Tinha como objetivos:

Oferecer e possibilitar o tratamento de indiciados e acusados de posse ilegal de substância entorpecente para uso próprio, tendo em vista que a drogadição é uma questão de saúde biopsicossocial. Além disso, a oferta e possibilidade de tratamento contribui para a prevenção da criminalidade. Principalmente da população em situação de vulnerabilidade e precariedade socioeconômica, o usuário, motivado pelo desejo incontrolável de obter a droga, pode ser levado a praticar atos ilícitos - desconsiderando seus valores morais e éticos - a fim de reduzir momentaneamente uma situação de desconforto, uma fissura ou, em alguns casos, um sofrimento.<sup>58</sup>

---

<sup>57</sup> Coloca-se entre aspas, pois é controvertida a natureza jurídica do uso de substâncias consideradas ilícitas como crime ou não. Atualmente essa questão está em discussão no STF, tal como será abordado no Capítulo 6.

<sup>58</sup> <http://www.tjrj.jus.br/web/guest/institucional/vep/apre-justificativas>

O procedimento ocorreria da seguinte forma: durante a audiência nos Juizados Especiais Criminais ou nas Varas Criminais, o membro do Ministério Público oferecia a transação penal<sup>59</sup> ao acusado pelo crime de uso de substância entorpecente<sup>60</sup> consistente na inserção no programa de Justiça Terapêutica. Caso fosse aceita a oferta, o juiz homologava a decisão e o encaminhava para a equipe técnica multidisciplinar para dar início ao processo de avaliação.

Após o encaminhamento à equipe de acolhimento, composto por um psicólogo e um assistente social, o procedimento passava por dois momentos. Em um primeiro momento o indivíduo era atendido pelo grupo de acolhimento que, ao final, agendava o início das entrevistas técnicas de avaliação.

Em texto disponível no site do TJ/RJ a psicóloga Lílian Monteiro Ribeiro, coordenadora técnica da então equipe de Justiça Terapêutica da Vara de Execuções Penais do TJ/RJ assim descreveu como aconteciam as entrevistas:

Nestas entrevistas de Avaliação, realizadas por um psicólogo e um assistente social, buscamos compreender as motivações individuais que levaram aquele sujeito à problemática em questão, procurando identificar o grau de comprometimento com o uso de drogas, suas perdas pessoais e familiares, sua motivação, bem como possíveis comorbidades presentes. Além disto, o contexto socioeconômico do sujeito, suas relações familiares, carências e demandas nas áreas de educação, saúde em geral, trabalho e previdência são também pontos amplamente abordados, uma vez que o nosso foco é no sujeito e não a droga, propriamente dita. Nosso objetivo inicial é avaliar a conveniência de inseri-lo no Programa. Isto significa que a equipe técnica pode considerar um beneficiário não elegível para o programa, avaliação esta que deverá ser imediatamente informada ao juiz de origem. Sendo inserido, nosso próximo passo é avaliarmos a melhor indicação para o beneficiário, que irá depender dos fatores anteriormente mencionados<sup>61</sup>

Ao final das entrevistas era elaborado um relatório denominado Sumário Psicossocial, onde a equipe técnica informa a conveniência, ou não, de inserção no programa, bem

---

<sup>59</sup> Trata-se de instituto despenalizador trazido pela Lei nº9.099/95, onde o Ministério Público não oferece a denúncia e propõe ao réu o cumprimento imediato de penas restritivas de direito ou multas, evitando-se a instauração da ação penal, na forma do artigo 76bda referida lei.

<sup>60</sup> À época ainda vigia o art. 16 da Lei 6368/76:

Art. 16. Utilizar, transportar, oferecer, vender, distribuir, entregar a qualquer título, guardar e fornecer, ainda que gratuitamente, maquinismo, aparelho ou instrumento, ciente de que se destina à produção ou fabricação ilícita de produto, substância ou droga ilícita que cause dependência física ou psíquica:

Pena: reclusão, de 2 (dois) a 8 (oito) anos, e multa.

<sup>61</sup>[https://portaltj.tjrj.jus.br/c/document\\_library](https://portaltj.tjrj.jus.br/c/document_library)

como indicava o encaminhamento a ser dado. O sumário era anexado aos autos do processo para posterior homologação pelo juiz.

O segundo momento da Justiça Terapêutica consistia no cumprimento da medida alternativa, com as seguintes possibilidades: encaminhamento para tratamento em instituição especializada, grupos de acompanhamento, grupos de reflexão, grupos de orientação de familiares e acompanhamento individual pela equipe técnica<sup>62</sup>.

Nos casos de encaminhamento para tratamento, haveria a possibilidade de transação, entre o Estado e o usuário de drogas, pela internação compulsória em clínicas especializadas. De qualquer modo, ainda que recebesse a designação de internação compulsória, tecnicamente, haveria a internação involuntária, ante a coerção utilizada ao indivíduo.

Vale a transcrição dos resultados trazidos pela coordenadora técnica da equipe de Justiça Terapêutica da Vara de Execuções Penais do TJ/RJ<sup>63</sup>, em junho de 2005:

Quanto ao tipo de encaminhamento realizado pela equipe, temos os seguintes números:

- **37% foram encaminhados para instituição de tratamento.** Isto representa o número de pessoas atendidas que necessitavam de uma intervenção mais intensiva, **que pode ir desde o ambulatório até a internação.**
- 14,7% foram encaminhados para o Grupo de Reflexão.
- 25,8 % estavam apenas em acompanhamento individual.
- 15,9% ainda estavam em avaliação.
- 6,5% interromperam o cumprimento da medida/pena antes mesmo de terminarem a avaliação. **(Grifei)**

É importante dizer que, após o levantamento divulgado no site do TJ/RJ, que engloba o período de janeiro de 2003 a junho de 2005<sup>64</sup>, não consta mais nenhuma informação a respeito da Justiça Terapêutica. Em contato com a Vara de Execução Penal (VEP), verificou-se que não mais existe a equipe de Justiça Terapêutica. Contudo, nenhum funcionário soube informar o motivo pelo qual o programa deixou de ser aplicado, tampouco o fato do Ato Executivo nº041/2002 ter sido revogado.

Na verdade, não se lamenta a abdução do projeto de Justiça Terapêutica no âmbito do TJ/RJ, com o qual não se concordava. Por certo, a submissão a qualquer tipo de

---

<sup>62</sup> Cada uma das medidas está detalhada na página no TJ/RJ no seguinte endereço: <http://www.tjrj.jus.br/web/guest/institucional/vep/meto-terapeutica-vep>

<sup>63</sup> [http://www.tjrj.jus.br/c/document\\_library](http://www.tjrj.jus.br/c/document_library)

<sup>64</sup> <http://www.tjrj.jus.br/web/guest/institucional/vep/levantamento>

tratamento deve sempre ser voluntária, sob pena de fracasso pela falta de adesão. A imposição pelo Estado Ministério Público em conjunto com o Poder Judiciário configurava-se um enorme ato de violência.

Vera Batista Malaguti, em seu texto “O Tribunal de Drogas e o Tigre de Papel”(2004), é categórica na crítica ao programa da Justiça Terapêutica:

O programa coopera com a criminalização exigindo testagens de abstinência obrigatórias, exigência de comparecimento regular às “terapias”, pontualidade, “vestir-se apropriadamente para as sessões de tratamento”, colaboração com a realização dos testes de drogas, “comparecer e demonstrar desempenho satisfatório na escola, estágios profissionalizantes e laborativos”; enfim todo um ritual de medidas autoritárias descartadas em quaisquer pesquisas envolvendo resultados positivos em relação à dependência química: dos Vigilantes do Peso aos Narcóticos Anônimos, não há um só programa sério que não indique como primeiro passo o desejo do sujeito dependente.

Atualmente, há um movimento denominado Justiça Restaurativa, já muito presente nas varas de família, infância e juventude e violência doméstica. Trata-se de uma prática que vigora há cerca de 10 (dez) anos no país, segundo informação do site do Conselho Nacional de Justiça (CNJ)<sup>65</sup>.

Consiste, em resumo, numa técnica de resolução de conflito com base na escuta das vítimas e dos ofensores, não sendo realizada pelo juiz, mas sim por um facilitador, que faz um acordo de reparação de danos, buscando a pacificação das relações sociais de forma mais efetiva que uma decisão judicial.

É importante ressaltar que não se trata de um método de solução de conflitos privado e negocial. Ao mesmo tempo em que se devolve aos particulares a prerrogativa de solucionar conflitos que lhes dizem respeito, ao Estado caberá o papel de oportunizar aos envolvidos no fato os meios necessários para que o litígio seja pacificado.

Em suma, temos que a justiça restaurativa constitui um sistema essencialmente comunitário, menos punitivo, mais equilibrado e humano, e que oferece uma resposta mais satisfatória ao conjunto de questões jurídicas, econômicas, psicológicas e sociais resultantes do comportamento delituoso. Envolve, como veremos, uma forma distinta de pensamento sobre as noções tradicionais de privação da liberdade, reabilitação e prevenção do crime, assim como de democracia e comunidade (GONÇALVES, 2015, p. 33).

---

<sup>65</sup><http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/79333-cnj-e-amb-lancam-campanha-nacional-para-ampliar-justica-restaurativa>

Gonçalves (2015, p. 26) relata, em sua dissertação de Mestrado, defendida na Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, uma das primeiras experiências que se tem registro de utilização da técnica de justiça restaurativa:

(...) ocorreu na província canadense de Ontário, em 1974, e teve origem no caso conhecido como Elmira, envolvendo dois jovens usuários de entorpecentes. Relata-se que os adolescentes, sob os efeitos provocados pelas referidas substâncias, confessaram que provocaram danos em mais de vinte automóveis em uma pequena comunidade, deixando os moradores em estado de comoção e perplexidade. Contudo, embora não houvesse disposição legal expressa neste sentido, concordou-se que os jovens solucionariam a questão diretamente com as vítimas, o que resultou na reparação dos prejuízos causados em um curto espaço de tempo

O CNJ incentiva a Justiça Restaurativa e, em 2016, editou a resolução nº 225, que dispõe sobre a Política Nacional de Justiça Restaurativa no âmbito do Poder Judiciário e estabelece como princípios: a corresponsabilidade, a reparação dos danos, o atendimento às necessidades de todos os envolvidos, a informalidade, a voluntariedade, a imparcialidade, a participação, o empoderamento, a consensualidade, a confidencialidade, a celeridade e a urbanidade (art. 2º).<sup>66</sup>

Por essa resolução poderá ser possível o uso da Justiça Restaurativa no âmbito dos Juizados Especiais Criminais, que é o competente para as condutas definidas no artigo 28 da Lei nº 11.343/06 (atual Lei de Drogas), que disciplina o uso de substâncias taxadas de ilícitas. Trata-se de uma perspectiva, do ponto de vista do usuário, muito mais eficaz que a Justiça Terapêutica.

### 3.3 DESCRIÇÃO DAS ETAPAS DA PESQUISA

#### 3.3.1 Entrevistas

Foram enviados 54 (cinquenta e quatro) convites e, ao final, realizadas 27 (vinte e sete) entrevistas com magistrados de primeira instância, de determinados juízos do Fórum Central do Estado do Rio de Janeiro e das Comarcas de Nova Iguaçu e Duque de Caxias, já definidas no item 3.2 deste capítulo.

As entrevistas foram semiestruturadas com perguntas abertas e fechadas (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2011, p. 64), devidamente aprovadas pelo Comitê de

---

<sup>66</sup> [http://www.cnj.jus.br/images/atos\\_normativos/resolucao/resolucao\\_225\\_31052016\\_02062016161414.pdf](http://www.cnj.jus.br/images/atos_normativos/resolucao/resolucao_225_31052016_02062016161414.pdf)



Ética da Escola Nacional de Saúde Pública. Para cada entrevistado foi enviada cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por e-mail, onde lhe era garantido o anonimato. No ato da entrevista, foi entregue uma cópia assinada pela pesquisadora, sendo, também, explicitado o conteúdo do referido Termo.

As entrevistas foram estruturadas com 06 (seis) perguntas abertas, precedidas de um questionário de perfil, com aprovação pelo Comitê de Ética da ENSP/FIOCRUZ, sendo garantido o anonimato aos entrevistados.

Os critérios de inclusão foram: 1) voluntariedade em participar do estudo; 2) estar em atuação em alguma das varas acima elencadas. Já, os critérios de exclusão foram: 1) estar de férias ou qualquer outro tipo de afastamento durante o período da coleta de dados para a pesquisa; 2) recusa em participar da pesquisa.

O período de realização desta etapa da pesquisa, incluindo o contato para o convite e a efetiva entrevista, ocorreu entre os meses de fevereiro e a primeira quinzena de abril de 2017. A transcrição e análise dos dados ocorreram entre os meses de junho e agosto de 2017.

As entrevistas foram todas realizadas nos gabinetes dos respectivos Magistrados, com duração máxima de 10 minutos cada. Não houve nenhum pedido de interrupção por constrangimento das perguntas, mas apenas para atender telefone ou para responder a alguma solicitação de funcionário. Em todas as 27 (vinte e sete) entrevistas o atendimento dispensado a esta doutoranda foi cortês, tanto pelos entrevistados, como pelos funcionários dos cartórios.

Ao final de cada entrevista, após explicar a dificuldade para obter dados quantitativos e, em consequência, a documentação necessária para completar a análise pretendida, era feita a solicitação de decisões a respeito do tema. Alguns prontamente atendiam, outros enviaram posteriormente por e-mail, sendo que 02 (dois) dos entrevistados já haviam separado previamente decisões/sentenças para entregar no ato da entrevista.

Do total de 27 (vinte e sete) entrevistados, 12 (doze) forneceram decisões/sentenças. Dos 15 (quinze) que não forneceram, 05 (cinco) declararam nunca haver decidido acerca de pedido envolvendo internação compulsória, sendo que os 10 (dez) restantes disseram já ter decidido sobre o tema, porém, há muito tempo, não possuindo mais o arquivo.

### 3.3.2 Análise documental

A ideia inicial era realizar um levantamento quantitativo de todos os processos, distribuídos entre os anos de 2010 e 2015, nas mesmas varas em que foram realizadas as entrevistas, que contivessem pedido de internação compulsória por uso de drogas.

Pretendia-se verificar o efetivo aumento de ações judiciais com o pedido de internação compulsória, além de se ter acesso ao discurso judicial (via decisões e/ou sentenças) e ao discurso psiquiátrico (via laudos constantes no processo). Dessa forma, seria possível fazer a interface entre esses saberes, que constitui um dos objetivos desta tese.

O mecanismo de pesquisa disponível ao público em geral no site do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, por meio do campo “Consulta” da página inicial<sup>67</sup>, não se mostrava adequado. Isso porque apenas é possível a identificação de processos que estão em fase de recurso e, portanto, distribuídos para o segundo grau de jurisdição. Frise-se que, por esse meio, é possível a busca por palavras, porém, serão selecionados apenas as decisões em grau de recurso.

Como a intenção do presente trabalho sempre foi a pesquisa das sentenças e decisões dos magistrados de 1ª instância, o uso desse mecanismo de pesquisa não era eficiente para a finalidade pretendida. Tal método pode até levar a algum quantitativo de processos em primeiro grau de jurisdição, pois, sempre se tem a indicação do processo de origem. Porém, não se terá uma amostragem confiável, já que não obrigatoriamente é interposto um recurso em face da decisão ou sentença. Além disso, seria necessário um trabalho demasiado de identificação dos processos no sistema para, em seguida, buscar-se um a um nos respectivos cartórios de primeiro grau.

Para que fosse possível atingir o objetivo proposto, seria preciso uma ferramenta de busca por palavra nos processos distribuídos em primeiro grau de jurisdição, tal como é disponibilizado para os recursos (segundo grau de jurisdição). Desse modo, seria possível o acesso a um número confiável de demandas judiciais envolvendo o tema em estudo.

Assim, fez-se contato com o setor de informática do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, onde foi informado que, para que fosse realizada a busca na forma pretendida, seria necessário o desenvolvimento de um sistema de pesquisa por palavra voltada para os processos de primeira instância. Formulou-se, então, pedido nesse sentido, que foi negado pelo então Presidente do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, sob o fundamento de falta de recursos.

---

<sup>67</sup> <http://www4.tjrj.jus.br/ejuris/ConsultarJurisprudencia.aspx>

Segundo o setor de informática do TJ/RJ, a única forma disponível para a pesquisa quantitativa de processos de primeiro grau seria por assunto/tema. Explica-se: sempre quando uma nova ação é distribuída existe um campo “assunto” que era preenchido, inicialmente, pelo funcionário do Fórum que recebia esse processo. Quando os processos eram apenas físicos esse assunto era anotado na capa do mesmo. Atualmente, com os processos digitais, o campo “assunto” deve ser preenchido por aquele que distribui eletronicamente a ação, ou seja, o advogado, defensor público ou promotor de justiça. O sistema permite que esse tema seja alterado posteriormente, porém, não é uma prática comum.

Os assuntos que deverão ser preenchidos devem obedecer à lista previamente determinada pelo Tribunal de Justiça e, desde o ano de 2008, por uma lista elaborada pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), recém atualizada em 2017.

Na prática, o que ocorre é uma verdadeira confusão, pois, a classificação por assunto, que geraria um banco de dados de primeira instância, não é uma questão considerada importante pela maioria dos atores jurídicos, tampouco pela administração do Tribunal de Justiça, ao menos a do Estado do Rio de Janeiro.

Assim, é comum a classificação das ações em assuntos muito genéricos, quando existe um específico, bem como a inclusão em assunto errado, sem que haja a correção futura, o que gera um banco de dados sem nenhuma credibilidade científica.

Por exemplo: em uma ação onde se requer o fornecimento de medicamentos, que existe assunto específico em ambas as listas (TJ/RJ e CNJ), via de regra é cadastrado como obrigação de fazer (assunto genérico). Certa vez, em atuação profissional, foi-me destinado um processo eletrônico para fornecimento das chamadas “pílulas do câncer”, onde o advogado classificou o assunto como “direitos da personalidade”<sup>68</sup>.

Vê-se, assim, que a inclusão em assunto diverso torna invisível a realidade das demandas judiciais, o que poderá influir nas escolhas públicas futuras. Por isso, o ideal seria a existência da ferramenta de busca por palavra também em primeiro grau, não apenas para efetivar a verdadeira transparência que o Poder Judiciário deve ter, mas também por permitir o direcionamento das reais necessidades da população e, assim, rever as escolhas públicas.

Com relação à internação compulsória, é preciso esclarecer que esse assunto não consta na listagem do TJ/RJ, porém, possui um item específico na classificação elaborada pelo CNJ (ITEM 11993).

---

<sup>68</sup> Em tempo: foi solicitado ao cartório a alteração do assunto da referida ação para “fornecimento de medicamentos”.

Considerando que a pesquisa por assunto era a única possibilidade viável de obtenção de dados quantitativos, foi requerida ao setor de Informática do TJ/RJ uma busca pelo assunto “internação compulsória” entre os anos de 2010 e 2015. No entanto, a mesma restou frustrada, pois, não havia qualquer registro, com base no Código do CNJ, em todo o Estado do Rio de Janeiro.

Ante a ausência de dados quantitativos específicos no TJ/RJ, foram feitas tentativas de busca desses dados no Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (MP/RJ) e junto à Gerência de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro (GSM).

A procura pelo MP/RJ deu-se em razão de, em 2012, por meio da Resolução GPGJ nº 1.784/12, ter sido criado um banco de dados eletrônico denominado Módulo de Saúde Mental<sup>69</sup> (MSM), para receber as comunicações das internações involuntárias, conforme determinado pelo artigo 8º, §1º da Lei nº 10.216/01<sup>70</sup>, bem como acompanhar as ações de interdição e outras medidas de proteção aos portadores de transtornos mentais<sup>71</sup>. A respeito do MSM consta no site do MP/RJ:

O Módulo de Saúde Mental – MSM é um sistema informatizado desenvolvido para o envio das notificações de internações psiquiátricas involuntárias, bem como para o acompanhamento de pacientes portadores de transtornos mentais, objeto da tutela do Ministério Público, a fim de permitir uma atuação efetiva da Instituição pela guarda de seus direitos fundamentais e pela efetivação do direito à convivência familiar. O MSM foi, portanto, concebido com o objetivo de fomentar, facilitar e aperfeiçoar a atuação em prol da proteção e cuidado destes pacientes, permitindo, inclusive, o controle das interdições e respectivas prestações de contas. Como resultado da inteligência das informações cadastradas, espera-se, ainda, facilitar através do MSM a demonstração da demanda social em relação à política pública voltada para a saúde mental. O sistema é gerido pelo MPRJ e conta com a participação dos demais órgãos envolvidos na rede de proteção ao portador de transtornos mentais, como as unidades de internação, com o objetivo de manter atualizadas as informações, no limite das funções exercidas por cada um.<sup>72</sup>

---

<sup>69</sup> <http://msm.mp.rj.gov.br/>

<sup>70</sup> Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

<sup>71</sup> Expressão utilizada no site do MP/RJ.

<sup>72</sup> <http://msm.mp.rj.gov.br/sobre-o-msm/>

Encontram-se disponíveis na página eletrônica do MSM<sup>73</sup> os relatórios das informações cadastradas nos anos de 2012, 2013 e 2014, não havendo disponíveis os relatórios dos anos de 2015 e 2016<sup>74</sup>.

O relatório referente ao ano de 2014 foi lançado em um evento no MP/RJ, onde foi permitida a participação de público externo, razão pela qual se pode comparecer. Naquele ato foi dito, pelos então gestores do MSM, que era vinculado ao Centro de Apoio Operacional da Saúde (CAO SAÚDE), a intenção de ampliar os registros também para as Internações Compulsórias. Foi justamente essa informação que gerou a esperança de, em 2017, o MSM conter os dados que se estava buscando.

Porém, a situação encontrada foi diversa.

O MSM não apenas não expandiu seus registros para também contemplar as internações compulsórias, como havia sido deslocado do CAO SAÚDE para o CAO CÍVEL (Centro de Apoio Operacional Cível) por meio da Resolução GPGJ nº 2.069 de 12 de setembro de 2016, utilizando-se como fundamentação o princípio da especialidade. Não se consegue vislumbrar, tal como o então Procurador Geral de Justiça, como o assunto Saúde Mental não se enquadra em um grupo temático de Saúde, mas sim em um grupo genérico e residual como o Cível.

#### RESOLUÇÃO GPGJ nº 2.069 DE 12 DE SETEMBRO DE 2016.

Altera a Resolução GPGJ nº 1.784, de 04 de dezembro de 2012, transferindo a estruturação, gestão e auditoria do “Módulo de Saúde Mental” para a Coordenação do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça Cíveis. O PROCURADOR-GERAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, no uso de suas atribuições legais, **CONSIDERANDO que o princípio da especialidade aconselha que o sistema “Módulo de Saúde Mental”, criado pela Resolução GPGJ nº 1.784, de 4 de dezembro de 2012, seja vinculado ao Centro de Apoio Operacional com maior identidade temática**; CONSIDERANDO o que consta do Procedimento MPRJ nº. 2016.00765831, R E S O L V E Art. 1º – O caput do art. 2º da Resolução GPGJ nº 1.784, de 4 de dezembro de 2012, passa a ter a seguinte redação: “**Art. 2º – A estruturação, gestão e auditoria do “Modulo de Saúde Mental” caberão à Coordenação do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça Cíveis**”. Art. 2º – Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Rio de Janeiro, 12 de setembro de 2016. (Grifei)

Foi realizado, então, contato telefônico com o Centro de Apoio Operacional Cível, obtendo-se a informação de que o sistema continuava sendo alimentado com os registros de internações involuntárias e as decorrentes de interdição, porém não souberam informar o

---

<sup>73</sup> <http://msm.mp.rj.gov.br/relatorios/>

<sup>74</sup> Último acesso em 05/09/17.

motivo pelo qual os relatórios de 2015 e 2016 não haviam sido gerados. Indagada a respeito das notificações de internação compulsória, a funcionária respondeu que o MSM apenas continha aquelas determinadas por lei, o que não era o caso das internações compulsórias.

Passou-se, então, à busca pelos dados pretendidos em outra instituição. Dessa vez, recorreu-se à Gerência de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro, em meados de maio de 2017. Inicialmente, fez-se contato com a Gerente de Saúde Mental da Secretária Estadual de Saúde, que nos recebeu prontamente.

Relatou-nos que entre os anos de 2010 e 2014 recebia diariamente centenas de determinações judiciais, de todo o Estado, para internações compulsórias em clínicas de tratamento. Os registros sempre foram manuais em livros tombo, não tendo mais acesso aos dos anos anteriores, apenas os do corrente.

Narrou que, a partir de 2014, foi iniciada uma aproximação com a Defensoria Pública, que ajuizava grande parte das demandas, bem como com o Ministério Público. Foram realizados eventos e reuniões em ambas as Instituições a fim de esclarecer acerca da Reforma Psiquiátrica, da inexistência de leitos psiquiátricos públicos, bem como das consequências danosas para o paciente submetido a uma internação compulsória.

Após tais esclarecimentos foi perceptível a redução do quantitativo de intimações de internação compulsória em razão do uso de drogas, cuja demanda é mais frequente no interior do Estado.

Ante a impossibilidade de fornecer dados precisos, encaminhou o pedido para o setor de Central de Mandatos da Secretaria Estadual de Saúde, solicitando os dados referentes à internação compulsória entre os anos 2010 a 2015.

Logo em seguida, a funcionária da Central de Mandatos apresentou uma planilha contendo 97 (noventa e sete) processos. Explicou que o banco de dados digital começou a ser formado no ano de 2012 e funcionou até 2016, quando foi rescindido o contrato com a empresa terceirizada. Desse modo, não constavam os dados dos anos de 2010 e 2011, sendo que a planilha apresentada continha 97 (noventa e sete) processos para o período de 03 (três) anos (2012-2015).

Ao verificar a planilha acima a então Gerente de Saúde Mental demonstrou espanto, ante ao pequeno quantitativo para o período. Considerando que o seu trabalho diário consistia em responder tais determinações, assegurou-nos que 97 (noventa e sete) processos, nos idos de 2012, chegou a ser um número diário.

Assim, apesar de todo o esforço e dedicação demonstrados pelas funcionárias da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, optou-se por não utilizar a planilha fornecida pela Central de Mandados, por entender não representar uma fonte cientificamente confiável. Além disso, não havia a discriminação da localidade do processo, o que levaria a um trabalho de checagem manual de identificação para enquadramento na área objeto da pesquisa.

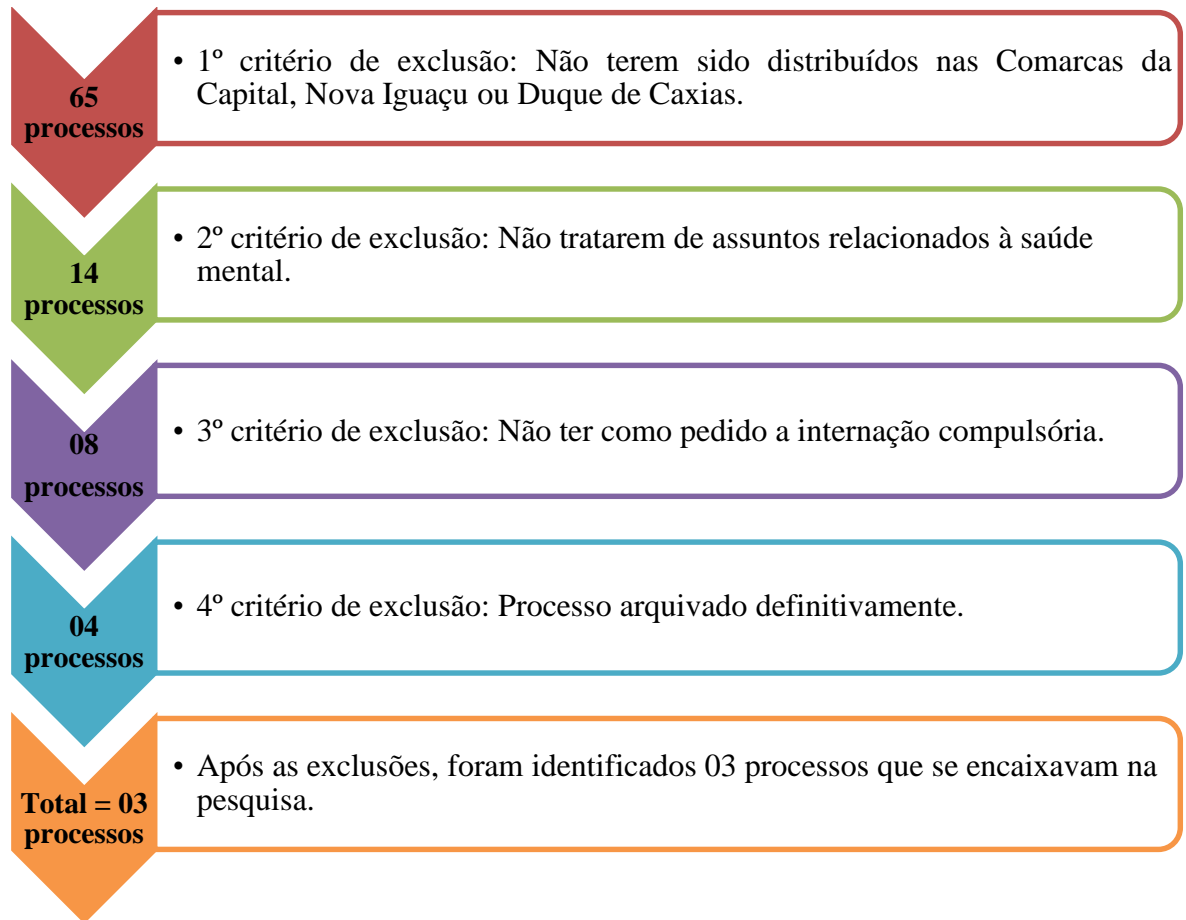
Como última tentativa de obtenção de dados oficiais, requereu-se uma pesquisa, com base na classificação do TJ/RJ, do assunto “saúde mental”, entre os anos 2010 e 2015. O resultado obteve 65 (sessenta e cinco) processos cadastrados nesse assunto.

Desses 65 (sessenta e cinco) processos, 14 (quatorze) foram distribuídos na Capital, sendo que não havia registros para nenhuma ação classificada nesse assunto nas Comarcas de Nova Iguaçu e Duque de Caxias. Fez-se, então, uma depuração dos 14 (quatorze) processos existentes na Capital.

Verificou-se que 08 (oito) correspondiam a ações que efetivamente tratavam sobre saúde mental. Contudo, apenas 04 (quatro) cuidavam especificamente do tema Internação Compulsória, sendo que 01 (um) constava como arquivado com baixa definitiva, o que levou a um total de 03 (três) processos, que tiveram as decisões/sentenças, bem como os laudos psiquiátricos analisados.

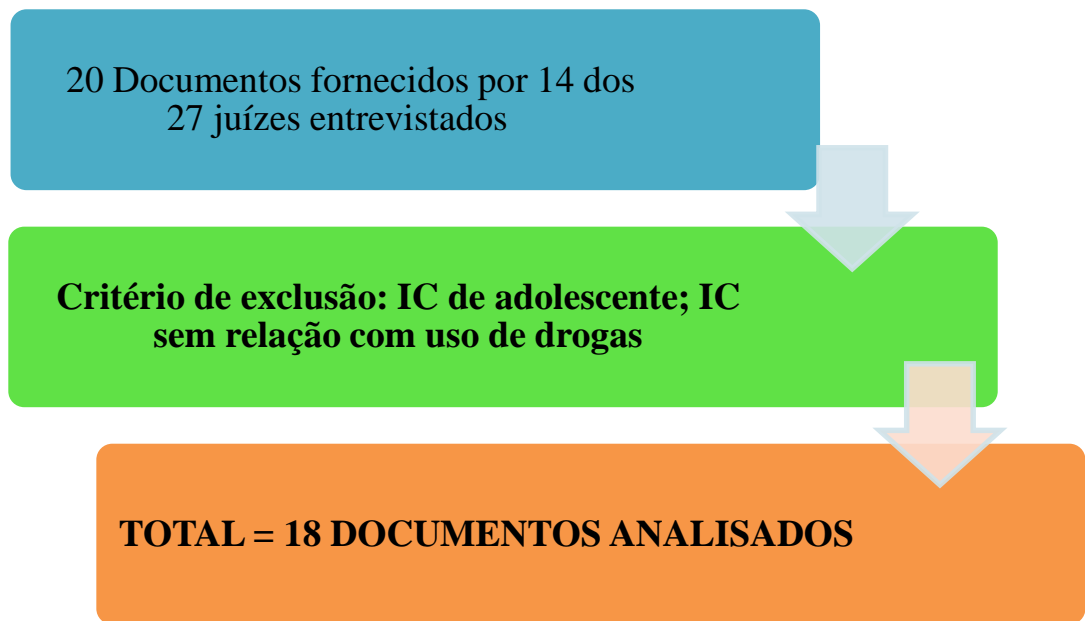
Após todas essas ponderações e tentativas de busca de documentos, optou-se por realizar uma análise por amostragem por duas vias:

- 1) por meio de pesquisa no banco de dados do TJ/RJ com o assunto “saúde mental” (Fluxograma 01);
- 2) por meio das decisões, sentenças, laudos e documentos médicos fornecidos por alguns dos juízes entrevistados (Fluxograma 02).



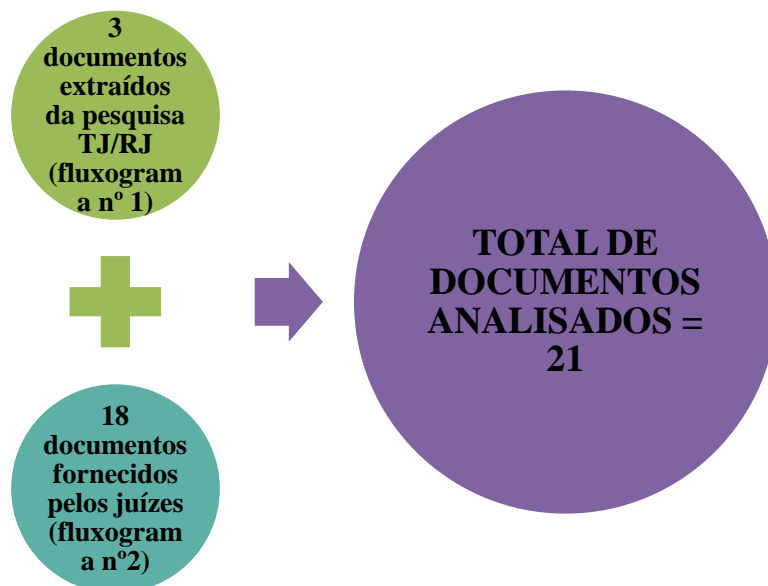


Fluxograma nº 02 – Decisões/sentenças fornecidas



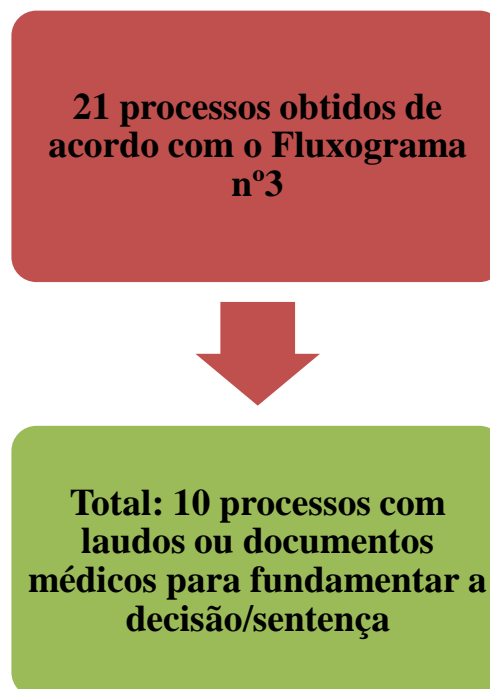
A união dos documentos obtidos por essas duas fontes de pesquisa formou o conjunto de documentos que foram objeto de análise dos discursos judicial e psiquiátrico (Fluxograma 03). Por fim, do universo de documentos obtidos, buscou-se realizar a interface do discurso judicial e psiquiátrico.

Fluxograma nº 03 – Total de documentos judiciais analisados



Ressalte-se que o discurso psiquiátrico foi analisado com base nos laudos e/ou documentos médicos obtidos nos processos em que os juízes entrevistados forneciam decisões e/ou sentenças, bem como nos processos identificados na pesquisa realizada pelo TJ/RJ com o assunto “saúde mental” (Fluxograma 04).

Fluxograma nº 04 – Total de documentos médicos analisados



### 3.3.3 Revisão de literatura

Realizou-se uma revisão de literatura da produção científica sobre a internação compulsória e o uso de crack no Brasil. As buscas foram desenvolvidas em duas bases de dados: a **Biblioteca Virtual de Saúde (BVS)** e a **Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD)**, com um total de **12 (doze) estudos** nas áreas de Psicologia, Saúde Coletiva e Direito, incluídos artigos, monografia e dissertações. O detalhamento dos critérios de inclusão e exclusão, bem como os descritores utilizados em ambas as bases estão detalhados no início do capítulo 4, item 4.1.

Os capítulos 5 e 6 que tratam, respectivamente, da captura da loucura pela razão e do uso de drogas, consistiram, igualmente, em revisão de literatura acerca da produção bibliográfica sobre o tema.

Contudo, não se fez a busca de modo sistemático em base de dados. Assim, o formato desses capítulos é diferente do Capítulo 4, sendo as ideias e posicionamentos dos autores expostos de forma conjunta e a análise é realizada simultaneamente.

### 3.4 PERFIL DOS PARTICIPANTES

Os entrevistados compõem os quadros do Poder Judiciário do Estado do Rio de Janeiro, sendo todos juízes de primeira instância com atuação nos Fóruns Central do Estado do Rio de Janeiro, de Nova Iguaçu e Duque de Caxias, com competência nas seguintes áreas: plantão noturno, varas de fazenda pública, varas de órfãos e sucessões, juizados especiais fazendários, varas cíveis (com competência fazendária) e varas de família (com competência para curatela).

Os critérios de inclusão foram: 1) voluntariedade em participar do estudo; 2) estar em atuação em alguma das varas acima elencadas. Os critérios de exclusão foram: 1) estar de férias ou qualquer outro tipo de afastamento durante o período de realização da coleta de dados da pesquisa; 2) a recusa em participar do estudo.

Foram realizados 54 (cinquenta e quatro) convites distribuídos da seguinte forma: 14 (quatorze) varas de fazenda pública<sup>75</sup>, 09 (nove) varas de órfãos e sucessões, 03 (três) juizados especiais fazendários e 04 (quatro) juízes do plantão noturno do Fórum Central. Com relação às Comarcas de Nova Iguaçu e Duque de Caxias, no total, foram 14 (quatorze) varas cíveis e 10 (dez) varas de família.

A partir da técnica de questionário com respostas fechadas foi possível traçar o perfil dos participantes deste estudo, que foram 27 (vinte e sete) no total, com idade entre 30 e 60 anos. Esses dados foram coletados no primeiro do ano de 2017, tabulados e aqui apresentados no formato de gráficos. Do total de Magistrados entrevistados, 59% (cinquenta e nove por cento) se autodeclararam ser do sexo feminino e 41% (quarenta e um por cento) do sexo masculino (Gráfico 1)

---

<sup>75</sup> Existem 16 Varas de Fazenda Pública no Fórum central do Rio de Janeiro, porém, duas delas (11ª e 12ª) possuem competência exclusiva para processar e julgar a Dívida Ativa do Estado e Município do Rio de Janeiro, razão pela qual foram excluídas, sendo consideradas apenas as 14 Varas de Fazenda Pública restantes.

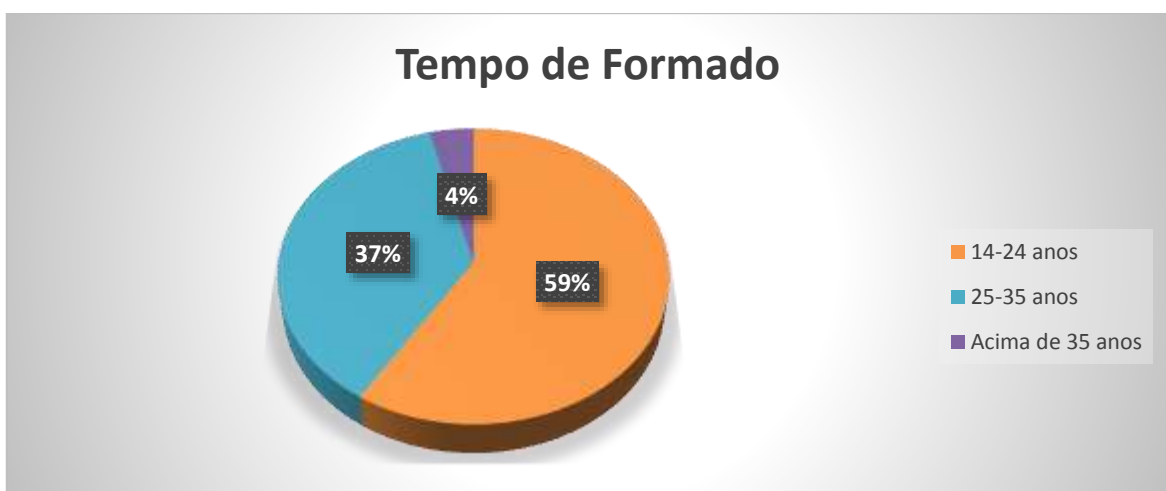
Gráfico 1 – Perfil dos magistrados entrevistados



(Fonte Própria)

Com relação ao tempo de formado, o entrevistado com menor tempo era de 14 (quatorze) anos e o maior era de 36 (trinta e seis) anos. Realizando-se uma média aritmética simples, consistente na soma de todos os valores (tempo de formado) divididos pela quantidade de entrevistados, tem-se como média o período de 23 anos. Analisando-se de forma agrupada a cada 10 (dez) anos, ficaram distribuídos do seguinte modo:

Gráfico 2 – Tempo de formado



(Fonte Própria)

Quanto ao tempo de atuação na Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, verificou-se que o entrevistado com menor tempo de carreira totalizava 06 (seis) anos, enquanto os com maior período contabilizavam 24 (vinte e quatro) anos. Realizando-se uma média aritmética simples, consistente na soma de todos os valores (tempo de atuação) divididos pela quantidade de entrevistados, tem-se como média o período de 16 anos. Analisando-se de forma agrupada a cada 05 (cinco) anos, ficaram distribuídos do seguinte modo:

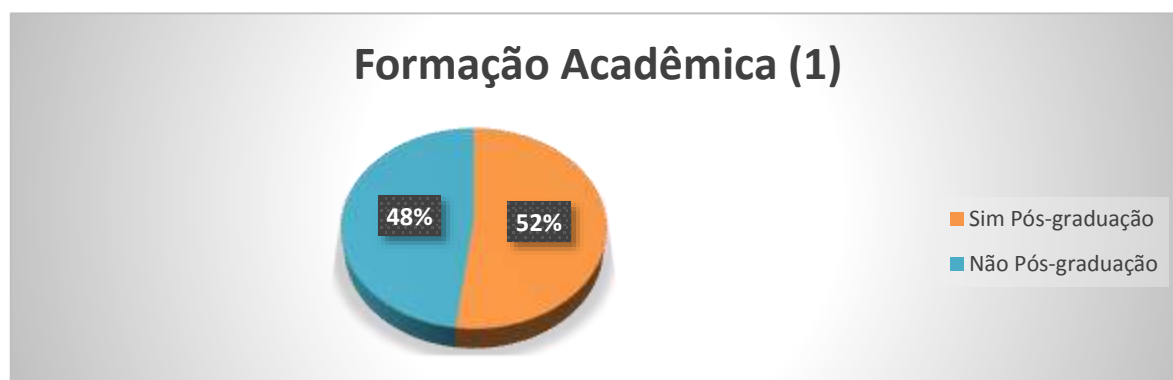
Gráfico 3 – Tempo de atuação na magistratura



(Fonte Própria)

No tocante à formação acadêmica, foi indagado se haviam cursado pós-graduação. Responderam afirmativamente 52% (cinquenta e dois por cento) dos entrevistados e negativamente 48% (quarenta e oito por cento).

Gráfico 4 – Formação acadêmica

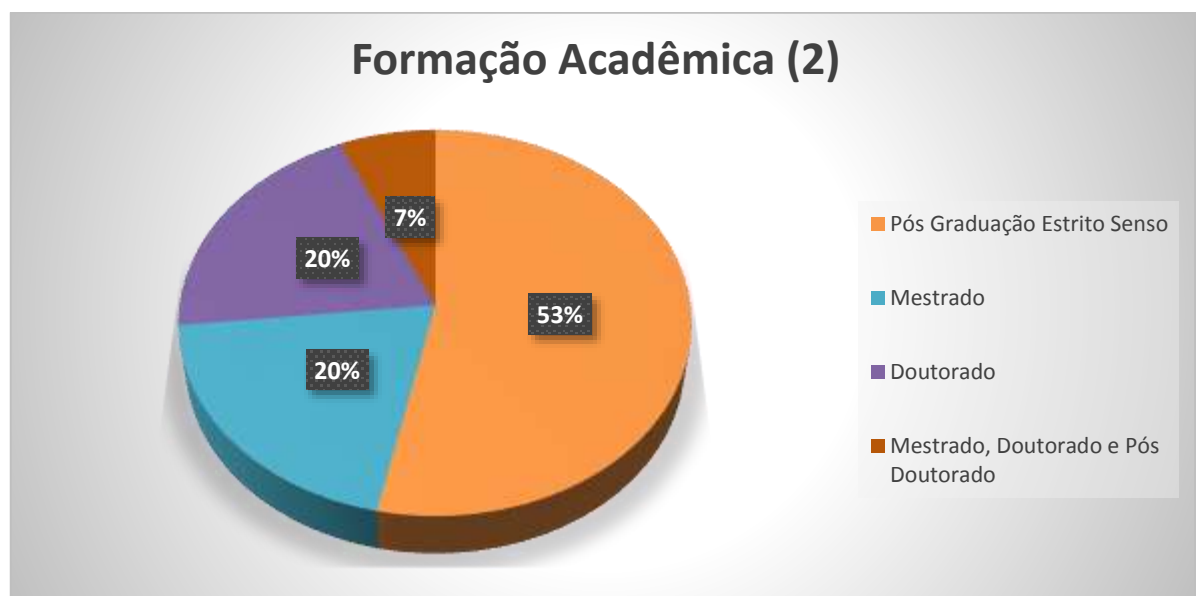


(Fonte Própria)

Entre aqueles que responderam afirmativamente, verificou-se que:

- 57% (cinquenta e sete por cento) possuíam pós-graduação *stricto sensu* em diversas áreas, sendo que 25% (vinte e cinco por cento) em áreas diversas do Direito;
- 21% (vinte e um por cento) haviam cursado Mestrado;
- 21% (vinte e um por cento) possuíam título de Mestrado e Doutorado
- 7% (sete por cento) com titulação de Mestrado, Doutorado e Pós-Doutorado.

Gráfico 5 – Formação Acadêmica (2)

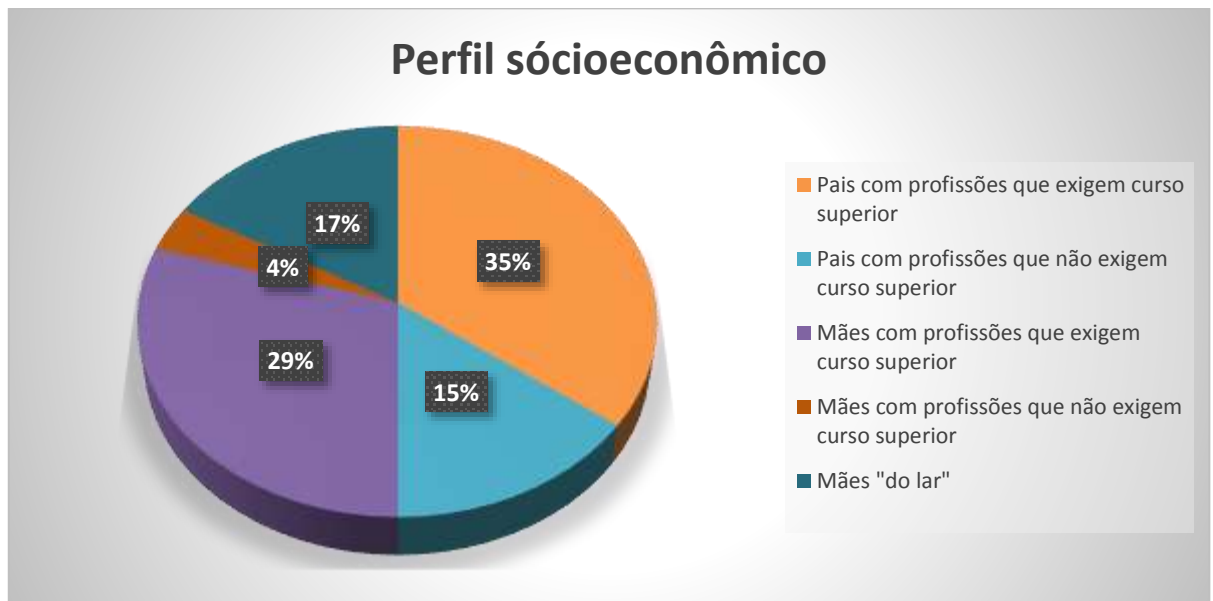


(Fonte Própria)

Por fim, indagou-se aos entrevistados a profissão de seus pais, como indicativo da origem socioeconômica, tendo-se obtido os seguintes resultados: 35% (trinta e cinco por cento) possuem pais com profissões que exigem curso superior, enquanto 15% (quinze por cento) dos pais tem profissões que não exigem curso superior.

Quanto às mães, extraiu-se que 29% (vinte e nove por cento) atuam (ou atuaram, quando aposentadas) em carreiras que não exigem curso superior, 4% (quatro por cento) em ocupações que não exigem qualificação superior, e, ainda, 17% (dezessete por cento) declararam que suas mães eram “do lar”.

Gráfico 6 – Perfil socioeconômico



(Fonte Própria)

### 3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados nas entrevistas dos magistrados de primeira instância, bem como os laudos psiquiátricos e decisões judiciais proferidas em processos serão analisados na perspectiva da produção dos sentidos no cotidiano, a partir das práticas discursivas produzidas no dia a dia pelos profissionais em questão.

Assim, procura-se compreender em que medida as práticas discursivas judicial e psiquiátrica, postas no processo judicial, buscam uma efetiva ruptura com o modelo manicomial anterior à Reforma Psiquiátrica Brasileira ou se, ao contrário, perpetuam esse modelo que não mais deveria existir.

A metodologia aqui utilizada tem por característica o estudo da produção do conhecimento como uma atividade construcionista, onde privilegia-se a construção dos sentidos na vida cotidiana em detrimento às situações experimentais em laboratório, pois “o conhecimento não é uma coisa que as pessoas *possuem* nas suas cabeças, e sim algo que constroem juntas”(SPINK; FREZZA, 2004, p. 27).

Adotar a postura construcionista implica, invariavelmente, abdicar da epistemologia tradicional que difere interno-subjetivo-mente de externo-obje-

tivo-mundo. O conhecimento, nessa perspectiva, não é nem uma interiorização dos processos sociais nem a exteriorização dos processos psicodinâmicos. O foco do construcionismo é a interanimação dialógica, situando-se, portanto, no espaço da interpessoalidade, da relação com o outro, esteja ele fisicamente presente ou não (SPINK; MEDRADO, 2004, p. 60).

Spink e Frezza admitem, contudo, que, para a adoção dessa perspectiva construcionista faz-se necessário a desconstrução de noções que estão arraigadas na nossa cultura:

O termo desconstrução é utilizado, aqui, para se referir ao trabalho necessário de reflexão que possibilita uma desfamiliarização com construções conceituais que se transformaram em crenças e, enquanto tais, colocam-se como grandes obstáculos para que outras possam ser construídas. Damos preferência ao termo *desfamiliarização* porque dificilmente “des-construímos” o que foi construído. Criamos espaço, sim, para novas construções, mas as anteriores ficam impregnadas nos artefatos da cultura, constituindo o acervo de repertórios interpretativos disponíveis para dar sentido ao mundo (2004, p. 27).

No caso do trabalho em tela, a desconstrução/desfamiliarização do discurso manicomial é essencial para que a Reforma Psiquiátrica, que trouxe o modelo psicossocial, continue se efetivando e não regreda nas suas conquistas.

O processo de desconstrução do modelo asilar implica a contraposição ao discurso manicomial, constituído ao longo de séculos. Tal passagem se opera por meio da transformação de discursos e saberes, dos sentidos atribuídos ao tratamento no âmbito da saúde mental, e do deslocamento das posições costumeiramente ocupadas por profissionais e usuários (KODA, 2003, p. 69).

Para Spink a “produção dos sentidos é uma prática social, dialógica, que implica a linguagem em uso” (2004, p. 42). O sentido é construído socialmente, de forma interativa, onde as pessoas irão formar os termos pelos quais compreendem as situações cotidianas que enfrentam.

Dessa forma, a produção dos sentidos, tomada como um fenômeno sociolinguístico, “busca entender tanto as práticas discursivas que atravessam o cotidiano (narrativas, argumentações e conversas, por exemplo), como os repertórios utilizados nessas produções discursivas” (SPINK; MEDRADO, 2004, p. 42).

É importante destacar que, nessa perspectiva, há uma diferença entre discurso e prática discursiva. O discurso “remete às regularidades linguísticas” (SPINK; MEDRADO, 2004, p. 43). Em outras palavras, é a linguagem institucionalizada, seja nas estruturas de poder, nas diversas áreas de saber (Psicologia, História, Direito, Psiquiatria, etc.) ou nos



diferentes grupos sociais (sindicatos, partidos, escolas, etc.). O discurso, então, centra-se no que é habitualmente gerado pela institucionalização.

Sendo institucionalizado, há uma tendência à permanência no tempo, embora o contexto histórico possa mudar radicalmente os discursos: basta atentarmos para o discurso médico sobre homossexualidade ao longo dos anos. (...). Os discursos aproximam-se da noção de *linguagens sociais*, que, na definição de Mikhail Bakhtin (1929/1995), são os discursos peculiares a um estrato específico da sociedade – uma profissão, um grupo etário etc. –, num determinado contexto, em um determinado momento histórico (SPINK; MEDRADO, 2004, p. 43).

Por sua vez, as práticas discursivas correspondem “aos momentos de ressignificações, de rupturas, de produção de sentidos”, sendo a linguagem em uso e em ação:

Podemos definir, assim, práticas discursivas como linguagem em ação, isto é, as maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas (SPINK; MEDRADO, 2004, p. 45).

Outro conceito importante de se destacar é o de repertórios interpretativos, que são essenciais para o estudo das práticas discursivas:

(...) são, em linhas gerais, as unidades de construção das práticas discursivas – o conjunto de termos, descrições, lugares-comuns e figuras de linguagem – que demarcam o rol de possibilidades de construções discursivas, tendo por parâmetros o contexto em que essas práticas são produzidas e os estilos gramaticais específicos ou *speech genres*<sup>76</sup> (SPINK; MEDRADO, 2004, p. 47).

Para que se possa compreender o uso dos repertórios interpretativos nas práticas discursivas do cotidiano é necessário fazê-lo de uma perspectiva temporal. Isso porque, de acordo com o momento histórico e o contexto, pode-se produzir novos sentidos, que podem sempre dialogar com antigos sentidos.

Mesmo os sentidos passados, decorrentes de diálogos travados há muitos séculos, não são estáveis; são sempre passíveis de renovação nos desenvolvimentos futuros do diálogo. Em qualquer momento, essas massas de sentidos contextuais esquecidas podem ser recapituladas e revigoradas assumindo outras formas (em outros contextos). “Nada está absolutamente

---

<sup>76</sup> “Segundo Bakhtin (1995) os *speech genres* ou gêneros de fala, são as formas mais ou menos estáveis de enunciados, que buscam coerência com o contexto, o tempo e o(s) interlocutor(es). Por exemplo (...) num enterro é comum o enunciado *Meus pêsames!* E, raríssimas vezes, alguém dirá *Meus parabéns!* (...)” (SPINK; MEDRADO, 2004, p. 44).

morto: todo sentido poderá ter seu festival de boas vindas (*homecoming*)” (Bakhtin, 1990<sup>a</sup>:170). (SPINK; MEDRADO, 2004, p. 48).

Spink, influenciada pela divisão temporal realizada por Bakhtin<sup>77</sup>, propõe trabalhar as práticas discursivas em três tempos históricos: “o *tempo longo*, que marca os conteúdos culturais, definidos ao longo da história da civilização; o *tempo vivido*, das linguagens sociais aprendidas pelos processos de socialização; *tempo curto*, marcado pelos processos dialógicos” (2004, p. 51).

A metodologia de uma pesquisa fundamentada na produção de sentidos do cotidiano deverá considerar a interface dessa divisão tripartite do tempo (longo, vivido e curto), para que consiga compreender como os sentidos circulam na sociedade. Exige, assim, um esforço “transdisciplinar de aproximação ao contexto cultural e social em que se inscreve determinado fenômeno social” (SPINK; MEDRADO, 2004, p. 53).

O tempo longo é formado pelos conhecimentos de diferentes áreas de saber e que se fazem presentes na vida cotidiana por meio da reprodução social de instituições, modelos, normas e convenções. Segundo Spink, “não é uma história morta, depositada nos tempos passados; são construções que alimentam, definem e ampliam os repertórios de que dispomos para produzir sentido”(2004, p. 52).

Uma mostra de como as construções do *tempo longo* permeiam nosso cotidiano e nossas práticas discursivas são as obras de museu, que carregam em suas imagens uma imensidão de sentidos, e a partir das quais podemos delinear a representação social de um tema, como, por exemplo, a paternidade. Desse modo, uma imagem de pai construída, digamos na Renascença, se faz presente em nosso cotidiano, ressignificada. É assim que o tempo longo se faz presente (2004, p. 52).

O tempo vivido são as práticas discursivas, exteriorizadas ou não, que correspondem às experiências pessoais de cada um de nós, de acordo com as linguagens sociais dos grupos profissionais a que pertencemos, bem como do segmento de classe a que estamos vinculados, da nossa faixa etária, da religião que acaso professamos. Como destaca Spink, “o *tempo vivido* é também o tempo da memória traduzida em afetos. É o nosso ponto de referência afetivo, no qual enraizamos nossas narrativas pessoais” (2004, p. 52).

---

<sup>77</sup> “Bakhtin, (...), apresenta-nos uma divisão temporal que faz dialogar o *pequeno tempo* (*smalltime*) e o *grande tempo* (*great time*). O tempo pequeno engloba o dia de hoje, o passado recente e o futuro esperado. O tempo grande consiste no ‘diálogo infinito e inacabado no qual nenhum sentido (meaning) morre’” (SPINK; MEDRADO, 2004, p. 50)

Entramos aqui no território do *habitus*, (...), um conjunto de esquemas apreendidos desde a infância e permanentemente atualizados ao longo da trajetória social da pessoa; esquemas que demarcam os limites da consciência que pode ser mobilizada pelos grupos e/ou classes, sendo assim responsáveis, em linhas gerais, pela demarcação das possibilidades de sentidos que operam as relações de força e poder (2004, p. 52)

O tempo curto, por fim, é o tempo do acontecimento, é o que permite compreender a dinâmica da produção de sentidos. Spink entende que é no tempo curto que “as possibilidades de combinação das vozes, ativada pela memória cultural de tempo longo ou pela memória afetiva do tempo vivido, fazem-se presentes”(2004, p. 53).

O tempo curto refere-se às interações sociais face-a-face, em que os interlocutores se comunicam diretamente; pauta-se, portanto, pela dialogia e pela concorrência de múltiplos repertórios que são utilizados para dar sentido às experiências humanas. Como as combinações são múltiplas, depa-ramos, nessa escala com a polissemia<sup>78</sup>

A mídia exerce uma participação fundamental na compreensão das práticas discursivas, seja pelo poder que possui na formação das consciências, seja pela visibilidade que confere aos acontecimentos. Para Spink:

(...) a mídia não é apenas um meio poderoso de criar e fazer circular conteúdos simbólicos, mas possui um poder transformador ainda pouco estudado – e, talvez ainda subestimado – de reestruturação dos espaços de interação propiciando novas configurações aos esforços de produção de sentidos (2004, p. 58).

No tocante, ao tema aqui proposto, crack e internação compulsória, verificou-se, como será explicitado no Capítulo 4 (Estado da Arte), bem como quando da análise das entrevistas (capítulo 7), a forte influência da mídia nas práticas discursivas dos processos dialógicos (tempo curto) dos profissionais envolvidos.

Para o presente estudo, parte-se do pressuposto que a sociedade constrói práticas que acabam se inserindo na vida cotidiana e no senso comum<sup>79</sup> que irão, em algum momento,

<sup>78</sup> É a característica que uma palavra tem de, em uma determinada época histórica, significar várias ideias diversas. Opõe-se ao conceito de polilexia, que “designa a existência de vários sinônimos para uma mesma ideia”(SPINK; MEDRADO, 2004, p. 48)

<sup>79</sup> Para Spink o senso comum é o conhecimento que as pessoas têm sobre a realidade. Desse modo, a realidade é um produto humano, pois, socialmente construída pelos seres humanos que, por sua vez, são um produto social.(2004)

influenciar os saberes jurídico e psiquiátrico (tempo longo) e, em consequência, os seus profissionais, seja no tempo vivido (da sua memória afetiva), seja no tempo curto, quando da sua atuação, por meio das decisões e laudos em processos judiciais.

Assim, tanto o Psiquiatra, ao diagnosticar o “louco”<sup>80</sup>, como o juiz ao julgar o “bandido”<sup>81</sup> o fazem a partir de um lugar social, a partir das práticas sociais já estabelecidas, bem como de discursos já institucionalizados historicamente.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Considera-se, aqui, a ética sob duas vertentes: a ética na pesquisa e a pesquisa ética. A primeira tem relação com as diretrizes oficiais e situa-se externamente à pesquisa. Já, a segunda, é aquela em discussão dentro do próprio projeto de pesquisa. Segundo Spink e Menegon:

**A ética na pesquisa está mais vinculada a prescrições e normatizações – algo que vem de fora. (...) Os códigos de ética, elaborados de modo a proteger a sociedade contra possíveis abusos, sucederam-se num movimento continuado de aperfeiçoamento das diretrizes: o Código de Nuremberg em 1947, (...), a Declaração de Helsinque em 1964 (...). No Brasil, a normatização para pesquisas envolvendo seres humanos foi promulgada, pela primeira vez, pela Resolução 1/88 do Conselho Nacional de Saúde e revisada em 1966 (2004, p. 90). (Grifei)**

Para Flick (2009), a existência de códigos de ética tem por finalidade evitar danos aos envolvidos na pesquisa por meio do respeito aos seus interesses e necessidades, respeitando-se a privacidade e o anonimato. Além disso é importante o esclarecimento correto dos objetivos da pesquisa, pois, pode ser determinante para a concordância na participação da pesquisa.

Atendendo aos requisitos exigidos para a ética na pesquisa, ou seja, os procedimentos oficiais normatizados, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (CAAE 56019216.0.0000.5240), tendo sido aprovado sem qualquer pendência ou inadequações em 02 de junho de 2016, conforme o parecer nº 1.572.792.

No tocante à ética interna, isto é, às posturas consideradas pela pesquisadora para um processo de pesquisa ético, foram tomados os seguintes cuidados: 1) a elaboração do

<sup>80</sup> Coloca-se entre aspas pelo uso vulgar da palavra, bem como por ser esta uma expressão que não se irá adotar.

<sup>81</sup> Coloca-se entre aspas pelo uso vulgar da palavra, bem como por ser esta uma expressão que não se irá adotar.

termo de consentimento informado; 2) a garantia de anonimato dos entrevistados; 3) a não utilização do cargo de magistrada como forma impositiva de obtenção do aceite para as entrevistas.

No tocante a esses cuidados Spink e Menegon são assertivos:

No que se refere à relação entre pesquisadores e participantes, passam a ser três os cuidados éticos essenciais da pesquisa qualitativa: os consentimentos informados, a proteção do anonimato, e o resguardo do uso abusivo do poder na relação entre pesquisador e participantes (2004, p. 91)

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi enviado em um primeiro contato via e-mail. Posteriormente, foi deixada uma cópia do mesmo com as secretárias(os) dos possíveis magistrados entrevistados, quando também se explicava o objetivo da pesquisa. Após o aceite, no dia da entrevista, eram levadas duas cópias do TCLE, entregando-se uma para o entrevistado e outra, devidamente assinada, ficou com a ora pesquisadora. Em todas as etapas era explicada a pesquisa e a finalidade da pesquisa de campo.

Além disso, foram considerados os riscos de constrangimento durante as entrevistas. Nesse caso, foi informado que poderia ocorrer uma pausa ou retorno em outro momento, ou até mesmo a desistência em responder à entrevista. Outro risco poderia ser o de identificação como participante da pesquisa, o que foi eliminado ao optar-se em realizar uma análise em conjunto dos dados coletados na entrevista, impossibilitando assim atribuição individual aos depoimentos e, em consequência, garantiu-se o anonimato.

Houve o cuidado, ainda, de não utilizar abusivamente do cargo de magistrada, tanto para se ter acesso aos Magistrados, como para a obtenção da aceitação do convite. Em todos os momentos, apresentava-se como pesquisadora e estudante de Doutorado da FIOCRUZ. Por certo, alguns entrevistados já conheciam a ora pesquisadora em razão da carreira. Contudo, isso não foi determinante para a participação, tendo alguns recusado o convite. Por fim, no curso da entrevista teve-se a preocupação de não transmitir, por gestos ou expressões faciais, eventuais posicionamentos pessoais da entrevistadora quanto às perguntas realizadas.

#### 4 ESTADO DA ARTE: INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E CRACK NO BRASIL

Com o objetivo de realizar uma revisão de literatura da produção científica sobre a internação compulsória e o uso de crack no Brasil, foram realizadas buscas em duas bases de dados: a **Biblioteca Virtual de Saúde (BVS)** e a **Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD)**, obtendo-se, ao final, um total de **12 (doze) estudos** nas áreas de Psicologia, Saúde Coletiva e Direito, incluídos artigos, monografia e dissertações. Passa-se, então, à descrição das etapas de seleção nas duas bases de dados consultadas.

Na pesquisa realizada na **Biblioteca Virtual de Saúde (BVS)**, em 20 de fevereiro de 2017, foram utilizados os descritores (“internação compulsória”) AND (crack OR drogas)), com busca em título, resumo e assunto, obtendo-se um total de **664 (seiscentas e sessenta e quatro)** ocorrências.

Como **primeiro critério de elegibilidade**, estipulou-se o ano de publicação entre 2010 a 2016, o que reduziu os resultados para **149 (cento e quarenta e nove)** trabalhos. A restrição a estes anos deu-se em razão de abranger o período mais recente, conforme o escopo do presente trabalho.

Como **segundo critério de elegibilidade**, optou-se por textos exclusivamente na língua portuguesa. Justifica-se tal opção, pois, após a leitura dos títulos e resumos dos textos de língua inglesa, verificou-se que os mesmos tratavam de realidades de outros países e não faziam menção à chamada “epidemia”<sup>82</sup> de crack brasileira, uma das propostas de estudo desta Tese. Muito embora considere-se interessante de como o tema é tratado em outros países, decidiu-se por não realizar uma abordagem comparativa, já que escaparia às finalidades aqui pretendidas. Desse modo, a quantidade de trabalhos foi reduzida para o número de **19 (dezenove)**.

Aplicou-se, então, um **primeiro critério de exclusão** por duplicidade, onde foram identificados **05 (cinco)** trabalhos nessa situação, reduzindo-se o número total para **14 (quatorze)** textos.

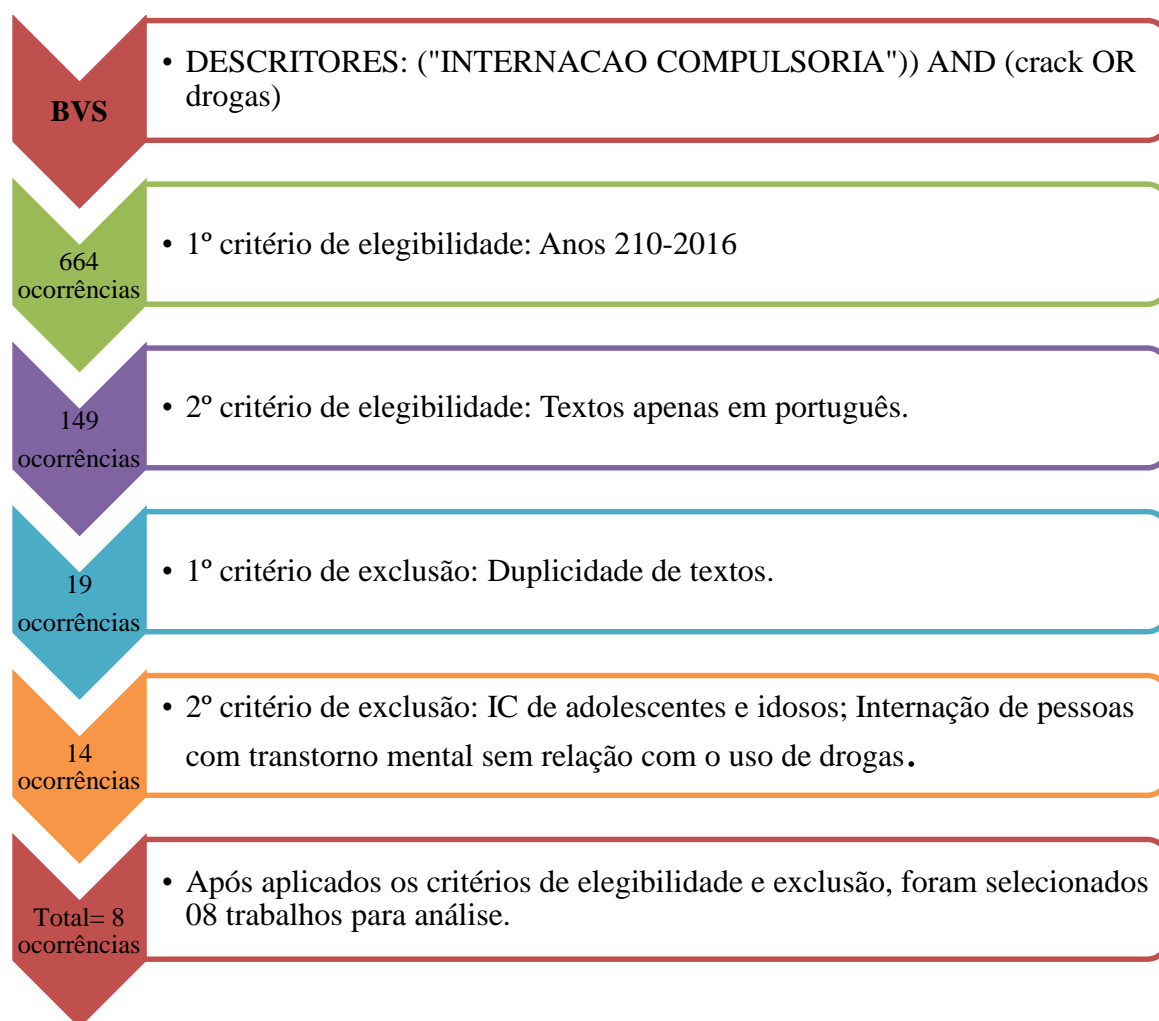
Após, como um **segundo critério de exclusão**, foram retirados os textos que tratassem de: 1) internação compulsória de adolescentes e idosos; 2) pessoas com transtorno mental sem relação com uso de drogas. Foram excluídos **06 (seis)** textos aplicando-se esses critérios.

---

<sup>82</sup> Coloca-se entre aspas pelas razões já expostas na Introdução.

Como **critério de inclusão** elegeu-se aqueles trabalhos que tratassem de interação compulsória de usuários de drogas adultos. Desse modo, após a leitura dos títulos e resumos, filtrou-se para **08 (oito) textos**, sendo 07 (sete) artigos e 01(uma) monografia.

Fluxograma 5 – BVS



Com relação à segunda base de dados, realizou-se, em 03 de março de 2017, uma busca simples na **Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD)**. Utilizou-se o descritor “internacao compulsoria”, com um resultado de **29 (vinte e nove)** ocorrências.

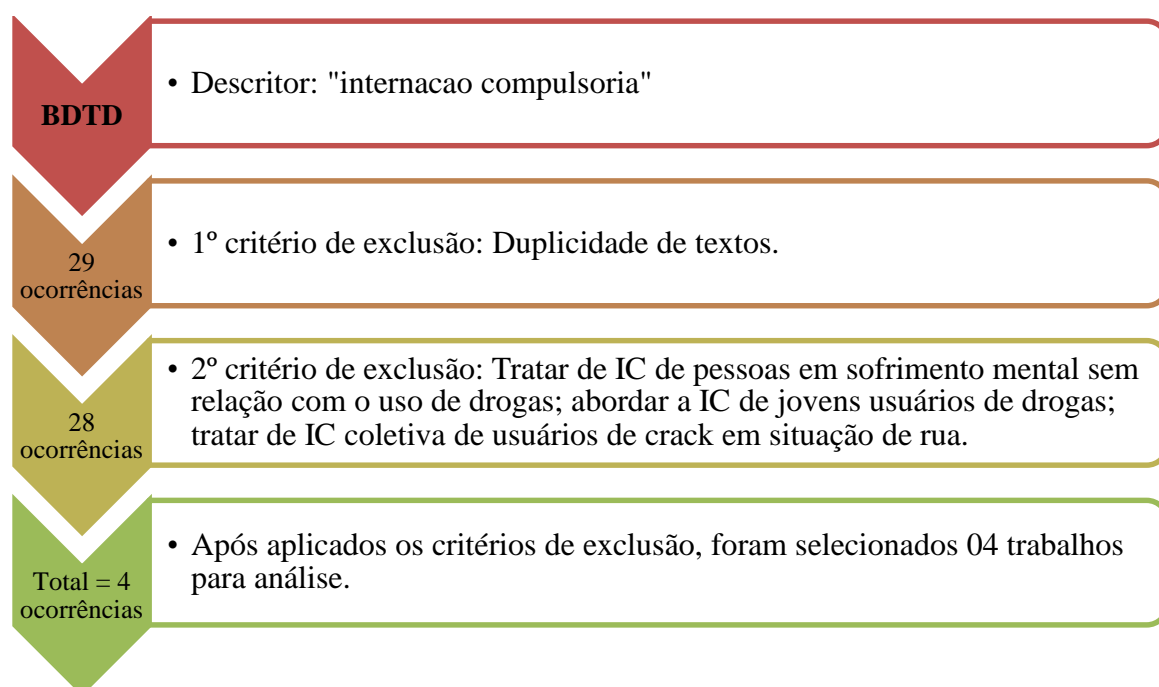
Aplicou-se, então, um **primeiro critério de exclusão** por duplicidade, onde foi identificado **01 (um)** trabalho nessa situação, reduzindo-se o número total para **28 (vinte e oito)** textos.

Como **segundo critério de exclusão**, foram retirados os textos que tratassem de: 1) internação compulsória de jovens/adolescentes usuários de drogas; 2) internação compulsória de pessoas em sofrimento mental sem relação com uso de drogas; 3) internação compulsória e/ou involuntária coletiva de usuários de crack em situação de rua. Foram excluídos **24 (vinte e quatro) textos**.

Como **critério de inclusão** elegeu-se aqueles trabalhos que: 1) tratassem de internação compulsória de usuários de drogas adultos; 2) os trabalhos que abordassem a questão da “epidemia” do crack; 3) os trabalhos que tivessem uma abordagem jurídica e/ou psiquiátrica da internação compulsória. Após a leitura dos títulos e resumos, chegou-se a um total de **04 (quatro) Dissertações**.

Por se tratar de uma base de dados que inclui apenas Teses e Dissertações, logo, trabalhos extensos e profundos, optou-se por critérios que dialogassem diretamente com alguns dos objetivos desta Tese, quais sejam, que tratassem acerca da internação compulsória para os saberes jurídico e psiquiátrico, bem como que abordassem o contexto histórico e midiático da chamada “epidemia” de crack no Brasil entre 2010 e 2015.

Fluxograma nº 06 - BDTD





No que tange o formato do capítulo, optou-se em destacar os objetivos, metodologias e conclusões de cada um dos trabalhos selecionados nas duas bases de dados. Ao final, será realizada uma síntese de todos os textos analisados.

É importante frisar que, nesse capítulo, as expressões loucura, drogas, doença mental, crackolândias, epidemia, dependência química e congêneres serão colocadas entre aspas apenas se os autores do texto o tiverem feito ou se for uma colocação da doutoranda em questão, pelas razões já expostas na Introdução. Faz-se isso para respeitar o sentido que os autores quiseram atribuir às expressões, sem que as análises dos trabalhos ficassem prejudicadas por uma visão particular da intérprete.

#### 4.1 - ANÁLISE DOS TEXTOS OBTIDOS NA BIBLIOTECA VIRTUAL DE SAÚDE (BVS)

Neste tópico serão abordados os trabalhos de **Santos e Queiroz (2016)**, **Santos (2015)**, **Pontes, Meza e Bicalho (2015)**, **Wurdig e Motta (2014)**, **Novaes (2014)**, **Coelho e Oliveira (2014)**, **Couto, A.; Lemos, F e Couto, M (2013)**, **Souza e Carvalho (2012)**.

Vale ressaltar que a apresentação dos textos e a análise dos mesmos será feita de acordo com a ordem de apresentação da base de dados (BVS) após aplicados os critérios de exclusão e inclusão antes mencionados, que acabou coincidindo com a ordem cronológica decrescente do ano de publicação.

Destaca-se que o quinto texto a ser analisado tem a ora doutoranda como coautora, e, decidiu-se inclui-lo, pois, servirá para fundamentar as escolhas teóricas aqui propostas, bem como explicitar alguns pontos não muito claros em outros textos em que o mesmo artigo é citado, além de proporcionar um momento de autocrítica.

O **primeiro** é o artigo de autoria de **Santos e Queiroz (2016)**, com o título “**Internação Psiquiátrica Compulsória de Usuários Abusivos de Drogas: uma falência do SUS e um desuso da Política de Redução de Danos**”, publicado na **GeraiS: Revista de Saúde Pública do SUS/Minas Gerais**.

Destacam como objetivos do presente estudo: 1) problematizar o uso equivocado pelo Poder Judiciário da Lei nº 10.216/01 para a internação psiquiátrica compulsória de usuários abusivos de drogas como principal forma de tratamento; 2) o financiamento de serviços psiquiátricos particulares e a política de abstinência das comunidades terapêuticas no tratamento dos usuários abusivos de drogas; 3) a ausência de transparência no Ministério da Saúde no que tange à escolha das políticas no campo da atenção ao usuário de álcool e outras

drogas: 4) a utilização da Política de Redução de Danos como alternativa de tratamento (SANTOS; QUEIROZ, 2016, p. 59).

O método de pesquisa foi o bibliográfico, com busca nas bases de dados BVS (Biblioteca Virtual de Saúde) e Scielo (Scientific Electronic Library On Line), utilizando os descritores “reforma psiquiátrica” “redução de danos”, “políticas públicas” e “drogas”. Foram excluídos os artigos científicos anteriores a 2005 e os de língua estrangeira que abor- dassem a política de abstinência como estratégia (SANTOS; QUEIROZ, 2016, p. 62).

Partem do princípio que a reforma psiquiátrica teve por finalidade possibilitar aos usuários com transtornos mentais o exercício pleno da cidadania, que, por anos, foram privados com as internações de longa permanência em hospitais psiquiátricos sem qualquer projeto de reinserção psicossocial.

Assim, a Lei nº10.216/01 (Lei Paulo Delgado) representou uma importante con- quista ao regulamentar as internações e promover a desospitalização. Contudo, observam que a criação dos serviços substitutivos aos hospitais (CAPS, CAPS AD, Consultórios de Rua) não se deu na mesma proporção ao fechamento dos hospitais psiquiátricos, tampouco com o nível de investimento desejado para um atendimento de qualidade.

Fazem um breve resgate histórico da atenção ao uso de droga, citando as quatro principais leis: Decreto Lei nº 891/38, Lei nº 6368/76, Lei nº10.409/02 e Lei nº 11.343/06. Vale observar que o Decreto-Lei nº 891/38, além de proibir o uso de substâncias como ópio, morfina e maconha, continha disposições específicas (artigos 29 e 30)<sup>83</sup> sobre a internação

---

<sup>83</sup>**Art. 29** - Os toxicômanos ou os intoxicados habituais, por entorpecentes, por inebriantes em geral ou bebidas alcoólicas, são passíveis de internação obrigatória ou facultativa por tempo determinado ou não. **§1º** A inter- nação obrigatória se dará, nos casos de toxicomania por entorpecentes ou nos outros casos, quando provada a necessidade de tratamento adequado ao enfermo, ou for conveniente à ordem pública. Essa internação se veri- ficará mediante representação da autoridade policial ou a requerimento do Ministério Público, só se tornando efetiva após decisão judicial. **§ 2º** A internação obrigatória por determinação do Juiz se dará ainda nos seguintes casos: a) condenação por embriaguez habitual; b) impronúncia ou absolvição, em virtude de derimento do artigo 27, § 4º, da Consolidação das Leis Penais, fundada em doença ou estado mental resultante do abuso de qualquer das substâncias enumeradas nos arts. 1º e 29 desta lei. **§ 3º** A internação facultativa se dará quando provada a conveniência de tratamento hospitalar, a requerimento do interessado, de seus representantes legais, cônjuge ou parente até o 4º grau colateral inclusive. **§ 4º** Nos casos urgentes poderá ser feita pela polícia a prévia e imediata internação fundada no laudo do exame, embora sumário, efetuado por dois médicos idôneos, instaurando-se a seguir o processo judicial, na forma do § 1º deste artigo, dentro do prazo máximo de cinco dias, contados a partir da internação. (...).

**Art.30** - A simples internação para tratamento bem como interdição plena ou limitada, serão decretadas por decisão judicial, pelo tempo que os peritos julgarem conveniente segundo o estado mental do internado. **§ 1º** Será decretada em procedimento judicial e secreto a simples internação para tratamento, si o exame pericial não demonstrar necessidade de limitação de capacidade civil do internado. **§ 2º** Em casos de internação prévia, a autoridade que a houver ordenado promoverá, pelos meios convenientes a custódia imediata e provisória dos bens do internado. **§ 3º** Decretada a simples internação para tratamento, o juiz nomeará pessoa idônea para acautelar os interesses do internado. A essa pessoa cuja indicação é facultada ao internado, ficam apenas con- feridos os poderes de administração, salvo a outorga de poderes expressos nos casos e na forma do artigo 1.295 do Código Civil, quando o juiz a autorize, de acordo com o laudo médico. **§ 4º** A alta do internado só poderá

obrigatória ou facultativa, por tempo determinado ou não, de toxicômanos<sup>84</sup> habituais. As leis posteriores de 1976, 2002 e 2006 não possuem um dispositivo correlato acerca da internação dos usuários de drogas.

Interessante observar que, diferentemente de COSTA (2015) e MADEIRA (2014), que aqui serão apresentados, os autores entendem que as regras do DL nº 891/38 permaneceram em vigor até a década de 70, quando o General Ernesto Geisel o ratificou, convertendo-o na Lei nº 6368/76 (SANTOS; QUEIROZ, 2016, p. 60). Dessa forma, para Santos e Queiroz, o DL nº 891/38 não subsiste no nosso ordenamento jurídico, e, em consequência, as regras sobre internação ali estabelecidas não tem mais qualquer aplicação.

No tocante à atual Lei de Drogas, Lei nº 11.343/06, que revogou expressamente as leis de 1976 e 2002<sup>85</sup>, muito embora tenha representado um avanço no tocante ao tratamento dado ao usuário de drogas, “não descriminalizou o uso de drogas e tampouco estabeleceu a quantidade de substância que diferencia uso pessoal de tráfico” (SANTOS; QUEIROZ, 2016, p. 61).

Com fundamentação teórica em Gilberto Velho e Alba Zaluar, apontam que a política proibicionista, incorporada pelo Brasil, associa o uso de drogas com a violência, em razão do estilo de vida ser mais propenso à prática de crimes a fim de sustentar o uso, contribuindo para a criação de estereótipos (SANTOS; QUEIROZ, 2016, p. 62 e 63).

Criticam o Poder Judiciário, que vem utilizando a Lei Paulo Delgado (Lei nº 10.216/01) para “solucionar as questões relativas ao tratamento de sujeitos em uso abusivo de álcool e drogas, (...), especificamente o art. 6º, que trata dos tipos de internação, para promover a reclusão como principal forma de tratamento” (SANTOS; QUEIROZ, 2016, p. 61). O Poder Judiciário, então, absorve a lógica proibicionista no tocante ao uso de drogas e a consequência é o deferimento da internação compulsória como medida padrão para tratamento.

(...) as internações psiquiátricas compulsórias vêm sendo realizadas excluindo o direito do indivíduo de acessar primeiramente os dispositivos da rede substitutiva em saúde mental para tratamento, incluindo o seu desejo de realizar tal tratamento (SANTOS; QUEIROZ, 2016, p. 63).

---

ser autorizada pelo juízo que houver decretado a internação e mediante novo exame pericial, que a justifique.  
§ 5º A internação limitada importa na equiparação do interdito aos relativamente incapazes, assim como a interdição plena o equipara aos absolutamente incapazes, respectivamente na forma dos artigos 6º e 5º do Código Civil.

<sup>84</sup> Expressão utilizada pelo DL nº 891/38.

<sup>85</sup> Art. 75. Revogam-se a [Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976](#), e a [Lei nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002](#).

Os autores questionam dois pontos com relação à Lei nº 10.216/01. Inicialmente, o fato da mesma não fazer menção aos usuários de álcool e outras drogas. Além disso, questionam as decisões judiciais que determinam a internação compulsória sem levar em conta o artigo 4<sup>o</sup><sup>86</sup> da Lei nº 10.216/01, ou seja, antes de se esgotarem os serviços públicos extra hospitalares disponíveis (CERSAMs, CAPS e CAPS AD), instituídos pela Portaria nº 3088/11 (SANTOS; QUEIROZ, 2016, p. 63 e 64).

Com base no pensamento de Zaluar, os autores criticam a inclusão na RAPS das Comunidades Terapêuticas (CT'S) na atenção de caráter residencial transitório (art. 5º, IV, “b”, Portaria nº 3088/11), pois há uma clara violação de direitos constitucionais “com a prática da reclusão para tratamento” (SANTOS; QUEIROZ, 2016, p. 64).

Apontam que o financiamento público se iniciou em 2010, com a inclusão das CT'S no “Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras Drogas” do governo federal, onde foram pactuados leitos nessas instituições. Ao final de 2011, foi anunciado o investimento de quatro bilhões de reais em CT'S, com a abertura de 2.462 (dois mil, quatrocentos e sessenta e dois) novos leitos para tratamento de usuários de drogas (Santos e Queiroz, p. 65).

Esse novo rumo do governo federal aponta uma contradição com a política de redução de danos que o Ministério da Saúde havia adotado em 2003, pois, passa a financiar entidades privadas pautadas na “lógica da abstinência, alternativa contraditória à política proposta anteriormente” (SANTOS; QUEIROZ, 2016, p. 65).

A demonização das substâncias psicoativas e a associação entre uso de drogas e violência urbana incitam a internação do usuário. Soma-se a isso a ausência do governo no investimento em políticas públicas para o enfrentamento dos problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas, o que reforça o apoio popular às práticas de internação compulsória (SANTOS; QUEIROZ, 2016, p. 64)

Como alternativa aos equívocos do Judiciário e ao financiamento indevido de CT'S, os autores apresentam a Política de Redução de Danos (RD), que consiste em um tratamento baseado na singularidade do sujeito, respeitando os direitos de escolha dos usuários de “drogas” e garantindo-lhes qualidade de vida (SANTOS; QUEIROZ, 2016, p. 66-67)

---

<sup>86</sup> Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes.

A redução de danos é uma política estabelecida no pressuposto de que o usuário de drogas deve ter seus direitos de cidadão respeitados. É pelo fato de as autoridades jurídicas não considerarem o direito de escolha do usuário e instituições privadas estarem à frente de intervenções de cunho moral-religioso em espaços que deveriam ser orientados pelos pressupostos da saúde pública que aqui são reivindicados os direitos dos usuários e a efetivação das políticas públicas. **O histórico da Política de Redução de Danos mostra a possibilidade de superação da marginalização do usuário e o seu engajamento político com vistas à garantia de direitos e qualidade de vida** (SANTOS; QUEIROZ, 2016, p. 66-67) (Grifei)

O **segundo** trabalho, trata-se de uma Monografia com o título **“Internação Compulsória e Saúde Mental: a percepção dos profissionais de saúde sobre esta relação”**, tem como autora **Santos (2015)** e é fruto do seu trabalho final para a obtenção do título de Especialista em Atenção à Saúde Mental pela Universidade do Estado do Pará, no Programa Residencial Multiprofissional em Saúde e Atenção à Saúde Mental.

Muito embora o enfoque dado à perspectiva dos profissionais de saúde acerca da internação compulsória não esteja entre os objetivos dessa Tese, entendeu-se pela inclusão deste trabalho por ter, em seu referencial teórico capítulos específicos (3.1 e 3.3) para dependência química e internação compulsória, razão pela qual nos ateremos a eles, bem como a alguns dos resultados apresentados, especialmente na percepção dos profissionais de saúde acerca da dependência química e do manejo da internação compulsória para os usuários abusivos de drogas.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e análise documental, com a utilização da metodologia de estudo de caso, com o objetivo de conhecer como

(...) os profissionais da emergência psiquiátrica do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna pensam e sentem em relação à internação compulsória do dependente químico neste serviço, considerando a Reforma Psiquiátrica no Brasil e a Política de Drogas. Para tanto foram realizadas entrevistas com a equipe multiprofissional da Emergência psiquiátrica do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, sendo estes: 1 Psicólogo, 2 Assistentes Sociais, 1 Terapeuta Ocupacional, 3 Enfermeiros, 10 Técnicos de Enfermagem e 3 Médicos Psiquiatra (...)(SANTOS, 2015, p. 16).

A monografia em questão foi fruto da observação da autora enquanto psicóloga da emergência psiquiátrica do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna de Belém, no ano de 2013. Notou que, apesar da Portaria do Ministério da Saúde nº 224/92<sup>87</sup> recomendar a internação

---

<sup>87</sup> Normatiza o atendimento em saúde mental na rede SUS. Grande parte desta portaria já foi revogada por outras normas. Subsistem válidas, no entanto, as diretrizes estabelecidas para hospitais-dia e ambulatorios. As normas atuais referentes aos CAPS são as Portarias GM 336/02 e SAS 189/02.

nos serviços de urgência por até 72 horas, para que o paciente retorne ao convívio familiar em curto período de tempo, o mesmo não acontecia no Hospital de Clínicas quando a admissão ocorria por determinação judicial, ou seja, via internação compulsória. Assim, mesmo sem indicação médica e da equipe multidisciplinar, o serviço era obrigado a manter o paciente hospitalizado aguardando outra decisão judicial para a sua saída.

Para o paciente internado judicialmente, tal situação de indeterminação quanto aos critérios de saúde para a sua alta são compreendidos como uma forma de punição pelas possíveis transgressões cometidas, bem como mais uma forma ou tentativa de disciplinar ou docilizar seu corpo e seus desejos. O que envolve a espera da alta a ser decidida por critérios não mais de saúde, mas judiciais atinge a todos: paciente, família e equipe multidisciplinar (SANTOS, 2015, p. 15).

Inicialmente, critica-se o uso da expressão dependência química, pelos motivos já expostos na Introdução, muito embora a autora reconheça que a mesma é marcada por uma multicausalidade, como:

pobreza, desemprego, marginalização, tráfico, violência, prostituição, solidão, desamparo, doença mental e etc. Questões que necessitam ser contextualizadas, pois só assim haverá uma reflexão mais fidedigna possível da realidade do dependente químico, bem como da elaboração de propostas para o seu tratamento (SANTOS, 2015, p. 11).

Ressalte-se que, no capítulo 3.1, onde trata da dependência química, a fl. 18, utiliza também a expressão “uso e abuso de substância psicoativas”, o que reflete um pensamento mais atualizado do tema. Porém, a fl. 22 irá falar em “toxicômano”, remetendo a uma expressão do início do século passado, frequentemente utilizada por juristas em razão da mesma constar no Código Civil de 1916, ao tratar do instituto da capacidade.

A autora defende que a Internação Compulsória viola o princípio constitucional da liberdade individual previsto no art. 5, II, CR/88.<sup>88</sup> Além disso, também, entende que contraria os “princípios da reforma psiquiátrica, que coloca como prioridade o atendimento extra-hospital, a compreensão do usuário enquanto sujeito, tendo como ênfase a sua autonomia como cidadão de direitos” (SANTOS, 2015, p. 12).

Nesse ponto concorda-se com Santos, apenas com uma ressalva: no tocante à internação compulsória dos usuários de drogas, não há que se pensar em esgotamento dos recursos extra-hospitalares como condição para o seu manejo. Isso porque, como já exposto

---

<sup>88</sup> Art. 5, II, CR/88 – “Ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa, senão em virtude de lei”

anteriormente, não se admite a mesma em nenhuma hipótese, não apenas por ausência de fundamentação legal, mas também por violações aos preceitos constitucionais da saúde, liberdade e vida.

Expõe, ainda, que a Internação Compulsória, na forma como foi estabelecida pela Lei nº 10.216/01, restringe-se aos casos em que há uma ação penal, com a declaração de inimputabilidade do réu e aplicação de 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 ou o indivíduo” (SANTOS, 2015, p. 13).

No capítulo 3.1 trata da dependência química e a designa como uma doença crônica, seguindo os padrões de classificação do DSM-IV (1993) da OMS, segundo a qual:

Dependência química corresponde a um padrão de uso disfuncional de uma substância, levando a um comprometimento ou desconforto clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) dos seguintes sintomas: tolerância, abstinência, comportamento compulsivo diante da droga e dependência (SANTOS, 2015, p. 20).

A autora segue a lógica de que existe um padrão de uso aceitável socialmente, muito embora não especifique qual seja para cada droga (lícita ou ilícita), e que os dependentes químicos seriam indivíduos que não conseguem se adequar a esse padrão de normalidade. Contudo, admite que, para a compreensão do fenômeno da drogadição, deve-se buscar o que está por trás do seu uso, bem como o espaço que ocupa na vida desse sujeito, a fim de que seja elaborado seu tratamento.

Baseia-se na teoria da psicanalista Melanie Klein para explicar a drogadição:

O toxicômano dificilmente poderá tolerar o ingresso na posição depressiva. Com a droga o que ele tenta é evitar cair nessa posição. A posição depressiva<sup>89</sup> é vivenciada por ele como uma incorporação perigosíssima dos seus aspectos dissociados, o que implicaria a desintegração total do seu ego, isto é a psicose. A posição depressiva, da qual depende a capacidade do indivíduo para aceitar frustrações sem sentir que essa aceitação acarrete a perda do objeto bom (SANTOS, 2015, p. 20)

---

<sup>89</sup> Segundo Melanie Klein o bebê nasce na posição esquizo-paranóide, que tem por características: “a fragmentação do ego; a divisão do objeto externo (a mãe), em seio bom e seio mau (...). A partir da elaboração destes sentimentos emerge a posição depressiva. Esta tem como principais atributos: a integração do ego e do objeto externo (mãe/seio), sentimentos afetivos e defesas relativas à possível perda do objeto em decorrência dos ataques realizados na posição anterior” (Santos, 2015, p. 22).

Por essa teoria, haverá essa alternância de posições ao longo da vida, predominando a depressiva naqueles que se adequam às regras da normalidade social. Já, quanto aos dependentes químicos afirma:

o toxicômano é uma pessoa que sofreu intensas frustrações que incidiram no desenvolvimento de uma personalidade frágil (...), utilizando-se de compensações acessórias como um substituto para enfrentar a tensão (SANTOS, 2015, p. 22).

No capítulo 3.3 cuida da internação compulsória e critica a forma higienista com que ocorreu em recentes episódios relacionados ao crack. Contudo, ressalta que não se mostra muito diversa das outras medidas de internação implementadas ao longo da história da saúde mental. Relembra, assim, as pessoas acometidas com doenças infecto contagiosas (lepra, tuberculose) e os ditos loucos, que precisavam ser retirados do convívio social em razão da sua periculosidade latente. Essas pessoas eram internadas compulsoriamente, segundo a autora, em hospitais e passavam anos isoladas.

Relaciona, ainda, dois Decretos que disciplinaram a internação dos portadores de transtorno mental: 1) Decreto nº 1132, de 22 de dezembro de 1903; 2) Decreto nº 24.559, de 03 de julho de 1934. Entretanto, constata que apenas a partir da edição da Lei nº 10.216/01 é que o portador de transtorno mental passou a ter proteção e direitos garantidos.

Observa-se que a internação hospitalar deixou de ter o caráter punitivo, disciplinar para o enquadramento da ideia que se tinha por ordem social, para ser implementada apenas quando os serviços extra-hospitalar se mostrarem insuficientes e terá como finalidade a reinserção social do paciente. Nestes moldes foi concebida a Portaria nº 1.028 de 1º de julho de 2005, que trata sobre a Redução de Danos sociais e para a saúde, sua prioridade não se restringe a abstinência como única forma de tratamento, compreende que esta pode ser uma das várias modalidades de tratamento a serem seguidas. Tem como primazia a qualidade de vida daqueles que não querem, não podem ou não conseguem interromper o uso (SANTOS, 2015, p. 31).

Finaliza o capítulo afirmando que a internação compulsória do dependente químico, na forma como vem sendo realizada, viola princípios da bioética, tal como o da autonomia. A autora admite, excepcionalmente, a internação para salvaguardar a integridade de paciente ou de terceiros. Porém, passada a crise, questiona a necessidade da autorização do juiz que determinou a internação, especialmente quando já existe alta pelos critérios médicos.



No capítulo 4 apresenta os resultados das entrevistas. Ressalte-se que a autora não quantificou ou transformou em percentual quantos entrevistados deram determinada resposta e quantos outra. Utiliza termos genéricos como “em vários momentos”, “muitas vezes”, “alguns destes profissionais”, “para os entrevistados”, “há profissionais”.

Interessa a esta tese 03 dos questionamentos feitos: 1) o que é dependência química?; 2) o que pensam em relação à internação compulsória do dependente químico?; 3) o que sentem em relação ao paciente dependente químico internado compulsoriamente?

Quando indagados o que entendiam por dependência química, os profissionais de saúde do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna de Belém, “em vários momentos”<sup>90</sup>, disseram que é alguém doente, que precisa de ajuda e tratamento. Também a identificam como um mal com poderes sobrenaturais sobre os usuários. Além disso, discordam da atuação do Poder Judiciário em não responsabilizar o usuário de drogas, pois, entendem que “penas mais rígidas se apresentaria como um freio necessário para se barrar o que não se consegue através do diálogo” (SANTOS, 2015, p. 40).

**Para estes profissionais existem dois tipos de dependentes químicos: a pessoa que escolheu usar drogas. Para estes é oferecido o cuidado, no entanto o ato de cuidar é limitado, se veem obrigados a exercê-lo devido o papel que suas respectivas profissões lhe impõem. Os usuários que “escolheram” são percebidos e denominados como marginais. (...) E existe aquele que devido às circunstâncias de sua vida, utilizou a droga como mecanismo de fuga ou para amenizar algum sofrimento. Neste, o investimento profissional é maior**, palavras de uma entrevistada: “E tu vê dependentes químicos que são pessoas que têm uma família, que têm certa estrutura, mas não conseguem sair da dependência, por isso ele merece uma segunda chance”. (...). Alguns destes profissionais denotam em seu relato descrédito em relação ao dependente químico, onde todas as suas condutas referentes ao desejo de sair do ambiente hospitalar estejam relacionadas à fissura em relação à droga (SANTOS, 2015, p. 40). **(Grifei)**

Com relação à pergunta “o que pensam em relação à internação compulsória do dependente químico?”, “há profissionais”<sup>91</sup> que concordam com a IC do dependente químico nos casos em que houver risco de vida para o paciente ou terceiros e, principalmente, quando houver a presença de sintomas psicóticos, com delírios e alucinações. Contudo, ainda nessas hipóteses, entendem que a internação não deveria ocorrer na emergência psiquiátrica do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna de Belém, mas em uma unidade que fosse exclusiva para dependentes químicos (SANTOS, 2015, p. 42).

<sup>90</sup> Expressão utilizada pela autora.

<sup>91</sup> Expressão utilizada pela autora.

A justificativa para a não internação naquela emergência psiquiátrica decorre do comportamento dos dependentes químicos, que se apresenta muito diferente dos pacientes com depressão, esquizofrenia e transtorno bipolar:

O dependente internado compulsoriamente se torna um risco para os pacientes que estão internados e para a equipe que o acompanha, pois devido ao seu desejo de sair, algumas vezes intensificado pela ausência da substância, manipula os outros pacientes para fugir do hospital, para fazerem motim e em algumas situações para agredir a equipe (SANTOS, 2015, p. 42).

Por fim, com relação ao sentimento pessoal em relação ao dependente químico internado compulsoriamente, os profissionais relataram sentir medo, pois são pacientes agressivos e possuem dificuldade para seguir regras. Sentem-se, também, “cumpridores de ordens e desmerecidos em sua profissão” com relação à decisão judicial arbitrária de fixação do tempo de internação, independente do posicionamento da equipe técnica (SANTOS, 2015, p. 42).

Conclui que foi possível perceber que:

1) Os avanços científicos com relação à dependência química não foram suficientes para apagar a herança desta como “um desvio de ordem pública e da internação compulsória como resposta aos incômodos sociais” (SANTOS, 2015, p. 55);

2) Os profissionais de saúde entrevistados, apesar de compreenderem a dependência química como tratamento, “compartilham das mesmas representações sociais que outrora foram atribuídas a estes sujeitos como: bandido, criminoso, perigoso, como alguém que não quer nada com a vida e que não tem jeito”(SANTOS, 2015, p. 55);

3) Os profissionais de saúde entrevistados fazem diferença entre o paciente psiquiátrico e os dependentes químicos, pois os últimos não se adequam às regras e rotinas de um hospital psiquiátrico. Reconhecem o direito de internação dos dependentes químicos em caso de crise, mas, desde que em separado dos demais (SANTOS, 2015, p. 55);

4) É notório o desconforto da equipe de saúde em relação à internação compulsória, especialmente pela perda de poder de autoridade, “que lhes é retirado para ser exercido por alguém que ‘supostamente’ não dispõe de conhecimento técnico para realizar determinada ordem” (SANTOS, 2015, p. 56);

5) O principal sentimento dos profissionais entrevistados é o medo de ser agredido, “pois são pacientes ‘difíceis’, que apresentam dificuldades para seguir regras, limites, são agressivos e possuem baixa tolerância” (SANTOS, 2015, p. 56);

6) Além do medo, os profissionais entrevistados demonstraram preconceito com relação aos dependentes químicos, acreditando que a penalização é o meio mais eficaz de tratamento (SANTOS, 2015, p. 57).

O **terceiro** trabalho a ser analisado é de autoria de **Pontes, Meza e Bicalho (2015)**, com o título **“Ciência e política das drogas: as controvérsias em torno das políticas públicas de internação compulsória”**. Trata-se de artigo publicado na Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia. Propõem uma análise sobre as controvérsias acerca das internações compulsórias (PONTES; MEZA; BICALHO, 2015, p. 1441). Utilizam como referenciais teóricos Foucault, Latour, Deleuze e Guattari.

Tomam como ponto de partida a política de internação compulsória de alguns estados brasileiros (SP, RJ e MG) para usuários de drogas, com destaque para o crack. Essa prática, segundo os autores, levou diversos atores sociais a discutirem desde a sua legalidade até questões éticas (PONTES; MEZA; BICALHO, 2015, p. 1439).

Para tanto, abordam o objeto a partir da ideia de controvérsia de Latour:

Colocar em análise como o as controvérsias irrompem, chegam a um fim e o processo através do qual isso acontece significa perseguir as pistas de sua emergência e de seu fechamento, os caminhos pelos quais são tecidas as redes sociais, os fatos e artefatos científicos. **O fechamento de uma controvérsia significa que uma verdade ganhou e os argumentos em seu favor retrospectivamente se tornam aqueles que são razoáveis. (...). Assim as controvérsias são uma rachadura que abre a possibilidade dos enunciados serem interpelados, serem contraditos, abre espaço para a recalitrância, para que algo de diferente seja dito (...)** (PONTES; MEZA; BICALHO, 2015, p. 1440) (Grifei)

Desse modo, para os autores, a vantagem de se estudar as controvérsias do tema da internação compulsória está na possibilidade de concebê-la, por si e por suas consequências, como “um campo problemático indefinido”, ou seja, “está longe de se tornar um assunto encerrado, uma caixa preta, como diria Latour<sup>92</sup>” (PONTES; MEZA; BICALHO, 2015, p. 1440).

Quanto ao material de pesquisa utilizado, os autores fazem referência a dois projetos de lei, o PL nº 7663 (Senador Osmar Terra) e o PLS nº 111/10 (Senador Demóstenes Torres), em razão dos mesmos buscarem alterar a Lei de Drogas do Brasil (Lei nº 11.343/06),

---

<sup>92</sup> “Latour toma o termo “caixa preta” a partir da cibernética, cuja utilização se dá quando um conjunto de comandos é complexo demais e, em seu lugar, é desenhada uma caixa preta, ou seja, um assunto encerrados que é tomado como fato e, portanto, o que importa dele são seus efeitos, o que dele deriva” (PONTES; MEZA; BICALHO, 2015, p. 1441).

bem como por terem sido citados por aqueles que se opõem à internação compulsória, dentro do campo por eles analisado.

Realizaram, também, uma busca documental de matérias jornalísticas e documentos digitais que utilizassem argumentos contrários aos do Senadores. Por fim, foi realizada uma revisão bibliográfica que permitisse elaborar alguns elementos da controvérsia, especialmente referente ao estatuto médico da dependência química (PONTES; MEZA; BICALHO, 2015, p. 1442). Ressalte-se, contudo, que não apresentam o percurso, tampouco a base de dados, na escolha das matérias jornalísticas, documentos digitais e da revisão bibliográfica.

No decorrer do texto, os autores abordam 03(três) controvérsias: 1) a “epidemia do crack”<sup>93</sup>; 2) a capacidade de autodeterminação dos usuários de crack; 3) a limpeza social realizada pelas internações compulsórias.

Com relação à questão da existência de uma “epidemia do crack”, apontam que, atualmente, o ponto principal acerca do tema da internação compulsória é a “existência de um argumento sobre uma possível epidemia do uso de crack” (PONTES; MEZA; BICALHO, 2015, p. 1443). Esse argumento é encontrado na fundamentação dos Projetos de Lei acima mencionados, em trâmite no Senado. De acordo com os autores dos PL’s, a solução para tal epidemia, que tomam como certa, é a internação compulsória, por meio da alteração da lei de drogas do país (PONTES; MEZA; BICALHO, 2015, p. 1443).

Como contraponto, os autores encontraram diversos ataques à existência de uma epidemia. Destacam como mais interessante uma matéria<sup>94</sup> do portal eletrônico do G1 que “questiona a tomada de iniciativa do governo federal de implementar um programa de combate ao crack partindo da premissa de que existe um problema antes mesmo de sua confirmação com base em estudos” (PONTES; MEZA; BICALHO, 2015, p. 1443).

Para resumir a controvérsia temos, de um lado, um argumento sobre a existência de um problema social que cresce em níveis alarmantes, de outro, contesta-se a existência de dados<sup>95</sup> que possam comprovadamente atestar a existência de um problema (PONTES; MEZA; BICALHO, 2015, p. 1444)

---

<sup>93</sup> Os autores colocam a expressão entre aspas sem, contudo, justificar tal opção.

<sup>94</sup> “O título da matéria já deixa evidente a controvérsia “Governo libera R\$738 milhões sem conhecer a ‘epidemia’ de crack” (PONTES; MEZA; BICALHO, 2015, p. 1444).

<sup>95</sup> Os autores ressaltam, ao final, que, à época da elaboração do artigo, a Fiocruz estava na fase final da Pesquisa Nacional sobre o uso do crack. Porém, até a publicação deste artigo ainda não havia sido divulgada (PONTES; MEZA; BICALHO, 2015, p. 1444).

Trazem como segunda controvérsia a afirmativa de que “os usuários de crack não são capazes de promover autonomia de cuidado e, portanto, precisam de tratamento compulsório” (PONTES; MEZA; BICALHO, 2015, p. 1444). Apontam como um dos defensores desse argumento o então Prefeito do Rio de Janeiro Eduardo Paes, que chegou a declarar a uma reportagem do Portal Terra: “Está muito claro que os dependentes dessa droga crack não conseguem tomar decisões. Por isso, vamos intensificar o trabalho da Prefeitura contra o crack”(PONTES; MEZA; BICALHO, 2015, p. 1444).

Percebem, os autores, que, para compreender esse ponto, tem-se que observar a relação que foi estabelecida entre dependência química<sup>96</sup> e saúde mental. Para os defensores da política de internação compulsória há uma identificação do uso de drogas como doença, “uma doença da vontade, da incapacidade de autodeterminação” (PONTES; MEZA; BICALHO, 2015, p. 1445).

Com base no item 4 do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV (DSM-IV), esclarecem que:

(...) o aspecto subjetivo da incapacidade de controlar o uso permanece como constante na mentalidade médica atual e é um fator elementar para a construção do diagnóstico. Não somente no raciocínio médico, a percepção social de usuários de drogas, principalmente o crack, é metaforizado a partir de figuras como “zumbi”. (...). Estas imagens do uso da droga servem para compor a estratégia de definir usuário de drogas como aqueles são incapazes de controlar o próprio juízo mental e, portanto, precisam de intervenção externa, médica ou jurídica, para conter a autodegradação (PONTES; MEZA; BICALHO, 2015, p. 1446).

Contudo, apontam, que a “pertinência do diagnóstico médico perante o uso de drogas” é controvertida dentro da própria medicina (PONTES; MEZA; BICALHO, 2015, p. 1446). Observam, ainda, que há uma resistência entre os juristas em atenuar a qualificação de um ato para o uso de substâncias químicas, no que concluem:

Ousaríamos conjecturar que, caso a mesma diligência fosse utilizada nos casos de internação compulsória como nas sentenças criminais, a estratégia de desresponsabilizar usuários de drogas de suas ações, seria descartada de imediato. Esta afirmação baseia-se na próxima controvérsia a ser analisada: as internações compulsórias seriam uma forma de encarcerar a população de rua que ocupa espaços que, por vezes, são denominados de “cracolândias”<sup>97</sup> (PONTES; MEZA; BICALHO, 2015, p. 1446 e 1447).

<sup>96</sup> Utilizam a expressão sem qualquer justificativa da escolha.

<sup>97</sup> Não justificam o uso das aspas.

A terceira controvérsia é apresentada a partir da coletânea de artigos “Drogas: Direitos Humanos e Laço Social” do Conselho Federal de Psicologia (2012). Aqui a internação compulsória não é contestada com fundamentos médicos ou conceituais, mas sim político: “É recorrente a afirmação de que a internação compulsória teria um objetivo implícito: realizar a limpeza de alguns espaços urbanos” (PONTES; MEZA; BICALHO, 2015, p. 1447). Assim, a preocupação não é o uso abusivo da droga, mas sim o uso em ocupações urbanas. A limpeza seria um modo de inviabilizar esses usuários.

Outro ponto nessa controvérsia são os recursos disponibilizados pelo Governo Federal para vagas de internação em comunidades terapêuticas, cuja eficácia não é comprovada. Além disso, tal questão leva a uma outra: porque não destinar esses recursos à rede de atenção em saúde mental, que não está totalmente estruturada e, em consequência, não tem capacidade de atender os que a procuram de modo voluntário?

Pode-se notar que o ataque direto não é em relação ao argumento médico da autodeterminação do usuário de drogas, mas focaliza eminentemente na ineficácia do tratamento compulsório e na falta de justificativa para a efetivação da política sem eficácia comprovada (PONTES; MEZA; BICALHO, 2015, p. 1447).

Concluem que, nem sempre, as controvérsias estão em um mesmo plano de argumentação, ou seja, buscam se contradizer de uma forma lógica. O debate da internação compulsória continua gerando controvérsias e, com isso, adia-se a produção de uma nova caixa preta (PONTES; MEZA; BICALHO, 2015, p. 1447 e 1448).

Deve-se pontuar que se concorda com os autores com relação à questão de que nem sempre os argumentos e contra-argumentos de uma controvérsia são aptos a rebater um ao outro. Contudo, no presente texto, restou difícil verificar-se tal afirmativa, uma vez que na exposição das controvérsias, os autores não forneciam os dados completos. Com exceção da primeira controvérsia, que foi melhor explicada, as duas últimas ficaram lacônicas. Não se pode afirmar que isso se deu em razão dos argumentos não se contradizem de forma lógica, uma vez que não foram apresentadas as fontes da pesquisa de forma detalhada.

O **quarto** artigo sob análise tem como autores **Wurdig e Motta (2014)**, com o título “**Representações Midiáticas da Internação Compulsória dos Usuários de Drogas**”, publicado na Revista Temas em Psicologia. Com a finalidade de refletir sobre a expansão da proposta de internação compulsória como tratamento de usuários de drogas, bem

como a importância da mídia nesse processo, analisam os discursos do jornal Zero Hora nas reportagens disponíveis *on line* no ano de 2013.

A pesquisa quantitativa *on line* foi realizada entre julho de 2010 a julho de 2013. O marco temporal do ano de 2010 justifica-se pelo Projeto de Lei nº 7663/2010, que altera a Lei de Drogas do Brasil (Lei nº 11.343/06). O jornal Zero Hora foi escolhido em razão de ser um dos meios de maior circulação no Estado do Rio Grande do Sul, de onde escrevem os autores.

Como descritores valeram-se das palavras “internação compulsória; drogas” (com 78 resultados) e “internação involuntárias; drogas” (com 69 resultados). Verificaram a maior incidência de reportagens no ano de 2013, além de ter sido uma época marcada por manifestações a favor e contra o Projeto de Lei nº 7663/2010, tendo sido este o período escolhido para análise. No total foram selecionadas 20 (vinte) reportagens para a elaboração do trabalho. Optaram por não diferenciar internação compulsória de internação involuntária, pois o jornal não fazia tal distinção (WURDIG; MOTTA, 2014, p. 435 e 436).

Fundamentam o estudo na Psicologia Social Crítica, com o aprofundamento das questões da ideologia, com base em Guareschi. Utilizam, também, o referencial metodológico da Hermenêutica da Profundidade<sup>98</sup> (HP) difundida por John B. Thompson, que define meio de comunicação em massa como “aquele que está acessível a uma grande variedade de pessoas, em que o público receptor não tem perfil específico, mas tem capacidade de reagir à mensagem recebida de diferentes modos”(WURDIG; MOTTA, 2014, p. 435). Discorrem, ainda, sobre a relação entre a história da loucura e da doença mental, com foco nos atuais protagonistas: os usuários de drogas.

A base de análise das reportagens são as 3 fases da HP: sócio-histórica, formal ou discursiva e interpretação/reinterpretação. As autoras decidiram trabalhar essas fases de forma conjunta ao invés de fazê-lo separadamente:

Saber qual discurso está sendo empregado e de que maneira toda a questão sócio-histórica está enraizada nessa manifestação do discurso possibilita, de forma clara, uma produção, ou melhor, a interpretação/reinterpretação de algo em sua totalidade (WURDIG; MOTTA, 2014, p. 436)

---

<sup>98</sup>“(…). As três fases da HP são descritas como análise sócio-histórica, análise formal ou discursiva e interpretação/reinterpretação. Esse referencial possibilita a compreensão das condições sociais e históricas de produção, circulação e recepção das formas simbólicas, assim como viabiliza explorar as análises discursivas e propicia a construção criativa de possíveis significados”(WURDIG; MOTTA, 2014, p. 436).

De forma bem resumida as autoras discorrem acerca dos seguintes achados nos discursos midiáticos: **1)** utilização de palavras com ideologia religiosa; **2)** a ausência de espaço à fala dos usuários e das famílias; **3)** equiparação do uso de drogas à doença mental e, em consequência, a aplicação dos mesmos tratamentos de internação aos usuários de drogas, apesar de toda a crítica história a essa prática em relação aos doentes mentais; **4)** reforço da estigmatização do usuário de drogas, bem como a sua incapacidade de decidir; **5)** criminalização da conduta do usuário de crack, já que a sua maioria comete crimes para sustentar o vício, sendo necessária a intervenção do sistema penal; **6)** ideia da internação compulsória como o modo mais eficaz de desintoxicar; **7)** estratégia da naturalização do discurso de internação compulsória.

A ideologia religiosa<sup>99</sup> restou demonstrada em trechos das reportagens por meio do uso de palavras marcantes como “resgate” e “compaixão”. “Resgate” é intimamente ligado à palavra salvação, sendo o ato de “ser salvo por algo ou alguém, esse alguém até é descrito como sendo Jesus Cristo” (WURDIG; MOTTA, 2014, p. 437). “Compaixão” é descrita também como “devoção, afeição e respeito pelas coisas da religião” (WURDIG; MOTTA, 2014, p. 437). Nos textos analisados a palavra “resgate” relaciona-se a uma vida digna.

O discurso acaba demonstrando um enraizamento dos preceitos religiosos, além de enrijecer somente um modelo como possibilidade de vida, já que é somente com a internação involuntária/compulsória que esses usuários poderiam ser resgatados, tendo a compaixão da sociedade. No discurso citado no parágrafo anterior, a internação involuntária/compulsória vem como uma concepção sagrada, que salvaria os usuários do mal que as drogas apresentam e haveria compaixão com tais pecadores, pois só assim achariam o caminho correto o qual a sociedade designa para seus filhos. (WURDIG; MOTTA, 2014, p. 437 e 438).

A ausência de espaço à fala dos usuários e das famílias foi especialmente percebida pelas autoras, com exceção de uma entrevista, porém, foi conferida uma abordagem sensacionalista à questão, onde foram destacados apenas os trechos identificados como alarmantes. Dessa forma, pode-se dizer que as reportagens não conferem a atenção necessária

---

<sup>99</sup>“(…) conjunto de modos e estratégias criados para enganar, manipular, iludir, tirar proveito dos outros, reproduzindo ainda relações de dominação, em que somente uma classe dominante detém o poder do certo, aqui referida enquanto religião, representados aqui por aqueles que não fazem uso da droga e emanam concepções religiosas para uma vida correta”(WURDIG; MOTTA, 2014, p. 437).



ao usuário e sua família, o que se traduz como uma forma de desrespeito aos seus direitos de expressão (WURDIG; MOTTA, 2014, p. 438 e 442):

Mesmo a família e o usuário tendo sido pautados em quase todas as reportagens, o que percebemos foi que não foi dada a atenção necessária, pois não houve a produção de reportagens que expressem, de fato, o discurso do usuário ou da família. Somente uma reportagem teve a fala de um usuário e da sua família, mas teve a explicitação de maneira sensacionalista (WURDIG; MOTTA, 2014, p. 438)

A noção da drogadição como doença mental, com a consequente utilização da internação como tratamento, e a estigmatização negativa dos usuários de drogas, aparece em vários trechos que destacam a sua incapacidade de decisão por si próprio. A estigmatização aqui entendida como “quando pessoas atribuem rótulos e estereótipos negativos a determinados comportamentos, influenciando direta ou indiretamente a condição de saúde da pessoa estigmatizada, podendo levar a diversas consequências, como o agravamento da situação” (WURDIG; MOTTA, 2014, p. 439).

Há um discurso que diminui a possibilidade de escolha do usuário, assim como há uma estigmatização de quem é ele, caracterizado como alguém que vive na rua, não tem casa, não tem nada. A estigmatização ocorre quando pessoas atribuem rótulos e estereótipos negativos a determinados comportamentos, influenciando direta ou indiretamente a condição de saúde da pessoa estigmatizada, podendo levar a diversas consequências, como o agravamento da situação (WURDIG; MOTTA, 2014, p. 439).

Outro viés desse discurso que reproduz o preconceito e o estigma do usuário de drogas está no uso da palavra “zumbi” para identifica-los, que segundo o Aurélio, significa “um morto saído da tumba e que um feiticeiro põe a seu serviço” (WURDIG; MOTTA, 2014, p. 440). A referência a seres humanos como “mortos-vivos” irá refletir no tipo de serviço que lhes será ofertado, pois estes “não necessitam de um atendimento humano ou de algum cuidado, mas que sejam retirados, enfrentados, para que parem de assustar pessoas nas ruas”(WURDIG; MOTTA, 2014, p. 440).

Há, ainda, o discurso que criminaliza a conduta do usuário de crack, já que a sua maioria comete crimes para sustentar o vício, sendo necessária a intervenção do sistema penal. Desse modo, o consumo de drogas seria resolvido a internação compulsória:

Essa abordagem baseada no sistema penal vigente direciona suas ações a prevenir a sociedade dos problemas sociais do consumo de drogas unicamente pela via da restrição do direito de ir e vir do infrator. Isso se dá pela

vinculação feita, muitas vezes, pelos meios de comunicação de que a maioria dos usuários de crack assalta e comete crimes, sendo necessário que haja essa intervenção do sistema penal (WURDIG; MOTTA, 2014, p. 440).

Para as autoras esse discurso desconsidera outras formas de assistência, tais como os consultórios de rua e os Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CAPS AD) e outros programas de redução de danos, que poderiam ajudar ao usuário a lidar com o seu vício de outra forma. Além disso, ignora que o Ministério da Saúde, desde 2003, elegeu o CAPS AD como a principal estratégia de tratamento para o consumo de álcool e outras drogas, bem como admitiu a utilização da redução de danos como ferramenta nas ações de prevenção e promoção de saúde.

Observam que nas reportagens em que é dado destaque ao serviço do CAPS AD, acaba por qualificá-lo apenas para os usuários nas suas fases menos agudas. Assim, reforça a ideia da internação compulsória como o modo mais eficaz de desintoxicar, sem levar em conta as outras etapas do tratamento, especialmente o retorno do usuário ao seu ambiente familiar e a continuidade do tratamento (WURDIG; MOTTA, 2014, p. 440).

Por fim, identificam a estratégia da naturalização<sup>100</sup> do discurso de internação compulsória, especialmente com o argumento de que já acontece em outras cidades do país, como uma maneira da mídia explicitar “que não há mais necessidade de pensarmos em outras propostas de tratamento” (WURDIG; MOTTA, 2014, p. 441).

Ao contrário, a mídia coloca o crack como uma epidemia sem controle pelos serviços substitutivos existentes, sendo imperiosa uma medida mais eficaz: a internação compulsória. O Pânico social que esse discurso gera leva ao esquecimento do usuário e do que ele deseja e considera eficaz.

Considerando que se vive em uma sociedade massificadora, a divulgação desses discursos por um veículo de grande circulação, tal como o Zero Hora, acaba ditando e orientado a maneira como grande parte da sociedade irá tratar do assunto, pois nesse tipo de sociedade, “introjetamos o que a mídia expõe sem reconhecer ou perceber o que realmente queremos optar e decidir”(WURDIG; MOTTA, 2014, p. 439).

---

<sup>100</sup> “A estratégia de naturalização de algo é uma das principais armas na manutenção de situações de dominação e de acobertamento da realidade. (...). No momento em que naturalizamos, isto é, consideramos como determinado, algo que é fruto da ação humana, acabamos escravos da nossa consciência. Isso nos impede e impossibilita de lutar, sujeitamo-nos ao determinismo dessas criações que deixam de ser questionadas e apresentam-se como absolutas” (WURDIG; MOTTA, 2014, p. 441).

Na sociedade moderna, um dos principais meios de formação, manutenção e mudanças de crenças e atitudes é a opinião pública, que passa a ser difundida pela mídia de massa, compreendida como um meio de propagação de ideias. A mídia é uma fonte de identificação fundamental para os sujeitos ou grupos como forma de localização social de uma opinião pessoal (WURDIG; MOTA, 2014, p. 439).

Ao final, concluem que se está diante de um paradoxo: a mesma a mídia que domina e controla a informação é a que permite que seu discurso seja analisado, justamente ao produzir, armazenar e circular as reportagens, o que corrobora a sua dimensão simbólica. Desse modo, “o direito a expressão parece ser respeitado até onde a mídia permite” (WURDIG; MOTTA, 2014, p. 442).

O quinto texto é de autoria de Novaes (2014), com o título “**O tratamento da dependência química e o ordenamento jurídico brasileiro**”. Foi publicado na Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. Relembra o histórico de exclusão no tratamento da dependência química<sup>101</sup> no Brasil, além de apresentar os tratamentos atuais que pretendem a reinserção social do usuário. Alerta, ainda, para o perigo do retorno do mecanismo da segregação, com internações desnecessárias, baseadas em desinformação.

Inicia com um resgate histórico da constituição do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro em 1841 até o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo, no ano de 1982, bem como o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), na cidade de Santos, em 1989, e que serviram de modelos para atuação em todo o país.

No tocante ao tratamento da dependência química e a legislação aplicável, que é o objeto principal do artigo, destaca que:

(...) seguindo o modelo construído durante a Reforma Psiquiátrica, o tratamento deve estar apoiado no Projeto terapêutico singular, que segue as premissas estabelecidas pelo National Institute on Drug Abuse (NIDA), dos Estados Unidos, e incluem não apenas os aspectos médicos ou biológicos, mas prioriza abordagens psicoterapêuticas e psicossociais em tratamento ambulatorial, já que o tratamento visa a reinserção social do usuário (NOVAES, 2014, p. 4).

Nesse sentido, considera a Lei de Drogas do Brasil (Lei nº 11.343/06) um avanço com relação às anteriores, pois instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), além de estabelecer medidas de prevenção de uso indevido e reinserção social

---

<sup>101</sup> A autora não justifica a escolha da expressão dependência química.

de usuários de drogas. Entende que a lei também avançou no tocante ao tratamento, adequando-se às recomendações da OMS (Organização Mundial de Saúde), sendo levada em conta a possibilidade de redução de riscos do uso das drogas, bem como a elaboração de um projeto terapêutico individualizado para cada paciente.

Interessante é o apanhado de normas que faz com relação ao tratamento da dependência química. Além da Lei nº 11.343/06, cita as Portarias: 1) nº 336/02 (regulamenta o funcionamento dos CAPS); 2) nº 3088/2011 (instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas); 3) nº 148/2012 (cuida da prevenção, tratamento e redução de danos e riscos advindos do uso de drogas).

Pela análise dos dispositivos legais, a autora conclui que:

o SUS trabalha com a lógica do CAPS, ou seja, **não se prioriza a internação, mas a reinserção social e o tratamento em meio aberto, sendo a internação utilizada como último recurso**, em casos excepcionais e apenas para desintoxicação (NOVAES, 2014, p. 6). (Grifei)

No tocante a redução de danos, que tem fundamento na Lei nº11.343/06 e na Portaria nº 3.088/11, aponta que, apesar da política do pânico gerada sobre o crack, o programa de redução de danos vem apresentando ótimos resultados. Quanto à política do pânico aduz:

Nada mais é do que a repetição do temor criado há décadas sobre o uso do álcool, fazendo com que o Estado muitas vezes opte pelo discurso tradicional, anterior à Reforma Psiquiátrica. (...). No entanto, **diante do pânico criado em cima do crack, a redução de danos vem perdendo espaço para ações imediatistas que são, inclusive, um contrassenso frente ao dispositivo do CAPS, como a criação de novos leitos em comunidades terapêuticas e em hospitais especializados, por período relativamente longo, prevista no “Plano Crack”, o que vai de encontro com a declaração conjunta de várias agências da ONU, de março de 2012, que insta os Estados participantes da ONU a fecharem os centros de detenção e reabilitação relacionados ao tratamento de dependentes químicos, implantando-se serviços de cuidado à saúde comunitários e de maneira voluntária, que respeitem os princípios dos direitos humanos** (NOVAES, 2014, p. 6) (Grifei)

Em seguida, a autora cuida das Internações Involuntária e Compulsória. É importante esclarecer que a autora é Defensora Pública do Estado de São Paulo, assim, nesse tópico, apresenta uma visão da sua prática diária. Interessa-nos o entendimento relativo à Internação Compulsória.

Vale destacar a sua posição a respeito do modo equivocadamente que a internação compulsória vem sendo utilizada. Na forma como está previsto na Lei nº 10.216/01, a mesma somente seria possível:

(...) na forma da legislação vigente à época de sua edição, ou seja, na forma da lei penal, única, após a Constituição Federal, que dispunha sobre internação por decisão judicial. (...). Com efeito, a única legislação vigente a respeito de internação autorizada pelo juiz era e continua sendo a legislação que rege a medida de segurança (NOVAES, 2014, p. 6).

Com base na sua experiência profissional de Defensora Pública, expõe que as famílias acabam procurando o Poder Judiciário com a intenção de internar seus familiares usuários de drogas em razão da demora da rede pública em disponibilizar o tratamento. Novaes partilha do entendimento de que não existe fundamento legal para o pedido de internação compulsória, a não ser nos casos de aplicação de medida de segurança, como já explicitado acima.

Além disso, destaca-se a sua fala, com a qual se concorda, no que tange à não recepção pela CR/88 vigência no nosso ordenamento do Decreto-Lei nº 891/38, comumente utilizado pelos juristas para suprir a lacuna de previsão legal para a internação compulsória de usuários de drogas:

Desse modo, um erro gravíssimo que se percebe na atuação judicial atual é fundamentar internações compulsórias na Lei nº 10.216/01 combinada com o Decreto nº 2455/34, revogado expressamente pelo Decreto nº 99.678/90, em seu anexo, e o **Decreto-Lei nº 891/38, que, apesar de não ter sido expressamente revogado, não foi recepcionado pela Constituição de 1988**, de modo que ambos não estavam em vigor quando da publicação da Lei nº 10.216/01 (NOVAES, 2014, p. 6).

O **sexto texto**, de autoria de **Coelho e Oliveira (2014)**, com o título “**Internação Compulsória e Crack: um desserviço à saúde pública**” e publicado na Revista Saúde em Debate. Trata-se, em verdade, do primeiro artigo relacionado a esta Tese. Foi escrito no ano de 2013 como pré-requisito de ingresso para o Doutorado.

Nesse momento, aproveita-se para fazer algumas considerações e uma autocrítica. O objetivo do artigo continua sendo o mesmo, qual seja, a discussão da interpretação inconstitucional conferida à Lei nº 10.216/01 pelos atores jurídicos envolvidos em uma ação judicial. Porém, autocrítica-se o uso das expressões doente mental e dependente químico. Estas acabaram sendo utilizadas à época, em razão da ausência de aprofundamento teórico

acerca da área da Saúde Mental. Fosse elaborado hoje seriam substituídas, respectivamente, por pessoa com sofrimento mental e usuário de drogas

Outro ponto que restou lacunoso, mas que, à época, não houve uma preocupação de se aprofundar, é o fato de que, em verdade, a internação compulsória não pode ser admitida nem nos casos da lei penal. Tais hipóteses são as de aplicação da medida de segurança. Ou seja, praticado ato definido como crime por pessoa em sofrimento mental, haveria o recolhimento ao manicômio judiciário e não ao estabelecimento prisional.

Isso porque admitir a internação compulsória com base na interpretação literal e sistemática do artigo 6<sup>o</sup><sup>102</sup> da Lei nº 10.216/01, significa ser favorável à manutenção dos manicômios judiciários e, em consequência, não aderir integralmente à Reforma Psiquiátrica no Brasil. Porém, para que se possa atingir o ideal de uma sociedade sem manicômios é preciso ter como premissa de que as medidas de segurança não foram recepcionadas pela Constituição de 1988. Desse modo, entende-se, atualmente, que não há qualquer aplicação para o art. 6<sup>o</sup>, III da Lei nº 10.216/01, tal como explicitado na Introdução.

Feitas tais observações, passa-se ao texto em si.

O objetivo do estudo foi a análise das internações compulsórias requeridas judicialmente de usuários de drogas adultos, ou seja, maiores de 18 anos. A idade foi usada tão somente como recorte de pesquisa. Assim, o argumento da aplicação inconstitucional da Lei nº 10.216/01 para requerimento de internações compulsórias de usuários de drogas também se aplica para as crianças e adolescentes. Isso porque a inconstitucionalidade tem por fundamento a violação da dignidade humana e dos direitos constitucionais da saúde e liberdade individual, qualquer que seja a idade do usuário.

Parte-se da análise do artigo 6<sup>o</sup>, parágrafo único, III<sup>103</sup> e do artigo 9<sup>o</sup><sup>104</sup> da Lei nº 10.216/01, que tratam da internação compulsória para pessoas portadoras de transtorno mental. É importante frisar que o art. 9<sup>o</sup> dispõe que a internação compulsória será determinada “de acordo com a legislação vigente”. Tal expressão consagra o princípio da legalidade e,

---

<sup>102</sup> Art. 6<sup>o</sup> A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

<sup>103</sup> Já transcrito na nota de rodapé acima.

<sup>104</sup> Art. 9<sup>o</sup> A internação compulsória é determinada, **de acordo com a legislação vigente**, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários. **(Grifei)**

nesse caso, quer significar que a internação compulsória apenas poderá ser determinada nos casos previstos em lei.

Para os que entendem que o instituto da medida de segurança foi recepcionado pela CR/88, atualmente, apenas uma situação legal autorizaria a internação compulsória: a hipótese de uma pessoa em sofrimento mental cometer algum ato definido como crime pela lei penal, conforme artigos 99 a 101<sup>105</sup> da Lei de Execução Penal (LEP): “Nesses casos, serão recolhidos aos hospitais de custódia em vez de serem encaminhados para a prisão” (COELHO; OLIVIERA, 2014, p. 361).

Vale destacar que esses dispositivos da LEP referentes ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) serão revogados, caso seja aprovado o Projeto de Lei do Senado nº 513/2013. A justificativa para a revogação é a Lei nº 10.216/01, e, assim, os casos deverão ser encaminhados para a rede de saúde mental. Contudo, o projeto de lei não prevê a criação de uma rede substitutiva, tampouco explicita como ocorrerá o fechamento dos HCTP's.

Na prática, o que ocorre com as ações de internação compulsória atualmente manejadas no Judiciário, é a violação do princípio da legalidade pelos atores jurídicos, com a interpretação ampliativa para a inclusão de usuários abusivos de drogas, mesmo sem previsão legal.

O que se argumenta não é apenas o uso incorreto desta ação do ponto de vista jurídico, pois, careceria de previsão legal, mas também a sua inconstitucionalidade. Tais ações, como são hoje protocolizadas no Poder Judiciário, não possuem base constitucional. Isso porque, ao contrário do que argumentava o então Prefeito do Rio, ao efetuar as internações em massa no ano de 2012, a internação compulsória baseada na abstinência e nos locais onde são realizadas, não preservam o direito à saúde dos usuários, mas sim lhes degradam.

São inúmeros os testemunhos de pacientes que passaram por clínicas de tratamento para dependentes químicos que relatam diversas práticas de tortura durante o ‘tratamento’, tais como socos e pontapés por se recusarem a aderir à religião pregada pela clínica em questão, queimaduras, recusa em fornecer alimentação, braços e pernas amarrados na cama para evitar a

---

<sup>105</sup> Art. 99. O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico destina-se aos inimputáveis e semi-imputáveis referidos no artigo 26 e seu parágrafo único do Código Penal.

Parágrafo único. Aplica-se ao hospital, no que couber, o disposto no parágrafo único, do artigo 88, desta Lei. Art. 100. O exame psiquiátrico e os demais exames necessários ao tratamento são obrigatórios para todos os internados.

Art. 101. O tratamento ambulatorial, previsto no artigo 97, segunda parte, do Código Penal, será realizado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou em outro local com dependência médica adequada.

fuga, proibição de recebimento de visita dos familiares e, tampouco, de ligações telefônicas (COELHO; OLIVEIRA, 2014, p. 365).

Assim, a um só tempo, viola-se o princípio constitucional da dignidade humana e os direitos constitucionais da saúde e da liberdade individual, não apenas de ir e vir por restarem confinados em estabelecimentos, mas também por lhes retirar a liberdade de escolha do seu projeto terapêutico.

Desse modo, ainda que projetos de lei, como o PL7663/10 (atualmente em tramitação do Senado, o PLC nº 37/2013), que altera a Lei de Drogas para incluir a internação compulsória para usuários de drogas, sejam aprovados, tais dispositivos serão flagrantemente inconstitucionais, cabendo aos juízes que receberem ações com tais fundamentos realizar o controle difuso de constitucionalidade<sup>106</sup> e rejeitar o pedido.

Pretendeu-se, em suma, alertar para o uso ilegal e inconstitucional da Lei nº 10.216/01. Os atores jurídicos, de modo acrítico e desconhecendo as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passaram a utilizar esse diploma legal para “requerer judicialmente as internações compulsórias das pessoas que incomodam no espaço público, notadamente os usuários de crack” (COELHO; OLIVEIRA, 2014, p. 366).

O **sétimo texto**, um artigo publicado na Revista Polis e Psique, de **Couto, A.; Lemos, F e Couto, M (2013)**, com o título “**Biopoder e Práticas Reguladoras do Uso de Drogas no Brasil: Algumas Análises de Projetos de Lei**”, é fruto das pesquisas dos autores, em psicologia, de mestrado e de iniciação científica na graduação.

Pretendem analisar “a prática do biopoder acionada pela internação compulsória de usuários de drogas e pelas propostas de projeto de lei referentes a essa maneira de governar os corpos e segmentos da população” (COUTO; LEMOS; COUTO, 2013, p. 132).

Para tanto, problematizam dois Projetos de Lei, escolhidos pelo critério da atualidade, que sugerem alterações na Lei de Drogas (Lei nº11.343/06), a saber: **1)** PL nº 3450/12, de autoria do Sr. Alfredo Kaefer, que “pretende autorizar o poder público a internar compulsoriamente crianças, adolescentes e adultos em situação de risco em função do uso de drogas” (COUTO; LEMOS; COUTO, 2013, p. 145); **2)** PL nº 4.871/12, de autoria do Sr. Francisco Escórcio, que propõe acrescentar o art. 28-A à Lei nº11.343/06, para que haja o “encaminhamento (coercitivo ou não) à investigação pericial sobre o objeto dependência

---

<sup>106</sup> O controle difuso ou incidental de constitucionalidade é aquele realizado caso a caso por qualquer magistrado, desde o de primeiro grau até o Ministro do Supremo Tribunal Federal (STF). Diferencia-se do controle concentrado ou abstrato de constitucionalidade, onde é questionada a lei em tese, independente de caso concreto, sendo o julgamento de competência exclusiva do STF.



química para que o juiz possa, de acordo com os resultados da perícia técnica, determinar ao infrator a pena de internamento compulsório” (COUTO; LEMOS; COUTO, 2013, p. 146).

Utilizam a genealogia como metodologia na análise documental produzida pelo legislativo brasileiro acerca da internação compulsória após a aprovação do Plano crack: é possível vencer, pela então Presidente Dilma Rousseff.

Realizam a sua fundamentação teórica em Michel Foucault, trabalhando com os conceitos de periculosidade, racismo de Estado, biopoder e poder disciplinar. Utilizam as obras: “Microfísica do Poder”, “Vigiar e Punir: a história das violências nas prisões”, “A verdade e as formas jurídicas” e “A Ordem do Discurso”.

Na pesquisa realizada pelos autores, pode-se notar que o Deputado Alfredo Kaerfer, autor do PL nº 3450/12, pertence ao PSDB do Paraná e que o Deputado Francisco Escórcio é vinculado ao PMDB do Maranhão. Entende-se importante indicar a origem dos autores dos Projetos de Lei não apenas pela completude da informação, mas também por ser essencial para se ter uma noção do quão disseminada pelo país está essa perspectiva de solução do uso de drogas via internação compulsória.

Verificou-se, ainda, que ambos os projetos de lei aqui mencionados foram pensados ao Projeto de Lei nº 7663/10, de iniciativa do Deputado Federal Osmar Terra (PMDB/RS e atual Ministro do Desenvolvimento Social e Agrário), que, está em tramitação no Senado Federal, tendo sido convertido no PLC nº37/2013.

Destacam os autores que, a partir de 2011, o dispositivo da internação compulsória previsto na Lei nº 10.216/01, que deveria se medida excepcional, “acabou sendo aplicada de maneira generalizada e, é, para muitos usuários de drogas, o primeiro contato com os serviços de saúde” (COUTO; LEMOS; COUTO, 2013, 2013, p.134).

Com base no conceito foucaultiano de racismo de Estado e de sociedade, onde alguns grupos passam a ser desqualificados socialmente e segregados em instituições, em nome da segurança dos demais membros da sociedade, os autores afirmam que:

Foucault (1979a) descreveu, em A política de saúde no século XVIII que, para alguns grupos sociais, sobretudo pobres, passaram a ser administradas práticas de medicalização pautadas no higienismo autoritário enquanto para as classes mais abastadas eram previstas medidas de cunho mais terapêutico, tais como: psicoterapias, por exemplo. Assim, **podemos afirmar que, na internação compulsória de usuários de crack é materializada a vertente autoritária da medicalização, ou seja, o higienismo como limpeza urbana e a polícia da ordem entra em cena** (COUTO; LEMOS; COUTO, 2013, p.135). (Grifei)

A internação compulsória, como medicalização autoritária, não apresenta qualquer lógica terapêutica, especialmente quando ocorre em locais que fornecem condições precárias, como vem ocorrendo recentemente no Brasil e já constatado em 2011 pelo Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas<sup>107</sup>.

Na análise dos dois projetos de leis, os autores os entendem como práticas sociais medicalizadas e jurisdicionalizadas. Notam que as justificativas de ambos os projetos de lei colocam os usuários de drogas como “um sujeito perigoso, que deve ter suas virtualidades corrigidas, deve retornar à norma, em função de apresentar um perigo potencial” (COUTO; LEMOS; COUTO, 2013, p.148).

A análise de Foucault sobre as virtualidades dos atos também pode ser evidenciada nas justificativas dos Projetos de Lei. Observamos uma racionalidade que situa o usuário de drogas enquanto um perigo para si e para a sociedade, uma vez que todo usuário de drogas (ilícitas) vai ser entendido como danoso. (...) Deve ser corrigido ao nível de suas virtualidades no presente, em busca de uma normalização no futuro (COUTO; LEMOS; COUTO, 2013, p. 148)

Observam, ainda, a utilização do discurso da demonização da droga, “que impede o desenvolvimento do país” (COUTO; LEMOS; COUTO, 2013, p. 147). Esse inimigo, usuário ou traficante de drogas, deve ser combatido pela internação ou criminalização, respectivamente.

Outra questão problematizada pelos autores é o fato destes projetos de lei serem sustentados pelo “saber-poder das ciências humanas e da saúde” (COUTO; LEMOS; COUTO, 2013, p. 146). Sob o enfoque da concepção de poder disciplinar de Michel Foucault, aliado à análise de que os discursos de verdade na sociedade disciplinar servem de base para o sistema penal, observam que os Projetos de Lei pesquisados atualizam a relação Estado-Ciência na gestão do problema das drogas no Brasil, pois:

As ciências “psi” aparecem, historicamente, enquanto discursos legitimadores da gestão das condutas dos usuários de drogas no Brasil. (...). As ciências da saúde sustentam e reafirmam um sistema de disciplinamento pela correção das condutas desviantes (uso de drogas). Correção esta que também é campo dos saberes, uma vez que a internação compulsória é medida sugerida, em ambos, para o tratamento e ajustamento dos indivíduos (COUTO; LEMOS; COUTO, 2013, p.146 e 147).

---

<sup>107</sup> Disponível em <https://site.cfp.org.br>

Por fim, concluem, que da análise dos projetos de lei, produz-se um usuário potencialmente perigoso, seja para si, como para com os outros. Assim em prol da sua vida e, pelo bem da sociedade, são legitimadas as políticas de internamento em massa:

O sofrimento de familiares de usuários tem sido capturado em uma agenda de retorno da internação com características manicomiais, defendida por profissionais e parlamentares que visam a comercializar a saúde e segregar os refugos produzidos pela sociedade contemporânea (COUTO; LEMOS; COUTO, 2013, p. 149)

O **oitavo texto**, de autoria de **Souza e Carvalho (2012)**, publicado na Revista Polis e Psique, tem o título **“Reduzindo danos e ampliando a clínica: desafios para a garantia do acesso universal e confrontos com a internação compulsória”** e é fruto da tese de Doutorado do primeiro autor em Saúde Coletiva na Unicamp, sendo o segundo autor seu orientador.

Os autores problematizam “o desafio de cumprimento do direito universal de acesso à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil” (SOUZA; CARVALHO, 2012, p. 37). Muito embora o texto não trate especificamente de usuários de crack, o mesmo foi incluído em razão da análise realizada a respeito do princípio da universalidade com um recorte para o campo das drogas e o seu não atendimento quando se trata de internação compulsória.

Tendo como base teórica Michel Foucault, com as obras “Vigiar e Punir”, “Em nome da Sociedade”, “Ditos e Escritos V”, “Nascimento da Biopolítica”, “Segurança, Território e População” e “Microfísica do Poder”, partem da perspectiva do dispositivo da redução de danos para criticar a política de abstinência como estratégia de cuidado para os usuários de drogas.

O que a redução de danos trouxe (...) foi a dimensão singular da experiência do uso das drogas, evidenciando usuários que desejavam continuar a usá-las. Ao possibilitar que os usuários falassem em nome próprio a redução de danos também tornava legítima estas experiências. (...). **A RD passou a ativar um novo movimento, mesmo que minoritário, de defesa pelo direito ao uso de drogas, enquanto um problema não só de ordem pessoal, mas, sobretudo uma afirmação política.** (...). E, para que fosse possível constituir campos políticos, a RD propõe ao invés de regras coercitivas, que cada usuário constitua para si regras de cuidado, regras facultativas (SOUZA; CARVALHO, 2012, p. 38,39 e 40). (Grifei)

A partir de um estudo de caso de elaboração de um projeto terapêutico para uma senhora de 60 (sessenta) anos, que abandonou o tratamento da diabetes por se recusar a parar o consumo de álcool, os autores criticam a imposição da abstinência como condição para o acesso do serviço de saúde.

Ao se utilizar da regra da abstinência para o fornecimento de um tratamento, estimula-se a polarização já tão existente no campo das drogas: “tudo ou nada; abstinente ou drogadito” (SOUZA; CARVALHO, 2012, p. 41), colocando a RD como o seu oposto, o que não traduz a realidade.

A redução de danos não é o “Sim às Drogas”, tampouco a oposição pura e simples da abstinência. Ao contrário, ela extrapola o que os autores denominam de “esquema binário” para elaborar diferentes regras, “uma terceira via que possibilite escapar do esquema jurídico do contra ou a favor, do lícito ou do ilícito” (SOUZA; CARVALHO, 2012, p. 41).

**A RD não contesta a abstinência como meta possível e desejável, mas a abstinência como regra absoluta, evidenciando que entre o “SIM” e o “NÃO” existe uma terceira via: o “COMO”? Arguir como podemos em sociedade viver com as drogas não é uma posição a favor ou contra as drogas, mas uma posição que busca apontar para os cuidados que devemos ter em relação às experiências com drogas (SOUZA; CARVALHO, 2012, p. 42). (Grifei)**

Concluem:

**A direção proposta pela redução de danos, de acolher o outro na sua diferença, atualiza um sentido de universalidade aliado à dimensão singular da experiência com o uso de drogas que cada um pode ter. (...) não se trata de um confronto com a abstinência como *meta possível*, mas a abstinência como *regra absoluta* (SOUZA; CARVALHO, 2012, p. 43). (Grifei)**

A questão que propõem é a seguinte: como conciliar o princípio constitucional da universalidade da saúde com a exigência da abstinência como norma médica e jurídica para o tratamento de usuários de drogas? O que acontece com aqueles que se recusam a acatar a ordem de abstinência como condição para o seu tratamento?

Ao negar-se o tratamento daqueles que se recusam a se submeter à abstinência das drogas que utilizam, está-se negando o princípio norteador do direito à saúde pública brasileiro: a universalidade, isto é, “todos tem direito”. É como se houvesse uma norma subliminar: “todos devem parar de usar drogas para terem direito” (SOUZA; CARVALHO, 2012, p. 49).

Entendem, assim, que a atuação de modo homogêneo é desviar-se do sentido de universalidade:

A universalidade é, portanto, uma referência *do que deve ser feito* - garantir o acesso a todos – e não do *como deve ser feito*. O como deve ser feito está melhor descrito pela equidade, pela redução de danos, pela clínica ampliada e por outras diretrizes metodológicas. (SOUZA; CARVALHO, 2012, p. 53).

No que concerne à internação compulsória, observam que a medicina a impõe como meio de tratamento desde o século XVIII, utilizando-se, para tanto, das bases conceituais do racismo e da teoria da degenerescência.

É interessante a colocação que fazem a respeito da insistência no uso da internação compulsória, apesar do seu evidente de fracasso e ineficiência. Ora, “se uma estratégia fracassa há séculos e ainda mantém um valor de uso para a sociedade é porque esta estratégia cumpre uma função que se ajusta e se potencializa no próprio fracasso” (SOUZA; CARVALHO, 2012, p. 45).

E isto é evidente na realidade atual brasileira: apesar dos altos índices de recaída no tratamento da internação compulsória, esta continua sendo utilizada como principal política pública, especialmente para o controle da população de rua, haja vista os acontecimentos de maio de 2017 na cidade de São Paulo, na gestão do Prefeito João Dória.

O que os autores sustentam é que a recaída não é tida como um fracasso da instituição internante, mas sim como um fracasso individual do usuário, além de constituir um índice para a gravidade da doença que lhe acomete (a dependência química)<sup>108</sup>, ou seja, a recaída “se fortalece na medida em que fracassa”, sendo “uma manobra de individualização do fracasso” (SOUZA; CARVALHO, 2012, p. 47).

Vão além:

Numa sociedade que construiu as drogas como figura de ameaças da segurança individual e das famílias, **o fracasso da medida repressiva será apenas índice de que esta repressão não está sendo suficientemente repressiva. O fracasso não gera um recuo da medida adotada, mas sim uma intensificação da mesma** (SOUZA; CARVALHO, 2012, p. 47) **(Grifei)**

---

<sup>108</sup> Os autores consideram a dependência química, expressão que utilizam sem qualquer ressalva, uma ‘doença crônica incurável’(SOUZA; CARVALHO, 2012, p. 47).

Por fim, após defenderem a utilização da técnica de redução de danos, para que sejam pensados os projetos terapêuticos os usuários de drogas, e, assim, atingir-se a singularidade de cada caso, concluem com um trecho com o qual se concorda integralmente:

Iniciativas de **“internação compulsória”** e/ou acolhimento compulsório” para usuários de crack, álcool e outras drogas, correspondem a esta faceta despótica da **utilização perversa da universalidade**. Uma medida compulsória não se atenta para as singularidades, para a história de vida de cada sujeito, (...). **Ela se aplica de forma total, igualmente a todos independente de suas opções, modos de vida e escolhas pessoais. Eis o ponto em que o divórcio entre o universal e o singular se torna uma arma perversa em nome da vida, da segurança e da saúde da população; um biopoder** (SOUZA; CARVALHO, 2012, p. 54). (Grifei).

#### 4.2 - ANÁLISE DOS TEXTOS OBTIDOS NA BIBLIOTECA DIGITAL DE TESES E DISSERTAÇÕES (BDTD)

Neste tópico serão abordados as Dissertações de **Borges (2015)**, **Costa (2015)**, **Monteiro (2015)** e **Madeira (2014)**. A apresentação dos textos e a análise dos mesmos será feita de acordo com a ordem cronológica decrescente do ano de publicação e alfabética, após aplicados os critérios de inclusão e exclusão descritos no início deste capítulo.

A **primeira** Dissertação é de **Borges (2015)**, com o título **“O Jornal e os Discursos sobre as Drogas: a produção dos sentidos sobre as medidas de enfrentamento ao crack presentes n’O GLOBO em 2013”**, apresentada no Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), para a obtenção do título de Mestre em Ciências junto ao Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS).

A autora, utilizando-se referenciais teóricos de Pierre Bourdieu, Mikhail Bakhtin, Eliseo Verón, Muniz Sodré e Michel Foucault, se propôs a investigar a forma “como o jornal O Globo construiu e fez circular os sentidos sobre o crack e a internação compulsória no ano de 2013, especificamente no debate sobre o PL 7663/2010<sup>109</sup>” (BORGES; 2015, p. 17).

Para tanto, analisou os textos publicados, no referido jornal, entre janeiro e dezembro de 2013, que abordassem o crack, a internação compulsória e o Projeto de Lei 7663/2010.

---

<sup>109</sup> Atual PLC 37/2013, que tramita no Senado Federal.

O presente trabalho tem relação direta com um dos objetivos desta Tese, já que faz a relação entre o discurso midiático e, o que se supõe, a criação de um novo objeto de consumo: a internação compulsória para demandas individuais.

Dito de outro modo, foi justamente esse poder do discurso da mídia (especialmente do jornal O Globo, pertencente a um grupo econômico que detém a maior parte das telecomunicações brasileiras), que gerou nas famílias que passavam por experiências de abuso de drogas no seu cotidiano, a certeza de que a internação compulsória seria a única e última alternativa para os seus problemas.

Dessa forma, os capítulos 1 e 4 dessa Dissertação, que ora se analisa, são os que dialogam diretamente com esta Tese, razão pela qual a eles será dado maior enfoque. O capítulo 1 versa sobre a saúde mental no contexto das drogas. Já, o capítulo 4 irá analisar o material coletado no ano de 2013 no Jornal O Globo acerca da temática em questão.

Ressalte-se que a autora utiliza, sem qualquer ressalva prévia, as expressões drogas, substâncias psicoativas, entorpecentes, dependência química e uso abusivo de drogas como sinônimos, desconsiderando o histórico e a simbologia de cada uma dessas expressões.

No primeiro capítulo Borges articula três marcos legais: a Lei nº 10.216/01 (Reforma Psiquiátrica), a Lei nº 11.343/2006 (Lei de Drogas) e o Projeto de Lei nº 7663/2010 (propõe alterações na Lei de Drogas nº 11.346/06). Com relação ao último observa:

(...) sob a justificativa de se combater uma *epidemia de crack* (saúde), elabora-se uma atualização, através do Projeto de Lei, da “Nova Lei de Drogas” (justiça), utilizando-se de marcos legais da Lei da Reforma Psiquiátrica. Ou seja, desloca-se do dispositivo de 2001 a instrução normativa sobre internação para reapropriá-lo em 2010, com o pretexto de atualizar outro dispositivo (o de 2006). (BORGES, 2015, p. 20)

A autora considera a utilização de internação compulsória um retrocesso e questiona a existência de uma *epidemia de crack*<sup>110</sup>, com base nos dados da pesquisa realizada pela Fiocruz e do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID), que leva a uma necessidade de resposta emergencial para a questão.

Para fundamentar seu argumento, baseia-se no Movimento da Reforma Sanitária, que teve como conquista consolidar um capítulo específico sobre Saúde na Constituição da República de 1988, garantindo-se o direito à saúde universal e iniciando-se um novo marco legal para a saúde no Brasil.

---

<sup>110</sup> A autora utiliza a expressão em itálico.

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que ocorreu simultaneamente à Reforma Sanitária, traz a ruptura com a racionalidade psiquiátrica, passando a considerar o sofrimento humano em sua complexidade. A autora trabalha com as quatro dimensões da Reforma Psiquiátrica, tal como capitaneado por Paulo Amarante (AMARANTE, 1998; AMARANTE, 2015;(AMARANTE, 2015a): a epistemológica, a técnico-assistencial, a jurídico-política e a sociocultural. (BORGES, 2015, p. 32)

(...) o movimento da Reforma Psiquiátrica é um processo, e como tal ainda não está acabado e traz as marcas do seu tempo. Assim, as transformações que ela possibilita estão relacionadas com demandas do tempo presente, tornando-a, simultaneamente, um movimento atual que não abandona os avanços já conquistados (BORGES, 2015, p. 33).

No que concerne à dependência química e saúde mental, a autora ocupa-se das Comunidades Terapêuticas e dos Centros de Atenção Psicossocial, uma vez que ambos fazem parte das estratégias de saúde mental e representam a superação do modelo hospitalocêntrico. Ressalta, contudo, que há uma polaridade entre estes dispositivos de cuidado, com a preferência do segundo pelos partidários do Movimento da Luta Antimanicomial.

Após fazer um resgate histórico das Comunidades Terapêuticas, ressalta que, no Brasil, o seu surgimento está ligado à ausência de projetos públicos de cuidado para os dependentes químicos:

No Brasil, comunidade terapêutica designa instituições não governamentais, em ambiente não hospitalar, com orientação técnica e profissional de atendimento ao dependente químico, onde o principal instrumento terapêutico é a convivência entre os residentes. Ela surgiu no cenário brasileiro na década de 1960, quando não havia política pública específica para atenção à dependência química. (BORGES, 2015, p. 35)

Cita a Resolução nº 101, de 30 de maio de 2001 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que regulamenta as Comunidades Terapêuticas no país e estabelece o modelo psicossocial como modo básico de funcionamento: “Com relação às internações, as comunidades filiadas à Febract<sup>111</sup> têm adotado o padrão de permanência variando entre seis e nove meses. Anteriormente o esquema de continuidade variava entre 12 e 18 meses”. (BORGES, 2015, p. 36)

---

<sup>111</sup> Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas



Reconhece que, no Brasil, a Comunidade Terapêutica, ante a ausência de fiscalização, “possui práticas tão desumanas e iatrogênicas quanto às das antigas instituições asilares manicomiais” (BORGES, 2015, p. 42).

Como segunda estratégia de cuidado em saúde mental, a autora aborda os CAPS, criado oficialmente pela Portaria GM 224/92<sup>112</sup>, que deve estar sempre articulado com a rede de serviços de saúde, “pois necessita permanentemente de outros setores afins para fazer face à complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais” (BORGES, 2015, p. 37).

A permanência do usuário no atendimento do CAPS tem relação com diversas variáveis dentre as quais destacamos o comprometimento psíquico que ele apresenta, o projeto terapêutico traçado pela equipe e a rede de apoio familiar e social que se pode estabelecer. (...) **o cotidiano do CAPS deve ser o de pensar um projeto terapêutico específico para cada sujeito que busque seu cuidado. Esse projeto deve considerar a singularidade e a complexidade de cada caso e ainda contemplar uma diversidade de estratégias de cuidado.** (BORGES, 2015, p. 40) (Grifei)

No tocante às legislações sobre drogas no Brasil, após realizar um panorama histórico desde as Ordenações Filipinas até a atual Lei de Drogas, com um total de 18 textos legislativos, conclui que:

As primeiras medidas destinadas ao tratamento dos usuários de drogas não se deram no campo da Saúde Pública, mas no da Justiça. (...). Nesse momento, tanto o saber psiquiátrico quanto o jurídico eram a base legal para a legitimação dessas medidas (BORGES, 2015, p. 46)

Essa primeira medida foi a criação do “Sanatório para toxicômanos” determinada pelo Decreto nº 14.969 de 1921. Posteriormente, no Decreto nº 20.930, de 1932, retrata o “modelo sanitário”, com a concepção do usuário como doente. No seu artigo 44 determina que a drogadição é uma doença de notificação compulsória. Além disso, prevê a internação obrigatória ou facultativa do usuário de drogas no seu artigo 45.

Borges entende que o PL7663/2010, que pretende alterar a Lei nº 11.346/2006 (Lei de Drogas), inserindo as modalidades de internação psiquiátrica da Lei nº 10.216/2001 (Reforma Psiquiátrica), dá ensejo a uma polarização: de um lado os que defendem o PL sob o argumento de que o crack é uma epidemia e precisa de medidas urgentes, e, de outro, os

---

<sup>112</sup> Atualmente os CAPS são regulamentados pela Portaria nº336/GM, de 19 de fevereiro de 2002.

que acusam o PL de promover uma “higienização social” e “criação de uma indústria da internação” (BORGES, 2015, p. 51).

(...) o que o projeto acaba por produzir, sob a justificativa de combater a já mencionada epidemia de crack, é o aumento da capacidade do Estado de internar usuários e dependentes de drogas de forma indiscriminada, ferindo uns dos princípios fundadores da Reforma Psiquiátrica: a salvaguarda do tratamento de dependentes (BORGES, 2015, p. 52)

Deve-se esclarecer que o PL 7663/2010 repete o mesmo comando do at. 6º da Lei nº 10.216/01 e o amplia: a internação passaria a ser de usuários e dependentes químicos, possibilitando a internação de usuários recreativos, ou seja, aqueles que não tem uma relação negativa com a droga. Para Borges, ao permitir “a internação de usuários não dependentes químicos”<sup>113</sup>, o PL 7663/2010, vai de encontro aos direitos e garantias inscritos na Lei nº 10.216/01:

O PL 7663/2010, ao propor em seu artigo 11, a proposta para o caput do artigo 23-A da Lei nº 11.343: “A internação **de usuário ou dependente de drogas** obedecerá ao seguinte...”, deixa clara a sua intenção: a de que usuários de drogas possam ser internados contra sua vontade, mesmo quando **não são dependentes**, o que aumentaria o espectro de sujeitos passíveis de internação. (BORGES, 2015, p. 54) **(Grifei)**

No capítulo 4 analisa as narrativas do Jornal O Globo, no ano de 2013, acerca do crack, bem como sua relação com a internação compulsória e o PL 7663/2010. A autora levantou 134 textos publicados sobre essa temática no ano de 2013, distribuídos da seguinte forma:

O que podemos primeiramente perceber é que há uma maior incidência de textos de janeiro a junho de 2013 (87), com maior concentração nos dois primeiros meses do ano (54), e que nos últimos seis meses há uma redução do quantitativo, caindo para quase metade (47). Desse total de 134 textos jornalísticos, temos 26 que correspondem respectivamente a publicações na capa (15) e na segunda página (11), sendo que as capas também mantêm uma maior incidência no primeiro semestre (12) se comparadas com o segundo (3). (...). Ainda sobre as capas, os textos aparecem distribuídos entre manchetes (05) e chamadas (10). O mapeamento das matérias que são capa e segunda página tornam-se importante porque as mesmas são um indicativo daquilo que o jornal está considerando como mais relevante dentre as temáticas selecionadas para publicação (BORGES, 2015, p. 112).

<sup>113</sup> Expressão utilizada pela autora.

Para a autora, a concentração de matérias no primeiro semestre de 2013 tem relação com o momento do Projeto de Lei nº 7663/2010, que tramitava, à época, na Câmara dos Deputados.

Em um segundo momento, realizou um mapeamento pela divisão das matérias de acordo com os cadernos do jornal, chegando-se aos resultados que, dos 134 (cento e trinta e quatro) textos, 67 (sessenta e sete) foram publicados nos cadernos O País (32) e Rio (35) e, apenas 6 (seis), no caderno Ciência/Saúde. Desse modo, “o viés utilizado pelo jornal ao abordar a questão das drogas foi preponderantemente político em detrimento da saúde” (BORGES, 2015, p. 114).

Com relação ao formato dos textos, a partir das designações do Observatório Saúde na Mídia (OMS)<sup>114</sup>, o levantamento apontou que, no ano de 2013, foram: 14 (quatorze) artigos, 09 (nove) editoriais, 07 (sete) entrevistas, 06 (seis) notas, 20 (vinte) notícias e 52 (cinquenta e duas) reportagens. Os artigos e Editoriais<sup>115</sup> incluem-se entre os textos de opinião (subjetivos); enquanto que as notas, notícias e reportagens<sup>116</sup> estão entre os textos de informação (objetivos). As entrevistas escapariam a essas classificações, em razão do seu formato livre.

Embora o peso da informação seja majoritário (77%), é possível também perceber que o jornal optou por interferir no debate público se posicionando de modo relevante através de espaços de opinião (23%). (BORGES, 2015, p. 116)

Quanto à temática específica, notou a seguinte distribuição ao longo do ano de 2013: 10(dez) textos sobre Crack, 28 (vinte e oito) sobre Internação, 07 (sete) sobre o PL7663/2010, 13 (treze) sobre Política Antidroga e 50 (cinquenta) em Outros (tratamento da dependência – excluindo a internação-, mazelas do crack, tráfico de drogas, novas drogas, legalização da Maconha no Uruguai e encarceramento de doentes mentais) (BORGES, 2015, p. 118).

<sup>114</sup> “O Observatório Saúde na Mídia é um projeto vinculado ao Laboratório de Pesquisa em Comunicação e Saúde (Laces/ICICT/Fiocruz). As definições consolidadas em seu manual são baseadas nos autores Juarez Bahia (1990), Cremilda Medina (1978), José Marques de Melo (1985) e Nilson Lage (1985 e 2003)” (BORGES, 2015, p. 114)

<sup>115</sup> No Editorial o jornal expressa sua opinião sobre um tema, enquanto que no Artigo é opinativo ou interpretativo, assinados pelo autor, que não tem vínculo empregatício com o jornal. (BORGES, 2015, p. 115)

<sup>116</sup> A Nota é um curto relato. A Notícia “é o relato de vários fatos onde cada fato é abordado por seu aspecto mais importante ou interessante. (...). Já, a Reportagem é a ampliação da notícia. Tal ampliação pode ocorrer através de várias estratégias, como: a humanização, a dramatização, o testemunho, as entrevistas com diversas fontes analíticas, a reconstituição histórica do fato ou sua contextualização” (BORGES, 2015, p. 115).

Por fim, a autora selecionou 13(treze) textos do universo dos 134 (cento e trinta e quatro) publicados em 2013 e analisou com profundidade os seus conteúdos. Não deixou claro o critério de seleção destes, apenas que tentou distribuir ao longo do ano. Foram 07 (sete) reportagens, 01 (um) editorial, 01(um) artigo, 03(três) notícias e 01(uma) entrevista.

Observou que:

1) o discurso do jornal confunde as categorias internação involuntária e compulsória, “tomando-as quase sempre como sinônimo uma da outra” (BORGES, 2015, p. 152);

2) em nenhum momento há a discussão pelo jornal do “deslocamento da discussão da internação do campo da saúde, nos termos previstos pela Lei da Reforma Psiquiátrica, para o campo jurídico”(BORGES, 2015, p. 153), ou seja, não se menciona o fato do PL nº 7663/2010 legislar em sentido contrário ao estabelecido na Lei nº10.216/01. Contudo, não sabe precisar se tal ocorreu em razão de falta de conhecimento ou se representa uma tomada de posição por parte do jornal;

3) há uma ênfase na oposição entre os meios de enfrentamento ao crack no nível federal e estadual (Rio e São Paulo). O discurso do jornal associa o programa federal “Crack, é possível vencer” com ideias de ineficiência e lentidão. Já, o programa de São Paulo é tido como dinâmico e eficaz:

No embate entre as duas proposições para enfrentamento da questão, através do modo como escolhe organizar seu discurso, o jornal oferece aos seus leitores a ideia de que a melhor proposta para conter uma epidemia de crack é a estabelecida no plano do estado paulistano (BORGES, 2015, p. 149).

4) com relação ao espaço para as “vozes”, ou seja, a quem é dada a oportunidade de fala nos textos, observou que o jornal em análise privilegiou o discurso político jurídico em detrimento ao da saúde. Quanto ao espaço dado aos “especialistas”, destaca “a ausência de fontes que antagonizem a perspectiva da internação compulsória como alternativa para enfrentamento da “epidemia de crack”” (BORGES, 2015, p. 150).

Podemos perceber que ***O Globo*** ofereceu uma maior visibilidade durante sua cobertura ao discurso político-jurídico, com um forte viés de segurança, relegando ao discurso da saúde um papel acessório como “especialistas” que oferecem um “parecer técnico”, sem que estes participem mais ativamente do debate.

Tal posição demonstra que o periódico construiu seus discursos considerando o debate em torno da internação compulsória, tomando-a como solução para o problema do crack, como algo que deveria ser pensado a partir da Voz da Justiça e da Política, secundarizando então a Voz

**da Saúde.** Um dos efeitos mais negativos desse processo é certo apagamento de toda a construção estabelecida pela Reforma Sanitária e Psiquiátrica ao longo de décadas no país, cuja ênfase é no cuidado com respeito aos direitos humanos (BORGES, 2015, p. 149). **(Grifei)**

Observou, ainda, que é dada pouca voz aos usuários e seus familiares e, quando ocorre, “é para referendar a opção pela internação compulsória” (BORGES, 2015, p. 150). Essa mesma observação foi feita por Wurdig e Motta (2014) ao analisarem as reportagens do jornal Zero Hora, também no ano de 2013.

Por fim, conclui que, de forma geral, pode-se afirmar que predominou no Jornal O Globo o discurso de que a melhor maneira de combater o crack é isolar os seus usuários do convívio da sociedade por meio da internação compulsória, sendo esta essencial para se conter o avanço desta droga:

Numa visão de conjunto, o que podemos perceber é que, apesar de não ser linear, o discurso produzido por *O Globo* em suas páginas, num diálogo com aquilo que em grande parte já está assentado no imaginário coletivo sobre a periculosidade da droga e do drogado, dá conta de uma ideia de que **a melhor forma para o enfrentamento do crack é a política de apartar da sociedade os dependentes químicos, representados no jornal pela figura do “usuário de crack” ou “cracudo”.**

(...)

**O jornal se posicionou de modo a oferecer aos seus leitores a ideia de que a internação – sem referendar a compulsória, embora como já apontamos não deixe clara a distinção entre ela e a involuntária - seria a melhor alternativa para o enfrentamento da problemática do crack na sociedade. (...) o que nos pareceu consensual foi a afirmação por uma necessidade de internar para conter o avanço do crack.** Nesses termos, parece ter interessado menos *O Globo* compreender o processo profundamente e mais reforçar a noção de que para por fim ao problema das drogas só uma medida exemplar como a internação compulsória se apresenta como resposta eficaz. (BORGES, 2015, p. 150, 151 e 153) **(Grifei)**

A **segunda** Dissertação é de **Costa (2015)**, com o título “**A Internação Compulsória no âmbito das cracolândias: implicações bioéticas acerca da autonomia do dependente químico**”, defendida na Universidade Federal da Bahia, no Programa de Pós-Graduação em Direito – Mestrado em Direito das Relações Sociais e Novos Direitos.

O trabalho utiliza a metodologia de pesquisa jurídico-sociológica, “tendo em vista que examina o fenômeno jurídico a partir de uma abordagem social” (COSTA, 2015, p. 12) e fundamenta-se nas teorias da Bioética da Proteção (Fermin Roland Schramm e Miguel Kottow) e da Sociologia do Desvio (Howard Becker). Interessante destacar que dedica o capítulo 2 ao conceito, correntes de pensamento e princípios da Bioética. Interessante

nos parte do capítulo 3, onde cuida de dependência química e uso e abuso do crack, bem como o capítulo 5, que trata da aplicação jurídica da medida de internação compulsória.

Ressalte-se que não há qualquer ressalva ou justificção, seja na Introdução ou nos capítulos respectivos, a respeito da escolha na utilização das expressões drogas, usuário de drogas, dependência química, toxicômano, viciado e cracolândias. Desse modo, perceba-se que BORGES (2015) desconsidera o histórico e a simbologia de cada uma dessas expressões.

Apenas a fl. 56, na nota de rodapé nº 130, expõe que, embora seja condenável o uso do termo vício ou viciado, os mencionará com a intenção de não tornar repetitiva a expressão dependente químico, não havendo, para a mesma, “cunho negativo ou estigmatizador na sua utilização”. Por isso, como já explicitado no início deste capítulo, será repetida a expressão escolhida pela autora, sem aspas, por mais que não se concorde com tais referências.

Muito embora não se tenha, nesta Tese, como fundamentação teórica a Bioética, identificou-se como ponto de diálogo com a Dissertação em análise a questão do princípio da autonomia e a relação que a autora faz com a internação compulsória do dependente químico, já que autonomia e liberdade individual, conceito com o qual se trabalha, são muito próximos.

A autora parte da premissa, com a qual não se concorda, que a internação compulsória nas cracolândias, “é medida adequada e capaz de viabilizar a proteção, a sobrevivência e, inclusive, o empoderamento de alguns dependentes de crack ali residentes”(COSTA, 2015, p. 12).

O interessante neste trabalho é que a autora estabelece a diferença entre o princípio bioético e o conceito de autonomia, sendo que o último seria passível de restrição na hipótese da capacidade do sujeito estar comprometida: “Apesar da autonomia como princípio exigir o respeito irrestrito ao arbítrio do sujeito, a autonomia como conceito pode ser restringida nos momentos em que a capacidade de agir estiver prejudicada” (COSTA, 2015, p. 36).

Defende, ainda, que ao mitigar a autonomia não se está “coisificando o dependente químico”, mas sim resgatando-o para o seu “estado de indivíduo autônomo, o qual não pode ser assim considerado em determinadas condições (...) nas quais experimenta uma situação de extrema compulsão e dependência” (COSTA, 2015, p. 36).

Desse modo, a internação compulsória do dependente químico residente em cracolândias (âmbito do estudo da autora) seria possível na perspectiva conceitual de autonomia

que, como dito, pode sofrer restrição quando se tratar de pessoa incapaz de decidir e, para a autora:

No âmbito das cracolândias, em que quase todos os indivíduos se encontram dependentes da droga, bem como acometidos por intempéries decorrentes da situação de rua, é importante questionar o requisito fundamental da “mente sadia”<sup>117</sup>. Isso porque, como será abordado, a dependência química tem o condão de prejudicar a saúde física e mental do indivíduo, interferindo, em casos mais graves, na autonomia do paciente (COSTA, 2015, p. 41).

No item 3.2 do capítulo 3, cuida de dependência química, caracterizando-a como uma doença, com base na Classificação Internacional de Doenças (CID), enquadrável no CID 10<sup>118</sup>. Uma vez preenchidos os critérios ali elencados, caracterizada estará a dependência química pelo abuso de substância psicoativa. Verifica-se, portanto, que a autora possui uma visão medicalizante e psiquiatrizante do uso de drogas, com a qual não se concorda, tal como exposto na Introdução.

No tocante ao uso e abuso de crack, (item 3.3 do capítulo 3), após uma breve explicação acerca da origem da substância e seus efeitos físicos e psicológicos, explica que não há um único padrão de uso do crack, tal como propalado pela mídia. Assim, admite que nem todo uso de crack será abusivo. Baseia-se na Pesquisa da Fiocruz de 2012<sup>119</sup>, que demonstrou que o tempo de uso médio nas capitais é de 8 anos, enquanto que nos demais municípios será de 5 anos.

Apesar de considerar a vulnerabilidade das pessoas em situação de rua que são usuárias de crack, não se aprofunda sobre este aspecto, tampouco acerca da exclusão social desses indivíduos. Vulnerabilidade e exclusão social, que deveriam ser considerados para a não realização de atos compulsórios de internamento, para a autora, ao contrário, servem de fundamento para elaboração de políticas públicas, muito embora seja contrária à abordagem higienista:

---

<sup>117</sup> Mente sadia e idade adulta são os dois requisitos fundamentais que os autores ENGELHARDT JR e H. Tristram estabelecem para a implementação do “direito de ser deixado em paz”, pois “os indivíduos devem ter segurança em seu corpo contra o toque não autorizado de outras pessoas, haja vista serem humanos de idade adulta, que tem o direito de determinar o que será feito com o seu corpo” (COSTA, 2015, p. 41)

<sup>118</sup> “Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas” (COSTA, 2015, p. 57).

<sup>119</sup><https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/fiocruz-lanca-livro-digital-da-pesquisa-nacional-sobre-o-uso-decrack>

É imprescindível salientar a importância de caracterização dos usuários de crack, e daqueles que se inserem nas *cracolândias*, como forma de sistematizar a população alvo das ações emergenciais bem como de elaborar o planejamento dos investimentos de ampliação e diversificação das ofertas de cuidado. Esta tipificação é necessária, não no sentido de criar categorias diagnósticas, mas sim, de construir estratégias intersetoriais diversificadas para um problema de complexidade tão mutante (COSTA, 2015, p. 64 e 65).

(...)

Qualquer alternativa que requer atenção (e ação) das autoridades apenas é legitimada a interferir na autonomia individual quando a motivação é a proteção desses indivíduos, sendo este o único argumento coerente para motivar algum tipo de estratégia nesse sentido. Não se pode tolerar a abordagem “higienista” de perseguição pelos órgãos repressores à estas pessoas socialmente excluídas, as quais são tratadas como marginais, desconsiderando a necessária atenção aos sérios agravos físicos e sociais observados nas *cracolândias* (COSTA, 2015, p. 73).

Contudo, apesar de se posicionar favoravelmente à internação compulsória, ressalta que existem outras “saídas das *cracolândias* que não incluam a internação compulsória, tampouco a intervenção na autonomia do paciente” (COSTA, 2015, p. 75). Porém, em seguida, conclui que:

a liberdade de agir do indivíduo pode ser mitigada em prol da vulnerabilidade do paciente, haja vista que a proteção a estes indivíduos pressupõe – em situações extremas – que eles sejam forçosamente retirados da situação caótica existente na *cracolândias* (COSTA, 2015, p. 91 e 92).

Percebe-se, enfim, uma confusão e apreensão da autora em se posicionar. Admite a internação compulsória em caso de vulnerabilidade, mas não de forma higienista, podendo ser à força, mas sem violência. Não se consegue vislumbrar uma prática de ato à força, contra a vontade do indivíduo, sem uso de violência, seja física ou psicológica.

No capítulo 5, sob o título “Aplicação Jurídica da Medida de Internação Compulsória”, analisa a possibilidade de aplicação analógica de tal medida para usuários de drogas com fundamento na Lei nº10.216/01 combinada com o Decreto Lei nº 891/1938, artigo 29:

Art. 29 Os toxicômanos ou os intoxicados habituais, por entorpecentes, por inebriantes em geral ou bebidas alcoólicas, são passíveis de internação obrigatória ou facultativa por tempo determinado ou não

§ 1º A internação obrigatória se dará, nos casos de toxicomania por entorpecentes ou nos outros casos, quando provada a necessidade de tratamento adequado ao enfermo, ou for conveniente à ordem pública. Essa internação se verificará mediante representação da autoridade policial ou a requerimento do Ministério Público, só se tornando efetiva após decisão judicial.



Afirma, ainda, que o artigo 10 da Lei nº 6368/76 reafirmou a orientação do Decreto Lei de 1938 ao dispor:

Art. 10. O tratamento sob regime de internação hospitalar será obrigatório quando o quadro clínico do dependente ou a natureza de suas manifestações psicopatológicas assim o exigirem.

É preciso esclarecer que, tanto o Decreto Lei nº 891/38, como a Lei nº 6368/76 tratavam de medidas de fiscalização e repressão às substâncias entorpecentes. A Lei nº 6368/76 foi expressamente revogada pela atual lei de drogas, qual seja, a Lei nº 11.343/06 (art. 75)<sup>120</sup>. O Decreto Lei nº 891/38, muito embora não tenha sido revogado expressamente por nenhuma lei posterior, entende-se que foi tacitamente revogado pela Constituição de 1988, até mesmo porque instaurou uma nova ordem constitucional democrática, não sendo recepcionadas as legislações anteriores, especialmente as editadas em épocas de regime ditatorial (Estado Novo), tal como o foi o Decreto Lei nº 891/38.

Em verdade, de acordo com as normas estabelecidas pela Lei de Introdução às normas do Direito Brasileiro<sup>121</sup>, o DL nº 891/38 já pode ser considerado tacitamente revogado desde 1976, quando a Lei nº 6368/76, ao regulamentar a mesma matéria, não incluiu dispositivo equivalente. O fundamento para tal entendimento reside no art. 2º, §1º da Lei de Introdução antes citada:

Art. 2º Não se destinando à vigência temporária, a lei terá vigor até que outra a modifique ou revogue.

§ 1º A lei posterior revoga a anterior quando expressamente o declare, quando seja com ela incompatível ou quando regule inteiramente a matéria de que tratava a lei anterior.

Ademais, é contraditório considerar-se constitucionais a Lei nº 10.216/01 e, ao mesmo tempo, o DL nº 891/38, pois partem de realidades sociais e pressupostos distintos, sendo o último incompatível com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira estabelecida pela primeira.

<sup>120</sup> Art. 75. Revogam-se a [Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976](#), e a [Lei nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002](#).

<sup>121</sup> Trata-se do Decreto-Lei nº 4657/42 que era conhecido como Lei de Introdução ao Código Civil e cuida da aplicação das normas jurídicas. Em suma, é uma lei sobre leis. A Lei nº 12.376/2010 ampliou seu campo de atuação, além de mudar a sua denominação para Lei de Introdução às normas do Direito Brasileiro, tal como é conhecida atualmente.

Dentre os trabalhos aqui analisados, concordam com esse pensamento de não mais subsistência do Decreto Lei nº 891/38 no ordenamento jurídico brasileiro: Santos e Queiroz (2016) e Novaes (2014).

Contudo, a autora da Dissertação ora analisada não compartilha desse entendimento. Defende que o DL 891/38 e a Lei nº6368/76 foram “associadas à Lei Federal nº 10.216/01 – a qual se refere aos pacientes com transtornos mentais, sendo este, hoje, o único amparo legal à internação compulsória utilizada nas peças e decisões jurisprudenciais” (COSTA, 2015, p. 118).

Com fundamento em Ronald Dworkin que, ao tratar do direito ao consentimento dos doentes mentais, teria concluído que “presumir que os demenciados conheçam melhor seus interesses seria uma incoerência”<sup>122</sup>, para Costa:

Este raciocínio se aplica de maneira analógica à internação compulsória dos usuários de crack no que diz respeito à possibilidade de mitigação da autonomia em prol do necessário tratamento. (...). Assim, estaria respaldada a utilização da Lei 10.216/2001, que se refere ao tratamento de enfermos mentais, como fundamento para a internação dos viciados que habitam as cracolândias que se encontram, a depender do nível do vício, impossibilitados de tomarem decisões. (COSTA, 2015, p. 118)

Porém, novamente de forma confusa, após admitir o uso da Lei nº 10.216/01 para usuários abusivos<sup>123</sup> de drogas, ao comentar acerca do PL nº 7663/2010, o critica por ser mais gravoso do que a aplicação analógica da Lei nº10.216/01 aos que denomina dependentes químicos. Nesse ponto concorda com Borges (2015). Para Costa:

O projeto permite a violação dos direitos e garantias já assegurados aos dependentes, e até mesmo dos usuários, consagrando como “política pública” a perspectiva do higienismo social de “limpar” as ruas, retirando do caminho os usuários de crack (COSTA, 2015, p. 141).

Por fim:

A conclusão final do presente trabalho milita a favor da internação compulsória, no âmbito da dependência química em cracolândias, a partir da constatação de que a voluntariedade do dependente pode ser afetada pela restrição (parcial ou total) da autonomia a partir da sua condição extremamente vulnerável. A resposta está, pois, em proteger estes pacientes vulneráveis e vulnerados, e, inclusive, de mantê-lo vivo em situações muito gra-

<sup>122</sup> Em sua obra *Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais*. São Paulo: Martins Fontes, 2003, p. 317.

<sup>123</sup> Expressão utilizada pela autora do texto em análise.

vosas que autorizam este tipo de intervenção. Fundamental, por fim, ressaltar que apesar de ser realizado ainda contra a vontade do paciente, este procedimento deve assegurar todas as garantias processuais e terapêuticas para que se estabeleça como medida de empoderamento e reinserção social do indivíduo.

A terceira Dissertação é de **Monteiro (2015)**, com o título “**A Internação Psiquiátrica Compulsória: uma abordagem à luz dos direitos fundamentais**”, defendida em 2015 no Programa de Pós-graduação em Direito da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

O objetivo do estudo, de modo geral, consiste em analisar se há, nas internações psiquiátricas compulsórias, a observância dos direitos fundamentais previstos na CR/88. Como objetivo específico pretende:

(...) apontar a garantia constitucional à saúde dos portadores de transtornos mentais como direito fundamental assegurado expressamente pelo Texto Constitucional; descrever a internação psiquiátrica compulsória como medida terapêutica excepcional no tratamento dos transtornos mentais graves com fins de preservar sua dignidade e cidadania e proporcionar sua reinserção em seu meio social; verificar alguns instrumentos de proteção judiciária em torno da internação compulsória, tanto no sentido de afastar a sua utilização (quando o uso da medida se mostrar incabível) como no de pleitear seu uso (nos casos em que se mostre necessária). (MONTEIRO, 2015, p. 20)

Utilizou como parte da sua metodologia as técnicas de pesquisa bibliográfica, documental e jurisprudencial, com base em livros, revistas, artigos e internet relacionados ao tema.

Muito embora o presente trabalho não trate especificamente das internações compulsórias por uso de drogas, tampouco aborde as questões atuais acerca do crack, optou-se por incluí-lo nesse capítulo tendo em vista que faz uma abordagem geral do instituto em estudo.

O capítulo 3 da Dissertação, que ora se analisa, é o que dialoga diretamente com essa Tese, razão pela qual a ele será enfoque, já que versa sobre a internação psiquiátrica compulsória como um problema na perspectiva dos direitos humanos e dos direitos fundamentais.

Ressalte-se que o autor utiliza, sem qualquer ressalva prévia, as expressões drogas, dependência química, portador de doença mental grave, pessoas com alterações mentais, enfermidade mental, portadores de anomalias psíquicas, desconsiderando o histórico e a simbologia de cada uma dessas expressões.

Inicia o capítulo 3 (item 3.1) com uma exposição do que denomina de base teórica da internação psiquiátrica compulsória. Para tanto traz as concepções de Erving Goffman, Franco Basaglia, Thomas Szasz e Paulo Amarante acerca dos hospitais psiquiátricos e não propriamente do instituto da internação psiquiátrica compulsória, tal como se conhece atualmente.

Em seguida, no item 3.2, traz a forma como as internações psiquiátricas compulsórias são tratadas em outros países, especificamente na Argentina, Espanha e Portugal, que editaram recentemente suas legislações de saúde mental. Contudo, não interessa à presente Tese o estudo comparado, razão pela qual não se tecerá maiores comentários.

Será no item 3.3 que o autor passará a analisar a internação psiquiátrica compulsória no Brasil. Ao abordar a evolução do estado da arte na doutrina e jurisprudência, Monteiro realiza uma análise das três modalidades de internações psiquiátricas previstas na Lei nº 10.216/01, com base nos seus artigos 4º, 6º, 7º, 8º e 9º.

O autor admite a internação compulsoria como uma “alternativa para evitar que o portador de transtorno mental severo venha cometer violência contra si ou contra outrem” (2015, p. 133). Contudo, ressalva que a mitigação da liberdade do paciente em prol da sociedade deve ser realizada com base em avaliações de uma equipe multidisciplinar, que deverá elaborar laudo contendo todas as informações de modo claro e de simples compreensão, a fim de que o Poder Judiciário possa avaliar a gravidade do transtorno mental<sup>124</sup> e, assim, determinar a IC.

Monteiro aponta como pressupostos da decisão judicial que determina uma internação psiquiátrica compulsória: 1) a necessidade da utilização prévia dos recursos extra-hospitalares disponíveis, sem que se tenha obtido êxito; 2) a existência de laudo médico circunstanciado, conforme estabelecido no *caput* do artigo 6º da Lei nº 10.216/01; 3) o médico deverá ser registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado onde estiver localizado o estabelecimento em que será realizada a internação, na forma do artigo 8º da Lei nº 10.216/01; 4) devem ser levadas em conta as condições de segurança do local no tocante aos

---

<sup>124</sup> Expressão utilizada pelo autor.

pacientes e funcionários, de acordo com o artigo 9º da Lei nº 10.216/01 (MONTEIRO, 2015, p. 136–139).

Com relação à defesa da constitucionalidade da internação psiquiátrica compulsória, Monteiro entende que, apesar desta modalidade de privação de liberdade não constar expressamente na CR/88, pode-se considerá-la de acordo com constitucional do direito à saúde, vida e segurança de terceiros. Ressalva, contudo, que deverá ser observada a necessidade da medida de acordo com o caso concreto:

“(…) a imposição da medida – por constituir privação/restrrição à liberdade individual da pessoa –, há de levar em consideração o caso concreto por meio de uma ponderação através da qual a avaliação da saúde do portador de transtorno mental venha articular-se com a proteção jurídica dos direitos visados. Além do mais, a compulsoriedade o internamento deve constituir-se em medida terapêutica humana, eficiente, breve, e sob constante revisão (MONTEIRO, 2015, p. 171)

Assim como Madeira (2014), que será seguir analisado, Monteiro expõe que a internação compulsória envolve uma colisão de direitos fundamentais (liberdade *versus* saúde e vida), cuja solução caberá ao Poder Judiciário, “seja mediante a aplicação de regras ou de princípios, sempre levando em consideração as peculiaridades década caso concreto” (MONTEIRO, 2015, p. 181).

No tocante à internação compulsória de dependentes<sup>125</sup> de drogas e álcool, o autor a entende como legítima do ponto de vista jurídico, pois, segundo afirma, “já se encontra amplamente comprovado, precipuamente no campo científico, que vários transtornos mentais estão relacionados ao consumo excessivo dessas substâncias” (MONTEIRO, 2015, p. 183).

Por fim, vale destacar que Monteiro critica o PL nº 7663/10, em tramitação do Senado e já mencionado no decorrer deste capítulo, especialmente por prever a possibilidade de internação compulsória de usuários que não sejam dependentes, o que viola as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Compartilham também desse entendimento Pontes, Meza; Bicalho (2015); Costa (2015) e Borges (2015).

A quarta Dissertação é de Madeira (2014), com o título “**A Judicialização da Internação Compulsória dos Usuários de Crack à luz da Hermenêutica Constitucional**”, defendida em 2014 no Programa de Pós-graduação em Direito da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, para obtenção do título de Mestre em Direito Constitucional.

---

<sup>125</sup> Expressão usada pelo autor.

Madeira expõe na Introdução os objetivos do seu estudo:

(...) a) Apresentar os postulados dos direitos fundamentais e dos direitos sociais no âmbito da Constituição brasileira de 1988, ressaltando seus atributos da universalidade, positividade, concretude e eficácia; b) Abordar o contexto do direito à saúde mental dentro do contexto jurídico constitucional brasileiro e sua imbricação com o panorama do enfrentamento da epidemia do uso de *crack*; c) Apreciar os fundamentos legais e constitucionais da internação compulsória, dentro da perspectiva do ordenamento jurídico brasileiro e d) Analisar a procedimentalização dos pedidos de internação compulsória e o papel da Defensoria Pública no auxílio do tratamento dos usuários de *crack*, realçando situações concretas vivenciadas no cotidiano da Defensoria Pública (MADEIRA, 2014, p. 14 -15).

Tem-se, assim, que a Dissertação de Madeira (2014), como um todo, dialoga diretamente com a presente Tese, razão pela qual será feita uma análise resumida e global de todos os seus capítulos, que são quatro, e correspondem, cada qual, a um dos objetivos acima transcritos.

Inicialmente, cabe esclarecer que o autor é Defensor Público do Estado do Ceará, o que explica a abordagem que faz pelo olhar da Defensoria Pública do seu Estado, o que interessa à presente Tese, especialmente na questão da judicialização dos pedidos de internação compulsória de usuários de *crack*.

Ressalte-se que Madeira utiliza as expressões entorpecente, drogas, substância psicoativa, dependente, drogaditos, toxicômano, toxicodependente, dependência química, doentes mentais e enfermos mentais, sem, contudo, ressaltar a sua escolha. Do mesmo modo, não justifica a utilização da expressão “*cracolândias*” entre aspas.

No tocante ao direito à saúde mental frente à epidemia de *crack* no Brasil, o autor justifica o uso da palavra epidemia para “contextualizar o número elevado de usuários e dependentes, alertando e sinalizando para esse grave problema de saúde pública”(MADEIRA, 2014, p. 18).

Esclarece, ainda, com base na Pesquisa desenvolvida pela Fiocruz<sup>126</sup> e divulgada em 2013, que “o enfrentamento do uso do *crack* não pode ser atrelado apenas ao combate da produção e comercialização dessa substância, mas também envolve ações sociais que visem evitar e afastar potenciais usuários do consumo” (MADEIRA, 2014, p. 23). Reconhece, assim, que o consumo de *crack* tem uma relação direta com a desigualdade e a exclusão social presente na realidade brasileira. Nesse sentido:

---

<sup>126</sup> Já citada na nota de rodapé nº116.

A adoção de uma política de repressão ao consumo de drogas seria muito mais populista e simplista, do que a adoção de diretrizes relacionadas ao desenvolvimento do sistema básico de saúde, a um fortalecimento, aparelhamento e qualificação da escola pública, à oportunidade de ingresso nos cursos superiores, à construção de moradias dignas, o acesso ao lazer e à cultura, à redução do desemprego, entre outras medidas que possibilitassem oportunidades às pessoas destituídas de condições mínimas e básicas de sobrevivência. (MADEIRA, 2014, p. 24)

Quanto à influência da Reforma Psiquiátrica Brasileira no tratamento dos dependentes químicos, entende Madeira que a mesma “possibilitou novas abordagens de tratamento, bem como a promoção de debates em torno de novas e antigas formas de intervenção, reinserção social e reformulação de uma estrutura marcada pelo insucesso, violência e degradação” (MADEIRA, 2014, p. 29). Entretanto, não menciona, nesse tópico (1.3), quais seriam essas inovações. Em outro momento (1.5), expõe as modalidades de tratamento para a dependência química: Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD), Comunidades Terapêuticas e Consultórios de Rua.

Importante destacar que o autor posiciona-se de forma crítica ao modelo assistencial do CPAS-AD, no sentido de que o mesmo “precisa ser repensado, entre outros fatores, pela ausência de uma efetiva implementação, bem como pela falta de estrutura para atuar em casos mais graves” (MADEIRA, 2014, p. 36).

Já, com relação às Comunidades Terapêuticas, apesar de reconhecer as críticas, deficiências e atrocidades cometidas em tais locais, entende que não é possível generalizar, pois, algumas dessas instituições obtêm êxito na recuperação de “toxicômanos e lhes possibilitando a retomada de suas vidas” (MADEIRA, 2014, p. 38).

Frise-se que ao criticar a “ausência de implementação” dos CAPS-AD não considera a falta de verbas destinadas para a implementação da Rede de Saúde Mental, contrapondo-se ao investimento do Ministério da Saúde destinado às Comunidades Terapêuticas, cujos donos, muitas vezes, confundem-se com ocupantes de cargos nos governos federal, estadual ou municipal.

Ao comentar o Plano Federal “Crack é possível vencer” o critica não apenas por não ter uma atuação forte na mudança da realidade de exclusão social, mas também pelo baixo número de leitos disponibilizados, o que demonstra a opção do autor por modelos hospitalocêntrico de tratamento, desconsiderando todo o movimento da Luta Antimanicomial.

Assim como Costa (2015), Madeira (2014) entende que a Lei nº 10.216/01 aplica-se para os casos de internação psiquiátrica de usuários de drogas, não havendo diferença de tratamento entre “os toxicômanos e os enfermos mentais” (MADEIRA, 2014, p. 41). Igualmente entende que o art. 29 do Decreto-Lei nº 891, de 25 de novembro de 1938 continua em vigor, não tendo sido revogado por nenhuma lei posterior. Como já se destacou anteriormente, não se concorda com esses posicionamentos, pelos motivos já expostos.

No tocante à internação compulsória, Madeira inova com a posição de que a mesma seria uma modalidade de internação involuntária, com a diferença de que dependeria de uma ordem judicial. Importante destacar que esse entendimento é próprio deste autor, não tendo sido feita essa subclassificação da internação involuntária pela Lei nº10.216/01, cujo artigo 6º é explícito quanto às três modalidades de internação psiquiátrica possíveis no país.

Defende que a internação compulsória “deve ser utilizada como um instrumento de efetivação do direito à saúde mental, devendo, assim, ser interpretada à luz dos direitos fundamentais” (MADEIRA, 2014, p. 51).

Madeira faz ainda uma diferença entre internação compulsória e recolhimento compulsório:

A internação compulsória não se confunde com recolhimento compulsório. Conforme pode ser vislumbrado diante dos argumentos colacionados, **a internação compulsória é um modelo de tratamento utilizado em última instância, com as condicionantes prévias de laudo médico e autorização judicial; já o recolhimento compulsório, decorre de proposições de políticas públicas adotadas atualmente por alguns entes governamentais, com o escopo de recolher de maneira forçada dependentes químicos que se alojam nas vias públicas, sem qualquer atuação prévia e direta de profissionais da área de saúde, bem como de uma análise perfunctória de integrantes do Poder Judiciário**, com o escopo de legitimar o internamento de tais pessoas (MADEIRA, 2014, p. 47 e 48). **(Grifei)**

Ressalta-se que o autor tece críticas à Lei nº 10.216/01 por considerá-la atécnica e lacunosa quanto às especificidades das internações psiquiátricas:

A norma jurídica em epígrafe, por exemplo, é totalmente omissa quanto à reavaliação do portador de transtorno mental internado, o que poderia imputar-lhe um tratamento perpétuo, não sendo especificados, portanto, prazos para a reavaliação dos pacientes, tampouco a composição das equipes multidisciplinares que irão avaliar estes pacientes (MADEIRA, 2014, p. 41)



Todavia, Madeira não cita a Portaria nº 336/2002, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que contém as especificidades mencionadas acima, além de esmiuçar o funcionamento dos CAPS.

De todo modo, entende-se acertada a postura da Lei nº10.216/01, tal como norma geral e abstrata que é, de não esmiuçar os institutos que prevê, cabendo tal tarefa a outras espécies normativas de menor hierarquia, como Portarias e Decretos.

Deve-se ter em mente, ainda, que a Lei nº10.216/01 é uma lei nacional, ou seja, editada pelo Congresso Nacional e que obriga a todos os entes da federação (União, Estados, Municípios e Distrito Federal). Por isso, caberia (tal como ocorreu) a um ato legislativo inferior regulamentar a Lei nº10.216/01 nas suas especificidades. Portanto, descabida a crítica realizada por Madeira.

Considerando que o direito à saúde é um direito humano, fundamental e social, Madeira defende, tal como Costa (2015), que a dependência química é uma patologia, cujo “tratamento dos toxicodependentes deve ser proporcionado pelo Estado” (MADEIRA, 2014, p. 77). Para ele o que fundamenta e legitima a aplicação de um tratamento compulsório aos usuários de drogas é justamente o resguardo do direito fundamental do direito à saúde.

Apona a existência de divergência entre os profissionais do Direito e da Saúde acerca do tratamento dos usuários de crack por meio da internação compulsória. Aqueles que se opõem a tal modelo de cuidado argumentam que o mesmo “não se coadunaria com as conquistas do movimento antimanicomial, bem como vilipendiaria, para alguns doutrinadores, alguns direitos fundamentais” (MADEIRA, 2014, p. 52). Já, para aqueles que defendem a internação compulsória, “propõem que esse modelo de tratamento apresenta consonância com a retomada das bases sociais do respeito próprio” (MADEIRA, 2014, p. 53).

Madeira, citando Robert Alexy, para quem os “direitos fundamentais decorrem dos direitos humanos e representam as concretizações constitucionais do ideia da dignidade da pessoa humana”(MADEIRA, 2014, p. 55), entende que os direitos fundamentais são a base do Estado Democrático de Direito Brasileiro. Contudo, admite que nem estes direitos são intocáveis, podendo haver colisão entre estes, que será resolvida com base na ponderação ou harmonização dos mesmos.

O autor expõe que, do ponto de vista da Hermenêutica Constitucional, a Internação Compulsória é uma medida de restrição da liberdade, sem caráter penal ou punitivo, ou seja, de natureza civil, que não encontra previsão constitucional, tal como ocorre com o

devedor de alimentos e o depositário infiel<sup>127</sup>, no art. 5º, LXVII, CR/88<sup>128</sup>. A sua previsão jurídica encontra-se, para o autor, na Lei nº 10.216/01 e no Decreto-Lei nº 891/38. Tal fato suscita discussões jurídicas acerca da constitucionalidade da medida.

Há argumentos que sustentam que a mitigação do direito fundamental à liberdade, tal como ocorre na internação compulsória, “resultaria em uma afronta ao princípio da vedação ao retrocesso, (...), culminando em um retrocesso às conquistas consolidadas pelos direitos de primeira geração<sup>129</sup>” (MADEIRA, 2014, p. 78).

Como já mencionado, Madeira entende que nenhum direito, ainda que fundamental, é absoluto, razão pela qual não vislumbra um retrocesso na possibilidade de restrição da liberdade do usuário de drogas quando da internação compulsória. Apregoa a utilização da interpretação conforme a Constituição<sup>130</sup> nesta hipótese:

No caso específico da internação compulsória de usuários de crack, embora se apresente como restrição ao direito à liberdade dos pacientes e não possua previsão constitucional expressa, tal instituto mostra-se plenamente compatível com a Constituição Federal de 1988, já que, aplicando-se o método da interpretação conforme, podemos justificá-la, dentre outros fatores, pela possibilidade de resguardar a integridade física e mental do paciente ou de terceiros e, ainda, como forma de proteger o vilipêndio a outros direitos fundamentais próprios ou de outrem, notadamente o direito à vida, em que o direito à liberdade reste mitigado ou superado diante de outros direitos relacionados ao caso concreto submetido à análise do julgador (MADEIRA, 2014, p. 83)

---

<sup>127</sup> Denomina-se depositário infiel a pessoa a quem foi confiado bens de terceiro e estes, por algum motivo, pereceram, não sendo restituídos na data convencionada. Assim, de fiel, torna-se infiel. Por muito tempo foi admitida a prisão do depositário infiel, até mesmo por haver previsão constitucional no art. 5º, LXVII da CR/88 (transcrito na nota de rodapé nº 45). Contudo, com a assinatura do Pacto de São José da Costa Rica pelo Brasil em 1992, que apenas aceita a prisão civil do devedor de alimentos, tal fato levou ao STF a discutir a subsistência da prisão do depositário infiel, tendo em vista que os tratados internacionais dos quais o Brasil faça parte têm *status* de norma constitucional, conforme estabelecido no art. 5º, §2º da CR/88. Assim, em dezembro de 2009, foi aprovada pelo Plenário do STF a Súmula Vinculante nº 25: “É ilícita a prisão civil de depositário infiel, qualquer que seja a modalidade do depósito”

<sup>128</sup> Art. 5º, LXVII - não haverá prisão civil por dívida, salvo a do responsável pelo inadimplemento voluntário e inescusável de obrigação alimentícia e a do depositário infiel.

<sup>129</sup> Ingo Wolfgang Sarlet prefere a denominação de dimensões e não gerações ao se referir à evolução dos direitos fundamentais, justamente porque uma não exclui a outra, tal como se pode pensar ao utilizar a expressão geração. Assim, a primeira dimensão de direitos fundamentais é constituída pelos chamados direitos civis e políticos (vida, liberdade, igualdade, propriedade, voto, capacidade eleitoral passiva) e, segundo Sarlet: “são direitos de cunho ‘negativo’, uma vez que dirigidos a uma abstenção, e não a uma conduta positiva por parte dos poderes públicos, sendo, nesse sentido, ‘direitos de resistência ou de oposição perante o Estado’” (SARLET, 2008, P. 54).

<sup>130</sup> A interpretação conforme a Constituição pode assumir dois papéis: 1) como técnica de controle de constitucionalidade, quando da verificação se uma norma legal está de acordo com o texto constitucional; 2) como regra de interpretação, onde funcionaria como um princípio geral de interpretação. É nesse sentido que Madeira utiliza em sua Dissertação.

Superada a questão da adequação constitucional, Madeira aponta o mecanismo da ponderação de interesses<sup>131</sup> como solução na colisão de direitos fundamentais em decorrência da internação compulsória, quais sejam: o direito à liberdade de locomoção e o direito à vida.

Quanto à internação compulsória, percebe-se a existência de uma colisão entre dois direitos fundamentais, quais sejam: a vida e a liberdade de locomoção. (...)

Nesse sentido, o magistrado diante do caso concreto submetido à sua análise, deverá decidir se o direito à liberdade de locomoção deverá ceder em relação ao direito à vida, ou ainda se o direito de liberdade do usuário ou paciente deve ser resguardado, sendo desnecessária a adoção de uma medida restritiva (MADEIRA, 2014, p. 89)

Por meio da ponderação, decide-se qual interesse irá prevalecer no caso concreto, obedecendo-se a três etapas: “inicialmente, devem ser identificadas as normas que estão em conflito, posteriormente a identificação das situações que envolvem o caso concreto e, por fim, a utilização do balanceamento” (MADEIRA, 2014, p. 89).

Madeira aponta, ainda, outro meio de solução para as questões de internação compulsória: a hierarquização dos direitos fundamentais como critério de interpretação para a resolução de antinomias entre princípios fundamentais. Apesar dos direitos fundamentais possuírem o mesmo nível hierárquico, diferenciam-se quanto aos seus conteúdos, o que permitiria ao juiz estabelecer um critério objetivo no seu raciocínio, afastando o subjetivismo das decisões. Exemplifica com os direitos fundamentais da vida e da propriedade, concluindo que o primeiro, por ser condição essencial do ser humano, atua como pré-requisito para os demais direitos, ao contrário do segundo.

Ressalta, contudo, que a técnica da hierarquização de direitos fundamentais é rechaçada pela maioria dos juristas brasileiros sob o argumento de que os mesmos gozam de igual proteção pela Constituição de 1988, que não fez qualquer diferenciação entre eles.

Ademais, admitir a possibilidade de superioridade de um ou mais direitos fundamentais em relação a outros, esvaziaria o conteúdo desses mesmos

---

<sup>131</sup> “(...) a ponderação pode ser descrita como uma técnica de decisão própria para *casos difíceis* (do inglês “hard cases”), em relação aos quais o raciocínio tradicional da subsunção não é adequado. (...). É verdade que, até recentemente, a ponderação estava relacionada apenas àqueles casos em que dois ou mais princípios da mesma hierarquia entravam em conflito, como a liberdade de expressão e de imprensa versus os direitos à honra, à intimidade e à vida privada. (...). Gradativamente, porém, a ponderação tem se destacado como figura principal, e não só coadjuvante dos princípios. Já é possível identifica-la como uma técnica de decisão jurídica autônoma que, aliás, vem sendo aplicada em diversos outros ambientes que não o do conflito de princípios.” (BARCELLOS, 2008, p.55-56)

direitos, como também provocaria um vilipêndio ao princípio da unidade da Constituição, não sendo possível, portanto, a aplicação desse critério para solucionar possíveis colisões de princípios constitucionais (MADEIRA, 2014, p. 95)

Ao abordar a colisão de direitos que envolvem o tema da internação compulsória, Madeira reconhece que o principal argumento usado para justificar e legitimar essa medida é a obrigação do Estado em preservar o direito à vida dos usuários de drogas. Contudo, admite que ao se garantir o direito à vida, está-se retirando o direito à morte, no caso, “o direito de usar a substância até o seu óbito, sem que o Estado e qualquer de seus familiares interponham medidas que visem preservar a vida dessas pessoas” (MADEIRA, 2014, p. 95).

No entanto, frisa que o ordenamento jurídico brasileiro não garante o direito de morrer indiscriminadamente, bem como que as discussões do direito à morte devem envolver a questão da capacidade civil. Desse modo, aqueles que escolherem abreviar sua vida, devem fazê-lo de modo consciente ou serem civilmente representados. Assim, entende que não se tem como legitimar a opção do usuário de droga escolher morrer pelo uso indiscriminado da substância.

No tocante ao direito à vida, expõe que muitos autores<sup>132</sup> o tomam como pressuposto de todos os outros direitos fundamentais, “sem o qual não se poderia falar em qualquer outro direito”(MADEIRA, 2014, p. 96). Destaca, contudo, que a Constituição da República de 1988 insere o direito à vida na mesma posição hierárquica dos demais direitos fundamentais individuais, como se percebe da leitura do *caput* do artigo 5º<sup>133</sup>.

Dessa forma, como qualquer direito fundamental, o direito à vida também é passível de relativização, sendo o caso, por exemplo, da interrupção da gravidez de fetos anencéfalos, como já decidido pelo STF.

Destaca, ainda, que o direito à vida incorpora também a concepção de ter uma vida digna, cabendo ao Estado assegurar e promover condições que garantam um mínimo vital:

No caso de indivíduos em estágio avançado de adição ao *crack*, a garantia do mínimo vital sofre um abalo violento, uma vez que **o que se percebe na realidade é que tais indivíduos não vivem, apenas sobrevivem e,**

<sup>132</sup> Cita os seguintes: Alejandro Silva Bascuñán, Paulo Gustavo Gonet Branco, Alfredo Orgaz, Maria Helena Diniz, Jorge Miranda e Rui Medeiros

<sup>133</sup> Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes.

**normalmente em condições desumanas** (MADEIRA, 2014, p. 99). **(Grifei)**

Interessante a observação de Madeira a fl. 100, onde se nota a incorporação do discurso midiático que equipara os usuários de crack a “zumbis”:

Diante do que foi exposto, é inegável que alguns usuários de *crack* possuem suas vidas comprometidas, tanto no aspecto físico, quanto no aspecto mental, tornando-se inadmissível qualquer omissão estatal tendente a permitir que pessoas continuem falecendo, se matando ou vivendo indignamente **como verdadeiros “zumbis”**, marginalizadas, excluídas, desamparadas. Nesses casos, ainda que por um esforço intelectual se entenda que deva ser respeitada sua maneira de viver, não há como vislumbrar qualquer traço de uma vida digna e, em corolário, o amparo do Estado diante dessa maneira de viver (MADEIRA, 2014, p. 100). **(Grifei)**

Madeira deixa expresso seu entendimento de que, no caso da internação compulsória de usuários de *crack*, o direito à vida deve prevalecer sobre o direito à liberdade do tratamento, sob o fundamento de que “já não são mais detentores de qualquer lucidez que lhes permita manifestar qualquer vontade” (MADEIRA, 2014, p. 100).

Contrapondo-se ao argumento do direito à vida, tem-se o direito à liberdade do usuário de drogas, que se vê impedido de se autodeterminar. Após abordar a liberdade nas suas concepções sócio-política, jurídica e psicológica, posiciona-se no sentido de que o adicto não possui nenhuma dessas formas de liberdade, razão pela qual a internação compulsória do mesmo para tratamento constitui uma opção viável.

O tratamento do indivíduo adicto através da internação compulsória apresenta-se como uma possibilidade de tratamento que poderá culminar na sua recuperação, na retomada de sua liberdade, porquanto passado o período de desintoxicação e abstinência poderá, em alguns casos, retomar a sua consciência, a sua racionalidade, evitando comportamentos meramente instintivos que lhe causem mero prazer (MADEIRA, 2014, p. 118).

Quanto à procedimentalização da Internação Compulsória (capítulo 4), Madeira destaca que a judicialização é imprescindível, tendo em vista que a Lei nº10.216/01 exige uma ordem judicial para que se formalize. Tal aspecto assegura que os potenciais internados terão garantidos o devido processo legal, a ampla defesa e o contraditório.

No que tange à formalização prática do pedido de internação compulsória, entende que não é necessário que o mesmo seja acumulado com pedido de interdição do usuário de drogas. Fundamenta-se na Lei nº10.216/01, que não condicionou previamente a aferição da capacidade civil do paciente ao deferimento da internação compulsória, razão pela qual

um juiz poderá fazê-lo independentemente da decretação da interdição, seja parcial ou total. Além disso, frisa que o art. 30 do DL nº 891/38, que, para o autor ainda está em vigor, “dispõe que pode ser determinada a internação para tratamento, independentemente da necessidade de limitação da capacidade civil do internado” (MADEIRA, 2014, p. 126).

Assevera, ainda, que o Ministério Público não teria legitimidade para atuar nos pedidos de internação compulsória, pois a utilização do argumento da ordem pública “destinado a legitimar a internação compulsória, distoa da finalidade dessa modalidade de tratamento (...). Seria conceder à essa modalidade de tratamento uma conotação repressiva, (...), o que não se coaduna com os parâmetros estipulados pela Lei nº 11.343/06” (MADEIRA, 2014, p. 133)

Ressalte-se que, para Madeira, os usuários de drogas poderão ser classificados como absolutamente ou relativamente incapazes, de acordo com o grau de sua enfermidade, na forma dos artigos 3º e 4º do Código Civil de 2002.

Vale destacar que a presente Dissertação foi escrita antes da Lei 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência), que alterou a redação desses artigos. Atualmente, os usuários de drogas são considerados relativamente incapazes, na forma do art. 4º, II do Código Civil de 2002<sup>134</sup>.

Discorda-se de Madeira quanto à não necessidade de pedido de interdição em razão de omissão da Lei nº 10.216/01. Em verdade, depende de como se lê os artigos 6º e 9º da lei. Como já explicitado, caso se entenda pela plena aplicação das medidas de segurança no nosso ordenamento jurídico, os mesmos têm validade apenas para os casos em que pessoas em sofrimento mental cometam algum fato definido como crime, quando, então, deverá ser instaurado um incidente de sanidade, a fim de se aferir a imputabilidade do autor do fato, na forma do artigo 149<sup>135</sup> do CPP.

Frise-se, mais uma vez, que não se admite a internação compulsória nem nessas hipóteses, sob o fundamento não apenas na Reforma Psiquiátrica, mas, também, porque se

---

<sup>134</sup> Art. 4º São incapazes, relativamente a certos atos ou à maneira de os exercer: I - os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos; II - os ébrios habituais e os **viçados em tóxico**; III - aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade; IV - os pródigos. Parágrafo único. A capacidade dos indígenas será regulada por legislação especial. (Grifei)

<sup>135</sup> Art. 149. Quando houver dúvida sobre a integridade mental do acusado, o juiz ordenará, de ofício ou a requerimento do Ministério Público, do defensor, do curador, do ascendente, descendente, irmão ou cônjuge do acusado, seja este submetido a exame médico-legal. § 1º O exame poderá ser ordenado ainda na fase do inquérito, mediante representação da autoridade policial ao juiz competente. § 2º O juiz nomeará curador ao acusado, quando determinar o exame, ficando suspenso o processo, se já iniciada a ação penal, salvo quanto às diligências que possam ser prejudicadas pelo adiamento.

entende que as ditas medidas de segurança previstas no CPP e na LEP não foram recepcionadas pela Constituição de 1988. Assim, não se tem como vislumbrar uma omissão do legislador da Reforma Psiquiátrica.

Por fim, resume Madeira:

**Apesar de toda essa celeuma, partilhamos o entendimento de que a internação compulsória é uma medida destinada à recuperação de um indivíduo com graves transtornos psiquiátricos, seja pelo uso de entorpecentes, seja por outras patologias e enfermidades mentais. (...) Assim sendo, mostra-se imprescindível a utilização da internação compulsória como medida de tratamento, de recuperação de pessoas, evitando-se a sua utilização para fins de higienização social ou “limpeza” de logradouros públicos. (...) A internação compulsória, quando se destine à sua finalidade é, antes de tudo, um instrumento de justiça social (MADEIRA, 2014, p. 134, 149 e 150). (Grifei)**

#### 4.3 – UMA SÍNTESE

A revisão empreendida possibilitou analisar 05 (cinco) trabalhos do saber jurídico (NOVAES, 2014; COELHO; OLIVEIRA, 2014; COSTA, 2015; MONTEIRO, 2015; MADEIRA, 2014) e 07 (sete) do saber da saúde (SANTOS; QUEIROZ, 2016; SANTOS, 2015; PONTES; MEZA; BICALHO, 2015; WURDIG; MOTTA, 2014; COUTO; LEMOS; COUTO, 2013; SOUZA; CARVALHO, 2012; BORGES, 2015).

Dos 12 (doze) estudos colacionados, 10 (dez) (SOUZA; CARVALHO, 2012; COUTO; LEMOS; COUTO, 2013; NOVAES, 2014; COELHO; OLIVEIRA, 2014; MADEIRA, 2014; BORGES, 2015; MONTEIRO, 2015; PONTES; MEZA; BICALHO, 2015; SANTOS, 2015; SANTOS; QUEIROZ, 2016;) utilizaram a metodologia qualitativa, enquanto 02 (dois) se basearam em uma metodologia quantitativa (WURDIG; MOTTA, 2014 e COSTA, 2015), sendo que, em ambos os trabalhos, houve a análise de matérias jornalísticas.

Após a leitura e análise dos 12 (doze) textos observou-se que alguns temas foram recorrentes, com posições e fundamentações contrárias, muito embora, como observado por PONTES; MEZA; BICALHO (2015), nem sempre as contradições se contestam em um plano lógico, o que dificulta a sistematização das questões.

De todo modo, tentou-se elaborar uma síntese com os principais pontos abordados e que se relacionam com a presente Tese, a saber: **1) fundamentação legal para a determinação da internação compulsória.** Nesse tópico, separou-se os trabalhos da área jurídica e

da saúde; **2)** a vigência do Decreto Lei nº 891/38. Aqui, também, fez-se uma análise separando os estudos entre as áreas jurídicas e da saúde; **3)** a equiparação do uso abusivo de drogas a uma doença mental; **4)** o Projeto de Lei nº 7663/2010 (atual PLC nº37/2013 em tramitação no Senado Federal); **5)** o Poder Judiciário; **6)** crack, ausência de racionalidade e vulnerabilidade social; **7)** a política de abstinência; **8)** a internação compulsória como limpeza social: o higienismo.

Verificou-se que, entre os trabalhos jurídicos, apenas NOVAES (2014) e COELHO; OLIVEIRA (2014) se posicionaram no sentido de que a internação compulsória do usuário de drogas representa um retrocesso à Reforma Psiquiátrica; bem como que a Lei nº10.216/01 não pode ser usada para este fim, restringindo-se aos casos de aplicação de medida de segurança, na forma da lei penal. Já, para COSTA (2015); MONTEIRO (2015) e MADEIRA (2014), a Lei nº 10.216/01 pode ser utilizada como fundamento para a internação compulsória de usuários de drogas, a fim de assegurar o direito à saúde dos dependentes químicos.

Por sua vez, 05 (cinco) trabalhos da área da saúde firmaram entendimento contra o uso da internação compulsória para usuário de drogas com fundamento na Lei nº 10.216/01, por considerarem uma medida que vai na contramão da Reforma Psiquiátrica, além de se mostrar ineficiente (SANTOS; QUEIROZ, 2016; SANTOS, 2015; COUTO; LEMOS; COUTO, 2013; SOUZA; CARVALHO, 2012; BORGES, 2015). Os outros 02 (dois) restantes (WURDIG; MOTTA, 2014; COUTO; LEMOS; COUTO, 2013) não se posicionaram sobre essa questão.

Uma questão que se mostrou presente foi a menção ao Decreto Lei nº 891/1938. Dentre os estudos da área jurídica NOVAES (2014) é a única que se posiciona expressamente no sentido de que o referido diploma legal não foi recepcionado pela Constituição da República de 1988, constituindo erro grave fundamentar a internação compulsória com base na Lei nº 10.216/01 c/c Decreto Lei nº 891/38. COSTA (2015) e MADEIRA (2014) coincidem no entendimento de que o DL 891/38 subsiste no ordenamento jurídico brasileiro, já que não foi revogado por nenhuma lei posterior, e deve ser utilizado como fundamento para a internação compulsória (artigos 29 e 30) combinado com a Lei nº10.216/01. Já, COELHO; OLIVEIRA (2014) e MONTEIRO (2015) não mencionam o Decreto Lei nº 891/1938.

Nos trabalhos da área de saúde, apenas SANTOS; QUEIROZ (2016) manifestam o posicionamento de que o DL 891/38 não continua em vigor, pois o mesmo teria sido convertido para a Lei nº 6368/1976, que passou a tratar das substâncias entorpecentes no país.



A afirmação de equiparação do uso de drogas a uma doença mental apareceu nos dois estudos que analisaram os discursos da mídia no Brasil, sendo a internação compulsória o tratamento mais eficaz para desintoxicar o usuário e conter o avanço do crack (WURDIG; MOTTA, 2014; BORGES, 2015).

Essa questão foi abordada por SANTOS (2015); COSTA (2015) e MADEIRA (2014), que partem da premissa de que o uso de drogas ou dependência química deve ser entendida como uma doença mental. COELHO; OLIVEIRA (2014), por sua vez, negam tal premissa, o que fundamenta a não possibilidade de aplicação da Lei nº10.216/01 aos usuários de drogas.

O Projeto de Lei nº 7663/10 recebeu críticas negativas de PONTES; MEZA; BICALHO (2015); COSTA (2015); BORGES (2015) e MONTEIRO (2015), por violar os direitos e garantias assegurados pela Lei nº 10.216/01. Interessante é a observação de BORGES (2015), ao analisar as reportagens do Jornal O Globo no ano de 2013, que, em momento nenhum aborda o fato do PL 7663/10 legislar em sentido contrário à Lei da Reforma Psiquiátrica.

O Poder Judiciário, que é o responsável pela determinação da internação compulsória nos moldes da Lei nº10.216/01, aparece em dois estudos, com enfoques distintos. SANTOS; QUEIROZ (2016) criticam a utilização da internação compulsória pelo Poder Judiciário como principal forma de tratamento ao abuso de drogas, antes do esgotamento dos recursos extra hospitalares, conforme determina o art. 4º da Lei nº10.216/01.

Já, SANTOS (2015), traz o Poder Judiciário em três momentos: 1) ao manifestar a sua opinião pessoal no sentido de que não cabe ao juiz autorizar a alta do usuário nos casos de internação compulsória, pois devem ser atendidos critérios médicos para tanto; 2) ao analisar a fala dos seus entrevistados (profissionais de saúde de uma emergência psiquiátrica de um Hospital de Belém) constatou que os mesmos discordam da atuação do Poder Judiciário em não responsabilizar o usuário de drogas, pois, entendem que a penalização é o meio mais eficiente de tratamento para pacientes difíceis de dialogar como os dependentes químicos; 3) ao analisar a fala dos seus entrevistados observou que é notório o desconforto destes com relação à internação compulsória em razão da perda de poder de autoridade que ocorre pelo fato da entrada e saída do paciente ser uma decisão do Poder Judiciário, que não possui o conhecimento técnico necessário.

A questão da relação entre o crack, ausência de racionalidade e a situação da vulnerabilidade social dos seus usuários foi mencionada por PONTES; MEZA; BICALHO (2015); WURDIG; MOTTA (2014), COSTA (2015), MADEIRA (2014). A Dissertação de

COSTA (2015) é a que aborda esse ponto com mais profundidade, uma vez que sua fundamentação teórica é toda baseada na Bioética e no princípio da autonomia. MADEIRA (2015), por sua vez, incorpora o discurso midiático de equiparação dos usuários de crack a zumbis. Em todos fica evidente a justificativa do uso da internação compulsória com o fundamento da falta de capacidade de decidir.

A crítica à política de abstinência nas Comunidades Terapêuticas é feita por SANTOS; QUEIROZ (2016). Já, SOUZA; CARVALHO (2012) criticam a imposição da abstinência como condição para o acesso do serviço de saúde, pois, em caso de negativa do paciente, haveria uma violação ao princípio constitucional da saúde da universalidade.

Por fim, a contextualização da internação compulsória como um instrumento de limpeza social, com o intuito de invisibilizar os usuários de crack, é mencionada por COSTA (2015); PONTES; MEZA; BICALHO (2015); SANTOS (2015); COELHO; OLIVEIRA (2014); MONTEIRO (2015); MADEIRA (2014) e COUTO; LEMOS; COUTO (2013).

Todos os estudos acima citados tratam os episódios recentes ocorridos nos grandes centros urbanos como modalidade de higienismo social e não preocupação do Poder Público com o cuidado da saúde da população de rua. MADEIRA (2014) é o único que classificou tais episódios de Recolhimento Compulsório e não Internação Compulsória. A diferença, para esse autor, é que, no primeiro há o uso da força sem atuação de profissionais do Direito e da Saúde, tal como deve ocorrer na internação compulsória prevista na Lei nº 10.216/01.

## 5 A CAPTURA DA LOUCURA PELA RAZÃO

A loucura, objeto de meus estudos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente. (Machado de Assis, O Alienista)

### 5.1 DO LOUCO AO INCAPAZ CIVIL E PENAL

Nesse capítulo não se pretende realizar uma evolução da história da loucura, tampouco do nascimento da Psiquiatria e suas reformulações<sup>136</sup>. Cabe ressaltar que a opção teórica deste trabalho, no que concerne ao saber psiquiátrico, é pela psiquiatria crítica, surgida após as experiências de Franco Basaglia na Itália e que serviram de influência para o Movimento Antimanicomial Brasileiro e para a Lei nº10.216/01<sup>137</sup>, superando-se a psiquiatria clássica<sup>138</sup> hegemônica de então.

A psiquiatria clássica, aqui considerada, é a que nasceu do modelo biomédico e tem como característica principal o sistema de tratamento baseado na hospitalização e na medicalização do indivíduo portador de uma “doença mental”.

**Como este modelo pressupõe um paciente portador de um distúrbio que lhe rouba a razão, um insano, um insensato, incapaz, irresponsável (inclusive a legislação considera o louco irresponsável civil), o sistema hospitalar psiquiátrico se aproxima muito das instituições carcerárias, correcionais, penitenciárias. Portanto, um sistema baseado na vigilância, no controle, na disciplina. e, como não poderia deixar de ser, um sistema com dispositivos de punição e repressão. (AMARANTE, 2011, p. 61) (Grifei)**

<sup>136</sup> Paulo Amarante denomina de “psiquiatria reformada” os movimentos de reforma da psiquiatria nos tempos contemporâneos, tais como: psicoterapia institucional e as comunidades terapêuticas; a psiquiatria de setor e psiquiatria preventiva e, por fim, a antipsiquiatria e as experiências surgidas a partir de Franco Basaglia (2013, p. 27)

<sup>137</sup> O PL nº3.657/89, de autoria do Deputado Paulo Delgado, que deu origem à Lei nº 10.216/01, utilizou a experiência italiana e a Lei Basaglia (Lei nº180/78, que fez a Reforma Psiquiátrica Italiana) como fundamentação da sua justificativa.

<sup>138</sup> Expressão usada por Paulo Amarante na sua obra “Loucos pela Vida” (2013), que entende que a mesma vem passando por uma crise teórica e prática em razão de ter ocorrido uma mudança radical no seu objeto, “que deixa de ser o tratamento da doença mental para ser a promoção da saúde mental. É certamente no contexto dessa crise que surgem as novas experiências, as novas psiquiatrias.” (p. 21).

Será contra esse modelo de psiquiatria que o Movimento Antimanicomial Brasileiro lutou e conseguiu, por meio da Lei nº 10.216/01, a concretização no país de uma nova prática de psiquiatria, aqui denominada de crítica, que teve como inspiração ideológica a Psiquiatria Democrática Italiana, cujo autor mais expressivo foi Franco Basaglia. Segundo Amarante:

Fundamentalmente a partir do contato com as obras de Michel Foucault e Erving Goffman, **Basaglia percebeu que o combate deveria ser de outra ordem: teve o início da negação da psiquiatria enquanto ideologia. Franco Basaglia passou a formular um pensamento e uma prática institucional absolutamente originais, voltadas para a ideia de superação do aparato manicomial, entendido não apenas como estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana** (2011, p. 56) (Grifei)

Desse modo, a pretensão nesse tópico é buscar entender o que Desviat (2015) chama de “Institucionalização da Loucura”, ou seja, como os denominados “loucos”, passaram a ser enclausurados, além de se buscar como a evolução das designações dadas a tais pessoas ocorreu para o saber psiquiátrico e, depois, para o saber jurídico.

Assim, faz-se necessário o resgate de alguns dos fundamentos do que aqui se denomina de psiquiatria clássica, bem como da sua origem, que, na verdade, se confundem com o aprisionamento da “loucura” e dos que se enquadravam nessa classificação. Isso será necessário para que se possa realizar, posteriormente, a interface com a produção dos sentidos atuais, tanto dos laudos psiquiátricos, como das decisões judiciais, com relação às internações compulsórias por uso de crack, objeto deste estudo, e que será detalhado no Capítulo 7.

Para tanto, é preciso entender, especialmente, como os conceitos de “loucura”, “alienação mental”, “doença mental”, “transtorno mental”, “degeneração” e “periculosidade”<sup>139</sup> surgem e evoluem no campo da Psiquiatria e do Direito.

De acordo com Roberto Machado o principal objetivo de Foucault, na sua obra “História da Loucura”, é “estabelecer as condições históricas de possibilidades dos discursos e das práticas que dizem respeito ao louco considerado como doente mental” (1998, p. 58). É exatamente esse o ponto que interessa para o presente trabalho.

<sup>139</sup> Coloca-se entre aspas pois são expressões que se está mencionando, porém, não serão adotadas.

Inicialmente, deve-se pontuar que se entende “loucura” como expressão genérica, que, conforme Amarante:

**diz respeito às representações sociais dos fenômenos percebidos como operadores de uma ruptura com os padrões éticos, morais, sociais, culturais, ou, ainda, comportamentais de uma determinada estrutura aceita enquanto norma ideal (2015, p. 18) (Grifei)**

Estabelecida esta premissa, da “loucura” como gênero, vai-se buscar os termos que, historicamente, surgiram ao longo do tempo para designar esse comportamento que rompe com os padrões de normalidade socialmente estabelecidos.

Os “loucos” da época do Renascimento, na descrição de Foucault (2012), eram indivíduos errantes e costumavam ser escorraçados para além dos muros das cidades, especialmente os estrangeiros, cabendo a cada cidade apenas aqueles que eram seus cidadãos. Algumas cidades, por outro lado, os acolhiam e os mantinham nas prisões<sup>140</sup>. O fenômeno da loucura e sua relação com a razão, nesse momento, não pertencia ao domínio médico, porém, demonstra o “início de um processo de dominação da loucura pela razão” (MACHADO, 1988, p. 61).

Essa dominação vai ser demarcada na época clássica, tendo Descartes como marco filosófico. Assim, a “loucura” é excluída da razão, da ordem do pensamento: quem pensa não é “louco”, pois esse não pensa, já que “a loucura é justamente a impossibilidade do pensamento” (2012, p. 46). Em suma, conforme descrito por Machado: “A loucura é condição de impossibilidade do pensamento. O pensamento exclui a possibilidade de loucura” (1988, p. 62)

Desse modo, ante a ausência de um conhecimento médico acerca da loucura, o que Foucault argumenta, então, é que, na época clássica, os critérios de internação dos considerados “loucos” não eram científicos, mas sim morais, de acordo com a interpretação de diversas instituições não médicas.

**(...) os critérios de internação, a designação de alguém como louco e sua consequente exclusão da sociedade não dependem de uma ciência médica, mas de uma “percepção” do indivíduo como ser social; que o estatuto do louco é conferido não pelo conhecimento médico, mas por uma percepção social, dispersa e produzida por diversas instituições da sociedade como a polícia, a justiça, a família, a Igreja, etc., a**

<sup>140</sup> Foucault cita o caso de Nuremberg, que acolhia os loucos e os mantinham com os recursos da cidade, porém, não os tratavam, mas os remetiam às prisões (2012, p. 11)

**partir de critérios que dizem respeito não à medicina, mas à transgressão às leis da razão e da moralidade. (...) (MACHADO, 1988, p. 63) (Grifei)**

Nas palavras de Foucault:

**Pobres, vagabundos, presidiários e “cabeças alienadas” assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão para eles e para aqueles que os excluem. Com um sentido inteiramente novo, e numa cultura bem diferente, as formas **subsistirão** – essencialmente essa forma maior de uma partilha rigorosa que é a exclusão social (2012, p. 6-7) (Grifei)**

O marco dessa dominação da loucura a pela razão, é a criação, por Luís XIV, em 1656, do Hospital Geral em Paris, quando se dá início à onda de internamentos não apenas na França, mas em toda a Europa. Os motivos das internações não eram médicas ou para cura, mas sim econômica, social e política. Apesar do nome, Foucault entendia que não se tratava de uma instituição médica, “mas de uma estrutura ‘semi-jurídica’, entidade assistencial e administrativa que se situa entre a polícia e a justiça e seria como que ‘a ordem terceira da repressão’” (MACHADO, 1988, p. 64).

O “Grande Enclausuramento”, como denominado por Foucault, deu-se, então, pela necessidade de exclusão a sociedade daqueles que não se ajustavam às suas regras, passando a incluir o desempregado, que poderia causar problemas na cidade e razão da sua ociosidade:

(...) o desempregado não é mais escorraçado ou punido; toma-se conta dele, às custas da nação, mas também de sua liberdade individual. Entre ele e a sociedade, estabelece-se um sistema implícito de obrigações: **ele tem o direito de ser alimentado, mas deve aceitar a coação física e moral do internamento (2012, p. 65) (Grifei)**

Importante destacar que o local dos “loucos” durante o “Grande Enclausuramento”<sup>141</sup> é o Hospital Geral, que, como já visto, nada tem de tratamento<sup>142</sup>. O critério para o internamento do insano, e dos demais que lá se encontram, é a ausência de razão. Contudo,

<sup>141</sup> Foucault identifica três motivos para a internação no Hospital Geral: 1) a sexualidade, caracterizada por pessoas com doenças venéreas, prostituição, sodomia; 2) os profanadores do sagrado: o blasfemador, a feiticeira, o alquimista; 3) os que praticam a libertinagem: “A libertinagem no século XVII, é o uso da razão alienada no desatino do coração” (2012, p. 101). No tocante a tais motivações para o internamento, encontram-se entre as páginas 88-102 da obra “História da Loucura”.

<sup>142</sup> “Se há um médico no Hospital Geral, não é porque se tem consciência de que aí são internados doentes, é porque se teme a doença naqueles que já estão internados. Teme-se a famosa ‘febre das prisões’” (FOUCAULT, 2012, p. 115)

a percepção da desrazão não é médica, mas ética e moral daquilo que não é adequado aos costumes. (MACHADO, 1988).

Outro ponto importante é que, nessa época clássica, a conceituação médica acerca da loucura é de que se trata de uma doença, sem, contudo, fundamentar tal argumentação na observação dos “loucos”, o que será feito, então, pela psiquiatria. (MACHADO, 1988).

A psiquiatria que surge no século XIX, inaugurada por Pinel<sup>143</sup> e Esquirol, não se preocupa, tal como a medicina em geral, em identificar lesões, correlacionar sintomas e fechar diagnósticos. Pinel pretende, então, “delimitar as peculiaridades da figura do louco, assim como as características do ‘tratamento moral’, considerando que essa estratégia terapêutica deve desenvolver-se no interior do asilo psiquiátrico” (CAPONI, 2012, p. 36)

É verdade que Pinel tem a preocupação de organizar no seu Tratado uma nosografia científica das patologias mentais baseada na classificação de plantas e animais dos naturalistas. Essa classificação decorre de observações feitas em doentes internados no asilo psiquiátrico e de uma cuidadosa atenção dirigida ao processo de evolução e transformação de patologias. No entanto, a distinção entre as quatro principais formas de manifestação da alienação mental (Mania, melancolia, demência e idiotismo) não delimita fronteiras taxativas entre elas, pois, **para Pinel todas as formas patológicas derivam do mesmo conjunto de causas físicas<sup>144</sup> e morais, todas apresentam sintomas semelhantes, e em cada caso existem quadros intermediários em que os sintomas de um ou outro grupo se confundem.** (CAPONI, 2012, p. 43) (Grifei)

Para Amarante a especificidade da contribuição de Pinel reside no fato da “loucura” deixar de ser objeto exclusivo da filosofia, para pertencer, agora, também ao “campo da medicina, (...) possibilitando a inscrição da loucura, dos desvios, da paixão e da moral no conceito de doença” (2010, p. 42).

Philip Pinel não utilizava a expressão “doença mental”, mas sim “alienação mental” e prevê a possibilidade de sua cura por meio do tratamento moral.

Alienação mental era conceituada como um distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva do indivíduo perceber a realidade (AMARANTE, 2011, p.30)

<sup>143</sup> Considerado fundador da Psiquiatria, publica em 1800 o seu “Tratado médico-filosófico sobre alienação mental ou a mania” (2007), com base nas suas observações no Hospital de Bicêtre.

<sup>144</sup> Essas causas físicas não são lesões anatômicas. Nas palavras de Caponi: “As lesões físicas estudadas remetem ao que Foucault denominou de ‘um olhar de superfície’, que se demora na descrição da cor da pele, da vermelhidão ou palidez do rosto, do modo de caminhar, dos gestos, etc.” (2012, p. 45)

Pinel afirma a inexistência de causas físicas para a “alienação mental”, que regressariam com o tratamento moral. Tem-se, assim, a “doença moral”, contrapondo-se ao saber médico hegemônico à época, que exigia uma lesão para caracterizar a doença. O tratamento terapêutico moral de Pinel funcionava por meio do confinamento e isolamento do doente, com o objeto de afastá-lo do seu ambiente e observá-lo para tratá-lo. Esse processo seria conduzido por um médico, o alienista (2007).

O conceito de “alienação mental” nasce associado à ideia de periculosidade, no sentido de que o “alienado”, pela ausência de razão, constituiria um perigo social, o que justificaria o seu afastamento e reclusão. Amarante explica:

Alienado, de alienare e alienatio, significa também tornar-se outro. Um outro da Razão? Um outro do humano? Um estranho irracional? **Na medida em que alguém nesta condição de alteridade poderia representar um sério perigo à sociedade, por perder o juízo ou a capacidade de discernimento entre o erro e a realidade, o conceito de alienação mental nasce associado ao de periculosidade.** (2011, p. 30-31)

O alienismo tem como precondição o tratamento moral e o isolamento do paciente da sua cidade. A cura pressupõe o confinamento e a internação em locais próprios para tanto: os asilos. A “loucura” passa a fazer parte da clínica médica e o isolamento nada mais é do que uma estratégia de conhecimento pela observação.

Assim, não é de se estranhar que o modelo assistencial psiquiátrico seja calcado na tutela, a custódia, na disciplina, na vigilância. **O manicômio torna-se a expressão desse modelo que se calca na tutela, na vigilância panóptica, no tratamento moral, na disciplina, na imposição da ordem, na punição corretiva, no trabalho terapêutico, na custódia e na internação. Enquanto alienado (ou não sujeito, alheio, ausente, estrangeiro, alien), o louco estaria incapaz de decidir pelo seu tratamento/hospitalização.** (...) É importante ressaltar que **o isolamento foi (e permanece sendo) uma estratégia de conhecimento do método das ciências naturais. Isolar significa possibilitar a observação do ‘objeto no seu estado puro’.** Por outro lado, **no exercício da construção do alienismo, o isolamento tornou-se também um ato terapêutico, na medida em que favorecia a reeducação moral do internado no mundo da instituição.** Em outras palavras, o asilo, enquanto espaço ordenado em bases científicas, como propunham Pinel e Esquirol, seria, portanto, **o lugar ideal para o exercício do tratamento moral, da reeducação pedagógica, da vigilância e da disciplina** (AMARANTE, 2015b, p. 115-116) (Grifei)

O espaço asilar é também um local disciplinar, com organização idênticas aos cárceres: “as mesmas tecnologias de organização de tempo e espaço, as mesmas regras dirigidas ao corpo, o uso de exercícios, a imposição de normas, a repetição de tarefas, enfim:



uma série de técnicas ortopédicas dirigidas ao mesmo tempo ao corpo e à alma” (CAPONI, 2012, p. 50). Segundo Foucault, em sua obra “Vigiar e Punir”:

As instituições disciplinares produziram uma maquinaria de controle que funcionou como um microscópio de comportamento; às divisões tênues e analíticas por elas realizadas formaram, em torno dos homens, um aparelho de observação, de registro e de treinamento. Nessas máquinas de observar, como subdividir os olhares, como estabelecer entre eles escalas, comunicações? (...). O aparelho disciplinar perfeito capacitaria um único olhar tudo ver permanentemente. (1975, p. 156)

Em 1857, a “Teoria das Degenerações” de Morel, provoca uma reviravolta no conhecimento sobre “alienação mental” e as causas das “doenças mentais”. Com ele a discussão entre o físico e o moral encontram um meio termo, bem como reside a origem do que hoje conhecemos como classificação das “doenças mentais” (AMARANTE, 2010).

A teoria da degeneração de Morel surge como uma tentativa de dar resposta a essas dificuldades que a nascente psiquiatria enfrentava. Fundamentalmente, (...) Morel (1857), se propõe a criar uma classificação crível e consistente das patologias mentais, que não estivesse apoiada somente na diferenciação de sintomas (geralmente muito similares uns aos outros) ou de manifestações corporais exteriores (os estigmas, que poderiam levar a classificações erradas). (...). **Para Morel, que postula a existência de uma pluralidade de causas da degeneração, era preciso classificar as patologias em famílias e grupos nosológicos de acordo com a causa predominante.** Então, poderá ser proposta uma **terapêutica adequada no caso de degenerações reversíveis, e ser antecipada, por via de ações de profilaxia e de higiene, a ocorrência de padecimentos irreversíveis.** (CAPONI, 2012, p. 82-83) (Grifei)

O conceito de degenerescência opera a mudança no objeto de atuação psiquiátrica, que passa a ser não apenas o “alienado” ou “doente mental”, mas também o “degenerado”<sup>145</sup>, ou seja, aquele que representa um risco à sociedade.

Ele dá certa preeminência aos elementos classicamente relacionados à ingestão, as **intoxicações por chumbo, os alimentos ingeridos, os efeitos nocivos de drogas como o Haxixe ou ópio (...).** Mas, **dentre todas essas causas intoxicantes, existe uma que aparece como forte ameaça e que provoca as formas de degeneração mais graves e radicais: é a ingestão desmedida de álcool,** cujas consequências são analisadas no *Tratado*. Morel se refere tanto às alterações que ocorrem no corpo dos indivíduos alcoólicos quanto às que surgirão nas gerações sucessivas de famílias afetadas por esse mal (...) (CAPONI, 2012, p. 84) (Grifei)

<sup>145</sup> Coloca-se entre aspas, pois, não se pretende adotar essa expressão.

Acerca da degenerescência e do conceito de “degenerado”, Vera Portocarrero esclarece:

A partir da concepção de degenerescência, da **ideia de que sintomas psiquiátricos teriam como causa uma lesão originária que se expandiria até degenerar o sistema nervoso, surge um novo objeto para o conhecimento da psiquiatria – o degenerado**. Sua principal característica é definida pela **potencialidade da doença mental, na medida em que a epilepsia, o alcoolismo e a sífilis poderiam desencadear a qualquer momento o processo degenerativo e, portanto, poderiam terminar por produzir lesões neurológicas responsáveis por distúrbios mentais**. (2002, p.60) (Grifei)

Morel propõe a universalização do tratamento moral, isto é, a “moralização das massas” (AMARANTE, 2010, p. 56). Em suma, a profilaxia, para Morel, é a extinção das linhagens degeneradas. A internação serviria apenas para controlar a reprodução, não para tratamento. Tem-se, assim, a origem da “eugenia em psiquiatria”:

Desde então **o termo degenerado (...) torna-se sinônimo de alienação mental, seja na linguagem alienista, seja na laica**. ‘Alienado degenerado’ é uma combinação entre termos, **que não representa uma redundância, mas uma potencialização de valores negativos**. (AMARANTE, 2010, p. 56). (Grifei)

A Teoria da Degeneração aplicada às “doenças mentais” autorizou, portanto, que as mais variadas condutas passassem a se enquadrar no campo da psiquiatria, desde pequenos desvios de conduta até estigmas físicos e psíquicos. Desde então passou-se a uma obsessão em classificações que patologizam comportamentos que se mostram inapropriados à moral vigente em cada momento e cultura. Os casos de “degeneração”, independente do grau, são associados às questões físicas vinculadas a lesões cerebrais, sendo a principal causa das últimas a predisposição hereditária. (CAPONI, 2012)

Coube a Emil Kraepelin, considerado o pai da psiquiatria moderna, a classificação das “doenças mentais” em categorias diagnósticas aceitas pela comunidade científica internacional, pois, consideradas fundadas em bases empíricas. Para tanto, utilizou a lógica da medicina geral: “processos semelhantes de doenças levam a manifestações semelhantes sob a forma de sintomas” (FREITAS; AMARANTE, 2015, p. 49). Assim, identificou-se um

certo número “doenças mentais”, a partir de sintomas e os associou a diferentes patologias cerebrais<sup>146</sup>.

Para Caponi, a psiquiatria atual, ao aceitar e incorporar os manuais de diagnósticos, quaisquer que sejam<sup>147</sup>, torna-se herdeira direta do discurso de Kraepelin, cujos textos e linhas de pesquisa mantêm-se atuais até os dias de hoje.

**A metodologia de pesquisa dos transtornos mentais por ele inaugurada inclui um novo modo de classificar as patologias psiquiátricas, um interesse em aprofundar os estudos de anatomopatologia cerebral; a multiplicação de dados estatísticos comparativos entre populações e regiões, que é denominada ‘psiquiatria comparativa’ (...); e, por fim, estudos dedicados à hereditariedade das mais variadas perturbações de caráter. (2012, p. 123-124) (Grifei)**

Contudo, tais classificações recebem críticas, que coincidem com a crise do paradigma Kraepeliano, especialmente com a fortalecimento do movimento da Antipsiquiatria, da Psiquiatria Crítica e o questionamento das instituições psiquiátricas. Com o crescimento do movimento pela Reforma Psiquiátrica, a discussão acerca da medicalização e das categorias de diagnósticos se acirraram, não sendo mais consenso a utilização do DSM. A Sociedade Britânica de Psicologia declarou que possui sérias restrições em relação ao DSM-5 (FREITAS; AMARANTE, 2015)

Não apenas o tratamento, mas igualmente o saber e a instituição psiquiátrica passaram a ser o foco dessas pesadas críticas, assim como a relação autoritária existente entre o médico e o paciente. Notáveis figuras, tais como David Cooper, Ronald Laing, Franco Basaglia e Thomas Szasz, viram tal relação primariamente como uma relação de poder amparada pelas próprias classificações psiquiátricas (FREITAS; AMARANTE, 2015, p. 54)

A questão, muito bem colocada por Caponi, é que, seja na Teoria de Morel, seja nas classificações de Kraepelin, bem como nas atuais, tem-se uma fronteira muito tênue entre

<sup>146</sup> Sobre a criação do paradigma psiquiátrico fundamentado por Kraepelin e sua crise, vide FREITAS; AMARANTE, 2015, p. 51-63

<sup>147</sup> Foram muitas as categorias de diagnóstico produzidas ao longo da História da Psiquiatria. Atualmente, as mais utilizadas são o *Diagnostic and Statistical Manual on Mental Disorders* (DSM), que se encontra na sua 5ª versão (2013) e a Classificação Internacional de Doenças (CID 10), publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A cada nova edição do DSM o número de síndromes e transtornos aumentam exponencialmente. Esses documentos utilizam, respectivamente, as expressões “desordem mental” e “transtorno mental” e classificam o usuário de substância psicoativa, que constitui a base desse estudo, na categoria diagnóstica de dependência química.

o normal e o patológico, fazendo com que haja uma ‘ingerência da psiquiatria em todos os assuntos humanos’ (2012, p. 121).

No século XX, a novidade do discurso psiquiátrico é passagem da concepção de “doença mental” para a concepção de “anormalidade” e a consolidação do conceito de personalidades psicóticas. Assim, “o conceito de ‘anormalidade’ vem possibilitar a apropriação do saber médico de tudo aquilo que é percebido como não-normal” (AMARANTE, 2010, p. 58).

Atualmente, vigora o paradigma biologicista, cujo pressuposto é o de que os transtornos mentais, enquanto categorias diagnósticas, são baseados em “supostos desequilíbrios químicos no cérebro, disfunções psíquicas e/ou forças psíquicas inconscientes. (FREITAS; AMARANTE, 2015, p. 32).

**(...) ainda hoje persiste a ideia recorrente de que nossos comportamentos e juízos morais, o modo como nos vinculamos com os outros e com nós mesmos, estão indissolúvelmente relacionados a lesões ou deficiências que podem ser localizadas em nosso organismo, particularmente no nosso cérebro, conferindo-se, assim, uma clara primazia ao saber médico-psiquiátrico na gestão dos assuntos humanos. (CAPONI, 2012, p. 98) (Grifei)**

O saber psiquiátrico amplia-se de tal forma, que passa a necessitar de uma nova classificação, especialmente a diferença conceitual entre “anormalidade”<sup>148</sup> e “doença mental”. Para Portocarrero, somente quando a psiquiatria atinge a medicina legal é que essa distinção é explicitada, “pois exige-se da psiquiatria seu laudo na determinação do estado de morbidade mental do indivíduo” (2002, p. 63), que terá como consequência a sua absolvição ou culpabilidade no crime, ou a sua incapacidade para os atos da vida civil.

Nesse momento os saberes psiquiátricos e jurídico se articulam. Foucault, na sua obra “Os Anormais”, que consiste no Curso oferecido por ele no Collège de France nos anos 1974-1975, na primeira aula, trata dos exames psiquiátricos em matéria penal e de como funcionam na “instituição judiciária como discursos de verdade (...) porque discursos com estatutos científico” (2010, p. 7)

Segundo Foucault o núcleo essencial do exame médico legal está no binômio perigo-perversão, que torna possível a junção do médico com o judiciário, que, por sua vez, promove um discurso pueril de moralização e, ao mesmo tempo, um discurso de medo, pois, tem que detectar o perigo e opor-se a ele.

---

<sup>148</sup> Coloca-se entre aspas, pois se trata de termo que não se pretende adotar.

No exame psiquiátrico (...), o que o perito tem a diagnosticar, o indivíduo com o qual ele tem de se haver em seu interrogatório, em sua análise e seu diagnóstico, é o indivíduo eventualmente perigoso. De modo que **temos finalmente duas noções que se deparam e que vocês logo veem quão próximas e vizinhas são: a noção de “perversão”, de um lado, que permite costurar uma na outra série de conceitos médicos e a série de conceitos jurídicos; e, de outro lado, a noção de “perigo”, “de indivíduo perigoso”, que permite justificar e fundar em teoria a existência de uma cadeia ininterrupta de instituições médico-judiciárias.** (2010, p. 28) (Grifei)

Por todo o exposto, para além da evolução das teorias psiquiátricas, a questão da irracionalidade do “louco”, “doente”, “transtornado”, “drogado” tem relevância para o saber jurídico, pois, se irracional, também o é irresponsável, por ausência de capacidade, logo, não é um sujeito de direitos. Nesse momento, vem a psiquiatria e supre essa lacuna na ordem social e inicia uma aliança perversa que perdura até hoje: “uma aliança complexa e contraditória, complementar entre a psiquiatria e o direito e de limites às vezes imprecisos”. (DESVIAT, 2015, p. 24).

Percebe-se, ainda, que as expressões e conceitos psiquiátricos passam a ser incorporados pelo saber jurídico por meio das legislações, bem como pela reprodução de expressões utilizadas por psiquiatras nos seus laudos determinantes de incapacidade ou inimputabilidade, sempre de forma acrítica, sem um aprofundamento das questões de saúde mental e de direitos humanos. mas apenas com a mera reprodução do que lhe é posto.

O acompanhamento da evolução dos conceitos psiquiátricos pelos profissionais jurídicos irá depender da incorporação pelas legislações (o que ocorre de forma lenta), ou, pela atualização dos psiquiatras que atuam em processos judiciais. Em outras palavras, caso os últimos não tenham aderido ao movimento da Reforma Psiquiátrica<sup>149</sup>, há grandes possibilidades de conceitos, há muito ultrapassados na teoria psiquiátrica, continuarem a ser reproduzidos pelos atores jurídicos, como será melhor aprofundado no Capítulo 7.

A incapacidade civil torna o indivíduo assim declarado alguém que não pode decidir pela sua vida, inclusive, sobre seu tratamento de saúde. Na legislação brasileira, o Código Civil de 1916 continha as expressões “loucos de todo o gênero” para designar os absolutamente incapazes, que não eram admitidos como testemunha e estavam sujeitos à

---

<sup>149</sup> É preciso ter em mente que os autores da Reforma Psiquiátrica não chegam às Universidades, que ainda é dominada pelo saber da psiquiatria clássica. ((AMARANTE, 2015a)

curatela (artigos 5<sup>o</sup><sup>150</sup>, II; 142<sup>151</sup>; 446<sup>152</sup>). No artigo 448<sup>153</sup> o termo “loucura furiosa” conferia ao Ministério Público atribuição para promover a ação de interdição. Tinha-se, ainda, referência aos “loucos” no art. 457:

Os loucos, sempre que parecer inconveniente conservá-los em casa, ou o exigir o seu tratamento, serão também recolhidos em estabelecimento adequado.

No que tange à irresponsabilidade criminal, ao longo do século XIX, como visto, surgiu, com Morel, a Teoria da Degeneração e o conceito de periculosidade, que tem consequências práticas processuais até os dias atuais.

Morel, psiquiatra que estabeleceu o termo degeneração, falou das “naturezas degeneradas, classe perigosa, representantes malditos das mais perversas tendências do espírito, dos mais deploráveis desvarios do coração humano” (Morel, 1857). **Loucos, criminosos, alcoólatras, revolucionários e artistas ficaram sob suspeita de sofrer distúrbios mentais degenerativos** (DESVIAT, 2015, p. 24) **(Grifei)**

O Código Penal Brasileiro de 1940 (com alterações em 1984) utiliza a expressão “doença mental ou desenvolvimento mental incompleto” no artigo 26<sup>154</sup>, ao tratar da inimputabilidade. No artigo 41<sup>155</sup> determina o seu recolhimento ao hospital psiquiátrico no caso de superveniência de “doença mental”, caso em que também será suspensa a pena de multa (artigo 52)<sup>156</sup>.

Nessas hipóteses, em que há a declaração de inimputabilidade, em processo criminal, a consequência será a aplicação do instituto da medida de segurança, cuja previsão está nos artigos 96 a 99<sup>157</sup> do Código Penal.

---

<sup>150</sup> Art. 5º São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil: (...)

II – os loucos de todo o gênero;

<sup>151</sup> Art. 142. Não podem ser admitidos como testemunhas:

I – os loucos de todo o gênero; (...)

<sup>152</sup> Art. 446. Estão sujeitos à curatela:

I – os loucos de todo o gênero; (...)

<sup>153</sup> Art. 448. O Ministério Público só promoverá a interdição:

I – no caso de loucura furiosa; (...)

<sup>154</sup> Art. 26 - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento

<sup>155</sup> Art. 41 - O condenado a quem sobrevém doença mental deve ser recolhido a hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, a outro estabelecimento adequado.

<sup>156</sup> Art. 52 - É suspensa a execução da pena de multa, se sobrevém ao condenado doença mental.

<sup>157</sup> Art. 96. As medidas de segurança são: I - Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado; II - sujeição a tratamento ambulatorial. Parágrafo único - Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta.

Como já mencionado ao longo deste trabalho, considera-se que os artigos do Código Penal que preveem as medidas de segurança não foram recepcionados pela CR/88 e, de qualquer modo, teriam sido revogados tacitamente pela lei nº 10.216/01.

Não se pode admitir que essa legislação tenha alcance apenas para os hospitais psiquiátricos não judiciários. Desse modo, tem-se que os HCTP'S também foram atingidos pela Reforma Psiquiátrica, sendo urgente o seu fechamento e a construção de mecanismos para o cuidado desses indivíduos que, sob o efeito de drogas ou não, mas que compartilham de um sofrimento mental qualquer, um dia cometeram ou possam vir a praticar algum ato criminoso.

**(...) não se vislumbra qualquer diferença conceitual que justifique tratamento diferenciado entre os usuários de serviço de saúde mental que praticaram e aqueles que não praticaram atos previstos em lei como delito. (...) se houve significativo avanço no sentido desinstitucionalizador a partir da Lei da Reforma Psiquiátrica, torna-se injustificável a segregação em instituições autônomas (manicômios judiciais) das pessoas encaminhadas pelo Poder Judiciário. (...) inexistente justificativa possível para que os avanços da reforma psiquiátrica não sejam incorporados no âmbito das medidas de segurança (CARVALHO, 2013, 57-59) (Grifei)**

As superações das incapacidades civil e penal dos indivíduos em sofrimento mental torna-se uma etapa fundamental para a concretização da Reforma Psiquiátrica Brasileira e serão tratadas nos tópicos 5.4 e 5.5 deste Capítulo.

---

**Art. 97** - Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial. § 1º - A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos. § 2º - A perícia médica realizar-se-á ao termo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução. § 3º - A desinternação, ou a liberação, será sempre condicional devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de 1 (um) ano, pratica fato indicativo de persistência de sua periculosidade. § 4º - Em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos.

**Art. 98** - Na hipótese do parágrafo único do art. 26 deste Código e necessitando o condenado de especial tratamento curativo, a pena privativa de liberdade pode ser substituída pela internação, ou tratamento ambulatorial, pelo prazo mínimo de 1 (um) a 3 (três) anos, nos termos do artigo anterior e respectivos §§ 1º a 4º.

**Art. 99** - O internado será recolhido a estabelecimento dotado de características hospitalares e será submetido a tratamento.

## 5.2 O CONTEXTO NO BRASIL: O USUÁRIO DE DROGAS E INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA

Destaca-se nesse tópico a captura do usuário de drogas como um indivíduo irracional e incapaz e, portanto, equiparável ao “louco”, cabendo-lhe o mesmo tratamento moral: o isolamento, que sempre ocorreu de diversas maneiras e, atualmente, está acentuada pela via da internação compulsória. A criminalização do uso de drogas será tratada no Capítulo 6, por isso, não será feita qualquer referência a esse sentido nesse momento.

No Brasil, os primeiros trabalhos teóricos sobre “alienação mental” surgem no século XIX em teses apresentadas nas faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e Bahia. Tem-se, então, uma mera repetição dos conhecimentos alienistas franceses, sem maiores reflexões teóricas e práticas. Portocarrero assim descreve o conteúdo do saber psiquiátrico brasileiro dessa época contido nesses trabalhos:

**Elas revelam a ambiguidade do discurso sobre a loucura, característica da psiquiatria europeia do século passado, apresentando de modo flagrante a impossibilidade de tornar a loucura objeto para uma racionalidade propriamente médica. Contrapõem-se, desse modo, à necessidade de exercer sobre a doença mental uma regulação de caráter moral, inscrevendo-a na categoria de condutas anormais. (2002, p. 41) (Grifei)**

A assistência aos “loucos”, por parte do Estado, começou a ser pensada com a chegada da Família Real ao Brasil. Certamente era preciso um controle social efetivo a fim de não apenas garantir a segurança do Império, mas também ordenar as novas cidades. Para Amarante, “convocada a participar dessa empresa de reordenamento do espaço urbano, a medicina termina por desenhar o projeto do qual emerge a psiquiatria brasileira” (2008, p. 74)

Em 1852 é fundado o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o Hospital Pedro II, com base nos ideais franceses de isolamento do doente da vida social e dos hábitos relacionados à sua “loucura”. Contudo, ao contrário do que acontecia na Europa, não era um espaço de produção de conhecimento científico, pois, segundo Portocarrero, “se encontrava em mãos de uma administração leiga, isto é, não médica, e nele prescindia-se de assistência psiquiátrica” (2002, p. 45)



Destaca-se, ainda, que os ali internados, em sua maioria eram “miseráveis, (...), negros, ‘degenerados’, perigosos em geral para a ordem pública, retirantes que, (...) por algum motivo, padecem de algo que se convencionou englobar sobre o título de doença mental” (AMARANTE, 2008, p. 75)

Com a proclamação da República a psiquiatria brasileira buscou-se modernizar. Assim, em 1890 o Hospício de Pedro II desvincula-se da Santa Casa e é entregue à administração pública, passando a denominar-se Hospício Nacional de Alienados. É criada, ainda, a Assistência Médico-Legal aos Alienados, primeira instituição de saúde da República (AMARANTE, 2008, p. 76)

O Decreto nº 206-A, de 15 de fevereiro de 1890, que criou o Hospício Nacional com forte influência Pineliana, utiliza o termo “alienados” ao se referir aos internos. O artigo 13 os define como sendo:

Todas as pessoas que, por **alienação mental adquirida ou congênita**, perturbarem a tranquilidade pública, ofenderam a moral e os bons costumes, e por actos atentarem contra a vida de outrem ou contra a propria deverão ser colocadas em asylos especiaes, exclusivamente destinados à reclusão e ao tratamento de alienados (**Grifei**)

São criadas as primeiras Colônias de Alienados da América Latina, as de São Bento e Conde de Mesquita, situadas na Ilha do Governador, Rio de Janeiro, ambas para “alienados indigentes do sexo masculino” (AMARANTE, 2008, p. 76). A criação de Colônias de Alienados, para Amarante, representou a primeira reforma psiquiátrica brasileira, que tinha como objetivo:

(...) a implantação do modelo de colônias na assistência aos doentes mentais. Esse modelo asilar de colônias inspira-se em experiências europeias (...). A ideia fundamental desse modelo de colônias é a de fazer a comunidade e os loucos conviverem fraternalmente, em casa ou no trabalho. (2008, p. 76)

Juliano Moreira terá uma contribuição marcante para a equiparação do usuário de drogas em geral ao mesmo estatuto do “louco”. Isso porque, no início do século XX, recém regresso da Europa, trouxe o conceito de degenerescência e de anormalidade psicológica como correspondente à doença mental.

A **teoria da degenerescência** realiza uma transformação radical na concepção de doença mental; ao **atribuir sua causa a uma lesão orgânica**,

**desloca a racionalidade da loucura de uma psiquiatria social da desordem para o tronco comum da medicina, afastando-se do conceito de doença mental (...).** Contudo, essa mudança não se estende ao método de abordagem da loucura: a nova definição de doença mental não traz, para a psiquiatria, nenhuma modificação quanto à necessidade de ser classificatória. (...) só que agora o critério é outro: elas não se determinam mais pelos sintomas de ordem moral, mas a partir de uma causalidade física. (PORTOCARRERO, 2002, p. 49-50) **(Grifei)**

Some-se a isto o fato de que de 1903 até 1930, ou seja, durante 27 (vinte e sete) anos, Juliano Moreira ocupou a direção da Assistência Médico-Legal aos Alienados (AMARANTE, 2008), tendo grande importância na psiquiatria brasileira, especialmente por trazer novas discussões com relação à “doença mental”. Os anormais, os deficientes mentais, os toxicômanos, os epiléticos são todos incluídos, por Juliano Moreira, na categoria de “estados psicopáticos”. Portocarrero destaca:

Juliano Moreira estuda a **causa da degeneração associando-a diretamente ao problema do alcoolismo, à higiene, à alimentação e à moralização das massas, com a qual a medicina mental deve colaborar para cuidar dessas classes desprovidas (...).**

Vistos nesse contexto, **os epiléticos, os alcoólatras e os sífilíticos, que não são doentes mentais propriamente ditos, são considerados um entrave para o progresso, eles representam um grande risco para a ordem social,** na medida que durante as crises são improdutivos, atentam contra a disciplina e concorrem para a transmissão de seu mal a seus descendentes (2002, p. 51, 55) **(Grifei)**

No que tange à previsão legal de internação de usuários de drogas em geral, será em 3 de setembro de 1921, com o Decreto nº 14.969, que se cria a figura jurídica do “toxicômano” numa legislação brasileira.

O Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brasil usando da autorização contida no art. 10 do decreto legislativo n. 4.294, de 6 de julho do corrente anno, resolve aprovar o regulamento que a este acompanha, assignado pelo ministro do Estado da Justiça e Negocios Interiores, para a entrada no paiz das substancias toxicas, penalidades impostas aos contraventores e **sanatorio para toxicomanos. (Grifei)**

O Decreto nº 4.294/21, mencionado pelo Decreto nº 14.969/21, estabelecia a pena de internação pelo período de três meses a um ano em “estabelecimento correccional adequado” aquele que se embriagasse a ponto de praticar atos nocivos à si próprio, terceiros ou à ordem pública.

Art. 3º Embriagar-se por habito, de tal modo que por actos inequívocos se torne nocivo ou perigoso a Si proprio, a outrem, ou á ordem publica: Pena: internação por tres mezes a um anno em estabelecimento correccional adequado.

A prática da internação dos usuários de álcool e outras drogas era autorizada no artigo 6º do Decreto nº 4.294/21, que permitia a internação voluntária ou a requerimento da família com a finalidade de evitar o cometimento de crimes ou “a completa perdição moral”:

Art. 6º O Poder Executivo creará no Districto Federal um estabelecimento especial, com tratamento medico e regimen de trabalho, tendo duas secções: uma de internandos judiciarios e outra de internandos voluntarios.

(...)

§ 2º Da outra secção farão parte:

a) os **intoxicados pelo alcool, por substancia venenosa, que tiver qualidade entorpecente das mencionadas no art. 1º, paragrapho unico desta lei, que se apresentarem em juizo, solicitando a admissão**, comprovando a necessidade de um tratamento adequado e os que, a requerimento de pessoa da familia, forem considerados nas mesmas condições (letra a), sendo evidente a urgencia da internação, para evitar a pratica de actos criminosos ou a completa perdição moral. (Grifei)

O Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934, dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Não faz referência mais a “alienado”, substituindo-o por “psicopata”. Utiliza, por vezes, a expressão “doença mental”. O seu artigo 3º, § 5º admite expressamente a internação em hospitais psiquiátricos os toxicômanos e intoxicados por entorpecentes.

§ 5º **Podem ser admitidos nos estabelecimentos psiquiátricos os toxicômanos** e os intoxicados por substâncias de ação analgésica ou entorpecente por bebidas inebriantes, particularmente as alcoólicas. (Grifei)

Nesses casos ficariam internados em estabelecimentos psiquiátricos fechados, conforme o art. 7, § 2º:

§ 2º O estabelecimento fechado, ou a parte fechada do estabelecimento mixto, acolherá:

- a) os **toxicômanos e intoxicados habituais e os psicopatas ou indivíduos suspeitos**, quando não possam ser mantidos em estabelecimentos psiquiátricos, ou os que, por suas reações perigosas, não devam, permanecer em serviços abertos;
- b) os **toxicômanos e intoxicados habituais e os psicopatas ou indivíduos suspeitos cuja internação for determinada por ordem judicial** ou forem

enviados por autoridade policial ou militar, com a nota de detidos ou à disposição de autoridade judiciária. **(Grifei)**

O Decreto-Lei nº 891/38, bem como os subseqüentes diplomas legislativos relativos à regulamentação e fiscalização de substâncias psicoativas, passaram a criminalizar o uso de drogas, razão pela qual serão analisadas no Capítulo 6, como já se havia ressaltado no início deste tópico.

O modelo psiquiátrico biomédico clássico, que é o baseado na hospitalização e pautado pelo discurso da periculosidade e da anormalidade, vigorou por muito tempo no Brasil. Assim, o “louco”, o “alienado”, o “doente”, o “transtornado” e, também o “drogado”, precisam ser isolados do convívio social para que os sintomas desapareçam. Nesse sentido o psiquiatra é a autoridade central e o hospital é o local de tratamento.

**Os usuários de álcool e outras drogas foram submetidos às mesmas condições de tratamento que os pacientes portadores de transtornos mentais.** As primeiras medidas relacionadas com o tratamento dos usuários de drogas no Brasil determinavam sua retirada do meio social propondo sua reclusão em prisões, sanatórios e hospitais psiquiátricos (MEDINA; FILHO; FLACH, 2014, p. 493). **(Grifei)**

Com a Reforma Psiquiátrica Brasileira surge um novo modelo de atenção a essa população: o modelo de atenção psicossocial. O objetivo é a inclusão social e o retorno ao convívio de todos aqueles que foram excluídos por não se ajustarem a uma determinada ordem moral.

Os agentes são profissionais de diversas disciplinas que compõem uma equipe multiprofissional que deve trabalhar em rede, na perspectiva da interdisciplinariedade e da intersetorialidade. **A atenção psicossocial tem como principal dispositivo institucional a rede de atenção psicossocial constituída por dispositivos diversificados, abertos, de natureza territorial ou comunitária, com cogestão dos usuários e da comunidade, sendo os CAPS ordenadores dessa rede** (MEDINA; FILHO; FLACH, 2014, p. 493). **(Grifei)**

Com relação ao usuário de drogas, uma das terapêuticas propostas, por essa nova Psiquiatria, é baseada na perspectiva da redução de danos<sup>158</sup>. A finalidade é minimizar os danos à saúde em consequência do uso da substância. Parte-se do pressuposto que muitas

---

<sup>158</sup> A primeira ação de redução de danos no Brasil acontece em Santos, em 1989. Conhecida como a “capital da AIDS” foi a primeira cidade no país a implementar a distribuição de seringas com o objetivo de prevenir a epidemia do HIV. (RUI, 2014:74)

pessoas não podem, não querem ou não conseguem parar de usá-las. Prioriza-se a prevenção e a informação, sem colocar a abstinência como único objetivo. (RUI, 2014)

No programa de redução de danos voltado especificamente aos usuários de crack, objeto do estudo, tem-se a distribuição de piteiras de silicone para serem encaixadas nos cachimbos (o que diminui as queimaduras ao redor da boca e a transmissão de leptospirose), a distribuição de manteiga de cacau (para evitar a rachadura dos lábios), o aconselhamento do uso do chamado mesclado (crack misturado com maconha, reduzindo a quantidade de crack fumada) e o aconselhamento a não fumarem as cinzas que ficam no cachimbo. (RUI, 2012, p. 104)

Contudo, inobstante o reconhecimento constitucional e internacional dos direitos humanos, fato é que, como visto na teoria psiquiátrica, que acabou repercutindo nas legislações e no saber jurídico, construiu-se em torno do usuário de drogas um estigma de periculosidade e contágio, que demanda o seu recolhimento em instituições. E, assim, tem-se o fundamento moral para as ações de internação compulsória baseada no artigo 6º, parágrafo único, III da Lei nº 10.216/01.

No âmbito cível, o usuário de substâncias psicoativas é considerado relativamente incapaz, podendo sofrer processo de interdição, atualmente denominado de submissão à curatela<sup>159</sup>. A finalidade é nomear um curador para aquelas pessoas que não tem mais capacidade para tomar decisões por si próprias, ante a sua ausência de racionalidade. O legislador civil pressupõe que o usuário de drogas não tem capacidade mental para administrar a sua vida e, por isso, há a necessidade de curatela. No tópico 5.4 deste Capítulo, será analisado o reflexo da Lei nº 13.146/15 (Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência) na vida dos usuários de drogas, quanto à sua interdição.

De todo modo, considera-se que há, no processo de “interdição”<sup>160</sup>, a criação de um estigma da incapacidade, pois, cai-se no que Foucault (2014) chamou de “discurso de verdade judicial”, pois são decisões baseadas em laudos psiquiátricos, que conteriam um conhecimento qualificado e científico e, por isso, inquestionáveis. Além disso, não deixa de ser um modo de disciplinamento dos corpos dos indivíduos a corrigir<sup>161</sup>, em sua versão moderna:

---

<sup>159</sup> Artigos 747 a 770 do CPC/16

<sup>160</sup> Coloca-se entre aspas pois não é mais a expressão adotada pela legislação brasileira, porém, já impregnada no linguajar jurídico e utilizada por Foucault.

<sup>161</sup> Foucault, na Aula de 22 de janeiro de 1975, da sua obra “Os Anormais” (2010, p. 47-68) identifica os três elementos (ou figuras) que serviram para a constituição do grupo que denominou de “anormais” do século XIX: 1) o monstro humano; 2) o indivíduo a ser corrigido; 3) a criança masturbadora.

A “interdição” constituía a medida judiciária pela qual um **indivíduo era parcialmente desqualificado como sujeito de direito**. (...). O “internamento” praticado em larga escala a partir do século XVII pode aparecer como uma espécie de fórmula intermediária entre o procedimento negativo da interdição judiciária e os procedimentos positivos de correção. (...) Monstro banalizado e empalidecido, o anormal do século XIX, é também um descendente desses incorrigíveis que apareceram à margem das modernas técnicas de “disciplinamento” (FOUCAULT, 2010, p. 286-287) **(Grifei)**

Essa questão dos laudos médicos, para além dos processos de interdição, nos remete, na atualidade, à questão das ações de internação compulsória dos usuários de drogas, notadamente os de crack. Isso porque a lei os exige para que possa ser deferida a medida, porém, nem sempre os pedidos são acompanhados de tal documento, como será analisado no Capítulo 7.

O processo judicial de internação compulsória, enquanto espécie de judicialização da saúde mental, assim como os de interdição, reproduz os mesmos “discursos de verdade” (Foucault, 2010), em razão da necessidade de laudos qualificados especializados. Além disso, ocorre uma inversão de funções: o médico vê-se, momentaneamente, na posição do juiz e este no lugar daquele.

O psiquiatra (e aqui os demais profissionais da mesma forma) se torna efetivamente um juiz; ele instrui efetivamente o processo (...). E, inversamente, o juiz vai se desdobrar diante do médico. (...). **O duro ofício de punir vê-se assim alterado para o belo ofício de curar. É essa alteração que serve, entre outras coisas, o exame psiquiátrico.** (2010, p. 28-29) **(Grifei)**

Deve-se esclarecer que o foco do trabalho em tela são as internações compulsórias. Como já dito na Introdução, entende-se o artigo 6º, parágrafo único, III da Lei nº 10.216/01 como não escrito e sem qualquer aplicação prática. Com isso, não se quer dizer que se legitima as demais internações psiquiátricas, voluntária ou involuntária, previstas na Lei nº 10.216/01.

A existência da previsão legal da internação involuntária (artigo 6º, parágrafo único, II da Lei nº 10.216/01), do mesmo modo que a compulsória, constitui uma restrição de liberdade sem previsão constitucional e sem a vontade daquele que está sendo tolhido em seus direitos fundamentais.

Não se pretende entrar na discussão da decisão de internação psiquiátrica ser um ato médico, nem da mesma ser passível de fiscalização pelo Ministério Público<sup>162</sup>, tampouco a utilização de má fé por parte de eventuais familiares<sup>163</sup>. Contudo, quando se pensa em internação psiquiátrica, em verdade, a única modalidade que se coaduna com a autonomia, a liberdade, o desejo e, em consequência, o respeito aos direitos humanos de todo e qualquer indivíduo que passe por um sofrimento mental, seja pelo uso de drogas ou não, é a voluntária<sup>164</sup>.

Coincidentemente, em 05 de fevereiro de 2018, foi-me enviado para o e-mail institucional do TJ/RJ, um relato de uma pessoa que, após ter acesso a um artigo publicado em coautoria com Maria Helena Barros (atual orientadora), sentiu necessidade de escrever para narrar os horrores que passou durante uma internação involuntária, ou seja, a requerimento da família, por 05 (cinco) meses, em razão do uso de cocaína.

De forma resumida, classificou o local onde esteve internado de “lixo” e criticou a forma como a Lei nº10.216/01 autoriza a internação involuntária por familiares (na verdade a lei menciona a expressão “terceiros”<sup>165</sup>). Relatou, ainda, que no tempo que lá esteve ninguém ingressou com laudo prévio e que o mesmo era emitido pelo profissional da clínica particular. Ao final, faz um pedido de ajuda para “frear essa lei”.

Deve-se ter em mente que se trata de uma pessoa com escolaridade e acesso à internet e que sentiu no seu corpo a não efetivação da Lei nº10.216/01. Não há dúvidas do avanço da Reforma quando comparada com a realidade anterior, mas, como justificar o seu progresso, em termos de garantia de direitos humanos e cidadania, após relatos como esse, e tantos outros, que violam o rol de direitos do artigo 2º?

Com relação ao usuário de crack, em específico, o discurso da periculosidade, produzido pela psiquiatria e pelos meios de comunicação, como visto no Capítulo 4, acaba penetrando no discurso judicial e legitimando o cerceamento da liberdade, ainda que não

---

<sup>162</sup> Art. 8º - (...) § 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

<sup>163</sup> Basta lembrar as inúmeras histórias dos internos do Hospital Psiquiátrico de Barbacena, relatadas no Livro “Holocausto Brasileiro”, de Daniela Arbex.

<sup>164</sup> Desde que, certamente, praticada sem qualquer coação.

<sup>165</sup> Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

(...)

**II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro;(…) (Grifei)**

seja este um fundamento jurídico razoável para tanto. No caso de mulheres grávidas usuárias de crack, por exemplo, presume-se a sua incapacidade de cuidar da criança e, em algumas localidades<sup>166</sup>, há o encaminhamento compulsório do recém-nascido para o abrigo, e posterior adoção, logo após ao parto, não sendo permitido qualquer contato com a mãe.

### 5.3 RELEVÂNCIA DAS DIMENSÕES EPISTEMOLÓGICA E JURÍDICO-POLÍTICA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: NECESSIDADE DE SUPERAÇÃO DA “GRAMÁTICA DA LOUCURA”.

**Não era possível que centenas de homens vissem em condições desumanas somente por serem doentes. Não era possível que nós, na qualidade de psiquiatras, fôssemos os artífices e os cúmplices de tal situação (BASAGLIA, 2001, p. 29) (Grifei)**

Partindo-se do conceito proposto por Amarante de que Reforma Psiquiátrica Brasileira é um “processo social complexo”<sup>167</sup>, já que em permanente movimento, com inovações de atores sociais, princípios, conceitos, interesses e negociações constantes. A complexidade deste processo social configura-se “pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas” (2015b, p. 113).

Amarante identifica quatro dimensões da Reforma Psiquiátrica Brasileira: (1) Epistemológica/teórico-conceitual; (2) Técnico-assistencial<sup>168</sup>; (3) Jurídico-político; (4) Sociocultural<sup>169</sup>. (2015b, p. 112–117)

Nesse ponto, pretende-se destacar duas dessas dimensões, pois, entende-se que a interlocução das mesmas, serão determinantes para a absorção das conquistas trazidas pela Lei nº 10.216/01 pelo saber jurídico, o que refletirá, por exemplo, nas decisões judiciais

<sup>166</sup> <http://brasil.estadao.com.br/noticias/geral,justica-tira-bebes-de-familias-em-situacao-de-risco,70002044603>

<sup>167</sup> Chega a esse conceito partindo “do conceito de reforma sanitária como um processo de transformação estrutural (desenvolvido por Sônia Fleury e colaboradores, 1989) e da noção de *processo social complexo*, proposto por Franco Rotelli (1989)” (2015b, p. 112)

<sup>168</sup> Consiste, resumidamente, nas reformas de serviço, substituição do paradigma biológico do tratamento manicomial e moral pelo paradigma psicossocial. Para Amarante: “se torna essencial refletir sobre a origem das nossas práticas médicas, sobre a constituição histórica das mesmas, sobre a formação que recebemos na universidade, centrada predominantemente nas práticas e saberes”(2015a, p. 73)

<sup>169</sup> “(...) expressa o objetivo maior do processo de reforma psiquiátrica, ou seja, a transformação do lugar social da loucura. Assim, o aspecto estratégico desta dimensão diz respeito ao conjunto de ações que visam transformar a concepção da loucura no imaginário social, transformando as relações entre a sociedade e a loucura.” (2015b, p. 116-117)



acerca da internação compulsória de usuários de crack, objeto deste estudo, tal como se explicitará no Capítulo 7.

A Dimensão epistemológica/ teórico-conceitual situa-se justamente “no campo da produção de saberes, que dizem respeito à produção de conhecimentos, que fundamentam e autorizam o saber/fazer médico psiquiátrico” (2015b, p. 113). Dessa forma, conceitos como “alienação”, “degeneração”, “doença mental”, normalidade/anormalidade, drogas, cura e desinstitucionalização são produzidos pelo campo psiquiátrico, aqui, já na vertente crítica das visões reformadas na contemporaneidade, tal como já mencionado no item 5.1 (nota nº 131).

A forma como serão transmitidos esses conceitos para os profissionais é de extrema relevância. Tanto no campo psi, como no jurídico, é muito importante que os novos conceitos produzidos pela Reforma Psiquiátrica, e, principalmente, aqueles que foram superados, cheguem ao conhecimento de todos os atores envolvidos na concretização da Lei nº 10.216/01.

Deve-se ter em mente que a Reforma Psiquiátrica não é só de serviços, mas, também, conceitual da ideia de sofrimento psíquico. Certamente, para que a construção da Reforma Psiquiátrica seja efetiva foi e, ainda é, preciso fechar hospitais e leitos psiquiátricos. Mas, por outro lado, é preciso abrir e implementar os serviços substitutivos. Contudo, apenas isso (que já é muito) não é suficiente.

Do mesmo modo, a Reforma Psiquiátrica não se reduz à mera desinstitucionalização, no sentido de retirar as pessoas dos hospitais psiquiátricos, fechá-los e, em consequência, economizar dinheiro público<sup>170</sup>. Na proposta iniciada por Basaglia, a desinstitucionalização passa a ser sinônimo de designar as novas formas de se tratar o sujeito, recuperando sua cidadania e reinserindo-o na cidade, com novas condições de vida. Amarante, citando Jacques Derrida, destaca:

Assim, a desinstitucionalização torna-se a partir de então desconstrução, que significa, na interpretação de Jacques Derrida, um processo de desmontagem: de fazer o caminho inverso para entender e capturar a lógica com a qual os saberes foram construídos e, assim (se possível) não os reproduzir mais. (...). (2015b, p. 113)

Não se trata apenas de mera desospitalização<sup>171</sup>, mas sim da desmontagem da lógica que constrói o manicômio, a ideia de doença em oposição à saúde mental, como se

<sup>170</sup> Esse seria o conceito proposto por Caplan, ou seja, a desospitalização como otimização de recursos (AMARANTE, 2015b, p. 113).

<sup>171</sup> Tal como ocorreu nos Estados Unidos no Governo Kennedy – vide AMARANTE, 2010, p.15-18.

existisse uma normalidade para a mente, a fim de que a loucura deixasse de ser pensada com desrazão (AMARANTE, 2010).

É preciso transformar o modo como a sociedade em geral aprendeu a lidar com aquilo que se chama de “loucura” e que a Psiquiatria passou a chamar de “alienação”, “doença mental”, “transtorno mental” e, agora, sofrimento mental. É preciso alterar os estigmas criados pela Psiquiatria clássica de segregação e desqualificação dos sujeitos tidos por diferentes.

Isso porque a sociedade, e aí incluem-se os atores jurídicos (que são importantes para esse estudo), irão pensar a partir do que é produzido pelo campo do conhecimento e transmitido para o público, seja pelos meios de comunicação em geral, seja pelos meios formais acadêmicos, que, por sua vez, serão retransmitidos para dentro da academia, mas, também, para fora dela, sendo importante que penetre nas Universidades e alcance os novos profissionais de todos os campos do saber envolvidos nesse processo de reconstrução de cidadania.

O “manicômio”<sup>172</sup> que se tem que superar nessa dimensão epistemológica é o saber psiquiátrico, é a produção teórica clássica da psiquiatria, é o conhecimento ideológico que a Psiquiatria fundou e que se denominou de científico. É dar voz, autonomia e cidadania ao indivíduo acostumada ao isolamento, esquecimento e maus tratos.

**Cabe destacar a importância do processo de desconstrução do conceito de clínica, que deixa de ser o isolamento terapêutico ou tratamento moral (...), propostos por Philippe Pinel ou Willian Tuke ou Vincenzo Chiarugi, dentre outros, para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades no contexto do atual processo de reforma psiquiátrica: o sujeito da experiência da loucura, antes excluído do mundo da cidadania, antes incapaz de obra ou de voz, tornar-se-á sujeito, e não objeto de saber. (AMARANTE, 2015b, p. 114) (Grifei)**

Amarante (2015) indica que, nessa dimensão, é preciso que, igualmente, se alterem os conceitos e práticas jurídicas que se conectavam com os conceitos desconstruídos pela Reforma psiquiátrica. A questão que se põe é exatamente como se conectar com o saber jurídico e fazer com que seja absorvida essa nova mentalidade psiquiátrica, que terá repercussões jurídicas, uma vez que esse detentor de razão e cidadania, deverá também ser considerado capaz e responsável juridicamente. Isso seria uma consequência lógica e racional da repercussão da Reforma Psiquiátrica no campo jurídico.

---

<sup>172</sup> Coloca-se entre aspas por ser uma expressão não utilizada pela autora.

Eis a razão da importância do estabelecimento da conexão desta Dimensão Epistemológica com a Jurídico-Política, que, por sua vez, está diretamente relacionada à alteração do que Salo de Carvalho (2015) denomina de “gramática da loucura”<sup>173</sup>, como se passará a expor a seguir.

Na Dimensão Jurídico-Política “importa rediscutir as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais” (AMARANTE, 2015b, p. 116). A importância dessa dimensão reside no fato, como acima mencionado, da Reforma Psiquiátrica ter desconstruído diversas noções que a psiquiatria clássica instituiu, dentre elas, a relação entre loucura e periculosidade, irracionalidade, incapacidade e irresponsabilidade.

Esses conceitos, como visto no tópico 5.1 deste Capítulo, tem consequências práticas e diretas no campo jurídico, tanto do ponto de vista civil, como do de vista criminal. O não reconhecimento da repercussão da Reforma Psiquiátrica no saber jurídico terá implicações na continuidade da imputação dos conceitos de incapacidade, irracionalidade e irresponsabilidade dos indivíduos em sofrimento mental.

A Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira poderia, já em 2001, ter alterado a teoria das capacidades do Código Civil, limitado as hipóteses de interdição da lei processual civil e, até mesmo, revogado expressamente as medidas de segurança. A simples utilização da expressão “ficam revogadas as disposições em contrário” já poupariam argumentações equivalentes à da subsistência no nosso ordenamento do DL nº 891/38 e do Decreto nº 24.559/1934<sup>174</sup>.

A lei italiana nº180/78, que serviu de inspiração para a brasileira, nas suas normas finais (artigo 11, §1º)<sup>175</sup> revogou expressamente diversos artigos da lei civil, penal e eleitoral, além de utilizar a expressão genérica “bem como qualquer outra disposição incompatível com a presente lei”.

Recentes leis de países latino americanos, como as da Argentina de 2010 e do Uruguai de 2017, foram muito mais avançadas, ao menos no que tange à técnica legislativa

<sup>173</sup> Expressão utilizada por Salo de Carvalho para se referir às expressões que designam o sujeito institucionalizado em um hospital psiquiátrico e de todo o sistema que está em seu entorno.

<sup>174</sup> Pensando-se no plano da legalidade dessas leis, pois, no confronto com a CR/88 não há espaço para as mesmas no plano da constitucionalidade.

<sup>175</sup> Artigo 11 - §1 São revogados os artigos 1, 2 e 3-bis da lei de 14/02/1904, n. 36, concernente às “Disposições sobre manicômios e alienados” e sucessivas modificações, o artigo 420 do Código Civil; os artigos 714, 715 e 717 do Código Penal; o n. 1 do artigo 2 e o artigo 3 do texto único das leis referentes às normas para disciplinar o eleitorado ativo, a capacidade e a revisão das listas eleitorais, aprovado com decreto do Presidente da República, de 20/03/1967, n. 223, **bem como qualquer outra disposição incompatível com a presente lei. (Grifei)**

adotada. Um grande marco foi o fechamento dos hospitais psiquiátricos públicos e privados<sup>176</sup>, o que não aconteceu nas leis italiana e brasileira, que se restringiram aos públicos. As leis argentina e uruguaia alteraram a diversos dispositivos legais de leis civis que com elas se contrapunham, o que é um grande passo para a quebra de estigmas e a almejada alteração da “gramática da loucura”.

Como se depreende da leitura do artigo final da Lei nº 10.216/01, houve um silêncio do legislador com relação a qualquer repercussão em outras leis, tampouco preocupou-se em realizar modificações de nomenclatura em dispositivos legais que continuassem em vigor, mas com palavras e conceitos ligados à lógica manicomial, tais como: (1) “viciados pelo uso de substâncias entorpecentes quando acometidos de perturbações mentais” (art. 1185, CPC/73); (2) “anomalia psíquica” (art. 1.180, CPC/73); (3) “enfermidade ou deficiência mental” (art. 3º, II, CC/02, que vigorou até ser revogado pela Lei nº 13.146/15).

Foram necessários 14 (quatorze) anos para que a publicação da Lei nº 13.146/15 (Estatuto da Pessoa com Deficiência) produzisse uma mudança significativa nessa “gramática da loucura”, como visto no tópico a seguir.

Nesse ponto, a importância da atuação política é fundamental, pois, a primeira etapa para essas superações conceituais reside nas alterações legislativas que foram diretamente afetadas pela Reforma Psiquiátrica, notadamente as leis civis (códigos civil e de processo civil) e as leis penais (códigos penal, processo penal e lei de execução penal). Essas questões serão melhores explicitas nos tópicos 5.4 e 5.5 deste Capítulo.

Por ora, cabe frisar que, para que a dimensão jurídico-política seja efetiva, é preciso que se articulem todos os Poderes da República (Judiciário, Executivo e Legislativo)<sup>177</sup>,

---

<sup>176</sup> **Artículo 27 da Lei Argentina- Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados.** En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. Esta adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos. // **Artigo 27 da Lei Argentina - A criação de novos insólitos, hospitais neuropsiquiátricos ou instituições monovalentes, públicas ou privadas de internação é proibida por esta lei.** No caso dos existentes, eles devem ser adaptados aos objetivos e princípios expostos, até sua substituição definitiva por dispositivos alternativos. Esta adaptação e substituição em nenhum caso pode significar redução de pessoal ou redução nos direitos adquiridos a partir deles. (Grifei) (Tradução livre) **Artículo 38 da Lei Uruguaia - (Establecimientos asilares y monovalentes).- Queda prohibida la creación de nuevos establecimientos asilares y monovalentes, públicos y privados desde la entrada en vigencia de la presente ley. Los ya existentes deberán adaptar su funcionamiento a las prescripciones de esta ley, hasta su sustitución definitiva por dispositivos alternativos,** de acuerdo a los que establezca la reglamentación.// **Artigo 38 da Lei Uruguaia - Estabelecimentos similares e monovalentes) .- A criação de novos estabelecimentos similares e monovalentes, públicos e privados desde a entrada em vigor desta lei é proibida. Os que já existem devem adaptar sua operação aos requisitos desta lei, até sua substituição definitiva por dispositivos alternativos, de acordo com os estabelecidos nos regulamentos.** (Grifei) (Tradução livre)

<sup>177</sup> Ao Legislativo caberá elaborar e reformular as leis que foram atingidas pela lei nº10.216/01, ao Judiciário caberá a função de aplicar na prática essas transformações conceituais nos processos judiciais civis e criminais

bem como que sejam levados em consideração as solicitações dos movimentos sociais, que, no campo da saúde mental, sempre muito atuantes, seja por parte os profissionais, como pelo lado dos usuários e seus familiares (AMARANTE, 2013, p. 106-121)

Por isso é essencial a revisão do chamado “estatuto jurídico” civil e penal das pessoas em sofrimento mental para, em consequência, ser possível a concretização dos seus direitos civis, sociais e humanos das pessoas, o que levará à (re)construção da sua cidadania e à efetivação da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Em a “Instituição Negada”, Basaglia realiza uma denúncia da Psiquiatria como ideologia. Essa é a prática que Basaglia queria superar, pois, para que pudesse se relacionar com o paciente, era preciso, antes apagar o rótulo que o definia como doente.

(...) a realidade primeira do doente é o fato de ser um homem sem direitos, e é dessa realidade que procuramos partir. Uma reabilitação somente é possível a partir desse fato concreto: ele é um homem sem direitos e discutimos com ele o fato de que não tem direitos; o doente é um rejeitado e discutimos com ele a sua rejeição (2001, p. 28)

A dimensão jurídico-política, então, está diretamente relacionada com a reformulação de conceitos e quebra de paradigmas de exclusão. Salo de Carvalho entende que é preciso criar uma nova “gramática da loucura” justamente para que expressões e conceitos que foram ressignificados pela Reforma possam ser incorporados à nova realidade e um novo olhar sobre o indivíduo seja estabelecido.

As formas de nominar o louco e a loucura expõem o que é encoberto nas práticas psiquiátricas e a mudança da linguagem constitui um importante passo na desconstrução da lógica manicomial. (...) A mudança gramatical seria uma das estratégias na mudança da lógica de enfrentamento dos problemas da violência institucional. (...). Assim, a mudança do significado da loucura possibilita um outro modo de olhar o sujeito (louco), instituindo uma forma distinta de compreensão, radicalmente diversa daquela convencional que dicotomiza razão e desrazão (2015, p. 518–519)

Por trás das palavras existem significados que as palavras ocultam, alteram ou fazem emergir valores. As ideias contidas nas palavras têm um peso real nas vidas: podem criar vínculos e oportunidades ou, no sentido contrário, destruí-los.

No que tange à Reforma Psiquiátrica Brasileira, a Lei nº 10.216/01 não trouxe muitos avanços no tocante às alterações gramaticais, para além da mudança da nomenclatura

---

e, por fim, ao Executivo, restará a função de implementar nos serviços de saúde as inovações trazidas pela Lei nº 10.216/01.

de “doença mental” para “transtorno mental”. Ressalte-se que, em razão do longo tempo de tramitação do projeto de lei, a expressão “transtorno mental” apesar de constar na lei, é criticada, especialmente por conter em si uma estigmatização. Atualmente fala-se em pessoa em sofrimento mental, expressão essa adotada e utilizada nesse trabalho.

A legislação brasileira utiliza a expressão ‘os portadores de transtorno mental’. Não nos dá a ideia de alguém carregando um fardo, um peso enorme e eterno, inseparável e indistinguível do sujeito? Se formos levar ao limite a ideia de portador, poderíamos considerar que todos nós carregamos o fardo da nossa personalidade e caráter. Por outro lado, uma pessoa com transtorno mental é uma pessoa transtornada, que é o mesmo que possui! (...). Por estas razões no campo da saúde mental e atenção psicossocial se tem utilizado falar de sujeitos ‘em’ sofrimento psíquico ou mental, pois a ideia de sofrimento nos remete a pensar em um sujeito que sofre, em uma experiência vivida de um sujeito. (AMARANTE, 2011, p. 68)

Ao utilizar a expressão “transtorno mental” a lei (o legislador) acaba cometendo uma contradição, pois, continua considerando a pessoa em sofrimento mental como uma transtornada, sem racionalidade e incapaz. Ora, foi exatamente essa a ideia de superação da lei: conferir a esses indivíduos estigmatizados autonomia, capacidade e cidadania.

Ocorre que, como mencionado, a Lei nº 10.216/01 não foi suficientemente clara quanto à mudança da “gramática da loucura”. A Reforma Psiquiátrica projeta mudanças no estatuto jurídico do portador de sofrimento psíquico, em duas questões principais: as medidas de segurança em âmbito criminal e a submissão à curatela (antiga interdição) na seara cível, o que vai refletir, respectivamente, nas teorias das inimputabilidades e das incapacidades. Contudo, a lei, em suas disposições finais, não faz qualquer alteração nas leis civis e penais, seja revogando artigos ou alterando a redação para a adequação, ao menos, dos novos conceitos.

Desse modo, os Códigos Civil (CC) e de Processo Civil (CPC) continuaram a conter expressões ligadas à psiquiatria clássica, tais como “loucos de todos os gêneros”<sup>178</sup> no CC/16; “enfermidade ou deficiência mental”<sup>179</sup> no CC/02; “anomalia psíquica”<sup>180</sup> no

<sup>178</sup> Art. 5º São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil: (...) II – **os loucos de todo o gênero (...)** (Grifei)

<sup>179</sup> Art. 3º São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil: (...) II – os que, por **enfermidade ou doença mental**, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos; (...). (Grifei)

<sup>180</sup> Art.1.178 O órgão do Ministério Público só requererá a interdição: I – no caso de **anomalia psíquica (...)** (Grifei) / Art.1.180 Na petição inicial, o interessado provará sua legitimidade, especificará os fatos que revelam a **anomalia psíquica** e assinalará a incapacidade do interditando para reger a sua pessoa e administrar seus bens” (Grifei)

CPC/73; “doença mental grave” no CPC/16<sup>181</sup>, que, por sua vez, foram lidas, apreendidas e repassadas por muitas gerações de profissionais jurídicos formados desde de 2001.

O mesmo aconteceu nas questões relativas ao campo criminal, no que tange à questão da inimputabilidade e, em consequência, à previsão, aplicação e execução das medidas de segurança. O Código Penal de 1940 (com a reforma de 1984) continuou contendo expressões como “doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado”<sup>182</sup>. O Código de Processo Penal de 1941 continuou prevendo as expressões “doença mental” e “manicômio judiciário”<sup>183</sup>. A Lei de Execução Penal<sup>184</sup>, por sua vez, continuou com a previsão dos Hospitais de Custódia e tratamento para cumprimento das medidas de segurança.

Em verdade, com o novo cenário normativo estabelecido pela Lei nº10.216/01, não se pode mais afirmar que a pessoa em sofrimento mental é absolutamente irresponsável e incapaz por seus atos, sejam lícitos ou ilícitos. A Reforma Psiquiátrica impõe a construção de novas formas de interpretar os estatutos do direito penal e do direito civil, tendo em vista que não houve a alteração legislativa respectiva para a superação da “gramática da loucura” anterior.

Os avanços alcançados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira devem, assim, ser incorporados na prática judicial seja por alterações legislativas, seja pela prática de interpretações pelos juízes dessa nova realidade de respeito ao sujeito em sofrimento mental estabelecida. É importante que esse novo sujeito seja visto como racional, capaz e responsável: que seja responsabilizado pelos atos passados, responsável pelo seu processo terapêutico e responsável pelos seus projetos futuros na sua vida civil pessoal.

#### 5.4 A SUPERAÇÃO DA INCAPACIDADE CIVIL

Como apontado no tópico acima, a Lei nº 10.216/01 foi silente no que tange à alteração em leis civis correlatas, notadamente nos institutos em que o ideal da Reforma

---

<sup>181</sup> Art. 746 O Ministério Público só promoverá interdição em caso **de doença mental grave (...)** (Grifei)

<sup>182</sup> Art. 26 - É isento de pena o agente que, por **doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado**, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. (Grifei)

<sup>183</sup> Art. 682. O sentenciado a que sobrevier **doença mental**, verificada por perícia médica, será internado em **manicômio judiciário**, ou, à falta, em outro estabelecimento adequado, onde lhe seja assegurada a custódia. (Grifei)

<sup>184</sup> Art. 99. O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico destina-se aos inimputáveis e semi-imputáveis referidos no [artigo 26 e seu parágrafo único do Código Penal](#). Parágrafo único. Aplica-se ao hospital, no que couber, o disposto no parágrafo único, do artigo 88, desta Lei.

Psiquiátrica atingia, isto é, a teoria das incapacidades no Código Civil e as medidas de segurança no Código Penal.

A dimensão jurídico-política, com as consequentes mudanças na já mencionada “gramática da loucura” foi negligenciada pelo legislador não apenas o da Reforma Psiquiátrica, mas, também os posteriores. Amarante já apontava a necessidade de serem revistas as leis para adequação à nova realidade desses sujeitos:

(...) se a loucura/alienação não é sinônimo de periculosidade, de irracionalidade, de incapacidade civil, de exercício da cidadania, na ‘dimensão jurídico-política’ situa-se um conjunto de desafios e estratégias. **A revisão de toda a legislação é um primeiro aspecto, pois tanto o código penal quanto o civil ou ainda outras leis e normas sociais estão repletos de referências nocivas aos sujeitos em sofrimento psíquico e representam obstáculos significativos ao exercício da cidadania** (2011, p. 69) (Grifei)

Com isso, por mais de dez anos após a Lei nº 10.216/01, continuaram a existir no âmbito legislativo, distorções quanto às expressões e conceitos da psiquiatria clássica, já ultrapassada. Contudo, continuava cerceando a autonomia daqueles em sofrimento mental, que se viam privados de atos da vida civil, como por exemplo, o casamento, pelo fato de serem considerados absolutamente incapazes.

Foram necessários 14 (quatorze) anos para que a Reforma Psiquiátrica fosse concretizada no seu nível mais básico, para além da desinstitucionalização: conferir capacidade aos “loucos”. Apenas com a recente edição da Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015 (Lei Brasileira de Inclusão ou “Estatuto da Pessoa com Deficiência”) é que deixaram de ser considerados absolutamente incapazes para os atos da vida civil.

Deve-se esclarecer que tal lei considera, no artigo 2º, pessoa com deficiência aquela com” impedimento de longo prazo de natureza física, **mental**, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas” (Grifei).

No seu artigo 11 proíbe a institucionalização forçada:

Art. 11. A pessoa com deficiência **não poderá ser obrigada** a se submeter a intervenção clínica ou cirúrgica, **a tratamento ou a institucionalização forçada.** (Grifei).

Ressalte-se que esse novo Estatuto não menciona expressamente nada relativo ao usuário de substâncias psicoativas, porém, revogou e alterou diversos artigos do Código Civil e de Processo Civil relativos à capacidade.



O art. 114 da Lei 13.146/15 revogou o artigo 3º, II do Código Civil de 2002, passando a conferir plena capacidade às pessoas em sofrimento mental. Atualmente, apenas os menores de 16 anos são absolutamente incapazes.

Art. 114. A Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), passa a vigorar com as seguintes alterações:  
 “Art. 3º São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil os menores de 16 (dezesesseis) anos.  
 I - (Revogado);  
 II - (Revogado);  
 III - (Revogado).”

Entretanto, poderia ter avançado mais, pois, os “viciados em tóxicos” continuam, para a lei civil, considerados relativamente incapazes, já que a redação do artigo 4º, II<sup>185</sup> foi alterada apenas para retirar a parte relativa à “deficiência mental”, passando a ter a seguinte redação:

Art. 4º São incapazes, relativamente a certos atos ou à maneira de os exercer:  
 (...)
 **II - os ébrios habituais e os viciados em tóxico;**  
 III - aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade;  
 (...)
 Parágrafo único. A capacidade dos indígenas será regulada por legislação especial.”

Desse modo, os usuários de drogas continuam com a possibilidade de sofrerem o estigma da “interdição”<sup>186</sup>, continuando a serem encarados como pessoas a serem corrigidas, pois, na concepção de Foucault (2014) são considerados anormais. Assim, são sujeitos à curatela do artigo 1767, III<sup>187</sup> do Código Civil de 2002.

<sup>185</sup> Art. 4º São incapazes, relativamente a certos atos, ou à maneira de os exercer:

I - os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos;

II - os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, **e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido;**

III - os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo;

IV - os pródigos.

Parágrafo único. A capacidade dos índios será regulada por legislação especial. **(Grifei)**

<sup>186</sup> Coloca-se entre aspas, pois, atualmente fala-se em ação de submissão à curatela, com as alterações promovidas pela Lei nº 13.146/15

<sup>187</sup> Art. 1.767. Estão sujeitos a curatela: (...) III - os ébrios habituais e os viciados em tóxico; (...).

Com isso, familiares de usuários de drogas continuam com legitimidade para propor ações de internação compulsória, requerendo a sua reclusão em locais para tratamento que, como já visto, cometem reiteradas violações de direitos humanos.

A Lei 13.146/15 fez diversas alterações em outras leis, notadamente no Código de Processo Civil, quanto à questão da submissão à curatela. Contudo deixa-se de comentar nesse ponto, pois, o objetivo era destacar que, finalmente, foi conferida, legalmente, a capacidade aos “loucos”.

Porém, muito embora os usuários de drogas, ao longo da História da “loucura” sempre tenham sido equiparados aos “loucos” e “doentes mentais”, por ora, continuam sendo, legalmente, pessoas incapazes, para as quais muitas das modificações trazidas por essa lei de inclusão, os excluem.

### 5.5 A SUPERAÇÃO DA INCAPACIDADE PENAL

A grande questão para a superação da incapacidade penal gira em torno da questão de ser possível ou não prevenir um comportamento criminal. A falta de resposta a essa pergunta acaba gerando uma resistência à mudança de mentalidade e atitudes dos Magistrados e Psiquiatras, pois o medo em relação à questão da periculosidade acaba sendo maior do que conferir-se um efetivo cuidado ao “louco infrator”.

Com relação à periculosidade, Karam entende tal conceito incompatível com o princípio da legalidade, fundamento da responsabilidade penal, justamente em razão da sua imprecisão:

**A idéia de “periculosidade” não se traduz por qualquer dado objetivo, ninguém podendo, concretamente, demonstrar que A ou B, psiquicamente capaz ou incapaz, vá ou não realizar uma conduta ilícita no futuro. Já por isto, tal idéia se mostra incompatível com a precisão que o princípio da legalidade, constitucionalmente expresso, exige de qualquer conceito normativo, especialmente em matéria penal. A “periculosidade” do inimputável é uma presunção, que não passa de uma ficção, baseada no preconceito que identifica o “louco” — ou quem quer que apareça como “diferente” — como “perigoso”. (2002, p. 217) (Grifei)**

O fim efetivo das Medidas de Seguranças, na prática, está ligado à concretização da autonomia e cidadania que a Reforma Psiquiátrica trouxe: é preciso dar responsabilidade civil e penal, que vem com a capacidade, ainda que diminuída, para as pessoas em sofrimento mental.

Nesse ponto, concorda-se com Carvalho e Weigert (2017), a respeito da Lei nº 10.216/01 pôr fim à discussão acerca da subsistência das medidas de segurança no ordenamento jurídico brasileiro após a edição da CR/88<sup>188</sup>:

Com o advento da Lei da Reforma Psiquiátrica, entendemos revogados os preceitos do Código Penal que sustentam a absoluta ausência de responsabilidade penal do usuário do sistema de saúde mental que praticou o ato ilícito. (2017, p. 98)

Ademais, não se pode admitir a existência de instituições psiquiátricas judiciárias após a Lei nº 10.216/01, pois, para além do fechamento de instituições asilares, a lei alterou a noção de tratamento, substituindo-o pela prevenção, situação que conduziria à exclusão da ideia de periculosidade.

A modificação da finalidade (do tratamento ao cuidado-prevenção) da resposta jurídica (medida de segurança) aos portadores de sofrimento psíquico implica, necessariamente, na readequação do seu fundamento. Assim, ademais da dubiedade e da imprecisão científica do conceito de periculosidade, entendemos que legalmente houve sua substituição, pois a *Lei da Reforma Psiquiátrica pressupõe o portador de sofrimento psíquico como sujeito de direitos com capacidade e autonomia (responsabilidade) de intervir no rumo do processo terapêutico.* (CARVALHO; WEIGERT, 2017, p. 99),

Por certo, existem situações em que há necessidade de intervenção, especialmente quando o indivíduo apresenta sinais de violência ou agressividade. Todavia, existem mecanismos humanos de lidar com esses momentos de crise, inclusive nos próprios CAPS, que possuem profissionais capacitados para o manejo de cada caso, respeitando as singularidades de cada um.

Paula Ferreira, em estudo de Mestrado acerca da agressividade e violência em um CAPS do estado do Rio de Janeiro, analisou a percepção dos profissionais de saúde mental sobre esse tema quando praticadas por pacientes em atendimento na unidade escolhida e como os mesmos lidavam com essas questões.

Nas entrevistas que realizou chama a atenção, para fins desta Tese, dois achados importantes: (1) que os profissionais entrevistados acreditam que o ato agressivo ou violento manifesta alguma intenção; (2) que não se pode vincular os atos agressivos ou violentos com a condição de paciente de saúde mental.

---

<sup>188</sup> Já se fez referência ao entendimento da inconstitucionalidade das medidas de segurança desde a publicação da CR/88.

Na medida em que qualquer ser humano pode executar algo agressivo, **foi evidente no discurso de alguns entrevistados que não se deve tomar agressividade como fruto de uma doença ou indício de alguma crise.** (...)

Ao entender que a agressividade carrega mensagem que demanda uma resposta, **torna-se possível escutar no ato agressivo uma mensagem transmitida e talvez assim se viabilize a interrupção de uma intenção que era inicialmente destrutiva.** (FERREIRA, 2017, p. 95; 102-103) (Grifei)

No tocante ao manejo utilizado pelos entrevistados para conter os atos agressivos e violentos, Ferreira selecionou as que, segundo lhe foi relatado, apresentam melhores resultados, a seguir transcritas resumidamente:

1-Intervenções diretas por meio da fala: (...) questionar o porquê do ato; utilizar o espaço da Assembleia para discutir sobre as ações violentas e agressivas por parte dos pacientes e evitar rotular pacientes durante as reuniões de equipe. (...)

2- Solicitar intervenção de um terceiro: consiste em pedir ajuda a uma instituição externa ou mesmo aos colegas no próprio serviço (...)

3- Regras e outros limites: (...) os entrevistados sinalizam para os pacientes sobre seus limites pessoais ou providenciam a retirada deles do serviço. (...) Tal ação foi explicada não como equivalendo ao ato de expulsar. Aqui o profissional acompanha o paciente para fora do serviço e por lá prossegue com tentativas de intervenções pela via simbólica, porém fora do espaço do serviço (...)

4- Troca de informações: 9...) necessidade de haver “comunicação constante entre a equipe” para todos poderem “estar sempre alertas”. (...).

5- Reações subjetivas: uns improvisam diante de imprevistos; outros fingem não sentir medo, neutralizam-se; ou fazem o oposto, demonstram sentir medo. (...). O improviso pode ser compreendido como utilização da criatividade para lidar com situações imprevistas relacionadas a atos agressivos e violentos. (...). (2017, p. 97–101)

Já, quanto àquelas pessoas que cometem atos definidos como crimes, muito embora os HCTP’S continuem existindo na maioria dos Estados do Brasil, existem dois bons exemplos de como se adequar à Lei nº 1.216/01, conferindo o cuidado adequado a tais indivíduos: o PAI-PJ<sup>189</sup> e o PAILI<sup>190</sup>.

<sup>189</sup> Programa de Atenção Integral ao Paciente Psiquiátrico. Criado no ano 2000 pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais, há o acompanhamento da pessoa em sofrimento mental que cometeu algum crime. O juiz criminal, auxiliado por uma equipe multidisciplinar define o tratamento, responsabilidade e reinserção social. [http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai\\_pj/](http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/)

<sup>190</sup> Programa de Atenção Integral ao louco Infrator. A partir de proposta elaborada pela Promotoria de Justiça da Execução Penal de Goiânia, o Programa foi instituído no dia 26 de outubro de 2006, mediante convênio pactuado entre as Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, Tribunal de Justiça e Ministério Público do Estado de Goiás. Aqui, a participação do juiz criminal é reduzida, havendo uma intermediação entre os CAPS, o paciente e o Poder Judiciário. Há uma interlocução com a rede

Nos dois casos, há uma assunção de responsabilidade pelo Poder Judiciário na questão do fechamento da “porta de entrada” nos HCTP’S e. Ambos os programas reconhecem que a Lei nº 10.216 veda o recolhimento de pacientes psiquiátricos em instituições de natureza carcerária. Nas palavras de Haroldo Caetano e Silvia Tedesco, “pistas que apontam para a desconstrução do Manicômio Judiciário”:

Não se fala mais em periculosidade ou, menos ainda, em cessação de periculosidade. O Paili avalia periodicamente, todavia, o processo de reintegração social do indivíduo, de sorte que, desnecessária a realização de perícias judiciais, o trabalho contínuo das equipes técnicas volta-se à verificação do alcance do novo objetivo agora pretendido: a reinserção social do paciente. Trata-se, portanto, de avaliação psicossocial e não mais puramente psiquiátrica e que se materializa mediante relatórios elaborados pelos próprios técnicos do Programa. (2017, p.389)

Essas “pistas” serão importantes caso aprovado, com a sua atual redação, o Projeto de Lei do Senado nº 513, de 2013, que altera a Lei de Execução Penal (Lei nº 7.210/84) e revoga expressamente, no seu artigo 9º, os dispositivos referentes aos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Desse modo, não haverá mais local para cumprimento das medidas de segurança porventura ainda aplicadas, pois, haverá um fechamento, ainda que meramente legal, das “portas de entradas” dos HCTP’s.

**Art. 9º** Ficam revogados o art. 8o, o parágrafo único do art. 19, as alíneas d, e, f, g e h do inciso V do art. 66, as alíneas d e f do inciso II do art. 68, a alínea b do § 1o do art. 88 e os **arts. 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101<sup>191</sup>, 108, 117, 119, 127, 165, 166, 167, 169, 170, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 191 e 200 da Lei no 7.210, de 11 de julho de 1984**; assim como os incisos I e II do caput do art. 2o da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990; e o § 4o do art. 33 da Lei no 11.343, de 23 de agosto de 2006. **(Grifei)**

Contudo, não cria nenhum programa ou mecanismo de cuidado dessas pessoas. Nas considerações do Projeto, utiliza-se como fundamento da revogação dos artigos 99 a 101 da LEP, de que caberá à rede de saúde mental o cuidado desses casos.

---

de saúde mental. [http://www.mpggo.mp.br/portal/arquivos/2013/08/19/15\\_33\\_20\\_501\\_mioloPAILI\\_La-yout.pdf](http://www.mpggo.mp.br/portal/arquivos/2013/08/19/15_33_20_501_mioloPAILI_La-yout.pdf)

<sup>191</sup> Art. 99. O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico destina-se aos inimputáveis e semi-imputáveis referidos no artigo 26 e seu parágrafo único do Código Penal. Parágrafo único. Aplica-se ao hospital, no que couber, o disposto no parágrafo único, do artigo 88, desta Lei.

Art. 100. O exame psiquiátrico e os demais exames necessários ao tratamento são obrigatórios para todos os internados.

Art. 101. O tratamento ambulatorial, previsto no artigo 97, segunda parte, do Código Penal, será realizado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou em outro local com dependência médica adequada.

O PLS no 513, de 2013, propõe uma ampla reforma na LEP e busca encontrar soluções para os problemas mencionados.

São estas, a nosso sentir, as principais alterações propostas, na ordem em que aparecem no texto:

(...)

**27. Retirada da disciplina das medidas de segurança da Lei de Execução Penal, com o encaminhamento dos doentes mentais ou pessoas com desenvolvimento mental incompleto ou retardado para a autoridade de saúde competente (art. 171); (Grifei)**

Desse modo, programas como o PAI-PJ e o PAILI poderão servir de modelo para a construção de novas possibilidades de vida para aqueles que, em sofrimento mental, sob o efeito de drogas ou não, vierem a cometer um crime. Nas palavras de Venturini, “a desinstitucionalização é como a linha curva de que fala Niemeyer, uma linha oposta à rigidez do pensamento manicomial” (2016, p. 13).

## 6 USO DE DROGAS: BOM ASSUNTO PARA SE COLOCAR EM BAIXO DO TAPETE<sup>192</sup>

### 6.1 DIREITOS HUMANOS E USO DE DROGAS

Por que há tanto sofrimento humano injusto que não é considerado uma violação de direitos humanos? (SANTOS, 2013, p. 16)

Não se pretende, neste tópico, realizar um estudo da teoria dos direitos humanos, sua análise histórica, origem e diferentes matrizes de concepções que foram desenvolvidas ao longo dos anos por estudiosos de diversas áreas do conhecimento<sup>193</sup>. Contudo, faz-se necessário, algumas breves pontuações a respeito do tema em sua relação com a saúde mental de um modo geral e, especialmente, com o uso (e usuário) de drogas.

Partilha-se do entendimento de Boaventura de Souza Santos (1997) das três tensões dialéticas da sociedade moderna ocidental, em que analisa em seu texto “Por uma concepção multicultural de direitos”:

(1) a tensão entre a regulação social e emancipação social, no sentido de que “a política dos direitos humanos, que foi simultaneamente uma política reguladora e uma política emancipadora, está armadilhada nessa dupla crise, ao mesmo tempo que é sinal do desejo de a ultrapassar” (1997, p. 12);

(2) a tensão entre o Estado e a sociedade civil, já que para que sejam concretizados os direitos humanos, especialmente os de segunda e terceira gerações<sup>194</sup>, pressupõem que o Estado é o principal garantidor e financiador;

(3) a tensão entre o Estado-nação e a globalização<sup>195</sup>, que leva, em um primeiro momento, a um reconhecimento mundial da política de direitos humanos e, em seguida, ao

<sup>192</sup> Título inspirado na palestra proferida pelo Professor Luiz Fernando Tófoli no Congresso da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) de junho de 2017 em Florianópolis.

<sup>193</sup> Para um estudo mais aprofundado do tema, vide: Barreto, 2010; Santos, 1995; Santos, 1997; Santos, 2006; Santos, 2013.

<sup>194</sup> São os direitos econômicos, sociais, culturais, etc. Os de primeira geração são os civis e políticos (SANTOS, 1997, p.12-13).

<sup>195</sup> “A globalização é o processo pelo qual determinada condição ou entidade local estende a sua influência a todo o globo e, ao fazê-lo, desenvolve a capacidade de designar como local outra condição social ou entidade rival” (SANTOS, 1997, P. 14)

fato de que é essencial levar em conta os aspectos culturais na sua constituição, ainda que a nível internacional.

A tensão, porém, repousa, por um lado, no facto de tantas as violações dos direitos humanos como as lutas em defesa deles continuarem a ter uma decisiva dimensão nacional, e, por outro lado, no facto de, em aspectos cruciais, as atitudes perante os direitos humanos assentarem em pressupostos culturais específicos. **A política dos direitos humanos é, basicamente, uma política cultural.** Tanto é assim que poderemos mesmo pensar os direitos humanos como sinal de regresso do cultural, e até mesmo do religioso, em finais de século. Ora, falar de cultura e de religião é falar de diferença, de fronteiras, de particularismos. **Como poderão os direitos humanos ser uma política simultaneamente cultural e global?** (1997, p. 13) (Grifei)

Interessa-nos especificamente os sujeitos que tem seus direitos humanos violados no que tange às questões de saúde mental no Brasil, muito embora o direito à saúde seja amplamente reconhecido tanto na Declaração Universal de Direitos do Humanos<sup>196</sup>, como no artigo 196<sup>197</sup> da CR/88. Como explicar, então, “que nem todos os humanos têm humanidade no mundo dos direitos humanos?” (BARRETO, 2010, p. 10)

Apenas por uma questão prática, faz-se necessário esclarecer que, nesse momento, irá se tratar as pessoas protegidas pela Lei nº 10.216/01 e os usuários de drogas sem fazer distinção caso a caso. Isso porque, como já exposto, entende-se que os últimos não são destinatários da referida lei, mas que, em alguns momentos irão passar por um sofrimento mental, de alguma intensidade. O que os identifica, para esse tópico, é o fato de ambos serem titulares de direitos humanos, independente do dispositivo legal que os proteja. Desse modo, o “grupo oprimido”<sup>198</sup> para fins desse capítulo são as pessoas em sofrimento mental em geral, usuárias de drogas (lícitas ou ilícitas) ou não.

A humanização da “loucura”, desde o desacorrentamento dos internos por Pinel, com o reconhecimento dos seus direitos, tornou emblemático e evidente como o Estado tratava os excluídos e os diferentes. Impossível não se questionar como essa forma de atuar do

---

<sup>196</sup>Artigo 25

1. Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de desemprego, doença invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.

2. A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozarão da mesma proteção social.

<sup>197</sup> Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

<sup>198</sup>Expressão utilizada por Boaventura de Sousa Santos (2013).



Estado, com relação aos “indesejáveis”<sup>199</sup>, é incompatível com o discurso do universalismo dos direitos humanos, preconizado em tantos movimentos revolucionários e declarações.<sup>200</sup>

O marco positivista legal no Brasil da garantia de direitos humanos às pessoas em sofrimento mental é a Lei nº 10.216/01, que restabeleceu a cidadania dos indivíduos internados em hospitais psiquiátricos e lhes conferiu direitos, tal como disposto nos seus artigos 1º e 2º:

**Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.**

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

**Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:**

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada 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;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

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

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. **(Grifei)**

É cediço que a mera relação de direitos não é garantia de sua efetivação na realidade prática. De qualquer modo, a Constituição da República de 1988, já seria suficiente para impedir violações de direitos a quaisquer pessoas, estejam ou não em sofrimento mental.

No tocante à previsão constitucional brasileira, não há dúvida acerca da garantia de um tratamento humano aos que passam por um sofrimento mental, conforme se depreende

<sup>199</sup> Para Vallim (2015) os socialmente indesejáveis são aqueles grupos de indivíduos que se encontram em vulnerabilidade social, onde os usuários de crack em situação de rua se enquadram.

<sup>200</sup> Revolução Francesa, Revolução Americana, Declaração Universal dos Direitos Humanos das Nações Unidas, Declaração dos Direitos dos Povos Indígenas (SANTOS, 2013)

da conjugação do princípio da dignidade da pessoa humana (artigos 1º, III<sup>201</sup>, CR/88), base da nossa Constituição, com o princípio da igualdade (artigo 5º<sup>202</sup>, caput, CR/88).

Desse modo, do ponto de vista constitucional, ninguém pode ser discriminado, removido compulsoriamente de espaços públicos, torturado ou submetido a qualquer tratamento sem o seu consentimento. Luciana Boiteux trata da questão em relação especificamente aos usuários de qualquer substância psicoativa:

**(...) se todos os direitos fundamentais da pessoa garantidos em nossa constituição se aplicam aos usuários e dependentes de drogas, o contrário significará discriminação. Portanto, todo e qualquer ato de interferência na liberdade individual de uma pessoa somente pode ser admitido de acordo com os parâmetros constitucionais, inclusive o devido processo legal, ou seja, assim como para todos os demais cidadãos, os usuários e dependentes de substâncias psicoativas (lícita sou ilícitas) somente podem ser alvo de alguma ação estatal limitadora da sua liberdade se a lei assim autorizar, dentro dos parâmetros constitucionais. (2013, p. 61) (Grifei)**

Por certo, não se pretende com isso diminuir a importância do movimento social que lhe impulsionou, tampouco o legado da Lei nº10.216/01. A mesma foi essencial, naquele momento histórico, para romper com uma realidade de horror nos hospitais psiquiátricos. A sua existência continua sendo essencial para que não aconteçam retrocessos na área da sua mental.

Assim, em sendo um processo social complexo (AMARANTE, 2015), não basta o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a substituição dos serviços, é preciso ir além e entender que a dimensão sociocultural da reforma psiquiátrica como uma dimensão mais ampla: com espaço para questionamentos, mobilizações sociais, práticas inovadoras e mobilização coletiva. Segundo Amarante e Torres a luta antimanicomial é essencialmente ligada à luta por direitos humanos:

**Foi nos anos 70, (...), que se fundaram as bases históricas e políticas do nascimento do movimento antimanicomial, que sempre esteve ligado à luta pelos direitos humanos, na medida em que as lutas contra a institucionalização e violência asilar são a base para o nascimento da reforma psiquiátrica. (2017, p. 110) (Grifei)**

<sup>201</sup> Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e **tem como fundamentos:** (...) III - **a dignidade da pessoa humana;** (...) (Grifei)

<sup>202</sup> Art. 5º **Todos são iguais perante a lei**, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à **igualdade**, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: (...) (Grifei)

No tocante à questão teórica dos direitos humanos, parte-se da compressão de que os direitos humanos são a linguagem hegemônica da humanidade, ou seja, são incontes-táveis e incontornáveis. Fazem parte das conquistas da humanidade. Boaventura de Souza Santos considera que a versão hegemônica ou convencional dos direitos humanos tem as seguintes características:

**Os direitos são universalmente válidos independentemente do contexto social, político e cultural em que operam e dos diferentes regimes de direitos humanos existentes em diferentes regiões do mundo;** partem de uma concepção de natureza humana como sendo individual, autossustentada e qualitativamente diferente da natureza não humana; **o que conta como violação dos direitos humanos é definido pelas declarações universais, instituições multilaterais (tribunais e comissões) e organizações não governamentais (predominantemente baseadas no Norte);** o fenômeno recorrente dos duplos critérios na avaliação da observância dos direitos humanos de modo algum compromete a validade universal dos direitos humanos; o respeito pelos direitos humanos é muito mais problemático no Sul Global do que no Norte Global.(2013, p. 25). (Grifei)

Para Vicente Barreto o significado original de direitos humanos pode ser tido como:

(...) **uma expressão que combina com lei e moralidade e expressam desde o século XVIII basicamente o respeito à dignidade da pessoa humana, o direito à vida, à liberdade, à igualdade de todos os homens perante a lei, à segurança, à liberdade de expressão, o acesso à educação e o direito à participação política.** (...). Esses direitos, no processo histórico de sua afirmação, serviram e servem para avaliar as leis sob o ângulo da fundamentação ética e, portanto, legitimá-las ou deslegitima-las (2010, p. 10–11). (Grifei)

Barreto vai explicar esse choque da realidade com a lei em razão do caráter híbrido dos direitos humanos:

Por ter um caráter híbrido, os **direitos humanos estão sempre em conflito potencial com os estatutos legais.** O art. 1º da Declaração dos Direitos Humanos estabelece que: “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos”. Essa determinação choca-se com a realidade da sociedade, onde desigualdades de todos os tipos e natureza desmentem essa pretensão legal. **A igualdade não é natural, ela deve ser conquistada** (2010, p. 15–16). (Grifei)

Como ressalta Boaventura de Souza Santos, é perturbador pensar que “a grande maioria da população mundial não é sujeito de direitos humanos” (2013, p. 15). Na verdade, essa população excluída, oprimida, marginalizada, indesejada, qualquer que seja a denominação dada, constitui “objeto de discursos de direitos humanos” (2013, p. 15).

Com propriedade e razão Boaventura se questiona, então, se, ao fim e ao cabo, essa hegemonia dos direitos humanos como linguagem inabalável de dignidade humana não seria, ao contrário de uma vitória, uma derrota histórica?

Basta pensar em alguns exemplos recentes: a negação de direitos a refugiados na Europa, a possibilidade de construção de um muro entre os Estados Unidos e o México para evitar a imigração e o recolhimento compulsório de pessoas em situação de rua e usuária de crack em São Paulo.

Todos esses exemplos retratam o que Santos denomina de grupos sociais oprimidos e que, por isso, deveriam ser protegidos pelos direitos humanos e, mais uma vez, a realidade vem e contradiz a lei. Por isso, Santos defende a concepção contra-hegemônica e intercultural dos direitos humanos.

(...) sendo os direitos humanos a linguagem hegemônica da dignidade humana, eles são incontornáveis, e **os grupos sociais oprimidos não podem deixar de perguntar se os direitos humanos, mesmo sendo parte da mesma hegemonia que consolida e legitima a sua opressão, não poderão ser usados para subverter? Ou seja, poderão os direitos humanos ser usados de modo contra-hegemônico?** (2013, p. 16) (Grifei)

Santos entende que a construção de uma concepção contra-hegemônica só será possível por meio da utilização do que denomina de hermenêutica de suspeita com relação à compreensão convencional dos direitos humanos. Para ele, as raízes muito profundas da visão hegemônica, levou a ilusões que constituem o “senso comum dos direitos humanos convencionais”: a teleologia, o triunfalismo, a descontextualização e o monolitismo (2013, p. 18).

A **ilusão teleológica** consiste em ler a história de frente para trás. (...). Esta ilusão impede-nos de ver que o presente, tal como o passado é contingente, que, em cada momento histórico, diferentes ideias estiveram em competição e que a vitória de uma delas, no caso, os direitos humanos, é um resultado contingente que pode ser explicado *a posteriori*, mas que não poderia ser deterministicamente previsto. A vitória histórica dos direitos humanos traduziu-se muitas vezes num ato de violenta reconfiguração histórica (...). A **segunda ilusão é o triunfalismo**, a ideia de que a vitória dos direitos humanos é um bem humano incondicional. Assume que todas as outras

gramáticas de dignidade humana que competiram com a dos direitos humanos eram inerentemente inferiores em termos éticos ou políticos. (...) O fato de as outras gramáticas e linguagens de emancipação social terem sido derrotadas pelos direitos humanos só poderá ser considerado inerentemente positivo se se mostrar que os direitos humanos têm um mérito, enquanto linguagem de emancipação humana, que não se deduz apenas do fato de terem saído vencedores. (SANTOS, 2013, p. 18-19)

A terceira ilusão a que Santos se refere, a descontextualização, decorre da segunda, ou seja, a origem revolucionária e vitoriosa dos direitos humanos enquanto linguagem emancipatória. Contudo, a partir de meados do século XIX, ao se separar da sua origem revolucionária, os direitos humanos passaram a ser entendidos “como uma gramática despolitizada de transformação social” (2013, p. 20). Assim, aos poucos, “o discurso dominante dos direitos humanos passou a ser o da dignidade humana consoante com as políticas liberais, com o desenvolvimento capitalista e suas diferentes metamorfoses (...)” (2013, p. 21).

Desse modo, consegue-se perceber a ilusão da descontextualização, pois, o mesmo discurso de direitos humanos pode legitimar práticas revolucionárias ou práticas que, atualmente, se consideram violadoras da dignidade humana.

Mas a mesma hipocrisia (dir-se-ia constitutiva) de invocar os direitos humanos para legitimar práticas que podem considerar-se violação de direitos humanos continuou ao longo do último século e meio e é hoje talvez mais evidente do que nunca. (SANTOS, 2013, p. 20)

Novamente, basta pensar nos recolhimentos compulsórios ocorridos nas ruas do Rio de Janeiro e São Paulo, respectivamente, nos anos de 2012 e 2017. São práticas nitidamente violadoras de direitos humanos, porém, baseadas no discurso legitimador da dignidade humana das pessoas em situação de rua e usuárias de crack.

A quarta ilusão, a que Santos denomina de monolitismo, “consiste em negar ou minimizar as tensões e até mesmo as contradições internas das teorias dos direitos humanos” (2013, p. 21). É notório que diversas constituições ao longo dos últimos tempos incorporaram os direitos humanos nos seus textos e em leis inferiores que concretizavam esses direitos. Contudo, especialmente em países com a realidade social como a brasileira, sempre foi nítido, igualmente, que a efetividade desses direitos era precária ou quase nenhuma.

(...) a evocação dos direitos humanos ocorreu sobretudo em situações de erosão ou violação particularmente grave dos direitos da cidadania. Os direitos humanos surgem como o patamar mais baixo de inclusão, um movimento descendente da comunidade mais densa de cidadãos para a comunidade mais diluída da humanidade. (SANTOS, 2013, p. 22)

Santos cita, ainda dentro da ilusão monolítica, a tensão entre direitos individuais e coletivos. A Declaração Universal dos Direitos Humanos tinha por objetivo garantir direitos ao indivíduo, tornando invisíveis aqueles que, mesmo à época da Declaração, estavam sujeitos à dominação coletiva, o que tornava inviável qualquer direito individual. Desse modo, como os direitos coletivos não fazem parte da origem dos direitos humanos, surge daí a tensão com aqueles, já que diversos grupos sociais que eram excluídos não eram protegidos pelos direitos humanos individuais.

Eram tempos em que o sexismo e o racismo eram parte do senso comum; a orientação sexual era tabu; a dominação de classe, uma questão interna de cada país; e o colonialismo era ainda forte como agente histórico. (...). Com o passar do tempo, sexismo, racismo, colonialismo e outras formas cruas de dominação de classe vieram a ser reconhecidos como dando azo a violações de direitos humanos. (SANTOS, 2013, p. 23)

Contudo, reconhece que, em verdade, não há uma contradição entre direitos individuais e coletivos, mas sim uma diferença na forma de exercê-los.

Os direitos coletivos existem para eliminar ou minorar a insegurança e injustiça suportadas pelos indivíduos que são discriminados como vítimas sistemáticas da opressão apenas por serem o que são, e não por fazerem o que fazem. Muito lentamente, os direitos coletivos tem se tornado parte da agenda política, quer nacional, quer internacional” (SANTOS, 2013, p. 24)

As violações de direitos humanos que os usuários de crack sofrem por parte do Estado, como já exemplificado acima, faz parte do que Wacquant denomina de estratégias neoliberais para governar populações, condutas e territórios que considera ameaçadoras à sua hegemonia. Agrupa tais estratégias em três: a socialização, a medicalização e a penalização.

Com relação à primeira estratégia, significa que ao socializar as condutas e condições que julga ofensivas, estará agindo no mesmo nível das estruturas e mecanismos coletivos que as proporcionam e reproduzem. Na verdade, não se está tratando a causa, tampouco criando condições de superação da miséria e de libertação da classe dos oprimidos.

No que diz respeito, por exemplo, ao aumento persistente do número de pessoas visivelmente sem domicílio fixo, que “sujam” a paisagem urbana, deve-se construir ou subvencionar alojamentos, ou ainda assegurar-lhes um emprego ou um rendimento que lhes permita encontrar um refúgio no mercado habitacional. (WACQUANT, 2015, p. 21)

A segunda estratégia da medicalização, muito utilizada pelos governos brasileiros, é nitidamente uma prática higienista e consiste em:

**(...) considerar que uma pessoa que vive nas ruas porque sofre de dependência ao álcool, é viciada em drogas ou tem problemas de saúde mental e, portanto, procurar um remédio médico a um problema,** apressadamente definido como uma patologia individual, que deve ser tratado por profissionais de saúde. (WACQUANT, 2015, p. 21) **(Grifei)**

A terceira estratégia, a penalização, em um Estado neoliberal, é a forma que se encontra de invisibilizar os problemas sociais que o Estado não tem interesse em solucionar a causa, então, opta por utilizar o mecanismo da criminalização da pobreza e encaminhar para a prisão os indesejáveis, os que incomodam.

O nômade urbano é etiquetado como delinquente (por intermédio, por exemplo, de um decreto municipal colocando fora da lei pedir esmolas ou ficar deitado na calçada) e tratado enquanto tal; ele deixa de integrar o contingente dos “sem teto” quando é colocado atrás das grades. A “construção legal do ‘sem teto’ como quase não-humano” condensa os seus direitos, é reduz efetivamente a um não-cidadão e facilita o processo criminal. (WACQUANT, 2015, p. 21) **(Grifei)**

Em tempos difíceis como os atuais, é preciso reafirmar que a proteção dos direitos humanos é para todos, incluindo os usuários de drogas, especialmente as classificadas de ilícitas, um dos integrantes do nosso grupo oprimido em questão. Diz-se isso, pois, são corriqueiras as práticas equivalentes à tortura para com estes, que não se resumem ao que é transmitido pelas mídias em geral. Um sem número de pessoas, nesse exato momento, estão sendo violadas nos seus direitos mais básicos em nome de um suposto tratamento para lhe “curar”<sup>203</sup> do desejo pelo uso de uma determinada droga.

O tratamento desumano não é monopólio do Estado, ao utilizar atitudes higienistas como o recolhimento e a internação compulsórias de pessoas em situação de rua. Igualmente, indivíduos internados, voluntariamente ou não, nas denominadas clínicas de re-

---

<sup>203</sup> Coloca-se entre aspas, pois, entende-se ato impossível a cura de um desejo. Pode-se, no máximo, controlar.

abilitação, as atuais Comunidades Terapêuticas, sofrem maus tratos. Nestas, já foram constatadas, pelo Conselho Federal de Psicologia<sup>204</sup>, inúmeras violações aos mais básicos direitos humanos.

Como explicar sob a ótica hegemônica dos direitos humanos acima mencionada, os recolhimentos compulsórios ocorridos no Rio de Janeiro e em São Paulo? Como explicar para uma pessoa em sua plena capacidade intelectual, porém, usuária de droga, que sua família tem o direito de pedir ao Poder Judiciário que o Estado lhe interne compulsoriamente?

O que se vê, então, apesar do fechamento de diversos leitos psiquiátricos, são que exclusões e maus tratos, com fundamento nessa mesma lei libertária, continuam ocorrendo. Percebe-se, assim, que o discurso de universalidade e hegemonia dos direitos humanos não tem mais espaço no cenário contemporâneo.

Enquanto subsistirem instituições violadoras de direitos humanos, eminentemente de cunho particular (ainda que subsidiadas com recursos públicos), que comungam do discurso da psiquiatria clássica, que efetivamente tem a pretensão de revogar a Lei da Reforma Psiquiátrica, não se estará garantindo a dignidade das pessoas em sofrimento mental e que, por alguma razão, são ali internadas.

A questão não é alterar a lei, mas concretizá-la, transformar, ainda que pouco a pouco, a realidade desses locais de internamento (conveniados ou não ao SUS) que não podem, em hipótese alguma, violar direitos humanos. Não se deve descartar leis de resistência, tal como a Lei nº 10.216/01, tampouco o que as dimensões da reforma psiquiátrica já alcançaram. As práticas de resistência sempre foram, e continuam sendo, um meio de luta de alterar a realidade de opressão e injustiça. Assim, no que tange à construção de uma concepção contra-hegemônica de direitos humanos são essenciais.

**(...) se Deus fosse um ativista dos direitos humanos, Ele ou Ela estariam definitivamente em busca de uma concepção contra-hegemônica dos direitos humanos e de uma prática coerente com ela. (SANTOS, 2013, 142) (Grifei)**

---

<sup>204</sup> Conforme o relatório da 4ª Inspeção de Direitos Humanos, disponível no link <http://site.cfp.org.br/publicacao/relatorio-da-4a-inspecao-nacional-de-direitos-humanos-locais-de-internacao-para-usuarios-de-drogas-2a-edicao/>



## 6.2 USO DE DROGAS: PROIBICIONISMO, SELETIVIDADE E LIBERDADE

Somente uma razão entorpecida pode autorizar que, sob este mesmo ilusório pretexto, se imponham restrições à liberdade de quem, eventualmente, queira causar dano à sua própria saúde (KARAM, 2015, p. 62)

Quando o assunto é uso de drogas, é frequente encontrar-se uma indagação e uma afirmação a respeito do tema. A pergunta refere-se à motivação que leva ao consumo de substâncias psicoativas (NERY FILHO et al., 2012; BOKANY, 2015; ESCOHOTADO, 1997; ACSELRAD, 2015).

Já, a afirmação parte de uma constatação: a humanidade sempre utilizou drogas em geral livremente, sendo a sua criminalização recente (TEIXEIRA; ENGSTROM; RIBEIRO, 2017; FIORE, 2005; KARAM, 2015; ESCOHOTADO, 1997; VARGAS, 2001).

Mas, então, qual seria a resposta par a indagação: Por que os seres humanos usam drogas?

Para o senso comum<sup>205</sup> o consumo de drogas está relacionado com a necessidade de adaptar-se, escapar ou relaxar, aliviar o tédio, parecer adulto, rebelar-se<sup>206</sup>. A curiosidade, a expectativa de prazer, a sensação de poder e autoafirmação perante os amigos são fatores que motivam o uso, de acordo com pesquisas brasileiras realizadas com adolescentes da rede pública e privada (ACSELRAD, 2015, p. 63).

Antônio Nery Filho (2012), responde a essa indagação utilizando-se a simbologia contida nos mito de Adão e Eva e da Horda Primitiva<sup>207</sup>, que, tem em comum o problema em lidar com o sofrimento que a própria condição humana lhes impunha.

É possível, digo, é bem possível que a seguinte história tenha ocorrido: um dia, depois de longa peregrinação, **um grupo de humanos repousou sob árvores protetoras**; talvez fosse tempo outonal e chovesse com frequência. Vejo um humano saindo de seu canto em busca de água para apaziguar

<sup>205</sup> Segundo Marilena Chauí, o senso comum “é uma opinião baseada em hábitos, preconceitos, tradições cristalizadas” (2008b, p. 220). São suas características: 1) ser subjetivo; 2) ser generalizador; 3) tende a estabelecer relação de causa e efeito entre coisas e/ou fatos; 4) costuma projetar sentimentos de angústia e medo diante do desconhecido; 5) cristaliza preconceitos que são projetados nos acontecimentos da realidade. A ciência, por sua vez, “é o conhecimento que resulta de um trabalho racional” (CHAUÍ, 2008b, p. 217–218).

<sup>206</sup> <http://www.mundosemdrogas.org.br/drugfacts/drugs/why-do-people-take-drugs.html>

<sup>207</sup> “Valho-me, aqui, apenas da ideia concebida por Charles Darwin de Horda Primeva enquanto grupo original, sem avançar na construção psicanalítica elaborada por Freud a partir da morte do pai primevo e suas consequências fundamentais, isto é, a organização social e cultural humana” (NERY FILHO et al., 2012, p. 12).

a sede. Abaixa-se e, ainda distante dos gestos mais delicados que terá no futuro, **bebe sofregamente sem se dar conta de que nesta água estão amolecidos e dissolvidos frutos, frutos de sua árvore, tombados antes de sua chegada.** É possível, também, que tenha sido uma laranjeira essa árvore ou mesmo uma macieira, para antecipar outro mito mais significativa. **Frutos cítricos fermentados deram a essa água propriedades novas, inebriantes, pela presença de etanol ou de moléculas de propriedades químicas muito próximas, produzindo, pela primeira vez, inevitável efeito depressor do sistema nervoso central e a respectiva alteração da percepção de si mesmo e do mundo exterior. Finalmente, a dor psíquica causada pelo conhecimento da finitude era aplacada e os humanos puderam seguir em frente construindo incessantemente sua história.**

(...)

É possível pensar que o encontro com uma planta ou produto químico tenha ocorrido, de modo semelhante àquele referido linhas acima para os novos humanos oriundos da Horda Primitiva: “[...] **um dia, sedentos, tomaram da ‘água fermentada’ e reencontraram o paraíso, temporariamente**”. Um novo fruto do bem e do mal foi descoberto; entretanto, não seria mais de Deus o Juízo e a Sentença, mas dos próprios humanos, na longa trilha calçada pelo livre arbítrio e pela liberdade (NERY FILHO et al., 2012, p. 14–18). **(Grifei)**

Ao final, chega a uma resposta simples: os seres humanos usam drogas porque se tornaram humanos. Por isso, o uso de uma droga, qualquer que seja a classificação legal que lhe seja atribuída, será sempre uma questão humana (NERY FILHO et al., 2012, p. 20).

Escohotado, por sua vez, relaciona o uso de substâncias psicoativas a um modo de aplacar os sofrimentos humanos ou, como denomina, “perda da paz”:

Os sofrimentos têm milhares de origens e intensidades. Podem ser uma leve e constante dor de cabeça ou uma cólica renal aguda, a perda de alguém muito querido, um descontentamento consigo mesmo, o trauma de uma intervenção cirúrgica ou a premonição de morte próxima. **Seria ridículo enfrentar fontes e intensidades de sofrimento tão diferentes com os mesmos recursos, por isso temos inventado remédios adaptados a cada condição.** (...). **Para começar, certas dores e sofrimentos vêm de dentro, enquanto outras vêm claramente de fora;** existem as crônicas e as ocasionais, razoavelmente suportáveis e absolutamente insuportáveis, morais e orgânicas, vergonhosas e dignas, previsíveis e imprevisíveis. (1997, p. 43) **(Grifei)**

Para Bokany, mais importante do que se perguntar o porquê alguém usa drogas, deve-se, na verdade, inverter a pergunta, e, criticamente, “tirar o foco do sujeito e refletir sobre os motivos pelos quais a sociedade cria necessidades e condições sociais que levam ao uso problemático e dependente das drogas”(BOKANY, 2015, p. 13).

Segundo dados do Relatório Mundial sobre Drogas das Nações Unidas, estima-se que 255 milhões de pessoas no mundo utilizam drogas, sendo que cerca de 29,5 milhões

de pessoas - ou 0,6% da população adulta global – o farão de modo problemático<sup>208</sup>. No Brasil, pesquisa recente realizada pela Fiocruz em parceria com a Secretaria Nacional de Drogas (SENAD), identificou 370 mil usuários de crack no país, sendo que 35% estão localizados nas capitais do país (BASTOS; BERTONI, 2014).

Fato é que o consumo de substâncias inebriantes é milenar. Já, sua proibição é recente. Apenas a partir do início do século XX é que algumas tiveram seu uso proibido. A origem desse processo moralizador e normalizador, que é a proibição e criminalização de condutas relativas às drogas, é fluída e impossível de ser encontrada, sendo qualquer reconstrução histórica sempre arbitrária<sup>209</sup> (CARVALHO, 2014).

Fiore aponta que a transformação do uso das drogas como um problema social<sup>210</sup> constitui um processo complexo que envolve diversos fatores, desde religiosos e morais até políticos e econômicos. Afirma, ainda, que tal processo se institucionalizou primeiramente nos EUA. Atribui algumas causas a esse pioneirismo americano, que elevou o consumo de determinadas substâncias ao patamar de questão pública:

Enumeram-se diversas causas desse “pioneirismo” norte-americano, ainda que nenhuma delas tenha se dado lá exclusivamente: a profunda antipatia cristã por algumas substâncias antigas e os estados alterados de consciência, agravada diretamente pelo puritanismo asceta da sociedade norte-americana; a preocupação de elites econômicas e políticas com os “excessos” das classes ou raças vistas como inferiores ou “perigosas”; o estímulo a determinados psicoativos, em detrimento de outros, como decorrência de interesses nacionais e econômicos (FIORE, 2005, p. 259).

Somem-se a essas causas o fato da sociedade norte-americana ser extremamente moralista e lutar ativamente pelo fim dos vícios em geral, o que incluía também a prostituição e os jogos. Dessa forma, os Estados Unidos “foram o primeiro país não só a sediar um intenso debate público, mas também, instituiu um aparelho burocrático exclusivo para o controle de drogas”(FIORE, 2005, p. 260).

Em âmbito internacional, a Convenção Internacional de Haia sobre o ópio, de 23 de janeiro de 1912, foi o primeiro documento a proibir a produção, o comércio e o consumo

<sup>208</sup> <http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2017>

<sup>209</sup> O autor parte de uma perspectiva criminológica crítica e opõe-se à pesquisa de origem. Para ele, “em sendo o conhecimento sempre perspectivo e não havendo cena de inauguração ou estreia, não se procura buscar o nascedouro dos valores morais que fundam a punição das condutas relacionadas às drogas” (CARVALHO, 2014, p. 57–58).

<sup>210</sup> “No senso comum, um problema social existe simplesmente porque é um dado da realidade, algo natural, mas cabe para as ciências, principalmente as humanas, buscar compreender os mecanismos pelos quais o problema é instituído” (FIORE, 2005, p. 259)

de substâncias psicoativas. Em 1931, a Convenção de Genebra “explicitou a restrição da produção, do comércio e do consumo das selecionadas substâncias tornadas ilícitas a fins exclusivamente médicos ou científicos”(KARAM, 2015, p. 7).

Ressalte-se que, até então, não havia a criminalização dessas condutas, o que só vai acontecer pela primeira vez na Convenção Única da Organização das Nações Unidas (ONU) em 1961. A reafirmação da criminalização vai acontecer, no âmbito da ONU, no Convênio sobre substâncias psicotrópicas de 1971 e na Convenção de Viena contra o tráfico ilícito de entorpecentes e substâncias psicotrópicas de 1988 (KARAM, 2015).

**Tais diplomas internacionais pretendem restringir a fins exclusivamente médicos e científicos a produção, distribuição (aí incluído não só o comércio, mas qualquer forma de fornecimento ou entrega a terceiros) e o consumo das selecionadas drogas tornadas ilícitas, mediante a criminalização das condutas relacionadas àquelas atividades que se realizem com quaisquer outros fins. (...). A Convenção de Viena de 1988 aprofunda a escalada repressiva. A ênfase na repressão já se faz sentir em seu título – não mais, como os diplomas precedentes, “sobre entorpecentes” ou “sobre substâncias psicotrópicas”, mas, agora, “contra o tráfico ilícito de entorpecentes e substâncias psicotrópicas”(KARAM, 2015, p.7- 8) (Grifei)**

Desse modo, o proibicionismo direcionado para as drogas elegidas como ilícitas, e que teve início no século XX, com a expansão do poder punitivo e criminalização das condutas de produzir, comercializar e consumir tais substâncias, pode ser conceituado como:

um posicionamento ideológico, de fundo moral, que se traduz em ações políticas voltadas para a regulação de fenômenos, comportamentos ou produtos vistos como negativos, através de proibições estabelecidas notadamente com a intervenção do sistema penal, sem deixar espaço para as escolhas individuais, ainda quando os comportamentos regulados não impliquem em um dano ou em um perigo concreto de dano para terceiros (KARAM, 2015, p. 1)

Serão essas Convenções da ONU que irão direcionar as legislações internas dos Estados Nacionais que a ratificarem, o que inclui o Brasil. A atual lei nº 11.343/06, assim como as anteriores, refletem essas diretrizes criminalizadoras das condutas de produção, comercialização e consumo das drogas selecionadas como ilícitas.

A primeira proibição do uso de uma substância deu-se no artigo 7º da lei de posturas da Câmara do Rio de Janeiro de 1830, que proibia o uso de pito de pango (maconha) durante o Império (BATISTA, 1997; FIORE, 2005; PETUCO, 2015).

É proibida a venda e o uso do “pito do pango”, bem como a conservação dele em casas públicas: os contraventores serão multados, a saber, em 20\$000, e os escravos, e mais pessoas que dele usarem, em 3 dias de cadeia (PETUCO, 2015, p. 192)

A intenção era o controle do crescimento da população escrava negra e não a planta em si, como destacam Petuco e Fiore:

Não resta dúvida: o objeto de preocupação é o negro escravizado no Rio de Janeiro da primeira metade do século XIX. Rio de Janeiro que à época era a cidade com a maior população escravizada do mundo. É provável que as elites brasileiras julgassem perigosas aquelas reuniões de negros em torno do pito o pango, e a criminalização de práticas sociais associadas àqueles encontros (também foi assim com a capoeira e as religiões de matriz africana), servia como dispositivo de legitimação de intervenções repressivas (PETUCO, 2015, p. 193).

Um exemplo da não-preocupação direta do Estado com a planta, na época, mesmo que demasiado prosaico, é o relato de Benoit Mure, um dos médicos que introduziram a homeopatia no Brasil no século XIX. Mure relata em seus escritos que não encontrou dificuldades para colher um pé de *Cannabis sativa*, planta da qual se origina a maconha e o haxixe, na época proibida, dentro do palácio imperial de São Cristóvão com o objetivo de realizar experiência com o haxixe. (FIORE, 2005, p. 263)

Tem-se, assim que, na verdade, até o século XX, o consumo de drogas não foi um tema em discussão no Brasil<sup>211</sup>. Porém, o aumento do consumo de ópio e haxixe na aristocracia urbana, com a propensão para o desregramento e o vício, é que incentivou a edição de novas leis regulamentando o uso e a venda de determinadas substâncias (FIORE, 2005; CARVALHO, 2014).

O Decreto-Lei nº 891/38, que criminalizou pela primeira vez o uso no país, foi elaborado com base na Convenção de Genebra de 1936, proibindo diversas substâncias consideradas entorpecentes, na forma do seu artigo 1º:

São consideradas entorpecentes, para os fins desta lei e outras aplicáveis, as seguintes substâncias:

Primeiro grupo:

I - O ópio bruto, o ópio medicinal, e suas preparações, exceto o elixir paregórico e o pó de Dover.

<sup>211</sup> O Código Penal Brasileiro de 1890 previa no artigo 159 o crime de “**expor à venda, ou ministrar**, substâncias venenosas sem legítima autorização e sem as formalidades prescriptas nos regulamentos sanitários”, sob pena de multa. (**Grifei**). Portanto, não havia ainda a criminalização do consumo de substâncias. Em 1932 esse artigo é alterado, sendo-lhe acrescentados doze parágrafos e a pena de prisão em conjunto com a pena de multa, além de substituir a expressão “substâncias venenosas” por “substâncias entorpecentes” (CARVALHO, 2014, p. 60–61)

- II - A morfina, seus sais e preparações.
  - III - A diacetilmorfina, diamorfina (Heroína), seus sais e preparações.
  - IV - A dihidromorfinona, seus sais, (Dilaudide) e preparações.
  - V - A dihidrocodeinona, seus sais (Dicodide) e preparações.
  - VI - A dihidro-oxicodeinona, seus sais (Eucodal) e preparações.
  - VII - A tebaína, seus sais e preparações.
  - VIII - A acetilo-dimetilo-dihidrotebaína, seus sais (Acedicon) e preparações.
  - IX - A benzilmorfina, seus sais (Peronina) e preparações.
  - X - A dihidromorfina, seus sais (Paramorfan) e preparações.
  - XI - A N-orimorfina (Genomorfina) e preparações.
  - XII - Os compostos N-osimorfinicos, assim como outros compostos morfínicos de azoto pentavalente e preparações.
  - XIII - As folhas de coca e preparações.
  - XIV - A Cocaína, seus sais e preparações.
  - XV - A cegonina, seus sais e preparações.
  - XVI - O cânhamo cannabis sativa e variedade índica (Maconha, meconha, diamba, liamba e outras denominações vulgares).
  - XVII - As preparações com um equivalente em morfina superior a 0g,20 por cento, ou em cocaína superior a 0g,10 por cento.
- Segundo grupo:
- I - A etilmorfina e seus sais (Dionina) .
  - II - A metilmorfina (Codeína) e seus sais.

A criminalização do uso de substâncias foi consagrada no artigo 33 do mesmo Decreto-Lei nº 891/38:

**Artigo 33** Facilitar, instigar por atos ou por palavras, a aquisição, **uso**, emprego ou aplicação de qualquer **substância entorpecente**, ou, sem as formalidades prescritas nesta lei, vender, ministrar, dar, deter, guardar, transportar, enviar, trocar, sonegar, **consumir substâncias compreendidas no art. 1º** ou plantar, cultivar, colher as plantas mencionadas no art. 2º, **ou de qualquer modo proporcionar** a aquisição, **uso** ou aplicação dessas substâncias - penas: um a cinco anos de prisão celular e multa de 1:000\$000 a 5:000\$000. **(Grifei)**

Esse mesmo Decreto-Lei nº 891/38 que como já referido diversas vezes neste trabalho, especialmente no Capítulo 4, estabelece a internação obrigatória dos toxicômanos<sup>212</sup>, além de considerar a toxicomania como uma doença de notificação obrigatória, no seu artigo 27<sup>213</sup>. Fiore ressalta duas importantes novidades trazidas pelo DL nº 891/38:

(...) a fixação de uma mesma pena para o porte, para o uso ou para a venda, independentemente da quantidade apreendida, e a proibição do tratamento

<sup>212</sup> Expressão utilizada pelo DL.

<sup>213</sup> Artigo 27 - A toxicomania ou a intoxicação habitual, por substâncias entorpecentes, é considerada doença de notificação compulsória, em caráter reservado, à autoridade sanitária local.

da toxicomania no domicílio, sendo considerada uma doença de notificação obrigatória cujo *status* é o mesmo de doenças infecciosas (FIORE, 2005, p. 267–268)

O Código Penal de 1940 inseriu no capítulo dos crimes contra a saúde pública o crime de “comércio clandestino ou facilitação de uso de entorpecente” no seu artigo 281<sup>214</sup>:

Art. 281- Importar ou exportar, vender ou expor à venda, fornecer, ainda que a título gratuito, transportar, trazer consigo, ter em depósito, guardar, ministrar, ou, de qualquer maneira, entregar a consumo substância entorpecente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar.

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, de dois a dez contos de réis.

Percebe-se, assim, que a utilização de substância deixou se configurar crime, não sendo tolerado, contudo, a instigação ao uso, como se depreende do seu §3<sup>o215</sup>:

§ 3º As penas do parágrafo anterior são aplicadas àquele que:

I - Instiga ou induz alguém a usar entorpecente;  
II - utilizar local, de que tem a propriedade, posse, administração ou vigi-  
lância, ou consente que outrem dele se utilize, ainda que a título gratuito,  
para uso ou guarda ilegal de entorpecente;  
III - contribue de qualquer forma para incentivar ou difundir o uso de substância entorpecente.

§ 4º As penas aumentam-se de um terço, se a substância entorpecente é vendida, aplicada, fornecida ou prescrita a menor de dezoito anos.

Contudo, o Decreto-Lei nº 385/68<sup>216</sup> modificou o artigo 281 do CP/40 e passou a criminalizar o usuário com a mesma pena imposta ao traficante, o que contrariou o discurso internacional da ideologia da diferenciação, cuja “principal característica deste discurso é traçar nítida distinção entre consumidor e traficante, ou seja, entre doente e delinquente, respectivamente” (CARVALHO, 2014, p. 66)

§ 1º Nas mesmas penas incorre quem ilegalmente:

(...)

II - traz consigo, **para uso próprio**, substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica. (Matérias-primas ou plantas destinadas à preparação de entorpecentes ou de substâncias que determine dependência física ou psíquica.) **(Grifei)**

<sup>214</sup> <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-publicacaooriginal-1-pe.html>

<sup>215</sup> <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-publicacaooriginal-1-pe.html>

<sup>216</sup> [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/1965-1988/Del0385.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/Del0385.htm)

Segundo Carvalho (2014), a interpretação do STF à época de não considerar o uso de drogas crime, por falta de previsão legal e com base no princípio da taxatividade, pode ter levado à alteração legislativa, pois, a punição exclusiva do comerciante “suscitava preocupações no âmbito da repressão” (p. 68).

Em 1971 a Lei nº 5.726<sup>217</sup> veio para adequar o sistema brasileiro às normas internacionais. Assim, os usuários deixaram, em tese, de serem considerados criminosos, pois passariam a receber tratamento:

Art 9º Os viciados em substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, que praticarem os crimes previstos no art. 281 e seus §§ do Código Penal, ficarão sujeitos às medidas de recuperação estabelecidas por esta lei.

Art 10. Quando o Juiz absolver o agente, reconhecendo que, em razão do vício, não possui êste a capacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acôrdo com esse entendimento, ordenará sua internação em estabelecimento hospitalar para tratamento psiquiátrico pelo tempo necessário à sua recuperação.

Porém, perversamente, a lei continuava equiparando o usuário ao traficante, impondo-lhes as mesmas penas de 01 a 06 anos:

Art. 281. Importar ou exportar, preparar, produzir, vender, expor à venda ou oferecer, fornecer, ainda que gratuitamente, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, ministrar ou entregar de qualquer forma, a consumo substância entorpecente, ou que determine dependência física ou psíquica, sem autorização ou em desacôrdo com determinação legal ou regulamentar:

Pena - reclusão, de 1 (um) a 6 anos e multa de 50 (cinquenta) a 100 (cem) vezes o maior salário-mínimo vigente no País.

§ 1º Nas mesmas penas incorre quem, indevidamente:

(...)

III - traz consigo, **para uso próprio**, substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica; **(Grifei)**

No tocante às alterações legislativas durante a década de 70, no período ditatorial pelo qual o país passou Carvalho resume bem o que se passou à época em termos de criminologia:

<sup>217</sup> [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1970-1979/L5726.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L5726.htm)impresao.htm



A legislação preserva o discurso médico-jurídico da década de sessenta com a identificação do usuário como dependente (estereótipo da dependência) e do traficante como delinquente (estereótipo criminoso) (CARVALHO, 2014, p. 69)

Nesse momento, cabe uma interrupção no histórico de leis que criminalizaram o uso de drogas para uma breve explicação acerca da criação de estereótipos, entendidos como “elementos simbólicos manipuláveis na sociedade que servem para justificar a existência e o comportamento do sujeito com relação ao seu meio.” (CARVALHO, 2014, p. 66)

Rosa Del Olmo, em sua obra “A face oculta da droga” (2009), apresenta a evolução dos discursos médico, dos meios de comunicação, jurídico e geopolítico, construídos em torno da droga ao longo das décadas de 50 a 80 no continente Americano, que levaram à criação, respectivamente, de quatro tipos de estereótipos: o médico, o cultural, o moral e o criminoso.

Na década de 50, a droga não tinha a importância econômica de hoje em dia, tampouco o seu consumo era elevado, portanto, não era considerada um problema. O discurso nesse período é o ético-jurídico, correspondente ao estereótipo moral, onde a droga “é sinônimo de periculosidade”; o consumidor é considerado “degenerado” ou “criminosos viciados dados a orgias sexuais”, com a associação droga-sexo e o consumo é uma “perversão moral” (OLMO, 2009, p. 30).

A década de 60 é marcada pelo discurso médico-jurídico, em razão da difusão do modelo médico-sanitário e de consideração da droga como sinônimo de dependência. Esse discurso servirá de base para a ideologia da diferenciação, que tem como consequência a criação de dois estereótipos: o da dependência (discurso médico) para o consumidor e o do criminoso (discurso jurídico) para o traficante. (OLMO, 2009, p. 34).

Na década de 70 há uma continuidade do discurso médico e o estereótipo da dependência, mas, também, o início do discurso político, ou seja, da droga como ameaça à ordem e do estereótipo político-criminoso. (OLMO, 2009, p. 39). Porém, começa a surgir o inimigo externo, isto é, o tráfico. É nessa década que o Presidente americano Nixon começa a internacionalizar a aplicação da lei em matéria de droga, isto é, “legitimar o discurso jurídico-político e o estereótipo político-criminoso da droga além das fronteiras do Estados Unidos” (OLMO, 2009, p. 44).

É também no início da década de 70 que o discurso dos meios de comunicação cria o pânico em torno da droga. Muito embora o consumo maior fosse de maconha, as informações divulgadas no Brasil eram referentes à heroína, cujo consumo era maior nos

Estado Unidos. Os resultados foram desastrosos porque estavam sendo importados, e sendo impostos, discursos alheios que não levavam em conta nem a diferença entre as drogas, nem entre os grupos sociais. (OLMO, 2009, p. 46)

O discurso pela mídia da maconha como “erva maldita”, responsável pela criminalidade, ou, “síndrome amotivacional”, dependeria de quem a consumia: se moradores de favelas seriam criminosos, pois a droga os deixa agressivos; se “meninos do bem”, a droga os deixava apáticos. Assim surge o estereótipo de criminoso para o pobre e o de doente e dependente para o rico; independentemente da quantidade e do tipo de droga que estivessem portando. (OLMO, 2009, p. 47)

Nos anos 80 o consumo de maconha e cocaína é o maior da história americana. O consumidor deixa de ser “doente” e passa a ser “cliente e consumidor de substâncias ilícitas”. A preocupação central é a droga procedente do exterior e os aspectos econômicos e políticos da cocaína. A questão de saúde pública perdeu a importância. Surge o discurso jurídico transnacional: “as drogas produzidas no exterior não deveriam chegar aos Estados Unidos, nem tampouco sair do país” (OLMO, 2009, p. 55-58).

Assim, o novo discurso responsabiliza os imigrantes ilegais pelo aspecto econômico das drogas. Surge o estereótipo criminoso latino americano (especialmente colombiano), produto do discurso jurídico e dos meios de comunicação (OLMO, 2009, p. 59). Responsabiliza-se a oferta e não a demanda – isto é, o tráfico e não o consumo.

Desse modo, o inimigo externo passa a ser o único culpado pelo problema da droga nos Estados Unidos. Esse inimigo é o estereótipo político criminoso latino americano criado pelo discurso jurídico transnacional. O comércio internacional de drogas passa a ser um problema de segurança internacional. (OLMO, 2009, p. 67)

Como se percebe pelas leis já analisadas (e como se verá adiante), o Brasil incorporou os discursos e estereótipos criados pela política norte-americana, ignorando o fato de que os discursos que criam estereótipos servem apenas para demonizar o problema das drogas.

“Com isso, se escondem o alcance e as repercussões econômicas e políticas atrás de um discurso único, atemporal e a-histórico, que só contribui para a consolidação do poder das transnacionais que manejam o negócio. (...). Essa é a face oculta da droga.” (OLMO, 2009, p.79-80)

De volta às tipificações legais do crime de uso ou consumo de drogas no Brasil, em 1976, quando se continuava sob um regime ditatorial, foi editada a Lei nº 6368/76, que vigorou por 30 (trinta) anos, até ser revogada pela atual Lei nº 11.343/06.

Com a Lei nº 6368/76 ingressa-se no cenário internacional de combate às drogas, a tão conhecida “guerra às drogas”, incorporando tratados e convenções internacionais a respeito do tema. As condutas criminalizadas são praticamente as mesmas do artigo 281, CP/40, agora revogado. Diferenciam-se na graduação das penas entre os considerados traficante (artigo 12<sup>218</sup>) e o usuário, cujo crime passou a ser disciplinado pelo artigo 16<sup>219</sup> da lei:

Art. 16. **Adquirir, guardar ou trazer consigo, para o uso próprio**, substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar:  
Pena - Detenção, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos, e pagamento de (vinte) a 50 (cinquenta) dias-multa.

Com relação ao dependente a lei estabeleceu nos artigos 10<sup>220</sup> a obrigatoriedade do tratamento em regime de internação. Lembre-se que ainda estamos na fase embrionária no Movimento Antimanicomial no Brasil. Percebe-se, assim, a prevalência do discurso médico-jurídico, com o tratamento obrigatório. Nesse sentido Carvalho explica:

Assim, no plano político-criminal, **a Lei nº 6368/76 manteve o histórico discurso médico-jurídico com a diferenciação tradicional entre consumidor (dependente e/ou usuário) e traficante, e com a concretização moralizadora dos estereótipos consumidor-doente e traficante-delinquente**. Outrossim, com a implementação gradual do discurso jurídico-político no plano da segurança pública, **à figura do traficante será agregado o papel (político) do inimigo interno, justificando as constantes exacerbações de pena**, notadamente na quantidade e na forma de execução, que ocorrerão a partir do final da década de setenta (2014, p. 79)

<sup>218</sup> Art. 12. Importar ou exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda ou oferecer, fornecer ainda que gratuitamente, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar ou entregar, de qualquer forma, a consumo substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar. Pena - Reclusão, de 3 (três) a 15 (quinze) anos, e pagamento de 50 (cinquenta) a 360 (trezentos e sessenta) dias-multa.

<sup>219</sup> [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L6368.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6368.htm)

<sup>220</sup> Art. 10. O tratamento sob regime de internação hospitalar será obrigatório quando o quadro clínico do dependente ou a natureza de suas manifestações psicopatológicas assim o exigirem.

A atual Lei nº 11.343/06<sup>221</sup> manteve inalterada a base proibicionista das leis anteriores e a ideologia da diferenciação da Lei nº 6368/76, estabelecendo dois estatutos diferentes com respostas punitivas de natureza diversas: severa repressão para o traficante de drogas e “patologização do usuário e do dependente com aplicação de penas e medidas” (CARVALHO, 2014, p. 119)

O consumo de drogas continua com tipificação legal no artigo 28<sup>222</sup>, inserido no Capítulo II, que trata dos crimes e das penas. Percebe-se que não há mais a fixação de pena privativa de liberdade, contudo, impõe penas alternativas à prisão:

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

I - advertência sobre os efeitos das drogas;

II - prestação de serviços à comunidade;

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

Para Carvalho as medidas estabelecidas pelo artigo 28 da Lei nº 11.343/06, apesar de não mais impor pena privativa de liberdade, continua estabelecendo mecanismos de controle de efeitos moral, com o objetivo de “normalizar” os usuários:

**Ofuscadas pelo sentido terapêutico, as medidas propostas enclausuram usuários e dependentes no discurso psiquiátrico-sanitarista**, possibilitando diagnosticar que a pretensa suavização do tratamento penal ao usuário opera como inversão ideológica dos programas de redução de danos (2014, p. 120) (Grifei)

Segundo Karam, a Lei nº 11.343/06, não traz nenhuma alteração significativa no aspecto do consumo de drogas, não tendo relevância o fato de não estabelecer pena privativa de liberdade. Isso não significa que houve a chamada descriminalização para uso pessoal, tal como alguns defendem. Para ela:

Ignoram que a ameaça da pena é que caracteriza a criminalização. E penas, como a própria Constituição Federal explicita, não são apenas as privativas de liberdade, mas também as restritivas de liberdade, a perda de bens, a multa, a prestação social alternativa, as suspensões ou interdições de direitos. (...). Mantendo a criminalização da posse para uso pessoal, a Lei

<sup>221</sup> Cabe uma explicação: em 2002 foi editada a Lei nº 10.409, que reformulava a Lei nº 6368/76. Ocorre que, após aprovação no Congresso Nacional, o capítulo dos delitos e das penas foi vetado pelo Presidente da República, o que fez com que entrasse em vigor apenas a parte processual da lei. Os crimes continuavam os tipificados na Lei nº 6368/76. Essa situação híbrida permaneceu até a publicação da Lei nº 11.343/06.

<sup>222</sup>[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm)

nº11.343/06 repete as violações ao princípio da lesividade e às normas que, assegurando a liberdade individual e o respeito à vida privada, estão ligadas ao próprio princípio da legalidade, que, base do Estado de direito democrático, assegura a liberdade individual como regra geral, situando proibições e restrições no campo da exceção e condicionando-as à garantia do livre exercício de direitos de terceiros (2008, p.116)

Proibicionismo e Seletividade são duas palavras que andam juntas quando o tema é drogas de uma forma geral. Proíbe-se desconsiderando critérios científicos, selecionam-se os que sofrerão a persecução penal com base em critérios econômicos e sociais.

A criminalização<sup>223</sup> do consumo de drogas vai envolver um processo seletivo tanto no momento da elaboração do tipo penal (o artigo da lei que prevê a conduta), como no momento da persecução penal, desde a abordagem policial, passando pela investigação da polícia civil e encaminhamento ao Ministério Público (que sempre pode alterar o tipo penal apontado pelo delegado para fins de oferecimento de denúncia), até o julgamento pelo Poder Judiciário que, por sua vez, não está adstrito ao tipo penal denunciado, mas sim à conduta descrita na denúncia.

Isso porque é muito comum, na realidade brasileira, a utilização dos estereótipos de traficante e consumidor, já mencionados anteriormente, com base em critérios de classe social no momento da abordagem policial, no caso de posse de alguma substância psicoativa ilícita: o indivíduo pobre será enquadrado como traficante; enquanto aquele pertencente às classes média/alta será classificado como consumidor ou dependente.

Via de regra pouco importa a quantidade de droga apreendida, mas sim o bairro em que ocorreu o flagrante, as vestimentas e a cor da pele. É o que as denúncias do Ministério Público denominam de “atitude suspeita” e que Zaccone descreve perfeitamente:

o estereótipo do bandido vai-se consumando na figura de um jovem negro, funkeiro, morador da favela, próximo do tráfico de drogas, vestido de boné, cordões, portador de algum sinal de orgulho ou de poder e de nenhum sinal de resignação ao desolador cenário de miséria que o circunda. (2014, p. 21)

Vera Malaguti Batista descreve bem a utilização desses estereótipos na realidade do rio de janeiro a partir dos anos 70:

---

<sup>223</sup> Utiliza-se o termo criminalização aqui envolvendo os seus dois conceitos: a primária e a secundária. “Criminalização primária é o ato e o efeito de sancionar uma lei penal material que incrimina ou permite a punição de certas pessoas” (ZAFFARONI e outros, 2006, p. 43). Já, “criminalização secundária é a ação punitiva exercida sobre pessoas concretas, que acontece quando as agências policiais detectam uma pessoa que se supõe tenha praticado certo ato criminalizado primariamente, a investigam, em alguns casos privam-na de sua liberdade de ir e vir, submetem-na à agência judicial, que legitima tais iniciativas e admite um processo”. (ZAFFARONI e outros, 2006, p. 43).

A disseminação do uso da cocaína traz como contrapartida a especialização da mão-de-obra das comunidades periféricas na venda ilegal da mercadoria. Começam a aumentar nas delegacias, no juizado de menores, nas unidades de atendimento a jovens, as infrações relacionadas a posse, consumo ou venda de cocaína. Aos jovens de classe média, que a consomem, aplica-se o estereótipo médico, e aos jovens pobres, que a comercializam o estereótipo criminal. (2003, p. 84)

Segundo Zaffaroni, o “estereótipo acaba sendo o principal critério seletivo da criminalização secundária” (2006, p. 46), ou seja, da persecução penal em si, desde a apreensão da droga pelo policial até o julgamento pelo juiz. Há, na verdade, um processo de seleção de pessoas, qualificadas como “delinquentes”<sup>224</sup>, que, na grande maioria dos casos, pertencem às classes sociais menos favorecidas financeiramente.

A inevitável seletividade operacional da criminalização secundária e sua preferente orientação burocrática (sobre pessoas sem poder e por fatos grosseiros até insignificantes) provocam uma distribuição seletiva em forma de epidemia, que atinge aqueles que têm baixas defesas perante o poder punitivo, aqueles que se tornam mais *vulneráveis à criminalização secundária* porque: **a)** suas características pessoais se enquadram nos estereótipos criminais; **b)** sua educação só lhes permite realizar ações ilícitas toscas e, por conseguinte, de fácil detecção e **c)** porque a etiquetagem suscita a assunção do papel correspondente ao estereótipo, com a qual seu comportamento acaba correspondendo ao mesmo (a profecia que se auto-realiza). **Em suma, as agências acabam selecionando aqueles que circulam pelos espaços públicos com o figurino social dos delinquentes (...).** (ZAFFARONI e outros, 2006, p. 47) (Grifei)

No que tange à seletividade estatal com relação ao usuário de crack, especialmente se em situação de rua, ainda que não haja nenhum tipo penal sendo praticado (criminalização primária), o direito penal acaba sendo utilizado de forma perversa: como controle social da pobreza, ou seja, com as autoridades realizando o controle sobre a população em situação de rua, antes mesmo que algum crime seja praticado.

(...) a utilização da estratégia de **recolhimento compulsório de jovens e adultos moradores de rua e usuários de crack** por meio de internações involuntárias/compulsórias, feitas com base na Lei nº 10.216/01, aponta para uma **saída jurídica que permite às autoridades retirar de circulação essas pessoas consideradas “indesejáveis” por sua própria condição, sem que tenham que ser flagradas na prática de delitos, e com redução de garantias**, eis que o processo penal exige a normalização da atribuição de culpa e a presença de um advogado, dentre outras garantias

<sup>224</sup> Expressão usada pelos autores.

constitucionais, se comparado à Lei nº 10.216/01. (BOITEUX, 2013, p. 73–74)

Loic Wacquant, em sua obra, “As Prisões da Miséria” (2011), já abordava a questão da gestão da miséria, conferindo às prisões a classificação de “depósito de indesejáveis”. O Estado, com a finalidade de manter a ordem estabelecida precisa controlar os dominados, os oprimidos, os indesejáveis.

Para tanto, utiliza de mecanismos de violência para submetê-los e, também, recolhê-los a tais depósitos. Assim, a miséria passa a ter um tratamento penal e não social. O Estado Penal se agiganta e reorganiza as punições sem ter como meta a reinserção, mas sim a “defesa social”:

(...) o legislador multiplicou por toda parte as incriminações e agravou as penas de prisão referentes aos crimes violentos, infrações aos costumes e comércio e uso de drogas. A polícia reforçou os meios e as operações correspondentes a esses delitos, e as autoridades judiciárias reduziram posteriormente as possibilidades de liberdade condicional para uma ampla gama de infrações. (WACQUANT, 2011, p.127)

Muito embora a obra de Wacquant tenha por objeto de análise o mapeamento do Estado Penal nos Estados Unidos, que difundiu o estilo “lei e ordem” e “tolerância zero” no tocante às políticas de segurança, bem como a forma como a União Europeia recebeu e materializou o tratamento penal da miséria, trata-se de uma leitura aplicável também à realidade da América Latina.

Na nota à edição brasileira destaca a violência policial como “tradição nacional multissecular de controle dos miseráveis pela força” (2011, p. 11). O medo da sociedade com a insegurança aliado ao descompromisso do Estado com as questões sociais leva a um conjunto comum de soluções punitivas: “a ampliação dos poderes e das prerrogativas da polícia centrados em infrações de rua e infrações associadas às drogas; a aceleração e o endurecimento do processo judicial; a expansão da prisão como depósito(...)” (WACQUANT, 2011, p.170)

Penalizar a miséria significa aqui “tornar invisível” o problema negro e assentar a dominação racial, dando-lhe um aval de Estado. (...). Em tais condições, desenvolver o Estado penal para responder às desordens suscitadas pela desregulamentação da economia, pela dessocialização do trabalho assalariado e pela pauperização relativa e absoluta de amplos contingentes do proletariado urbano, aumentando os meios, a amplitude e a intensidade da intervenção do aparelho policial e judiciário, equivale a (r)estabelecer uma **verdadeira ditadura sobre os pobres**. (2011, p. 12) (Grifei)

O proibicionismo das drogas, é fato, fracassou. A denominada “guerra às drogas” mostrou-se, ao longo do tempo, impossível de ser bem-sucedida, não apenas por ser impossível acabar com todas as drogas existentes no mundo para todo o sempre, mas porque, no Brasil, é uma guerra contra a pobreza.

Continuar na lógica da proibição, é ignorar as suas consequências mais danosas: “a violência; as mortes; o encarceramento massivo; a corrupção; a falta de controle e impossibilidade de regulação e assim o aumento dos riscos e danos à saúde; o racismo e outras discriminações” (KARAM, 2015, p. 63).

Para acabar com a “guerra às drogas” é preciso mais: legalizar e regular a produção, o comércio e o consumo de todas as drogas, “única opção política para definitivamente pôr fim a todos os inúmeros danos causados pela ilegítima, falida e insana proibição” (KARAM, 2015, p. 65).

Legalizar não significa permissividade ou ‘liberação geral’. (...). A legalização significa o fim do mercado clandestino e, assim, o começo de um sistema de regulação de todas as drogas. (...). Legalizar significa criar condições que permitam que as pessoas que livremente optem por usar qualquer dessas substâncias tenham maiores possibilidades de fazê-lo de forma menos arriscada e mais saudável. (KARAM, 2015, p. 65-66)

Banir a proibição do uso, plantio e venda de drogas etiquetadas de ilícitas, para além de diminuir a população carcerária<sup>225</sup>, reduzir a violência urbana, aumentar a arrecadação de impostos<sup>226</sup> e gerar empregos formais, privilegia o direito fundamental mais caro em um estado democrático de direito: a liberdade individual.

A questão do uso de drogas, permitidas ou proibidas, é um tema que tem laços estreitos com o direito à liberdade individual. Inclui-se nessa liberdade, não apenas o direito de ingerir qualquer substância, lícita ou ilícita, mas também o direito ao entorpecimento, à intoxicação e à automedicação. É o que defendem, por exemplo, Thomas Szasz e Antônio Escotado, conforme explica Salo de Carvalho:

Szasz e Escotado defendem abertamente ser o consumo de drogas, de quaisquer naturezas e para quaisquer fins, direito inalienável do cidadão

<sup>225</sup> Estima-se que cerca de 50% dos presos do Brasil são decorrentes da prática de crimes de tráfico de drogas, conforme levantamento realizado em 2014 pelo Departamento Penitenciário Nacional, ligado ao Ministério da Justiça - [file:///C:/Users/belpe\\_000/Downloads/Infopen\\_dez14.pdf](file:///C:/Users/belpe_000/Downloads/Infopen_dez14.pdf)

<sup>226</sup> Tendo em vista que, sendo atividade lícita, será possível a cobrança de impostos municipais, estaduais e federais



nas sociedades democráticas, constituindo-se como liberdade de intoxicação ou liberdade de automedicação, espécie de liberdade civil com idêntica natureza das liberdades de propriedade e de expressão consagradas historicamente nos textos constitucionais dos países ocidentais. (...). O princípio fundamental da autonomia da vontade é, na construção de Szasz e de Escohotado, tensionado ao máximo, incorporando não apenas o direito das pessoas de consumir as substâncias que entenderem adequadas como o direito de não serem molestadas por esta escolha. (2014, p. 231, 235)

Concorda-se com Karam no sentido de que a simples posse ou consumo em si de drogas ilícitas não afetam bens jurídicos de terceiros, dizendo respeito tão somente ao indivíduo. Ao Estado não é dada autorização para ingressar nesse âmbito da vida particular e determinar o que seu cidadão pode ou não ingerir, sequer, então, impor sanções caso o faça. “Em uma Democracia, enquanto não afete concreta, direta e imediatamente direitos de terceiros, o indivíduo pode ser e fazer o que bem quiser” (2008, p. 116)

O Supremo Tribunal Federal tem a chance de mudar, ao menos parcialmente, essa realidade com o julgamento do Recurso Extraordinário nº 635659, no qual se discute a criminalização do porte de drogas para consumo próprio (artigo 28 da Lei nº 11.343/2006).

O julgamento encontra-se suspenso com pedido de vista do Ministro Teori Zavascki<sup>227</sup>, já tendo três Ministros proferidos seus votos. O relator, Ministro Gilmar Mendes, votou pela inconstitucionalidade do artigo 28, descriminalizando o porte de qualquer droga para uso pessoal. Os Ministros Luís Roberto Barroso e Edson Fachin descriminalizaram apenas quanto ao porte de maconha. O Ministro Barroso propôs, ainda, uma distinção entre tráfico e consumo.

Chamou atenção, no voto do Ministro Barroso, considerado o mais progressista do Supremo Tribunal Federal, a incorporação do discurso midiático. Na fundamentação da exclusão das demais substâncias, ao se referir ao crack, o Ministro utilizou a palavra “zumbis”, o que demonstra a influência da associação dos discursos médico e dos meios de comunicação.

Por certo, não bastará a decisão do STF para que as liberdades individuais sejam respeitadas. Trata-se, antes de tudo de uma questão cultural e de mentalidades, que precisam ser modificadas. Ocorre que, como ressaltado por Carvalho, “mudanças culturais, na maioria dos casos, tendem a ser graduais, realizadas através de microrrupturas no campo das micropolíticas” (2014, p. 239)

---

<sup>227</sup> Em 19 de janeiro de 2017 o Ministro Teori Zavascki sofreu um acidente aéreo até hoje não solucionado. Foi nomeado em seu lugar o Ministro Alexandre de Moraes. Até fevereiro de 2018 o novo Ministro não havia requerido pauta para continuação do julgamento.

### 6.3 O USUÁRIO DE CRACK NO CONTEXTO DO RIO DE JANEIRO

O crack tem sua primeira apreensão oficial no Rio de Janeiro, segundo dados da Polícia Civil, em 2003, muito embora pesquisas revelam que o início da venda e do consumo tenha ocorrido em 2001, “em uma residência localizada no bairro do Estácio” (VALLIM, 2015: 27).

Segundo Escohotado, o crack é uma mistura da pasta base de cocaína com bicarbonato de sódio, sendo, em torno de, quinze vezes mais barato que a cocaína. Em razão da grande quantidade de impurezas não é possível seu uso pela via injetável ou nasal. Por isso, é administrada por cachimbos especiais ou após a aspiração após aquecimento em papel-alumínio. “O nome crack provém do ruído peculiar que emitem as pedras quando aquecidas por uma chama” (1997, p. 156).

O modo inicialmente escolhido pelo poder público municipal da cidade do Rio de Janeiro para “enfrentar”<sup>228</sup> o crack foi a prática higienista do recolhimento em massa de crianças e adolescentes usuárias de drogas, com edição da Resolução nº 20<sup>229</sup>, de 30 de maio de 2011. O então Prefeito do Município do Rio de Janeiro, Eduardo Paes, optou por utilizar a força e a violência no cuidado com crianças e adolescentes usuárias de drogas.

Art. 5º São considerados procedimentos do Serviço Especializado em Abordagem Social, devendo ser realizados pelas equipes dos CREAS/Equipe Técnica/Equipe de Educadores:

(...)

**§3º A criança e o adolescente que esteja nitidamente sob a influência do uso de drogas afetando o seu desenvolvimento integral, será avaliado por uma equipe multidisciplinar e, diagnosticada a necessidade de tratamento para recuperação, o mesmo deverá ser mantido abrigado em serviço especializado de forma compulsória.** A unidade de acolhimento deverá comunicar ao Conselho Tutelar e à Vara da Infância, Juventude e Idoso, todos os casos de crianças e adolescentes acolhidos. **(Grifei)**

A força e a violência eram utilizadas tanto no momento do recolhimento pela Secretaria de Serviço Social (SEOP), como no encaminhamento para o suposto tratamento,

<sup>228</sup> Coloca-se o verbo entre aspas, pois já se tornou jargão a expressão “guerra às drogas” como se fosse possível acabar como uma substância. Na prática, revelou-se, e revela-se, uma verdadeira guerra contra pessoas. No Brasil, contra pessoas negras, pobres, de periferia e em situação de miserabilidade e vulnerabilidade.

<sup>229</sup> [http://smaonline.rio.rj.gov.br/legis\\_consulta/37082Res%20SMAS%2020\\_2011.pdf](http://smaonline.rio.rj.gov.br/legis_consulta/37082Res%20SMAS%2020_2011.pdf)

que era realizado com base na lógica manicomial, medicamentosa e da abstinência, cujas práticas tem incutida a marca histórica da violência e opressão.

Ressalte-se que, em razão da imprecisão da Resolução, que utilizou a expressão “compulsória”, quando algum agente público municipal era indagado acerca do procedimento, eram utilizadas, indiscriminadamente, as expressões “recolhimento compulsório” e “internação compulsória”.

Do mesmo modo a mídia em geral fazia confusão com as expressões “internação involuntária” e “internação compulsória”, utilizando-os como sinônimos, deixando de observar o cuidado de informar corretamente. Essa questão foi constatada por Wurdig; Motta (2014) e Borges (2015), que analisaram os discursos midiáticos acerca da internação compulsória e o crack, tal como explicitado no Capítulo 4 deste trabalho.

Na verdade, o que ocorreu foi uma distorção da expressão contida na Lei nº 10.216/01, pois, conforme Paulo Amarante, o que era realizado nas ruas era uma “internação involuntária coletiva”.<sup>230</sup>

Desse modo, pode-se afirmar que o que aconteceu nas operações do Choque de Ordem da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, além de reiteradas violações de direitos humanos, era uma internação involuntária<sup>231</sup> coletiva ou em massa. Macerata, Dias e Passos descrevem tais ações:

Através de ações que visam “curar” a dependência do crack e limpar os territórios onde pessoas em situação de rua se encontram, a prefeitura do Rio de Janeiro vem recolhendo e internando compulsoriamente pessoas que vivem nas ruas, sob a justificativa do tratamento à dependência química e da proteção social (2014, p.17)

O “dispositivo da internação compulsória” teve início, no Rio de Janeiro, na Secretaria Municipal de Ordem Pública (SEOP), em 2009/2010, no contexto da operação “Choque de Ordem”. Eram várias as medidas, desde a apreensão de veículos até o recolhimento de moradores de rua de locais turísticos. (MACERTA; DIAS; PASSOS, 2014)

No ano de 2011, as “práticas de recolhimento passam da SEOP para a Assistência Social, através da realocação de seus gestores que assumem a pasta da Secretaria Municipal

<sup>230</sup> Em entrevista concedida em 15/03/2013 ao Informe ENSP e disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/32156>

<sup>231</sup> Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica: (...) II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; (...)

de Assistência Social” (MACERTA; DIAS; PASSOS, 2014, p.26). Tem-se, agora, uma equipe específica atuando apenas no recolhimento de pessoas em situação de rua.

Foi somente em 2011 que foi editada a Resolução nº 20, da Secretaria Municipal de Assistência Social, que definiu o “primeiro exemplo do que foi chamado de internação compulsória na cidade do Rio”, que, em um primeiro momento, era limitada a crianças e adolescentes, conforme o artigo 5º, §3º acima citado (BOITEUX, 2013).

A reação foi intensa por parte de grupos de Direitos Humanos, do Ministério Público, da Defensoria Pública, da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), juristas e professores. A Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro propôs a Ação Civil Pública nº 0347466-26/2011 em face do Município do Rio de Janeiro questionando a referida Resolução. O Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro realizou um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) no bojo da referida ação, onde restou pactuado a não realização de internações compulsórias. A Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro criou uma subcomissão e visitou os locais de internação, constatando diversas irregularidades e violações de direitos humanos. (BOITEUX, 2013, p. 57)

Não obstante todas essas medidas, o governo municipal, em outubro de 2012, anunciou a política de internação compulsória para adultos, utilizando-se como fundamento a Lei nº 10.216/01. Apesar de, novamente, utilizar a expressão “internação compulsória”, na verdade, o meio utilizado era o da internação involuntária. Boiteux explica:

**(...) o processo de utilização de medidas compulsórias foi ampliado, tendo o governo municipal, em outubro de 2012, anunciado a política de internação compulsória para adultos, com embasamento legal diverso da Resolução SMAS, que tratava só de crianças. As medidas foram implementadas de fato em fevereiro de 2013 com a internação de adultos da “cracolândias”. Por causa do TAC firmado pelo MPRJ com a Prefeitura do Rio de Janeiro, que proíbe o recolhimento baseado na Resolução nº20/2011 de adultos em situação de rua, houve uma alteração do título e seu embasamento legal. Atualmente a Prefeitura interna compulsoriamente adultos com base na Lei nº 10.216/01, por meio da internação involuntária (BOITEUX, 2013, p. 58) (Grifei)**

Para além da escolha política da estratégia de tratamento, que deveria priorizar modalidades mais exitosas como o CAPS-AD e os consultórios de rua, deve-se ressaltar que essas pessoas eram levadas para locais sem a mínima condição de salubridade ou tratamento.

O veículo no qual essas pessoas são transportadas tem destino, geralmente, o abrigo de Paciência com capacidade para mais de 400 pessoas, sendo que

a LOAS<sup>232</sup> indica que os abrigos tenham capacidade para no máximo 50 pessoas. (MACERATA; DIAS; PASSOS, 2014, p. 29)

Boiteux relata a clara estratégia de ampliação de financiamento de comunidades terapêuticas, especialmente, a partir de 2011, com a Resolução da SENAD<sup>233</sup> nº 29/11, que incluiu as CT's como entidades conveniadas ao SUS, habilitando-as ao recebimento de verba pública.

Trata-se de uma estratégia clara de ampliação da atuação (e financiamento) de comunidades terapêuticas privadas em detrimento do SUS, muitas delas ligadas a grupos religiosos, mas outras também a grupos laicos, que se opõe à política de saúde mental que vinha sendo adotada pelo Ministério da Saúde, na priorização do atendimento na rede pública de saúde, no formato preferencialmente ambulatorial, por meio do CAPS-AD e outras estratégias de redução de danos (2013, p. 59-60).

Esse foi o cenário que serviu de estopim para essa Tese, como já descrito na Apresentação e Introdução. No Rio de Janeiro a política de internação foi exclusivamente governamental. Contudo, isso não impediu que o tema chegasse ao Poder Judiciário em demandas individuais, trazidas por famílias, que, influenciadas pelo discurso midiático, entendiam que encontrariam a solução das suas questões.

#### 6.4 “EPIDEMIA” DE CRACK OU DE POBREZA?

O usuário de crack, em sua esmagadora maioria, faz parte daquilo que chamamos de **“ralé brasileira”**, não para insultar quem já é humilhado, mas sim para denunciar a iniquidade do abandono social já secular que é o principal traço social singular brasileiro (SOUZA, 2016, p.35) **(Grifei)**

Conforme o Glossário de Epidemiologia e Saúde (Barbosa; Machado, 2013), o conceito de epidemia pode assumir duas possibilidades:

(1) Significar o aumento do número de pessoas com uma determinada doença em um curto período de tempo (sentido lato):

<sup>232</sup> Lei Orgânica de Assistência Social

<sup>233</sup> Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

Em sentido restrito pode ser considerada uma alteração, espacial e cronologicamente delimitada, do estado de saúde-doença de uma população, caracterizada por uma elevação progressivamente crescente, inesperada e descontrolada dos coeficientes de incidência de determinada doença, ultrapassando e reiterando valores acima do limiar epidêmico pré-estabelecido (2013, p. 675)

(2) remeter a algo contagioso, o que indicaria a existência de um agente transmissor:

O número de casos que indica a existência de uma epidemia varia com o agente infeccioso, o tamanho e as características da população exposta, sua experiência prévia ou falta de exposição à enfermidade e o local e a época do ano em que ocorre. (...). (2013, p. 675)

Ao conferir ao crack tal status está-se, na verdade, medicalizando uma questão social, pois, na ausência de um agente transmissor (um vírus, por exemplo), a causa da “epidemia” passa a ser um comportamento que se dissemina em um certo local e contexto, no caso, o uso do crack em espaços públicos. Desse modo, a construção da ideia de uma “epidemia de crack” segue a lógica de que os vetores são as pessoas que moram nas ruas.

Nesse contexto, **o uso de drogas, e especificamente o crack, é apresentado como uma “epidemia” temida pelo seu potencial de produção de desordem na cidade e perigo social. (...). Seleciona-se uma substância psicoativa, o crack, como a causa explicativa do que leva as pessoas a morar nas ruas**, deixando nas sombras a marcante e persistente desigualdade social brasileira (MACERATA; DIAS; PASSOS, 2014, p.15-16). **(Grifei)**

Antônio Nery Filho, em uma entrevista acerca do tema, respondeu da seguinte forma a respeito da existência ou não de uma “epidemia de crack”:

Com relação ao crack, **desde que ouvi referência a uma epidemia, me opus porque temi que se tomasse o fenômeno na dimensão de “dano social ampliado”, e não em sua dimensão técnica; temi que se tomasse a referência epidemiológica como se fosse um “tsunami de crack”, como acabou sendo propalado pelo mídia** e adotado por políticos, pessoal da saúde, famílias e tantos outros segmentos sociais; **além disso, não havia evidências sérias, pelo menos de meu conhecimento, que o consumo de crack estivesse saindo dos patamares conhecidos desde os anos 80. (...).** A política s e apropriada disto para encobrir sua incapacidade no enfrentamento dos verdadeiros problemas brasileiros: a falência do ensino público, saúde de qualidade para todos e cidades com sistemas de transporte de massa eficazes. **A (des)informação da mídia, encontra na família uma boa caixa de ressonância, posto que a família se destituiu**

**do lugar de referência de lei e busca um responsável pelo desnorteamento dos seus filhos (SOARES; NUÑES; MACRAE, 2013, p. 27) (Grifei)**

E conclui:

**Não gosto do termo epidemia porque parece excluir o social e o psíquico enquanto determinantes fundamentais do uso. O consumo do crack é sintoma da expansão da miséria e exclusão e não o inverso, suas causas (SOARES; NUÑES; MACRAE, 2013, p. 45-46) (Grifei)**

A disseminação do discurso da existência de uma “epidemia de crack” é uma forma que o Poder Público encontra de se respaldar para uma atuação imediata e autoritária, a fim de parar o “contágio”<sup>234</sup>, sem levar em conta a dor, o sofrimento e a invasão sobre o corpo e a privacidade dessas pessoas, no caso dos recolhimentos compulsórios.

A abordagem midiática no Brasil, como já visto no Capítulo 4, contribuiu para a divulgação da existência de uma eventual “epidemia de crack”, contudo, com baixa qualidade de informações e fontes científicas. Em comum, apresentam o traço de reduzir os usuários de crack a um “doente-criminoso” que necessita de auxílio – corretivo – dos empreendedores morais da sociedade, tanto médico quanto policial.” (RODRIGUES, 2016, p. 291)

O usuário de crack é apresentado pela mídia como um ser perverso, compulsivo, sujo, um alucinado capaz de qualquer coisa para obter a droga, com poucos momentos de lucidez, alguém inconfiável para exercer qualquer atividade do fora do “mundo das drogas” – como se houvesse um mundo exclusivamente destinado a essa população. A periculosidade do usuário de crack é pensada como um aspecto de sua personalidade, fazendo deste um monstro moral. (RODRIGUES, 2016, p. 294)

A criação do pânico social pela utilização do discurso dos meios de comunicação não é novidade. Na América Latina essa técnica teve início na década de 70, com divulgação de informações importadas dos Estados Unidos, “que não levavam em conta nem a diferença entre as drogas, nem entre os grupos sociais” (Olmo, 2009, p. 46).

Escohotado já dizia que o crack simbolizava a “mística da miséria”, enquanto a cocaína “o luxo dos ricos e vencedores”. Por certo, os ambientes que tais drogas serão consumidas serão diversos e determinantes para repressões policiais e criação de estigmas (1997, p. 157).

---

<sup>234</sup> Entre aspas, pois, na verdade não há um vírus, um agente transmissor.

No Brasil, por volta de 2010, o crack passou a ser, então, a causa de todos os crimes violentos cometidos no país. Rapidamente a ideia de que vicia no primeiro uso e mata em poucos meses tornou-se uma verdade absoluta, que era repetida em todos os meios de comunicação, conversas de amigos, almoços de domingos de família e, especialmente, utilizada pelo Poder Público para retirar o foco da sua omissão histórica com essa mesma população acusada de “disseminar uma epidemia”, no que tange às políticas de saúde, moradia e educação.

Criticava-se o governo por não haver números atualizados acerca do número de usuários de crack no país, até mesmo para poder afirmar a existência de uma “epidemia”. A última pesquisa sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil datava de 2005, realizada em 108 cidades com mais de 100 mil habitantes, com um total de 7.939 entrevistados<sup>235</sup>.

Com relação ao crack, em 2005, a pesquisa estimou que 381 mil pessoas no país haviam utilizado o crack pelo menos uma vez na vida, o que representa 0,7% da população (p. 38). Além disso, os homens utilizaram mais que as mulheres, chegando ao percentual de 3,2% na faixa etária de 25 a 34 anos, o que equivale a uma população de 193.000 pessoas (p. 69).

Com a finalidade de atualizar os dados, o Ministério da Justiça, então, encomendou uma pesquisa à Fiocruz em 2010, que foi concluída em março de 2013<sup>236</sup>. Obteve-se, então, um perfil do usuário de crack no país<sup>237</sup> e a conclusão de que 370 mil pessoas usam a substância nas capitais do país, o que corresponde a 0,8% da população.

Essa pesquisa, mais detalhada e elaborada, pois englobou capitais e cidades do interior, além de utilizar uma metodologia mais precisa<sup>238</sup>, chegou a resultados numéricos aproximados ao levantamento realizado em 2005. Assim, passados cerca de 08 anos entre uma pesquisa e outra, não houve um aumento astronômico do número de usuários de crack, tal como se propalava. Portanto, não se enquadra, numericamente, na definição de epidemia.

---

<sup>235</sup> <http://www.cebrid.com.br/wp-content/uploads/2014/10/II-Levantamento-Domiciliar-sobre-o-Uso-de-Drogas-Psicotr%C3%B3picas-no-Brasil.pdf>

<sup>236</sup> Com base no texto “Epidemiologia sob fogo cruzado”, do autor da pesquisa, Francisco Inácio Bastos (2014, p. 46)

<sup>237</sup> <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobre-crack-j%C3%A1-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>

<sup>238</sup> A metodologia utilizada foi a Network Scale-up Method (NSUM), “único método estatístico disponível, até o momento, capaz de estimar de forma mais precisa quaisquer populações de difícil acesso, ditas “invisíveis”, (...), ou seja, não se pergunta diretamente ao respondente/entrevistado sobre seu próprio comportamento, e sim sobre o comportamento de outros indivíduos pertencentes à rede de contatos do respondente, residentes no mesmo município.” - <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobre-crack-j%C3%A1-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>



Vê-se, portanto, que a questão não é a droga, mas a parcela da população que a utiliza, na definição de Jessé de Souza: “a ralé brasileira”, que são os indesejáveis e oprimidos de sempre do nosso cotidiano brasileiro de exclusão social.

(...) jamais houve no Brasil qualquer consciência da necessidade de resgatar pessoas que, ex-escravas ou mestiços empobrecidos, passaram a formar a classe dos desclassificados no Brasil moderno. (...). **Não é a malignidade da droga que cria a prisão do vício, mas o abandono afetivo e social e a experiência silenciosa de uma humilhação ubíqua e sem explicação palpável.** (...). Nesses casos, **para muitos, a reação é dirigida contra si mesmo e o consumo da droga é uma tentativa desesperada de fugir de um cotidiano intragável ainda que o consumo progressivo apenas aumente o desprezo social e a degradação subjetiva e objetiva.** (SOUZA, 2016, p.35 e 37) (Grifei)

A pesquisa da Fiocruz, ao traçar o perfil dos usuários regulares de crack, trouxe, também, informações importantes para orientar futuras políticas públicas. Por exemplo, no tocante à afirmação de que o crack mata rapidamente, concluiu que 80% (oitenta por cento) dos homens, na faixa entre 20 e 30 anos, fazia uso do crack, em média, há 6,5 anos (seis anos e meio).<sup>239</sup>

Portanto, cai por terra a afirmação amplamente divulgada de que o crack mata rapidamente. Com isso, pode-se, inclusive, reorientar a forma de tratamento, pois, não se faz essencial a prática da abstinência, já que o seu principal fundamento (a morte rápida) não foi comprovado.

Contudo, os marcadores de exclusão social foram os mais dados que mais se destacaram quando da interpretação da pesquisa, não apenas para o governo federal, mas também para o pesquisador responsável, que declarou tal fato em diversas palestras, e acredita-se que para qualquer pessoa que a leia com sensibilidade.

Leon Garcia, na Apresentação do livro “Crack e Exclusão Social” ressalta essa questão dos marcadores de exclusão social:

Oito em cada dez usuários regulares de crack são negros. Oito em cada dez não chegaram ao ensino médio. (...). Somavam-se a esses, outros indicadores de vulnerabilidade social, como viver em situação de rua (40%) e ter passagem pelo sistema prisional (49%). As mulheres usuárias regulares de crack têm o mesmo padrão de vulnerabilidade social, com o agravante que 47% relataram histórico de violência sexual (comparado a 7,5% entre os homens). (2016, p.13)

<sup>239</sup> <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobre-crack-j%C3%A1-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>

Tem-se, portanto, que o estudo da relação entre a exclusão social e o crack é fundamental para que se consiga traçar novas políticas públicas que de fato auxiliem e cuidem das pessoas usuárias dessa substância. Vale destacar que quando indagados, durante a pesquisa da Fiocruz, qual tipo de tratamento consideravam adequado para a sua questão com a droga, “os usuários responderam com a reivindicação de um verdadeiro pacote de direitos sociais, para além dos serviços de saúde: moradia, educação, emprego, alimentação, banho, etc.” (GARCIA, 2016, p. 14).

**A esmagadora maioria dos usuários autodestrutivos do crack é construída socialmente pelo seu abandono secular e pela experiência de humilhação cotidiana que ela implica. A violência peculiar dessa droga é uma resposta a esse abandono e humilhação. (...). O usuário é marcado, portanto, por uma tentativa desesperada de fugir de uma vida sem futuro e sem esperança. Daí que a pesquisa tenha percebido como primeiro passo para qualquer processo de “cura” a reconstrução da própria noção de futuro, conferindo alguma forma de capacidade prospectiva ao usuário. Afinal, a capacidade de articular e planejar o próprio futuro são “privilégios de classe”. (SOUZA, 2016, p. 36) (Grifei)**

## 6.5 POLÍTICAS PÚBLICAS EM CRACK

Maria Paula Dallari Bucci define Políticas Públicas como “programas de ação governamental visando coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados” (2006, p. 38).

Em outras palavras, as Políticas Públicas tem por fundamento “a necessidade de concretização de direitos por meio de prestações positivas do Estado”(BERCOVICI, 2006, p. 144). O primeiro passo para a elaboração de uma Política Pública é que o tema tenha entrado para a agenda pública. Isso significa que, em um determinado momento, uma questão específica torna-se relevante, despertando o interesse do governo:

Uma questão passa a fazer parte da ‘agenda governamental’ quando desperta a atenção e o interesse dos formadores de políticas. No entanto, em virtude da complexidade e do volume de questões que se apresentam a esses formuladores, apenas algumas delas são realmente consideradas em um determinado momento. Estas compõem a ‘agenda decisional’: um subconjunto da agenda governamental que contempla questões prontas para uma

decisão ativa dos formuladores de políticas, ou seja, prestes a se tornarem políticas.(CAPELLA, 2007, p. 88)

Políticas Públicas específicas referentes ao uso ou abuso de substâncias psicoativas, lícitas ou ilícitas, não são recentes. Teixeira e outros, em artigo concernente às políticas públicas sobre drogas identificaram, entre os anos de 2000 a 2016, 18 documentos legislativos editados nesse período a respeito desse tema, a saber: 1) Lei nº 10.216/01<sup>240</sup>; 2) Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº101/2001<sup>241</sup>; 3) Decreto nº4345/2002<sup>242</sup>; 4) Portaria nº 2197/2004<sup>243</sup>; 5) Resolução nº 3 /2005 do CONAD<sup>244</sup>; 6) Portaria nº1.028/2005<sup>245</sup>; 7) Lei nº 11.343/2006<sup>246</sup>; 8) Decreto nº 6.117/2007<sup>247</sup>; 9) Portaria nº 1.190/2009<sup>248</sup>; 10) Lei nº 12.101/2009<sup>249</sup>; 11) Decreto nº 7.179/2010<sup>250</sup>; 12) RDC nº 29/2011<sup>251</sup>; 13) Portaria nº 2.488/2011<sup>252</sup>; 14) Portaria nº 3.088/2011<sup>253</sup>; 15) Portaria nº 131/2012<sup>254</sup>; 16) Portaria nº 10/2014<sup>255</sup>; 17) Resolução nº 01/2015<sup>256</sup>; 18) Portaria nº834/2016<sup>257</sup>(2017, p. 1458–1460).

É importante destacar, como denominado por Teixeira e outros, que sempre houve tensões paradigmáticas entre os campos de saber formuladores de políticas públicas

---

<sup>240</sup> Marco da Reforma Psiquiátrica.

<sup>241</sup> Regulamento Técnico sobre o funcionamento dos serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), segundo modelo psicossocial, também conhecidos como Comunidades Terapêuticas (CT). Essa Resolução foi revogada pela RDC nº29/2011.

<sup>242</sup> Instituiu a Política Nacional Antidrogas (PNAD).

<sup>243</sup> Estabelece o Programa de Atenção Integral a Usuários de álcool e outras Drogas (AD). Adota a Redução de Danos como estratégia prioritária.

<sup>244</sup> Institui a Política Nacional Sobre Drogas.

<sup>245</sup> Regulamenta ações que visam à Redução de Danos decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência.

<sup>246</sup> Atual Lei de Drogas. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas (Sisnad).

<sup>247</sup> Institui a Política Nacional sobre o Álcool com medidas para redução do seu uso indevido e sua associação com violência e criminalidade.

<sup>248</sup> Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento de Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD).

<sup>249</sup> Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social, regula isenção de contribuições para a seguridade social às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos e inclui as CT em tal categoria.

<sup>250</sup> Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIEC) e cria o seu Comitê Gestor.

<sup>251</sup> Estabelece requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes de SPA em regime de residência. Revoga a RDC nº101/2001.

<sup>252</sup> Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

<sup>253</sup> Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas (RAPS) para ampliação do acesso à atenção psicossocial aos pontos de atenção da rede e incluindo as urgências. Institui as CT's como um de seus dispositivos.

<sup>254</sup> Institui incentivo financeiro de custeio para apoio aos Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as CT's no âmbito da RAPS.

<sup>255</sup> Acrescenta modelo de relatório de fiscalização das CT's. Define CT como entidade que presta serviços de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de SPA.

<sup>256</sup> Regulamenta, no âmbito do Sisnad, as entidades caracterizadas como CT, sem prejuízo da RDC nº29.

<sup>257</sup> Redefine os procedimentos relativos à certificação das entidades beneficentes de assistência social na área de saúde (CEBAS) e considera entidade beneficente de assistência social na área de saúde aquela que atue diretamente na atenção à saúde.

sobre drogas. Apontam que vigora no setor jurídico e da segurança dois paradigmas em conflito: o do proibicionismo e o do antiproibicionismo. O primeiro tem como mote a “Guerra às Drogas”, com a prevenção do consumo e a repressão do tráfico. Há um desejo de um mundo livre de drogas. O segundo caracteriza-se por um discurso de descriminalização da produção, venda e uso das substâncias tipificadas como ilícitas. (TEIXEIRA et al., 2017, p. 1456)

Já, na saúde e assistência social, há os paradigmas asilar e psicossocial. No primeiro, o hospital psiquiátrico é a instituição típica, sendo os medicamentos e as internações ferramentas de tratamento. O indivíduo é considerado doente, o que justifica a sua internação. O segundo, fruto dos movimentos sociais, tem-se uma mudança na concepção de cuidado. Tem como princípios a “desinstitucionalização; a liberdade; a autonomia e a cidadania”. (TEIXEIRA et al., 2017, p. 1456).

Continuam Teixeira e outros no sentido de que tais tensões levam a três modelos/abordagens com relação ao usuário de drogas: 1) o modelo moral/criminal; 2) o modelo de doença; 3) o modelo da Redução de Danos (2017, p. 1456).

No modelo moral/criminal o uso de algumas drogas é definido como ilícito e, assim, punível. “Remete a políticas proibicionista e redução da oferta, na ideia moral do prazer associado ao pecado e o indivíduo não sendo capaz de discernir o certo do errado” (TEIXEIRA et al., 2017, p. 1456). Para esse modelo o tratamento deve ter como objetivo a abstinência.

No modelo de doença tem-se “a dependência de drogas como uma doença biológica que merece tratamento e reabilitação. (...). O indivíduo precisa aceitar que tem uma doença incurável, progressiva e fatal” (TEIXEIRA et al., 2017, p. 1456 e 1457). Do mesmo modo que o anterior, a meta aqui também é a abstinência total.

No modelo da Redução de Danos há um “respeito à autonomia dos sujeitos na perspectiva de um cuidado ampliado de saúde que se contrapõe às práticas de recolhimento dos usuários em abrigo ou para internação compulsória” (TEIXEIRA et al., 2017, p. 1457).

Desse modo, verifica-se que os modelos moral/criminal e de doença guardam correlação com o paradigma proibicionista e asilar, enquanto que o terceiro liga-se ao modelo antiproibicionista e psicossocial (TEIXEIRA et al., 2017, p. 1457).

Com relação especificamente ao crack, muito embora o seu consumo exista há muito tempo no país<sup>258</sup>, pode-se afirmar que essa questão se tornou relevante para o Governo

---

<sup>258</sup> “O primeiro registro de crack no Denarc (Departamento de Investigações sobre Narcóticos) em São Paulo parece ser de junho de 1990, segundo dados do jornal *Folha de S. Paulo*” (RUI, 2014, p. 29).

no ano de 2010, com a edição do Decreto nº 7179 de 20 de maio de 2010, que instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIEC). Coincidentemente, nessa época, havia os boatos midiáticos de que o país passava por uma “epidemia” de crack, com a divulgação de cenas bárbaras de violência nos grandes centros urbanos. Teixeira e outros confirmam:

**Em relação às políticas específicas acerca do crack, estas foram mais evidentes a partir de 2010, coincidindo com a profusão na mídia sobre a suposta epidemia do crack.** Na perspectiva de intervenções integradas entre setores, foi lançado em 2010, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas que deu origem ao “Programa Crack é Possível Vencer” em 2011, este com investimento financeiro substancial e com ações que envolveram diretamente as políticas de saúde, assistência social e segurança pública e educação, trazendo como diretriz, a integração das ações dos eixos cuidado, autoridade e educação. (2017, p. 1462) **(Grifei)**

Taniele Rui aduz no mesmo sentido da contribuição da exposição midiática do crack para que o mesmo recebesse a formulação de uma política pública específica:

O alarde causado em torno do consumo de crack parece ter acelerado a implantação ou a efetivação de políticas de saúde pública específicas aos usuários de drogas. Isso porque, embora as diretrizes da política do Ministério da Saúde sobre o tema datem de 2004, **somente a partir de 2009, diante de uma ampla exposição midiática sobre o crack, é que o governo federal anunciou planos de ação mais efetivos** (o Plano de Ampliação ao Tratamento e Prevenção ao Alcool e Drogas, o Plano de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas e, mais recentemente, o plano Crack, É Possível Vencer), liberando um montante de dinheiro público especialmente para a área. (2014, p. 80–81) **(Grifei)**

Em novembro de 2011, durante o VII Seminário Nacional de Psicologia e Direitos Humanos, cujas falas foram publicadas pelo Conselho Federal de Psicologia no livro “Drogas, Direitos Humanos e Laço Social”, o então Coordenador de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, Roberto Tykanori Kinoshita, deixa explícito como o crack ingressou na agenda governamental:

A política do Ministério da Saúde vem sendo debatida desde fevereiro, ou melhor, desde o ano anterior quando se tornou pauta da campanha eleitoral. O interesse que a sociedade apresenta em relação às questões das políticas de drogas está centrado na discussão do crack. (...). Enfim, o tema surge porque a sociedade tem interesse em discutir e lidar com isso de alguma forma, por isso, é preciso pensar numa política para a questão. Quais os problemas que envolvem a construção dessa política? **Primeiramente, é o**

**modo como isso se tornou tema, a questão do crack tem sido posta basicamente em termos de incitação de medo, sentimento de insegurança e sensação de impotência. Essa ação repercute e se reproduz continuamente, vai contagiando as pessoas de forma que elas vão ficando com cada vez mais medo, cada vez mais insegurança e cada vez mais sentimento de impotência. O resultado disso é uma demanda muito forte para que o Estado aja, atue de forma aguda, use da força para garantir a segurança e afastar a causa do medo.** O crack ganhou vida, é uma coisa em si, “o crack” faz isso, “o crack” faz aquilo, virou um ente. (2013, p. 53–54). (Grifei)

Percebe-se que a política pública em relação ao crack tem por base o medo da sociedade de que a sua segurança esteja fora do controle e, por isso, demanda o uso da força pelo Estado. Ou seja, entra-se no círculo vicioso já tão conhecido: o medo leva à violência, que leva ao medo de quem é atingido pela ação bruta do Estado, que leva às reações violentas, que serão aplacadas com mais violência. Como bem ressaltado por Kinoshita “a discussão da salvaguarda de direitos é secundária diante do medo e da insegurança”(2013, p. 54).

A melhor política pública para o crack, segundo Kinoshita, passaria por dois momentos. Primeiramente dialogar com a sociedade e, em um segundo momento, garantir que os usuários recebam o cuidado e tratamento adequados. De forma alguma o Estado deve “sucumbir às demandas de ação de força que a sociedade tem feito”(2013, p. 55).

O que o Ministério da Saúde basicamente se propõe a oferecer é aquilo que está dentro das suas atribuições: expandir a rede de atendimento e tentar garantir que mais pessoas possam ter facilidade e acesso aos cuidados. Acho que é um princípio importante não reduzir e não ofertar apenas um tipo, uma modalidade de cuidado, pois as demandas são distintas (KINOSHITA, 2013, p. 55).

No mês seguinte, em dezembro de 2011, foi lançado o Programa “Crack, é possível vencer”<sup>259</sup>, coordenado pelo Ministério da Justiça, em parceria com os Ministérios da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, da Educação e da Secretaria de Direitos Humanos. O programa oficial do governo federal, ainda em andamento, tem três vertentes: a Prevenção, o Cuidado e a Autoridade. Para tanto, a União destinou um orçamento de R\$ 4 bilhões de reais.

Ao Ministério da Justiça caberão as vertentes Prevenção e Autoridade. O cuidado ficará a cargo dos demais Ministérios. A base legislativa deste Programa, como apontado no *site*<sup>260</sup> do Ministério da Justiça, são dois: a Lei nº 11.343/2006 e o Decreto nº 7179/2010.

<sup>259</sup> <http://www2.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/home>

<sup>260</sup> <http://www.justica.gov.br/sua-seguranca/seguranca-publica/programas-1/crack-e-possivel-vencer>

De acordo com a classificação de modelos de Teixeira e outros acima apresentada, a Lei nº 11.343/06 (atual Lei de Drogas) enquadra-se no modelo moral/criminal, com viés proibicionista e asilar, uma vez que define como crime a produção, venda e uso de algumas substâncias etiquetadas de ilícitas. Por sua vez, o Decreto nº 7179/2010 (Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas) pode ser enquadrado, ao mesmo tempo, nos modelos de doença e de Redução de Danos.

Desse modo, tem-se que a base legislativa que deu origem ao Programa “Crack, é possível vencer” apresenta todas as três abordagens descritas por Teixeira e outros (moral/criminal, doença e RD). Consequência disso é a mistura de visões proibicionistas e anti-proibicionistas, bem como asilar e psicossocial, o que demonstra uma contradição do formulador de políticas públicas, que vai na contramão da realidade histórica no que tange ao tema do uso de drogas.

Cabe uma breve explicação, seguidas de algumas críticas, acerca de cada uma dessas vertentes presentes no Programa em questão.

Na Prevenção o objetivo é focar na educação e informação nas escolas e de forma contínua com campanhas publicitárias; bem como na capacitação de profissionais das redes de saúde, segurança pública, educação, assistência social, justiça, operadores do direito, lideranças religiosas e comunitárias<sup>261</sup>.

No Cuidado a proposta é um aumento da oferta de tratamento de saúde e atenção aos usuários, com atenção em rede à família e ao usuário, que teria opções de acolhimento: Consultórios na Rua, Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) 24 horas, Enfermarias Especializadas, Unidades de Acolhimento Adulto, Unidades de Acolhimento Infanto-Juvenil e Comunidades Terapêuticas (CT)<sup>262</sup>.

Na Autoridade, tem-se o enfrentamento ao tráfico de drogas e ao crime organizado, com ações integradas de inteligência entre Polícia Federal e polícias estaduais e parceria com estados e municípios para a promoção de espaços seguros<sup>263</sup>.

A adoção da vertente autoridade demonstra uma visão que vai de encontro ao que foi dito por Kinoshita um mês antes. Ficou evidente que o Estado cedeu à pressão social do uso da força no trato da questão das drogas.

---

<sup>261</sup> <http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/caderno-destaques/marco-2012/plano-integrado-de-enfrentamento-ao-crack-e-outras-drogas>

<sup>262</sup> <http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/caderno-destaques/marco-2012/plano-integrado-de-enfrentamento-ao-crack-e-outras-drogas>

<sup>263</sup> <http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/caderno-destaques/marco-2012/plano-integrado-de-enfrentamento-ao-crack-e-outras-drogas>

Além disso, percebe-se claramente aqui a lógica proibicionista, há muito fracassada, sustentando-se na arbitrária distinção entre substância lícita e ilícita. Para Maria Lúcia Karam, há uma clara violação ao princípio da isonomia, pois:

Tornando ilícitas algumas dessas drogas e mantendo outras na legalidade, as convenções internacionais e leis nacionais introduzem uma arbitrária diferenciação entre as condutas de produtores, comerciantes e consumidores de umas e outras substâncias: umas constituem crime e outras são perfeitamente lícitas; produtores, comerciantes e consumidores de certas drogas recebem o estigma de “criminosos”, enquanto que produtores, comerciantes e consumidores de outras drogas agem em plena legalidade. Esse tratamento diferenciado a condutas essencialmente iguais configura uma distinção discriminatória inteiramente incompatível com o princípio da isonomia (KARAM, 2015, p. 18).

Investir no combate às drogas, como pretende o programa, é persistir na seletividade imposta por essa distinção, que faz com que surja o estereótipo de criminoso para o pobre e de doente e dependente para o rico, não importando a quantidade e o tipo de substância que estivessem portando.

Sob o aspecto do Cuidado a maior crítica, sem dúvida, é com relação à destinação de recursos do SUS para a criação de leitos nas chamadas Comunidades Terapêuticas (CT) em detrimento ao tratamento dos CAPS-AD. As Comunidades Terapêuticas são definidas no *site* do Observatório Crack, é possível vencer, desenvolvido pelo Governo Federal do seguinte modo.

São Instituições privadas, sem fins lucrativos e financiadas, em parte, pelo poder público. Oferecem gratuitamente acolhimento para pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de drogas. São instituições abertas, de adesão exclusivamente voluntária, voltadas a pessoas que desejam e necessitam de um espaço protegido, em ambiente residencial, para auxiliar na recuperação da dependência à droga. O tempo de acolhimento pode durar até 12 meses. Durante esse período, os residentes devem manter seu tratamento na rede de atenção psicossocial e demais serviços de saúde que se façam necessários.<sup>264</sup>

O Governo Federal estabelece as garantias ao usuário durante o seu processo de admissão em uma Comunidade Terapêutica:

1) o respeito à pessoa e à família, independente da etnia, credo religioso, ideologia, nacionalidade, orientação sexual, antecedentes criminais ou situação financeira;

<sup>264</sup> <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/comunidades-terapeuticas.html>



- 2) a orientação clara ao usuário e seu responsável sobre as normas e rotinas da instituição, incluindo critérios relativos a visitas e comunicação com familiares e amigos;
- 3) a permanência voluntária;
- 4) a vedação a qualquer forma de contenção física, isolamento ou restrição à liberdade;
- 5) a possibilidade do usuário interromper a permanência a qualquer momento;
- 6) a privacidade, quanto ao uso de vestuário próprio e de objetos pessoais.<sup>265</sup>

Contudo, apesar do estabelecido pelo Governo Federal, na prática essas instituições não funcionam desse modo, havendo, na verdade, um retorno da lógica manicomial, de exclusão, além de inúmeras violações a direitos humanos já comprovadas. Nesse sentido, tem-se o 4º Relatório do Conselho Federal de Psicologia, onde, no ano de 2011, foram fiscalizadas 68 (sessenta e oito) Instituições que recebiam internações de usuários de drogas, em 24 (vinte e quatro) Estados da Federação mais o Distrito Federal. Com relação às Comunidades Terapêuticas, a conclusão do Relatório é assustadora no que tange à ocorrência de violação de direitos humanos:

Amplamente divulgadas como solução para o problema das drogas, essas instituições se inscrevem no campo das práticas sociais invisíveis ou subterrâneas. Acessar um lugar desses não é tarefa simples. Encontrar o caminho que conduz à porta de entrada de uma comunidade terapêutica exige, muitas vezes, esforço e persistência. E aqui se localiza um primeiro ponto a merecer destaque: não é possível ser público, ser incluído como dispositivo público, mantendo-se nos subterrâneos da sociedade. O acesso a um serviço público é um dos direitos do cidadão.

A pergunta que nos orientou – sobre a ocorrência de violação de direitos humanos – infelizmente se confirmou como uma regra. Há claros indícios de violação de direitos humanos em todos os relatos. De forma acintosa ou sutil, esta prática social tem como pilar a banalização dos direitos dos internos. Exemplificando a afirmativa, registramos: interceptação e violação de correspondências, violência física, castigos, torturas, exposição a situações de humilhação, imposição de credo, exigência de exames clínicos, como o teste de HIV – exigência esta inconstitucional –, intimidações, desrespeito à orientação sexual, revista vexatória de familiares, violação de privacidade, entre outras, são ocorrências registradas em todos os lugares. Percebe-se que a adoção dessas estratégias, no conjunto ou em parte, compõe o leque das opções terapêuticas adotadas por tais práticas sociais. O modo de tratar ou a proposta de cuidado visa forjar – como efeito ou cura da dependência – a construção de uma identidade culpada e inferior. Isto é, substitui-se a dependência química pela submissão a um ideal, mantendo submissos e inferiorizados os sujeitos tratados. Esta é a cura almejada. (2011, p. 189–190)

<sup>265</sup> <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/comunidades-terapeuticas.html>

A inclusão das CT's como prática de cuidado contraria as diretrizes do movimento da reforma psiquiátrica brasileira, baseado na autonomia e nos direitos humanos. É a retomada do tratamento do usuário de substâncias psicoativas com foco no paradigma da abstinência. Privilegia-se o interesse de donos de clínicas em detrimento de práticas de sucesso baseadas em redução de danos, como foi o caso da rede de saúde mental de São Bernardo do Campo<sup>266</sup>.

Além disso, é questionável, o modelo de tratamento das CT's, onde, paralelamente à abstinência, há o afastamento do indivíduo do seu convívio social, com a criação de cenários e rotinas artificiais, impossíveis de serem reproduzidos ao retornarem às suas rotinas (RUI, 2014: 102).

Nos lugares onde a estrutura física não é precária, a violação de direitos, contudo, não está ausente. Esta se revela na disciplina, na imposição de normas e regras, na ruptura total dos laços afetivos e sociais ou, ainda, no impedimento de qualquer forma de comunicação com o mundo externo. Naqueles onde a estrutura física é precária, as demais violações se agregam e transmitem a mensagem, confirmada no banner de uma dessas instituições, de total desrespeito àqueles de que afirmam cuidar. É impossível não reconhecer os traços e pressupostos das instituições totais, tão arduamente repudiadas pela sociedade brasileira, como modo de tratar as diferenças, em especial, como forma de tratamento dos portadores de sofrimento mental. A maioria dessas práticas sociais adota a opção por um credo, pela fé religiosa, como recurso de tratamento. Além da incompatibilidade com os princípios que regem as políticas públicas, o caráter republicano e laico delas, esta escolha conduz, inevitavelmente, à violação de um direito: a escolha de outro credo ou a opção de não adotar nem seguir nenhuma crença religiosa. Na prática desses lugares, conforme nos foi relatado, os internos são constrangidos a participar de atividades religiosas, mesmo quando sua crença e fé são outras. Até porque inexistente outra possibilidade. Na ampla maioria dos locais não existem funcionários, apenas religiosos, pastores, obreiros (quase sempre ex-usuários convertidos). Poucos profissionais de saúde (médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem) são encontrados. E, onde estão presentes, sua atuação encontra-se submetida a princípios religiosos e morais e pouco se orientam pelos saberes técnico-científicos, mas, essencialmente, pouco se orientam pela ética de seu fazer. Portanto, pode-se afirmar que não há cuidado nem promoção da saúde nesses lugares. O que se faz não se inscreve como cuidado em saúde, e sim como prática social. 191 Vale ainda registrar outro fato preocupante e inadequado: a constituição de campos de estágio profissional em locais onde nenhum profissional de saúde se encontra presente. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011, p. 190).

---

<sup>266</sup> A cidade de São Bernardo do Campo, na Grande São Paulo, tornou-se referência em saúde mental durante a gestão do secretário de saúde Arthur Chioro, em 2012. A rede de saúde mental foi estruturada com base em CAPS, consultório de rua e residência terapêutica. – vide <http://advivo.com.br/materia-artigo/especial-caps-parte-iv-a-saude-mental-em-sao-bernardo-do-campo>

Ao contrário, os programas de redução de danos, “consideram que a ida aos cenários de uso implica em admitir e reconhecer que a mesma rede de solidariedade e constrangimento que compõe o consumo de drogas pode ser igualmente eficiente na disseminação de informações a saúde” (RUI, 2014: 102).

Para Macerata, Dias e Passos:

No caso das drogas, a prática de cuidado que pretende escapar do paradigma da guerra às drogas e aos pobres é necessariamente uma clínica política, que se posiciona contrária ao proibicionismo e ao higienismo do espaço público. (2014, p. 39)

É importante esclarecer que o Programa Crack, é possível vencer foi instituído para todas as esferas governamentais: federal, estadual e municipal. Para que o ente federativo estadual e municipal pudessem receber as verbas para implementação dos dispositivos de saúde era essencial que fizessem a adesão ao referido Programa.

No *site* do Observatório Crack encontram-se disponibilizados dois gráficos, com um balanço dessas adesões entre dezembro de 2011 (início do programa) e agosto de 2013. Não há informação do motivo pelo qual os dados não foram atualizados.

Verifica-se que, até agosto de 2013, 27 (vinte e sete) Estados Membro e o Distrito Federal aderiram ao Programa<sup>267</sup>. Isso significa que todos os 26 (vinte e seis) Estados existentes e o Distrito Federal realizaram a adesão e passaram a receber verbas federais para a implementação da rede de cuidado. Não há a possibilidade de busca por Estado, tal como ocorre com os Municípios, para se verificar quais serviços foram implementados.

Com relação aos Municípios, percebe-se uma baixa adesão. Considerando que existem no Brasil 5.570 (cinco mil, quinhentos e setenta) Municípios<sup>268</sup>, de acordo com os dados apresentados no site acima mencionado, apenas 118 (cento e dezoito) aderiram ao Programa entre dezembro de 2011 e agosto de 2013<sup>269</sup>.

No mesmo *site* é possível obter informação mais detalhada dos Municípios que aderiram ao Programa<sup>270</sup>. Não há nenhum esclarecimento a respeito da atualidade de tais dados. De todo modo, optou-se por verificar os Municípios envolvidos na presente Tese: Rio de Janeiro, Duque de Caxias e Nova Iguaçu. Ressalte-se que é possível ter acesso ao endereço e telefone de cada um dos dispositivos.

---

<sup>267</sup> <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/balanco-programa.html>

<sup>268</sup> <http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2013/06/crece-numero-de-municipios-no-brasil-em-2013>

<sup>269</sup> <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/balanco-programa.html>

<sup>270</sup> <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/pesquisa.html>

Com relação ao Município do Rio de Janeiro, constam as seguintes informações no tocante ao eixo cuidado: 5 Equipes de Consultório na Rua, 2 Centro Pop - Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua, 14 CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social, 49 Leitos em enfermarias especializadas em saúde mental, 100 Vagas em Comunidades Terapêuticas e 21 CAPS. Há, ainda, no eixo prevenção, 2 Centros Regionais de Referência.

O Município de Duque de Caxias, por sua vez, apresenta uma rede menor no eixo cuidado: 1 Equipe de Consultório na Rua, 1 Centro Pop - Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua, 2 CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social e 3 CAPS.

Já, no Município de Nova Iguaçu, tem-se: 2 Equipes de Consultório na Rua, 1 Centro Pop - Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua, 2 CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social e 2 CAPS.

No que concerne a uma política pública eficaz sobre drogas, Teixeira e outros concluem:

As políticas sobre drogas não deveriam ter como foco somente seu uso ou na tentativa de eliminar a sua produção como direciona a política proibicionista, mas sim, em **investir na educação com informação nítida sobre seus efeitos para que os sujeitos possam usar drogas sem causar maiores danos à sua vida, e para aqueles que fazem uso prejudicial, seja garantido acesso ao cuidado no modelo da atenção psicossocial, a partir da premissa da RD.** (2017, p. 1464) (Grifei)

O Programa de Braços Abertos (PBA), instituído pela Prefeitura de São Paulo em 2013, na gestão de Fernando Haddad, representa um modelo que respeitava a individualidade dos usuários e levava em conta o alto risco e vulnerabilidade social das pessoas concentradas na região da Luz, conhecida como uma região de “cracolândias”.

O grande diferencial do PBA estava na abordagem feita à pessoa em situação de rua e usuária de crack, que, até então, era realizada de modo repressivo. A mudança foi a intervenção intersetorial, um trabalho em conjunto com as secretarias de Trabalho, Saúde, Assistência Social, Cultura e Direitos Humanos. O objetivo era o acolhimento dessas pessoas, com uma abordagem humanizada e “com o intuito de identificar suas necessidades e demandas emergentes, quer sejam de saúde, alimentação, higiene, trabalho, moradia, cultura e outras” (COMIS, 2015, p.180)

Alguns dos objetivos do PBA eram, ao contrário da lógica de reclusão e abstinência das CT'S: (1) promover a qualidade de vida ao usuário por meio da redução de danos, promovendo os seus direitos por meio do acolhimento e inclusão social; (2) garantir a qualidade dos equipamentos públicos; (3) qualificar, integrar e apoiar as redes públicas e entidades da sociedade civil na prevenção e tratamento ao abuso de drogas; (4) criar um sistema complementar de acolhimento, tratamento e promoção de direitos do usuários em parceria com a sociedade civil. (COMIS, 2015, p.181)

O Programa de Braços Abertos funcionou, com algumas críticas, mas, de um modo geral, significou a materialização do respeito à individualidade, autonomia e respeito às pessoas em situação de rua e usuárias de crack.

Contudo, em maio de 2017, o novo Prefeito da cidade de São Paulo, João Dória, em parceria com o Governador Geraldo Alckmin, realizaram uma incursão policial nessa região e perpetraram uma série de violações de direitos humanos tão cruéis, que nem a mídia, que sempre apoiou as cenas de violência em relação aos usuários de crack, dessa vez o fizeram. Era o fim do PBA.

Especialmente com relação ao crack, não se pode pensar em uma política pública que misture tantos paradigmas. A pesquisa realizada pela Fiocruz, já citada diversas vezes ao longo do trabalho, demonstrou que o que os seus usuários necessitam é de melhores condições de vida, que reduzam as suas vulnerabilidades, e não de uma política com bases asilares e proibicionista.

Percorrendo as cenas de uso de crack, Francisco Inácio Bastos, pesquisador responsável pela investigação acima mencionada, percebeu a necessidade de se resgatar uma presença positiva do Estado nesses territórios. Para ele o único modo do Estado se fazer presente, quanto à saúde pública, é com serviços de “baixo limiar de exigência”, ou seja, “serviços amigáveis, flexíveis e desburocratizados, com os Consultórios na Rua” (2015, p. 233). Além disso, Bastos aponta que é preciso dar mais apoio à pesquisa clínica, a fim de que se possa melhor elucidar o meio mais apropriado para se tratar usuários prejudiciais de crack (2015, p. 238). Esclarece:

**Para você resgatar essa presença positiva do Estado, você tem que oferecer alguma coisa: saúde, documentos** (muitas pessoas na comunidade de Manguinhos e outras comunidades descrevem que seus documentos são inutilizados durante as operações policiais, a tal ponto que elas não podem nem mesmo entrar na Fiocruz, que, no caso dos moradores de Manguinhos é vizinha das suas residências). **Essa questão da documentação demonstra a importância da baixa exigência, pois apenas os serviços que não**

**os exigem serão capazes de acolher pessoas que não tem documentos.** Daí importância da mediação entre as cenas de uso de crack e a “cidade formal” e sua rede de serviços padrão, sem essa mediação, não é possível construir um trabalho efetivo junto a essa população.(2015, p. 235–236) **(Grifei)**

## 7 ANÁLISE DE CAMPO: ENTREVISTAS E DOCUMENTOS

### 7.1 DESCREVENDO O CAMPO DAS ENTREVISTAS

A pesquisa de campo consistiu na entrevista com juízes de primeiro grau de algumas varas dos Fóruns da Capital (Centro do Rio), Duque de Caxias e Nova Iguaçu. Os convites para as entrevistas, o agendamento e a realização das mesmas ocorreram entre os meses de fevereiro e a primeira quinzena de abril de 2017.

Após identificadas as varas que se pretendia abranger, tal como descrito no Capítulo 3, foi elaborada uma planilha com os e-mails dos juízes titulares, endereço e telefone dos cartórios, disponibilizados no site do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (TJ/RJ)<sup>271</sup>. Ao total, foram relacionados 54 (cinquenta e quatro) possíveis entrevistados.

Feito isso, foi elaborado um texto com a apresentação da pesquisa e o convite para a participação na mesma pelo Magistrado, sendo encaminhado para os 54 (cinquenta e quatro) e-mails funcionais. Anexou-se, também, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), devidamente aprovado pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (CAAE 56019216.0.0000.5240).

Após uma semana do envio dos e-mails, sem que houvesse chegado nenhuma resposta, optou-se por realizar o convite pessoalmente nas varas do Centro do Rio de Janeiro e nas das Comarcas de Duque de Caxias e Nova Iguaçu.

Dirigiu-se a cada um dos 30 (trinta) gabinetes situados no Fórum da Capital com cópia impressa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ressalte-se que 03 (três) varas estavam sem o juiz titular, havendo acumulação de funções por outros juízes, que, por sua vez, também estavam incluídos entre os possíveis entrevistados.

O procedimento seguia um protocolo: pedia-se para falar com o responsável pelo gabinete do Magistrado(a), entregava-se o envelope com o TCLE e o cartão para contato, pegava-se o nome do funcionário, o telefone do gabinete e dizia-se que entraria em contato na semana seguinte para obter a resposta.

No Fórum da Capital do Rio de Janeiro os resultados foram os seguintes: 15 (quinze) Magistrados aceitaram o convite e 12 (doze) o recusaram.

---

<sup>271</sup> [http://www.tjrj.jus.br/web/guest/consultas/endereco\\_telefones/endtel](http://www.tjrj.jus.br/web/guest/consultas/endereco_telefones/endtel)

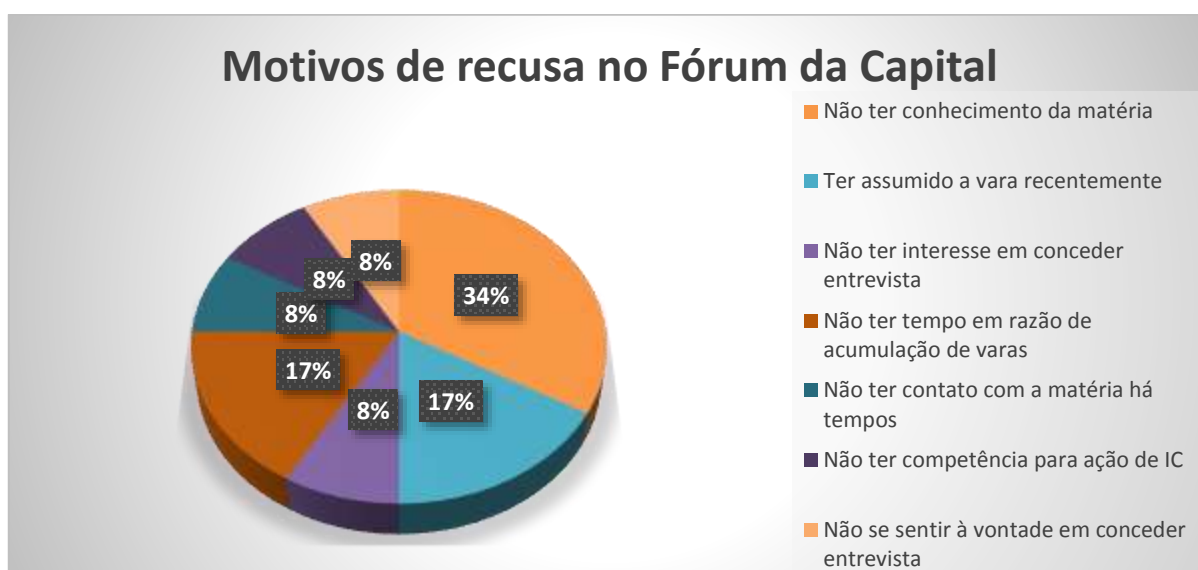
**Gráfico 7 – Convites para entrevista Fórum da Capital**



(Fonte Própria)

Foram motivos de recusa: (1) não ter conhecimento sobre a matéria para poder auxiliar; (2) ter assumido a vara recentemente e ainda não ter tido a oportunidade de decidir um caso sobre o tema; (3) não ter interesse em conceder entrevista; (4) estar sem tempo em razão de acumulação de varas; (5) não ter contato com a matéria há muito tempo; (6) não ter competência para as ações de internação compulsória e, por fim, (7) não se sentir à vontade em conceder entrevista.

**Gráfico 8 – Motivos de recusa no Fórum da Capital**



(Fonte Própria)



Para as Comarcas de Duque de Caxias e Nova Iguaçu, em razão da distância, fez-se o primeiro contato de modo diverso. Foi feito contato telefônico com cada um dos 24 (vinte e quatro) gabinetes dos juízes.

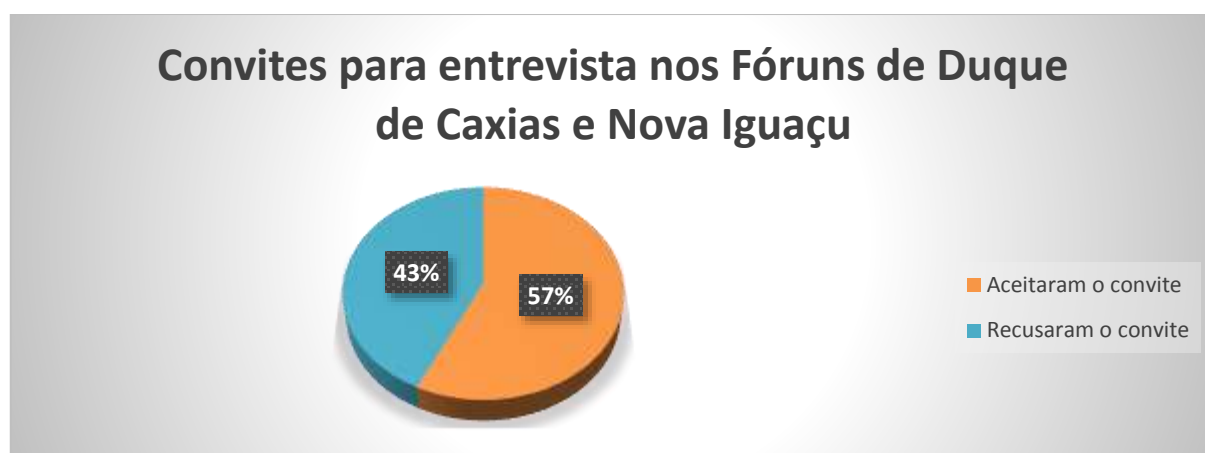
Solicitava-se falar com o responsável pelo gabinete, identificava-se na qualidade de estudante, com o objetivo de realizar um convite para participar de uma entrevista de Doutorado. Ressalte-se que 03 (três) varas estavam sem o juiz titular, havendo acumulação de funções por outros juízes que também estavam incluídos entre os possíveis entrevistados.

Após, explicava-se a pesquisa de modo resumido e pedia-se o e-mail do funcionário com o qual se havia falado ao telefone, para que fosse enviado o convite formal. Solicitava-se, então, que o funcionário encaminhasse o convite para o respectivo Magistrado com quem trabalhava.

Informava-se que havia um prazo para a realização das entrevistas e que seria feito contato telefônico na semana seguinte para saber a resposta. Ao final, conseguiu-se concentrar as idas para Duque de Caxias em 02 (dois) dias e Nova Iguaçu em 01 (hum) dia.

Nos Fóruns de Duque de Caxias e Nova Iguaçu foram obtidos os seguintes resultados: 12 (doze) Magistrados aceitaram o convite e 09 (nove) o recusaram.

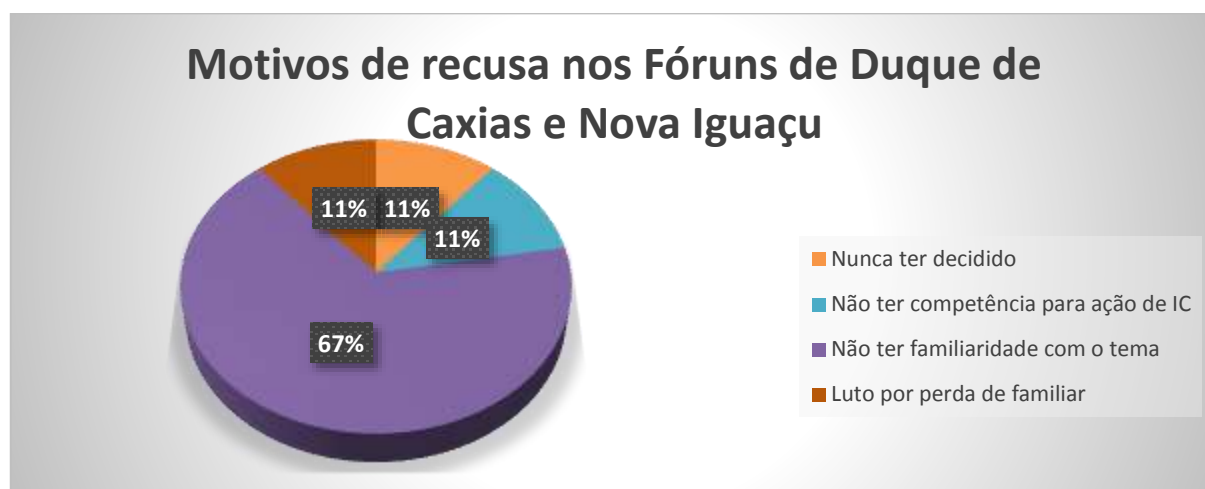
**Gráfico 9 – Convites para entrevista nos Fóruns de Duque de Caxias e Nova Iguaçu**



(Fonte Própria)

Foram motivos de recusa: (1) nunca ter decidido sobre o tema; (2) não ter ações de internação compulsória na sua vara; (3) não ter familiaridade suficiente com o assunto para dar entrevista e, por fim, (4) luto por perda de familiar.

Gráfico 10 – Motivos de recusa nos Fóruns de Duque de Caxias e Nova Iguaçu



(Fonte Própria)

Ao final, dos 54 (cinquenta e quatro) convites realizados, exatamente a metade, ou seja, 27 (vinte e sete) juízes aceitaram participar da pesquisa de campo. Uma vez agendada a entrevista, conforme a conveniência do Magistrado, comparecia-se ao gabinete no dia e hora marcados, com duas novas vias do TCLE e o cartão pessoal para contato, no caso de futura desistência. As entrevistas eram gravadas por dois meios: o gravador do celular da pesquisadora e um gravador digital. Todas as entrevistas foram realizadas nos gabinetes dos Magistrados.

## 7.2 ALGUNS RESULTADOS INICIAIS

Validade e reflexividade são os elementos que irão conferir o rigor na coleta e análise dos dados de uma pesquisa qualitativa. É preciso a compreensão de que a validade da pesquisa qualitativa nunca poderá ser padronizada universalmente, uma vez que “sempre estará vinculada à visão de mundo e à postura científica do pesquisador, permanecendo como um espaço de discussão e debate no campo científico” (OLIVEIRA; PICCININI, 2009, p. 93).

A validade de uma pesquisa qualitativa não será medida pela possibilidade de reprodução e confirmação, seguindo-se os mesmos protocolos, tal qual um teste de laboratório. Ao contrário, importam-se as justificações e reflexões pessoais do pesquisador, a respeito da realidade estudada, são válidas.

A concepção de validade apropriada depende dos paradigmas de pesquisa que estão sendo utilizados. Os objetivos principais da validade devem estar de acordo com a postura do pesquisador e a questão de pesquisa que propôs. (...). Assim, cada pesquisador deve explicitamente considerar o grau, a finalidade da pergunta, a pergunta e os atos reais de levantamento das informações e buscar o critério de validade mais adequado (OLIVEIRA; PICCININI, 2009, p. 92).

A reflexividade, por sua vez, está associada às práticas éticas da pesquisa, notadamente na ética interna, já mencionada no capítulo 3. A reflexão do pesquisador acerca da sua pesquisa não deve ocorrer em um único momento, mas deve ser um processo contínuo em todas as fases da mesma. Nesse sentido:

Os temas de interesse do pesquisador e as questões que propõe, bem como aquelas que descarta, revelam algo particular de cada pesquisador. O desenho de pesquisa, métodos e modelos teóricos que direcionam os estudos, a escolha (e a exclusão) dos participantes e as interpretações e análises são governados por valores e, reciprocamente, ajudam a formar esses valores. Assim, a reflexividade na pesquisa é um processo de análise crítica do tipo de conhecimento produzido e de como este é gerado (OLIVEIRA; PICCININI, 2009, p. 95).

Acima de tudo, a reflexividade é uma atitude de autoconhecimento do pesquisador, onde não há espaço para preocupações com generalizações e busca de verdades absolutas. A explicitação dos passos seguidos na pesquisa qualitativa será fundamental não para sua futura reprodução, mas, para melhor compreensão dos resultados obtidos.

Para Spink e Menegon o rigor da pesquisa qualitativa poderá ser aferido na explicitação do posicionamento do pesquisador sob dois ângulos: a reflexividade pessoal e a reflexividade funcional. Na primeira, haverá uma reflexão de como os interesses e valores do pesquisador incidem na pesquisa e nas interpretações. Já, a segunda, “volta-se para a comunidade e para a maneira como “quem somos” influi no processo de pesquisa e em seus resultados” (SPINK; MENEGON, 2004, p. 89).

Essa discussão perpassa pelo conceito que se tenha acerca do conhecimento e do papel das ciências na sua formação. O ideário positivista de que ciência é tudo aquilo que se prova com exatidão, por meio de métodos fechados, a fim de se atingir uma verdade absoluta passível de reprodução, desde que obedecido com rigor o mesmo protocolo, há muito entrou em crise.

É o que Boaventura de Souza Santos denomina de “crise do paradigma dominante”, referindo-se à quebra da verdade absoluta das ciências naturais, propiciando, em

consequência uma “profunda reflexão epistemológica sobre o conhecimento científico” (2009, p. 50).

Depois da euforia cientista do século XIX e da conseqüente aversão à reflexão filosófica, bem simbolizada pelo positivismo, chegámos a finais do século XX possuídos pelo desejo quase desesperado de complementarmos o conhecimento das coisas, isto é, com o conhecimento de nós próprios. (...). A análise das condições sociais, dos contextos culturais, dos modelos organizacionais da investigação científica, antes acantonada no campo separado e estanque da sociologia da ciência, passou a ocupar um papel de relevo na reflexão epistemológica (2009, p. 50–51).

Abre-se espaço, então, para o paradigma emergente, com ideias antipositivistas, onde a verdade não é mais absoluta e o conhecimento científico é socialmente construído, sendo o senso comum parte integrante da racionalidade científica e, portanto, fonte de conhecimento. Supera-se, assim, a distinção entre ciências naturais e sociais.

O conhecimento do paradigma emergente tende assim a ser um conhecimento não dualista, um conhecimento que se funda na superação das distinções tão familiares e óbvias que até pouco considerávamos insubstituíveis, tais como natureza/cultura, natural/artificial, vivo/inanimado, observador/observado, subjectivo/objectivo, colectivo/individual, animal/pessoa (SANTOS, 2009, p. 64).

A análise quantitativa em pesquisas qualitativas é uma questão sempre ponderada entre os autores (FLICK, 2009; MINAYO, 2014; SPINK et al., 2014), especialmente pelo fato de não haver uma preocupação, tampouco o objetivo, de replicá-la, importando mais a sua especificidade.

Muito embora haja a prevalência do método qualitativo em pesquisas sociais de saúde, sendo este também o método aqui adotado, entende-se que não se deve desprezar os dados quantitativos. Isso não significa que os números revelem uma verdade absoluta, tampouco pode-se afirmar que representem alguma verdade. Apontam, por certo, a reflexividade construcionista da pesquisa.

O “novo pesquisador científico”, partindo de uma postura reflexiva de fazer pesquisa, pode adotar ou criar um método apropriado de investigação – incluindo a quantificação, quando necessária – e trabalhar com métodos qualitativos não apenas como um ‘bom jornalismo investigativo’ (SPINK; MENEGON, 2004, p. 84)

Para Boaventura de Sousa Santos o conhecimento pós-moderno caracteriza-se pela imetodologia, no sentido de constituir-se a partir de uma pluralidade metodológica, o que só será possível por meio do que denomina de “transgressão metodológica”, onde a aproximação das ciências naturais e sociais se fará presente. Para Santos:

Sendo certo que cada método só esclarece o que lhe convém e quando esclarece fá-lo sem surpresas de maior, a inovação científica consiste em inventar contextos persuasivos que conduzam à aplicação dos métodos fora do seu habitat natural. (...). A transgressão metodológica repercute-se nos estilos e géneros literários que presidem à escrita científica. A ciência pós-moderna não segue um estilo unidimensional, facilmente identificável; o seu estilo é uma configuração de estilos construída segundo o critério e a imaginação pessoal do cientista (2009, p. 78–79)

Desse modo, optou-se por transgredir a metodologia puramente qualitativa. É importante esclarecer que a utilização de alguns dados quantitativos não representa uma busca pela sedutora precisão numérica de uma verdade real passível de generalização de seus resultados, tampouco de reprodução futura, mas apenas representam uma informação relativa a um determinado grupo de pessoas.

No caso das entrevistas realizadas, percebeu-se que seria interessante trazer alguns números que surgiram como resultados iniciais desta pesquisa, sempre ressaltando que, de modo algum, pode-se afirmar que representam o perfil dos Magistrados de primeiro grau do TJ/RJ acerca do tema em debate. Conduto, por certo, refletem alguns dos sentidos produzidos pelos entrevistados e que serão melhores analisados no tópico seguinte (7.3).

Passa-se, assim, a expor alguns resultados numéricos obtidos:

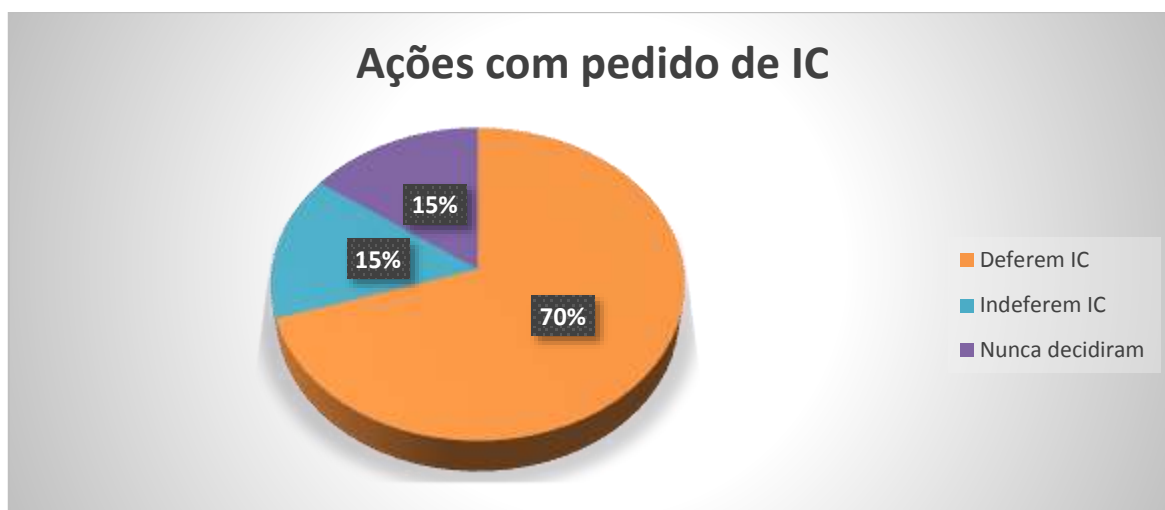
1) Quando indagados se já haviam decidido algum processo com o pedido de internação compulsória por uso de crack e em que sentido:

- 70% (setenta por cento) responderam que sim e que decidiram pelo deferimento da medida de internação compulsória;

- 15% (quinze por cento) responderam que sim e que indeferiram tal medida restritiva de liberdade e,

- 15% (quinze por cento), nunca haviam se pronunciado em uma ação de tal natureza.

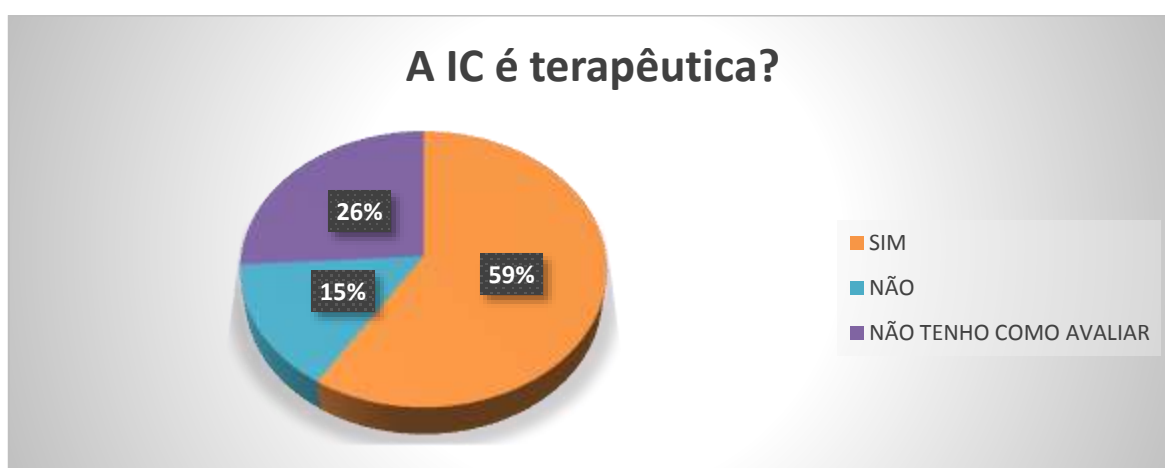
Gráfico 11 – Ações com pedidos de IC



(Fonte Própria)

2) À pergunta “a internação compulsória é terapêutica?”, 59% (cinquenta e nove por cento) dos magistrados responderam afirmativamente; 15% (quinze por cento) negativamente e 26% (vinte e seis por cento) disseram que não tinham como avaliar, pois precisariam de conhecimento técnico a respeito do tratamento.

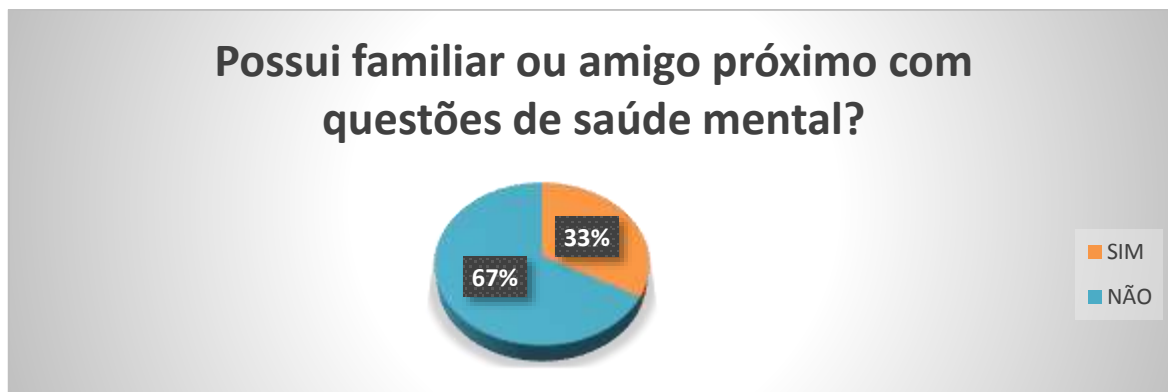
Gráfico 12 – A IC é terapêutica?



(Fonte Própria)

3) Indagados se possuíam pessoas na família ou amigos próximos com questões de saúde mental: 33% (trinta e três por cento) responderam afirmativamente e 67% (sessenta e sete por cento) negativamente.

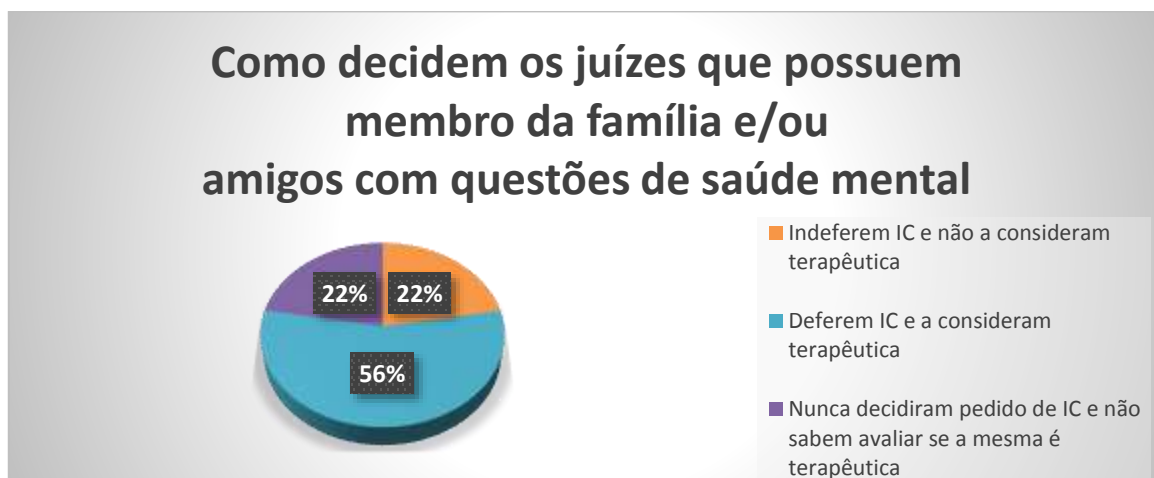
Gráfico 13 – Familiar ou amigos próximos com questões de saúde mental?



(Fonte Própria)

4) Verificou-se que, entre os 33% que responderam possuir familiar ou amigos próximos com questões de saúde mental: 56% deferem pedidos de internação compulsória e a entendem como uma medida terapêutica; 22% desse total responderam, anteriormente, que indeferem os pedidos de internação compulsória, bem como não entendem tal medida como terapêutica; 22% responderam que nunca decidiram ação com pedido de internação compulsória e, tampouco, sabem avaliar se tal medida é terapêutica.

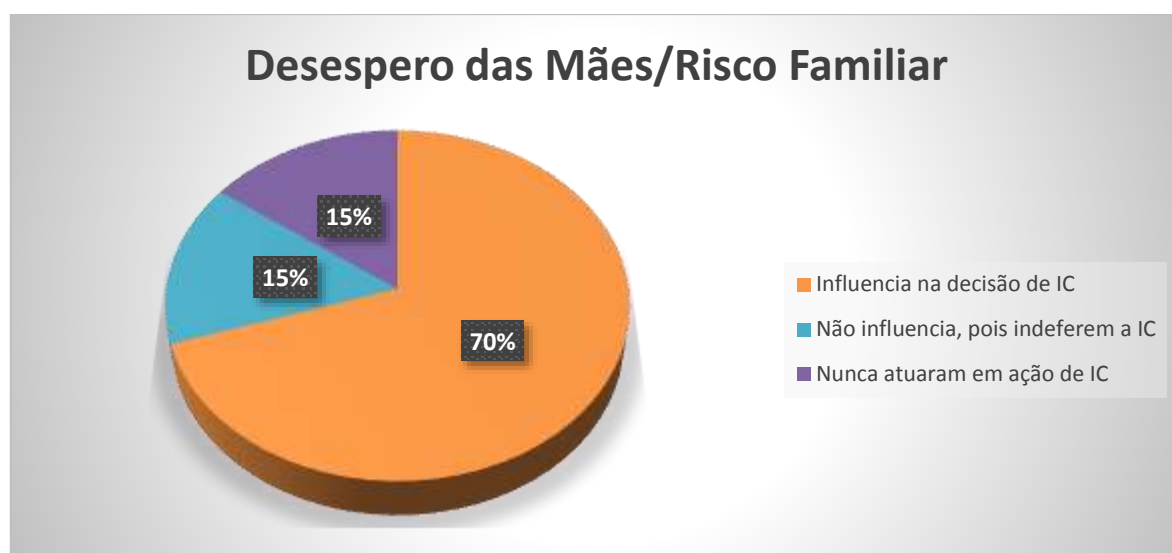
Gráfico 14 – Como decidem nos casos de questões de saúde mental na família?



(Fonte Própria)

5) Uma fala muito recorrente foi a referência ao desespero das mães dos usuários de crack, bem como o risco à integridade física de toda a família, em razão da violência daqueles nos momentos de crise. Dos entrevistados, 70% mencionaram tais fatores como influenciadores na decisão de deferimento da internação compulsória. Esse percentual coincidiu com aqueles que responderam deferir a medida. Os 30% restantes, não mencionaram a questão familiar, e, do mesmo modo, coincidiu com aqueles que indeferem o pedido ou nunca atuam em ação de tal natureza, correspondendo, cada qual, ao percentual de 15%

Gráfico 15 – Desespero das Mães/Risco Familiar



(Fonte própria)

6) Por fim, com relação aos requisitos para deferimento da internação compulsória, verificou-se que, entre os 70% que responderam deferir a internação compulsória: 51% apontaram o laudo médico como o requisito essencial para a concessão da medida; 16% mencionaram a necessidade de acesso ao paciente antes de analisar o pedido, por meio da chamada audiência de inspeção pessoal; 27% listaram a existência de histórico de violência ou agressividade por parte do usuário e 06% indicaram a presença de registro de ocorrência policial em razão da violência e agressividade do usuário de crack.



Gráfico 16 – Requisitos para o deferimento da IC



(Fonte Própria)

### 7.3 AS PRÁTICAS DISCURSIVAS PRESENTES NAS ENTREVISTAS

Utilizando-se o método de análise de práticas discursivas de Mary Jane Spink, após a transcrição das entrevistas, foram elaborados os mapas dialógicos agrupando os conteúdos em 03 (três) categorias temáticas, preservando-se a sequência das falas. São elas: (1) concepções acerca do crack em sua relação com a internação compulsória; (2) concepções acerca da internação compulsória como um recurso terapêutico; (3) critérios para deferimento da internação compulsória.

A construção dos mapas dialógicos tem como finalidade facilitar a visualização de todas as questões ou provocações que originaram as falas dos entrevistados, e, assim, a identificação dos repertórios linguísticos. Além disso, possibilita a contextualização da fala sem perder a referência do todo e, sobretudo, sensibiliza para as diversas modalidades de diálogos (SPINK, 2010).

Os mapas têm o objetivo de sistematizar o processo de análise das práticas discursivas em busca dos aspectos formais da construção linguística, dos repertórios utilizados nessa construção e da dialogia implícita na produção de sentidos. Constituem instrumentos de visualização que têm duplo objetivo: dar subsídios ao processo de interpretação e facilitar a comunicação dos passos subjacentes ao processo interpretativo (SPINK; LIMA, 2004, p. 107).

Considerando-se que, a partir de agora, serão transcritos trechos das falas dos entrevistados, que se revelaram importantes nos mapas dialógicos, serão destacadas algumas palavras ou frases para dar ênfase à técnica da prática discursiva aqui empregada. Apenas por motivos de ordem prática não será colocada a expressão “**Grifei**” ao final de cada trecho.

Entretanto, antes de passar à análise das categorias temáticas, cabe destacar algumas falas dos entrevistados, onde se revelou evidente a questão da dúvida acerca do juízo competente para a distribuição das ações com o pedido de internação compulsória, tal como observado no Capítulo 3, no tocante à dificuldade de se identificar “as portas de entrada” dessas demandas:

*(...) Já vi de internação **no Cível**, mas de pedido de internação eu já vi, até em clínicas psiquiátricas por falta, que, porque o plano não quer custear, isso eu peguei alguns no cível, agora há pouco tempo (...). Eu peguei na Cível, né, na capital. Que eu lembro que teve uns casos, porque, era, essas internações psiquiátricas, aí às vezes eles sempre limitam, acho que é 30 dias de limitação, só que tem casos, não tem como ficar, como é que você vai limitar (...)* (Entrevista n° 02)

*(...) em **Vara de Fazenda** é, aparecia muito as questões acerca das internações, os pedidos de internação, pra doenças em geral, e dentro desse universo, acabavam aparecendo questões atinentes à **Internação Compulsória** (...).* (Entrevista n° 07)

*(...) esse tipo de internação vai exigir que a pessoa, ou esse internando, ele esteja numa situação de, né, de absoluta incapacidade de, de se autodeterminar mesmo, e que por isso um terceiro venha e queira pedir, pleitear a internação compulsória dele, então, é nesse sentido eu acho que **ele não tem, não tem, não consegue manifestar a sua vontade, por isso que eu acho que devia ser na vara de família, porque aí teria uma curatela** (...)* (Entrevista n° 13)

*(...) aqui na **Vara Cível** não, (...), não tenho visto tanto essa, essa matéria, mas (...) **o período que eu fiquei lá na Vara de Família, teve um acréscimo bem, bem razoável, começaram a vir várias demandas envolvendo essa questão** (...) eu acho que essas matérias vão mais pra, pra **Família** (...)* (Entrevista n° 15)

*(...) sustento o entendimento, teoria fundamentada inclusive na Lei Nacional que rege a matéria nas próprias, é, na própria visão que eu tenho da situação, que, quando há violação de direito de terceiros, ou seja, há um, a pessoa quer que alguém seja internada, **um terceiro quer que uma outra pessoa seja internada porque viola direitos, porque rouba, porque furta, porque comete algum ilícito, isso pra mim é uma hipótese de ilícito Penal, então, ele tem que ser comunicado à autoridade policial, tem que haver uma investigação, apuração, persecução penal, é, é competência da Vara Criminal** (...)* (Entrevista n° 19)

*(...) eu acho que, boa parte dos pedidos de Internação Compulsória, hoje, tem sido feitos em ações de interdição, (...) eu não tenho pego muita coisa assim como ação pra Internação Compulsória autonomamente, geralmente ela vem com pedido de tutela cautelar, até mesmo no plantão, eles ajuízam ações de interdição e vem pedido de tutela cautelar aqui pra Internação Compulsória. (Entrevista n° 26)*

Outra questão que escapou às categorias temáticas, mas que apareceu em uma das entrevistas realizadas, foi a controvérsia acerca da não necessidade de interdição do usuário de drogas, que foi explicada da seguinte forma:

*(...) o que a gente costuma chamar no nosso, nossa, nosso jargão, né, é, forense, de "curatela provisória", "curatela instantânea", então, naquele processo, a gente abre mão de, de um procedimento burocrático pra uma ação de interdição, e, e confere poderes a alguém que aparece pra, pra exigir essa internação. Então, é existe aí a "curatela instantânea" como eu chamo. Nesse momento, você tem a curatela, por quê? Porque você tem, é, propósitos coincidentes. É o parente que quer a internação e o doente, evidentemente também está necessitando, então, "ele quer" (...). (Entrevista n° 07)*

Feitas essas duas observações, passa-se ao estudo das três categorias temáticas acima identificadas nas entrevistas realizadas. O objetivo, nesse ponto, é identificar os repertórios linguísticos dos juízes, as vozes com as quais dialogam e os tempos das suas linguagens. Optou-se por analisar as práticas discursivas de cada categoria temática em tópicos separados, como se passa a fazer a seguir.

### 7.3.1 As concepções dos juízes acerca do crack em sua relação com a internação compulsória

A questão do crack, como já mencionado, ganhou repercussão no Rio de Janeiro a partir de 2011, com a publicação da Resolução n° 20 do Município do Rio de Janeiro e o início das práticas higienistas pelo então Prefeito Eduardo Paes.

Das cenas de violência com os usuários moradores de rua divulgadas pelas mídias até a *boom* de ações judiciais de famílias desesperadas por não saber como lidar com a questão dentro de casa, não demorou muito. Um dos entrevistados sintetiza bem aquele momento inicial da judicialização do crack em 2012:

*(...) começaram a distribuir várias ações, né, de Internação Compulsória, eram propostas pelo Ministério Público, muitas vezes só contra o usuário,*

*ou até contra o usuário e a mãe, e não tinha nenhum ente Público. Quando se questionou sobre, né, a competência da Vara de Fazenda por não ter um ente público eles ingressaram também, como no polo passivo, contra o Estado e, e município, mas o que se questionou a época é exatamente a questão: Como você pode internar compulsoriamente uma pessoa maior e capaz, já que o processo não tinha nenhum laudo me dizendo que o, a droga que ele usava, seja qual for, tornou ele incapaz pra alguma coisa? O que se sabia era que ele era agressivo, que a mãe, muitas vezes, apanhava desse usuário e que ela queria interná-lo porque, de fato, o que ela queria era resolver uma questão social, que é a incapacidade dela de conviver com ele na mesma casa porque as pessoas eram agressivas, (...)* (Entrevista n°10)

Percebe-se, assim, que a motivação pela busca do Poder Judiciário, em um primeiro momento, estava na tentativa de solucionar um problema familiar e social e não propriamente a preocupação de tratamento para aquele usuário. Essa fala do uso da ação judicial para solução de uma questão social mostrou-se recorrente:

*A judicialização eu acho que é uma, uma tentativa de achar uma solução pra o problema, né, a questão de buscar o judiciário é, é, é mais uma porta que se tenta solucionar o problema de saúde, né?! (Entrevista n° 06)*

*(...) pela realidade que eu, que eu vejo, é, da prática talvez seja a droga mais destrutiva, né, processo de estruturação mesmo da família, né, é, e eu acho que isso que gera esses pedidos de, de Internação Compulsória, né, quando a família fica totalmente desestruturada, não consegue mais suportar o convívio com o usuário abusivo é que eles vem tentar a Internação Compulsória aqui, né?! (Entrevista n° 24)*

*É, é eu acho que a questão do crack reflete uma grande carência social, uma grande crise social. As famílias, em regra, no início, não conseguem ao descobrirem que um membro, é, é, da família está fazendo uso de crack ou de qualquer outra droga, ela, no princípio, é a minha percepção, ela tende a desconhecer ou a fazer de conta que o problema não existe. E aí, com o passar do tempo e com a, agudização do problema, ela acaba por recorrer ao Poder Judiciário (...). (Entrevista n° 25)*

No tocante às concepções acerca do crack em relação à internação compulsória, percebeu-se dois tipos de manifestação de opinião: alguns entrevistados falavam a sua opinião pessoal acerca da droga em si e das consequências do seu uso, enquanto outros revelaram sua experiência profissional nas ações de internação compulsória.

Termos e expressões como “muito triste”, “problema social” “problema de saúde pública”, “solução humana”, “degradação do ser humano”, “devastação”, “usuário de crack vive à margem da sociedade”, “absorve o intelectual do indivíduo”, “viciado”, foram frequentes entre os que expuseram sua visão particular do tema.

*(...) devasta a família da pessoa, a própria pessoa, e acaba virando um problema de saúde pública. (...) aumenta furto, roubo, moradores de rua, a pessoa, em 3, 4 meses, uma pessoa que tinha uma vida aparentemente normal, que tinha uma família, tudo direitinho, ela, praticamente, pelo menos os casos que a gente vê, não tão próximos, mas a pessoa muda completamente. (...) que é muito triste, né, acaba trazendo vários problemas nem só pra vida da pessoa, traz pra família toda, e acaba trazendo um problema mesmo, público. (Entrevista n° 02)*

*(...) pessoalmente eu vejo como uma **degradação da, da, da vida em sociedade porque o usuário de crack ele vive à margem da sociedade** (...) o usuário ele gera é, é, a **degradação dele mesmo como de todo o entorno dele, né, porque fica tudo abandonado** (...) (Entrevista n°03)*

*(...) eu vejo como uma **solução humana, né, de desespero humano, de tentar atender uma situação pontual**(...) (Entrevista n° 08)*

*(...) Com referência ao crack, eu acho que foi a pior do todas porque ele aliena, né, **ele absorve totalmente o intelectual da pessoa** (...) (Entrevista n°11)*

***O Crack eu acho que ele domina a pessoa, assim, completamente, pelo menos é o que as pessoas falavam comigo lá. Então às vezes eu via o cara que é viciado tava traficando pra manter o tráfico. Muito comum** (...) o crack, eu acho que o viciado ele fica tão destruído, que ele não consegue chegar aqui, entendeu?! Chegar até essa sala aqui, e, e debater uma questão da vida dele, ele já perdeu o interesse nisso, (...), no trabalho (...) (Entrevista n° 17)*

*(...) então, é uma coisa que me, me, como, como cidadão, me, **me deixa extremamente entristecido, porque mostra a degradação total do ser humano, (...) a pessoa perca o, até a própria identidade humana com relação à capacidade de até se autodeterminar.** (Entrevista n°21)*

***É uma questão muito triste, e, eu sinto assim uma dificuldade muito grande quando vem um caso, né, que chega um caso a mim, porque (...) você não tem mais instituições psiquiátricas públicas, né, pública, que possa, de referência, que possa receber os viciados, tratá-los e ressocializar em casa, né!** (...) (Entrevista n° 22)*

Já, entre aqueles que compartilharam alguma experiência profissional com as ações com pedidos de internação compulsória de usuários de crack a referência à mãe e à família do usuário foram comuns.

*Eu entendo que **contamina a família inteira a devastação que o uso permanente de uma droga produz** e eu já vi casos, (...) angústia das pessoas que convivem com, com o desequilíbrio que causa uma pessoa que é dependente química e, e que tem um, um uma necessidade de um uso que às vezes interfere na rotina e no cotidiano, e eu acho que nesses casos, **o que tem, o que tem sido feito, assim, se procura a internação pra que, pra***

*que aquele núcleo familiar consiga respirar e pensar em alternativas e até porque como ninguém sabe o que é que, o que é que pode fazer, eu acho que a primeira coisa que vem na cabeça, é, assim: Interna e depois a gente, a gente vê o que faz. (Entrevista nº 04)*

*(...)Tinha casos, eu me lembro de um que me impressionou muito, que a, a moça veio, uma senhora, **sempre a mãe, né, a mãe, as mulheres são umas heroínas realmente, né, elas vêm por quê? Porque o filho tava em casa quebrando tudo, arreventou banheiro, vasculhou gaveta, pra, pra roubar dinheiro pra poder comprar droga, e a mãe tava com medo de ser, de ser ferida ou até morta pelo filho, então ela vai lá e pede, aí, com essas condições a gente, a gente deferia, né?** (Entrevista nº07)*

*(...) eu me recordo apenas uma vez que era um caso, assim, de vida ou morte, e realmente era pra atender o desespero de uma mãe, mas eu, eu não tive oportunidade de apreciar nenhum outro pedido de tutela, né!?* (Entrevista nº08)

*Uma que eu, uma que eu falei que eu mexi, (...) era uma mãe, acho que era **uma mãe no desespero ali, do filho que voltava, voltava machucado, quebrava a casa, porque sempre tá muito atrelado com, com situações de violência, e, de agressividade (...)** (Entrevista nº09)*

*(...) a mãe abandonava o processo, porque quando o filho saía de casa, ela não tinha mais interesse na ação, porque, na verdade, o que ela queria era resolver o problema social dela (...)* (Entrevista nº10)

*(...) teve esse caso, acho que **situação muito desesperadora da família, da mãe, e tinha um laudo porque, esse é o problema, muitas vezes não vem o laudo (...)** o Juiz nesses casos fica meio sem muito, muito poder ali de, de resolveu, né, fica entre, uma situação de limite porque **a família tá desesperado, desesperada.** (Entrevista nº 15)*

*As demandas normalmente são propostas pelo, pela Defensoria Pública, o que eu tenho, é, são sempre de **mães que querem que o filho seja tratado, tenha algum tipo de tratamento com relação a, a droga** porque já tá em vias de ser assassinado na, na, na comunidade, em vias de, de perder tudo, é, é um, é uma situação muito complexa, (...)* (Entrevista nº 18)

Considerando-se que práticas discursivas são constituídas por vozes, é comum, nas entrevistas, mencionarem terceira pessoa. É o que Mary Jane Spink chama de “mudança de interlocutor”:

*(...) as pessoas numa entrevista, por exemplo, estão falando com você e de repente a fala passa a ser endereçada a outrem. Por exemplo, “não sei...porque meu pai dizia que...” O interlocutor passou a ser o pai. É um trabalho instigante esse de tentar identificar estas mudanças de interlocutores.(2014, p. 35)*

Desse modo, no decorrer das entrevistas surgiram novos interlocutores, vozes que faziam parte da narrativa ali travada. Entre essas vozes presentes nas práticas discursivas

dos magistrados, é marcante a figura da mãe desesperada e que, por vezes, dialoga (em um tempo passado) com o juiz, ao implorar por uma decisão de internação compulsória de seu filho(a) usuário abusivo de crack.

*(...) a mãe estava desesperada porque ela abandonou a, a neta com a mãe, vendeu tudo o que tinha em casa e, e tava procurando aquelas áreas onde as pessoas que usam crack ficavam na Avenida Brasil, e a mãe estava angustiada com medo da filha ser morta na rua, porque me contou, a mãe veio a, ao gabinete e me contou que as pessoas iam a pretexto de ajudar os usuários, que até sanduíche com chumbinho dentro, eles, eles davam pra aquelas pessoas que ficavam na rua, e ela estava desesperada porque ela, a filha estava um fiapo e não tinha nenhuma condição de decidir sobre a sobrevivência, então a internação foi feita emergencialmente pra que ela pudesse ter um suporte clínico que ela precisava, ela tava quase desidratada, e aí depois ela veio pra audiência já um pouco melhor, e, e se comprometeu a, aderir a algum tipo de tratamento mas no momento seguinte sumiu novamente, a mãe voltou novamente desesperada, imaginando que a internação seria uma forma de garantir a sobrevivência da filha. (Entrevista n° 04)*

*(...) Pra mim foi difícil, eu te confesso que foi muito difícil o crack, eu aceitar essa questão de crack, porque até então, eu via o usuário como, é, ele portador de uma decisão, ele portador do que é que seria melhor pra vida dele, usar droga ou não usar droga, entendeu?! Eu não via ele com esse, esse corpo vazio, essa mente vazia até então. Até que eu tive uma experiência, e, e, acho que foi a mais, a mais forte de todas, foi quando uma mãe procurou, (...) e eu inicialmente pedindo uma liminar, que era uma liminar de internação, e eu inicialmente, eu disse que eu não daria a liminar. Eu falei: "Eu não vou dar a liminar." porque se a filha dela está usando drogas, eu não tenho o direito de intervir, ir lá pegar, sabe, botar um "SAMU-da-vida" ou botar uma clínica particular, (...) a mãe chorou muito, e ela me procurou queria falar comigo e eu recebi aquela mãe e ela falou assim: "Dra, pelo amor de Deus, mude a sua concepção jurídica porque a minha filha, ou ela vai me matar, ou ela vai se matar. E não venha me dizer que a justiça não tem o direito de intervir. Tem sim." e me mostrou o corpo dela todo marcado das agressões da filha, e tudo o mais e a foto da menina jogada ao solo completamente alienada de tudo, do mundo. E naquele momento, eu comecei a ter uma visão mais realista da coisa e menos jurídica da coisa, talvez. E eu percebi que eu precisava agir com um pouco mais de rigor, e assim, fazer uma lavagem cerebral na minha cabeça, sabe, e tentar, sabe, encaixar ali dentro a necessidade dessa intervenção minha (...) (Entrevista n° 11)*

*Esses dias, há pouco, (...) veio uma mãe de um menino de 17 anos. (...) Tem laudo, atestado médico de que ele é usuário de crack, de drogas. A mãe aos prantos querendo tirar o filho de, dessa situação, e sem conseguir, então, porque precisa de autorização judicial pra internar? Por que isso? Eu acho assim, a gente precisa, a gente, menor tem o direito de ir e vir para a vida, mas a partir do momento que ele está indo pro caminho da morte, porque é seguro isso, do crack, você vê o desespero de uma mãe chorando, vendo seu filho caminhando a passos largos pra morte, ou vai*

*morrer de overdose ou vai morrer porque não pagou as drogas, ou, entendeu, é, não tem salvação. (...), é muito duro a gente ver essa mãe desesperada chorando porque quer o tratamento pro filho, ela tem condições de dar um tratamento pro filho, e não pode fazê-lo porque tem o direito de ir e vir; direito de ir e vir, repito, é pra vida. Você não tem direito de ir e vir para a morte. (Entrevista nº14)*

*(...) a mãe de uma, dependente, é, química, né, em crack, é, entrou com uma ação requerendo a internação provisória, fiz aqui uma audiência especial porque quem estaria presente é, o Ministério Público, né, e, e ela nos relatou que cada, que a filha que tem, deveria ter sei lá uns 22, 23 anos, né, já tinha sido, e a internada várias vezes para tratamento do crack, (...) que ela ia pra Cracolândia, (...) muito suja, muito doente, desidratada, é, totalmente anêmica, assim, magérrima, é com situação triste, (...) e cada neto que vinha, obviamente não tinha registro, né por parte de pai, é, a mãe não sabia nem quem era, né, o, o pai da criança, e essa mãe, da, da, dependente química, é quem tinha que tomar conta do, desses netos, cada um, cada vez mais um, né, e então ela veio aqui, porque a filha tinha, tinha saído de casa, e que ela sabia que a filha estava na Cracolândia, e não tinha como buscar a garota, então, me pediu, é requereu, né, a, a Internação Compulsória, e eu teria que mandar, né, para isso eu teria que mandar fazer uma busca e apreensão, na Cracolândia, então eu pedi ajuda policial, reforço policial, né, foi o Oficial de Justiça pra polícia, e consegui pegar a moça, levaram para a, Hospital psiquiátrico (...) uma tarde no intervalo de uma audiência, , veio a a mãe da dependente química, com a filha, e os netos, tá, porque a, a filha queria me conhecer, e a filha, você via que ela era bem debilitada, quer dizer, ela tava limpinha, tava arrumadinha, tava forte, mais forte, né, e mas você via que ela não tinha controle de suas emoções direito, você via que ela era muito apática, que deveria estar ainda é sob efeito de remédios, né, e a filha ajoelhou aos meus pés, pegou minha mão pra beijar a minha mão, tá, e querendo que os filhos dela fizessem isso também, e ela falava, olhava, olhava nos meus olhos, ela ajoelhava olhava meus olhos: "Doutora Deus te pague, Deus te pague a senhora me tirou do inferno!". Então, foi muito emocionante, eu segurei a mão dela, falei pra ela se levantar, que de forma alguma eu isso era a minha, era o meu trabalho, que eu ficava feliz dela ter sido resgatada, né, e estar sob tratamento, orientei que não saísse do tratamento, que isso é um longo processo, mas que tudo iria correr bem (...) (Entrevista nº 22)*

*(...)mãe do paciente, e ela veio acompanhada do outro filho, outro filho maior, e, a narrativa dela era estarecedora, de provocar mesmo consternação. Em todos, não só no Defensor, no, no, no MP, e também em mim, o Juiz. Pela, pela situação de desestrutura em que estava aquela família, aquele lar onde todos os três moravam, ela, uma senhora separada e morava com os dois filhos, mora com os dois filhos rapazes, sendo que um deles foi pra esse lado, e aí, a vida dela, é ficou absolutamente desarrumada. (...) ela própria não conseguia dar conta da situação de agressividade dele e da vulnerabilidade dela e do outro filho dela em relação ao rapaz até que ela veia pro Poder Judiciário depois de trancá-lo dentro de casa ela veio (...) pedir socorro a nós. (Entrevista nº 25)*



O senso comum, muito divulgado pela grande mídia, que relaciona o uso de drogas, especialmente o crack, com a violência, agressividade, criminalidade e falta de discernimento, bem como a associação do uso de drogas com uma doença mental, também foi percebido em algumas entrevistas:

*(...) o que eu vejo é que não só o usuário ele gera é, é, a degradação dele mesmo como de todo o entorno dele, né, porque fica tudo abandonado, eles roubam as pessoas (...)* (Entrevista n° 03)

*(...) é difícil tentar resolver o problema e reinserir essas pessoas na sociedade de uma forma que, é, (pausa) enfim que elas se livrem desse vício e que elas tenham condições de, de gerir a própria vida de um jeito, é, (pausa) enfim, de que se, fiquem livres do problema, né, e, enfim tá atrelado com a violência né?! (...) normalmente tá envolvido com, com criminosos envolvidos com tráfico de drogas, ou se não, se não, não começou a traficar, os traficantes estão atrás, enfim porque estão devendo dinheiro ou por alguma coisa, e a pessoa fica muito violenta, e aí, nos, nesses dois casos que eu vi, a pessoa agredia, enfim ficava transtornada, agredia os familiares, agredia as pessoas ao entorno, quebrava a casa (...)* (Entrevista n° 09)

*quem é viciado em crack não tem ainda aquele, é, discernimento de dizer: "Eu preciso ir pra essa terapia porque eu vou me tratar".* (Entrevista n°14)

*(...) mas havia principalmente um desespero da família que não tinha mais como ficar com ele em casa, já que ele quebrava tudo, roubava tudo, estava ameaçado de morte pelos bandidos locais e foi, então, internado no Pínel, mas lá o diretor que o tirasse de lá porque ele estava roubando e agredindo os doentes mentais (...)* (Entrevista n°20)

*(...) é, assim, uma questão debilidade mental, ou um problema de, uma patológico, uma patologia, mental. Situação que se agravou pelo uso imoderado de substâncias entorpecentes, então, sempre, sempre associada à questão da droga, como se a dependência do, uso da substância entorpecente, ela tivesse potencializado aquilo que a pessoa, aquela doença que a pessoa tinha, a doença mental que a pessoa tinha.* (Entrevista n° 23)

*(...) eu acho que, é, a Internação Compulsória é recomendada pra esses casos em que o sujeito acaba se tornando uma pessoa violenta, e a droga catalisa isso, né, é, então, é eu acho que é uma solução temporária pra garantir a segurança dele e da família temporariamente, até que ele possa, com tratamento, baixar esse nível de agressividade dele e voltar ao convívio da família e da sociedade.* (Entrevista n° 24)

Como já relatado no Capítulo 4 (Estado da Arte), a mídia<sup>272</sup> tem um papel muito importante na formação de opinião e na criação, reforço e divulgação de estereótipos e notícias, com ou sem respaldo científico. Wurdig e Motta (2014), ao analisarem as reportagens do Jornal Zero Hora de 2013, que tratavam acerca da internação compulsória de usuários de crack, confirmam sete discursos midiáticos, já analisados no capítulo citado.

Entretanto, é interessante reproduzir, nesse tópico, tais discursos midiáticos, para fins de contextualizar com as práticas discursivas judiciais presentes nas entrevistas: **1)** utilização de palavras com ideologia religiosa; **2)** a ausência de espaço à fala dos usuários e das famílias; **3)** equiparação do uso de drogas à doença mental e, em consequência, a aplicação dos mesmos tratamentos de internação aos usuários de drogas, apesar de toda a crítica histórica a essa prática em relação aos doentes mentais; **4)** reforço da estigmatização do usuário de drogas, bem como a sua incapacidade de decidir; **5)** criminalização da conduta do usuário de crack, já que a sua maioria comete crimes para sustentar o vício, sendo necessária a intervenção do sistema penal; **6)** ideia da internação compulsória como o modo mais eficaz de desintoxicar; **7)** estratégia da naturalização do discurso de internação compulsória.

Em termos de criação de práticas discursivas e repertórios linguísticos, é inegável a participação da mídia na sociedade contemporânea, especialmente no que toca à influência no cotidiano, pois “confere uma visibilidade sem precedentes aos acontecimentos, informações e descobertas, levando a uma reconfiguração entre o público e o privado, reduzindo barreiras espaciais e temporais” (MEDRADO, 2004, p. 245)

Desse modo, tais notícias chegam, inclusive, nas casas dos magistrados que, se não realizarem um juízo crítico da informação que estão recebendo, irão incorporá-la como verdade e reproduzi-la, muitas vezes, nas suas decisões. Percebeu-se, assim, a referência à mídia (televisão, jornais, reportagens, novelas) como fonte de conhecimento e informação a respeito da questão do crack na atualidade.

*Tenho visto como um problema social, na verdade eu não, eu não tenho muito acesso, assim, no trabalho, mas **eu tenho visto nos jornais**, tenho visto na sociedade como um todo (...) (Entrevista n° 01)*

*(...) pessoalmente eu vejo como uma degradação da, da vida em sociedade porque **o usuário de crack ele vive à margem da sociedade, né, e, acho que, as experiências, assim, pelo menos que eu vejo de reportagem, eu não tenho contato com ele, nenhum, né, mas pelo menos por reportagem é, o que eu vejo** (...) (Entrevista n° 03)*

<sup>272</sup> “Textos e imagens publicados em jornais, revistas ou livros, apresentados em TV ou rádio, divulgados via, Internet e, inclusive, textos científicos constituem instrumentos midiáticos” (MEDRADO, 2004, p. 244–245).

*(...) eu tomo contato pela, mais pela imprensa, pelas obras de ficção, aquela novela "Verdades Secretas" a Wilma, até a Grazielle Massafra parece que ganhou um prêmio em, em, em Nova Iorque, em pela atuação dela, de retratar a pessoa que consome crack (...)* (Entrevista n° 21)

Os repertórios linguísticos utilizados pelos entrevistados com relação aos usuários de crack reproduzem um vocabulário muito divulgado pela mídia, tal como “doentes”, “corpo sem alma”, “viciados”, “cadáver” como observado por Wurdig e Motta (2014, p. 440).

*(...) eu vejo não só o crack, como qualquer outra droga, como uma doença e eu acho que doença não pode ser tratada dessa forma, de uma forma compulsória (...)* (Entrevista n° 01)

*(...) envolvem processo de doença mental, e processo de, de drogadição (...)* (Entrevista n° 04)

*(...) O Direito Criminal não pune os **viciados** com prisão, com reclusão, então, eu não posso determinar Internação Compulsória. (...)* (Entrevista n° 05)

*(...) é um corpo sem alma, uma mente sem vida (...)* É, foi nesse sentido do crack que a menina estava, enfim, **um cadáver, tadinha**, eu decidi deferir, sim, a Internação Compulsória. (Entrevista n° 11)

Contudo, reproduzem, igualmente, um vocabulário do chamado tempo longo, que foi produzido historicamente pelo saber jurídico em suas leis e continuam sendo utilizadas no tempo curto, tais como “toxicômanos”<sup>273</sup> e “anomalia psíquica”<sup>274</sup>:

*(...) O que é que acontece com a internação para **toxicômanos**? Na verdade, existe um pedido de alguém para internar essa pessoa, então, essa pessoa não quer ser internada, a Internação é Compulsória, se é Compulsória, existe o quê? Colidência de interesses. (...)* (Entrevista n° 07)

*(...) tem que aferir se o fato, o crime existiu ou não, se **há a situação de toxiconomia**, enfim, ou, ou de incapacidade existe ou não, pra aplicar a*

<sup>273</sup> O DL n° 891/1938, que regulou pela primeira vez no país a fiscalização de entorpecentes, utilizava as expressões toxicomania e toxicômanos nos seus artigos 27 a 29. O artigo 29 já foi transcrito algumas vezes ao longo do trabalho, por isso, entende-se interessante a citação dos artigos 27 e 28:

Artigo 27 – A **toxicomania** ou a intoxicação habitual, por substâncias entorpecentes, é considerada doença de notificação compulsória, em caráter reservado, à autoridade sanitária local. (Grifei)

Artigo 28 - Não é permitido o tratamento de **toxicômanos** em domicílio. (Grifei)

<sup>274</sup> O Código de Processo Civil de 1973, que foi revogado pelo de 2015, dispunha no seu artigo 1.178: “O órgão do Ministério Público só requererá a interdição: I – no caso de **anomalia psíquica** (...)”. No seu artigo 1.180 dizia: “Na petição inicial, o interessado provará sua legitimidade, especificará os fatos que revelam a **anomalia psíquica** e assinalará a incapacidade do interditando para reger a sua pessoa e administrar os seus bens.” (Grifei)

*medida de segurança, ou aplicar o, a segregação, a constituição de liberdade normal, a segregação social da prisão(...)* (Entrevista n°19)

*(...) os dependentes de crack, é, é tem, tem sido objeto de demandas de proteção por parte dos genitores visando à internação, e dependendo do grau, pedidos de interdição, e o perito, verifica que, a anomalia psíquica é gerada exatamente pelo avançado grau de dependência química que, que prejudica a saúde mental do viciado. (Grifei)* (Entrevista n° 23)

### 7.3.2 As concepções dos juízes acerca da internação compulsória como um recurso terapêutico

Como mencionado no tópico 7.2, ao indagar se entendiam que a internação compulsória seria terapêutica, 59% (cinquenta e nove por cento) dos magistrados responderam afirmativamente; 15% (quinze por cento) negativamente e 16% (vinte e seis por cento) disseram que não tinham como avaliar, pois, precisariam de conhecimento técnico a respeito do tratamento.

Nesse momento, pretende-se aprofundar as justificativas dadas para cada grupo de respostas e, ao mesmo tempo, identificar os repertórios linguísticos utilizados. Seguem trechos das falas dos entrevistados que não entendiam a internação compulsória como terapêutica:

*(...) não sou favorável porque eu acho que nada que é compulsório ligado à saúde, porque eu vejo não só o crack como qualquer outra droga, como uma doença e eu acho que doença não pode ser tratada dessa forma, de uma forma compulsória, tem que ser uma coisa muito mais multidisciplinar (...)* (Entrevista n° 01)

*(...) os pedidos que eu tive de Internação Compulsória, eu indeferi todos (...)* Ora, se nossa luta pela liberdade é, foi justamente pra dar limites ao Estado, se o direito criminal não pune, crime, com reclusão o usuário, como eu vou determinar a Internação Compulsória de quem é maior de idade e é capaz? Se a pessoa, as pessoas que tem, podem ter condu, a vida de, a vida de uma pessoa que tem plena capacidade é dela. Se ela quer ter uma conduta destrutiva, também é um direito dela, faz parte da autonomia dela, esse é o direito dela de liberdade, né, liberdade privada, né?! O Direito Criminal não pune os viciados com prisão, com reclusão, então, eu não posso determinar Internação Compulsória. (Entrevista n° 05)

*Não, eu não acho que nada compulsório em se tratando de adição por droga, de vício é terapêutico, eu acho que talvez seja terapêutico pra família, que se, de alguma forma, e não tô colocando aqui que um dolo de livrar-se do problema, não é isso, mas, é o cara que é viciado, ele traz um, um transtorno, né pro, pra ambiência familiar dele ali, talvez a internação*

*compulsória resolva isso, que pra mim é a ponta do iceberg. (Entrevista n° 12)*

*Nunca tinha pensado se seria uma questão terapêutica, ou não, né, mas, eu vejo muito mais sob a ótica do, da privação de liberdade do que como uma questão que vá gerar uma, gerar uma, um benefício a pessoa que está sendo internada, até porque, na minha visão, mas aí é uma visão, digamos, leiga porque eu não sou estudioso, né, da medicina, é, **seria importante que o paciente tenha realmente a vontade de, de se internar pra se tratar. Se essa vontade não existe, o tratamento fica muito prejudicado, né, então por isso que a finalidade terapêutica da Internação Compulsória, eu não consigo en, enxergar tão claramente.** (Entrevista n° 26)*

Nota-se, assim, que entre os que não concordavam com a internação como um meio de tratamento para o indivíduo que optou por utilizar uma substância ilícita (no caso do crack) há uma prática discursiva que prioriza a liberdade e a autonomia em escolher ou não tal mecanismo para interromper o uso. Percebe-se que há uma preocupação com o bem-estar dessa pessoa, no sentido da compulsoriedade não proporcionar um benefício para a sua saúde.

*(...) em que pese a Lei 10.216, salvo engano, havia uma previsão legal pra isso, né, acho que deve ser decidida com muita cautela até porque **a Internação Compulsória ela, em última análise, importa uma privação de liberdade, né, em algum sentido. A privação de liberdade ela impõe que, é, se refira a um caso penal pra isso e não um processo de ordem cível.** (Entrevista n°26)*

Com relação aos que entendiam a internação compulsória como um recurso terapêutico os fundamentos mais utilizados foram o seu deferimento “em momentos de crises graves” e “agudas”, o que acontece no caso do crack, que não deixa espaço para a voluntariedade do sujeito. Para uns seria a possibilidade de um início de tratamento, para outros seria a última solução para esse problema, porém, a percebem como um modo de se fazer algo por aquele indivíduo que não teria capacidade de pedir ajuda.

*eu acho que em determinados casos, tem caso a caso, mas eu acho que em determinados casos, igual **no caso do crack, que é um, que devasta mesmo a pessoa, acho que tem casos que ela não tem mais, não tem, a família não consegue(...).** Aí, nesses casos, eu acho que realmente não tem outra saída. (Entrevista n°2)*

*Eu acho que tem certos casos que tem que ser, do **crack principalmente, eu acho que tem que ser compulsória, não tem, voluntariamente.** (...)dentro de um, de um contexto geral, a **compulsória eu acho que seria o melhor caminho.** (Entrevista n° 03)*

*só acho possível a Internação Compulsória quando é um caso de crise aguda em que a pessoa não tem condição de, de se manifestar nem mesmo pra pedir algum tipo de intervenção. (Entrevista n° 04)*

*(...) A Internação Compulsória ela pode ser um meio necessário para aplicar um tratamento. Ela é a última ratio, ela deve ser aplicada só em último, último caso, em momentos de crises muito graves, e eu tô falando aqui no campo Cível. (Entrevista n° 19)*

*Eu vejo o seguinte, o que pode ser uma necessidade e pode ser o divisor de águas entre você salvar uma vida e não salvar. Porque se o paciente se recusa a trata, a um tratamento, a tratar, tá, você tem que fazer alguma coisa. (Entrevista n° 22)*

*Eu acho uma solução extrema inicial, assim, quando, quando a situação saiu do controle, né, quando o uso abusivo gerou esse quadro da pessoa, né, de não ter mais condições de se autodeterminar, a pessoa fica violenta (...) (Entrevista n° 24)*

*Eu entendo que sim como último recurso, porque é, os usuários de crack, é, eles perdem o, o vínculo familiar, né, acho que eles perdem, perdem até o, o vínculo com a família por causa da, da, da dependência, é, eu acho, eu assim, acredito. e eles ficam abandonados, ficam em situação de risco e necessitam que o Estado venha intervir no, no, e aí só com forma, de, de, como forma de resgatar dessa, desse vício, eu acho que eu acho que em último recurso é terapêutico sim. (Entrevista n° 27)*

Nota-se que não há a menção nas falas no sentido da mesma trazer benefícios à saúde do indivíduo, tampouco a preocupação com a violação da sua autonomia no sentido de lhe ser imposto algo que retira a sua liberdade de locomoção e de escolha da possibilidade de se entorpecer ou não. Percebe-se, ao contrário, uma prática discursiva de salvação e resgate da vida dessa pessoa e de sua família, o que remete ao discurso midiático de utilização de palavras com ideologia religiosa que Wurdig e Motta (2014) fazem referência. (Capítulo 4)

A utilização de medicamentos como um dos recursos terapêuticos no decorrer da internação compulsória também apareceu em algumas falas dos entrevistados, bem como a noção de que a desintoxicação, com a retirada da droga em uso do organismo da pessoa, fará com que não haja o retorno do desejo pela substância novamente. Nesse momento, revela-se um pensamento com o proveito para a saúde do indivíduo submetido a tal terapêutica:

*(...) eu acredito que se forem empregados os medicamentos certos, a terapia correta, eu acho que sim, eu acho que é uma solução, sim. (Entrevista n° 11)*

*(...) eu acho que nesse início, a internação, o tratamento é compulsório, depois ele vai, assim, se desintoxicando, e aí sim, continuar ou não no tratamento, mas um primeiro passo, não adianta que ele sozinho não vai conseguir dar. Eu acho que nesse primeiro momento precisa de uma ajuda (Entrevista n°14)*

*(...) Se vai internar é pra recuperar a pessoa, né, dar a medicação adequada porque fora do ambiente hospitalar essa pessoa não tem alguém que faça esse trabalho, tenha esse cuidado, né isso? Deixar à critério do próprio impossível que isso se realize na internação, evidentemente serão ministrados os medicamentos adequados e o sucesso da recuperação daquela pessoa, é verossímil, mas provável que ocorra, agora, tratamento, tratamento pra limpar o organismo da pessoa, né, uma internação Compulsória para desintoxicar a pessoa, acredito sim, que, que traga efeitos positivos à saúde do, do, do paciente no caso do, do dependente. (Entrevista n° 23)*

Por fim, entre os entrevistados que responderam que não sabiam avaliar se a internação compulsória constituiria um mecanismo terapêutico para os usuários de drogas a necessidade de que houvesse uma confirmação médica preponderou.

*Não tenho como avaliar isso, eu, eu percebo que, é, é um, seria um meio pra ajudar as famílias com menos recursos a tentar uma, um tratamento, e possível cura desse paciente, de outra maneira, o que a gente percebe é que as famílias não têm condição, não tem suporte pra lidar com esse tipo de paciente. (Entrevista n°06)*

*(...) me faltam subsídios, é, é médicos, da assistência da saúde pra saber até que ponto é, é terapêutico ou não (...) Me parece que é o, é o, é a área médica que tem que me dizer, né, eu não tenho, quer dizer, eu como, como leigo né, como, como apenas com a cultura geral, me parece que hoje no século XXI nós sabemos que, as internações com camisa de força aquelas coisas absurdas que a gente via né, nos tempos antigos não, não são mais cabíveis, agora de que maneira eu farei uma um, vamos dizer, é, eu determinarei tal, o modo de, de tratamento, parece que tem que me louvar mesmo nessa, nas ciências, outras da área da saúde, né?! (Entrevista n° 07)*

*Eu acho que esse tipo de, de, de análise ela precisa de um corpo clínico, um parecer pra cada caso. Eu acho que a gente não tem como fazer uma decisão genérica pra todas as hipóteses, porque envolve realmente questões pessoais, psicológicas, pessoais, biológicas e psico, é, pessoais, então, é, eu acho que isso depende muito de um aval, um parecer de alguma equipe técnica responsável. (Entrevista n° 16)*

*me falta conhecimento médico pra dizer se uma Internação Compulsória poderia realmente produzir efeitos terapêuticos ou não. Eu acho que terapêutico, acho difícil, eu acho que resolve, cria, eu acho que cria condições pra terapia. (Entrevista n°21)*

Como anunciado por Foucault, constata-se, nas práticas discursivas acima relacionadas, a necessidade de “discursos de verdade porque discursos com estatuto científico, (...), formulados exclusivamente por pessoas qualificadas, no interior de uma instituição científica” (2010, p. 7). É o que ele denomina de “relação verdade-justiça”: o discurso judiciário necessita que exista uma “pertinência essencial entre o enunciado da verdade e a prática da justiça”, que, no caso do estudo em tela, seria a privação da liberdade de um indivíduo em prol da sua saúde.

É importante ressaltar que uma das perguntas feitas em seguida a esta era procurar saber se o entrevistado possuía algum familiar ou amigo próximo com questões de saúde mental, incluindo o uso de drogas ou eventuais diagnósticos psiquiátricos, como esquizofrenia ou bipolaridade.

O objetivo dessa pergunta era tentar entender se o fato de terem presenciado situações de internação e sofrimento, com pessoas com as quais mantinham algum vínculo afetivo, poderia influenciar na decisão de indeferimento do pedido de internação compulsória.

Já foi dito no item 7.2 deste capítulo, do total de entrevistados 33% (trinta e três por cento) responderam afirmativamente e 67% (sessenta e sete por cento) negativamente à pergunta se possuíam familiar ou amigo próximo com questões de saúde mental.

Do total dos 33% (trinta e três por cento) que responderam afirmativamente, identificou-se que 56% (cinquenta e seis por cento) deferem pedidos de internação compulsória e a entendem como terapêutica; 22% (vinte e dois por cento) indeferem os pedidos de internação compulsória, bem como não entendem tal medida como terapêutica, e, 22% (vinte e dois por cento) responderam que nunca decidiram ação com pedido de internação compulsória e, tampouco sabem avaliar se tal medida é terapêutica.

Essa relação do vínculo de afeto com a decisão a respeito da aceitação da internação compulsória como recurso de tratamento foi verificada em recente publicação de pesquisa entre alunos da pós-graduação da Faculdade de Saúde Pública da USP (PELISSONII et al., 2017).

A pesquisa foi realizada entre 30 de março e 03 de abril de 2012 e consistiu em apresentar aos entrevistados duas situações hipotéticas, envolvendo o tratamento de usuários de crack, em que teriam que opinar a respeito de como procederiam.



Caso 1: “Imagine que seu sobrinho faz uso de crack e abandonou os estudos. A família já conversou com ele e não adiantou. O que você diria para seu irmão/ã, os pais dele, para enfrentar este problema? Por quê?”.

Caso 2: “Existe uma quantidade expressiva de usuários de drogas que frequentam a Cracolândia. Muitos rejeitam qualquer tipo de intervenção, pois desejam ficar na região. Há uma proposta de intervir na região fazendo a internação compulsória dessas pessoas. O que você acha disso? Justifique” (PELISSONII et al., 2017, p. 132–133).

Os resultados das respostas da pesquisa acima mencionada demonstraram que o posicionamento no sentido de admissão da internação compulsória foi mais radical no segundo caso, onde os possíveis pacientes eram pessoas anônimas, no sentido de não ter qualquer relação de vínculo afetivo com os entrevistados: 58,7% manifestaram-se favoravelmente à internação; enquanto que, no primeiro caso, em situações com envolvimento familiar, o índice foi de 13,2%.

Para os pesquisadores da Faculdade de Saúde Pública da USP, a explicação para tal comportamento pode estar na associação de colocar as pessoas com as quais se tem afeto em uma posição de “vítima da droga; em oposição àquele “de fora”, identificado como desconhecido, anônimo, da “rua” e, por isso visto pela sociedade como marginal e ‘drogado’”(PELISSONII et al., 2017, p. 136).

O que se verificou, na presente Tese, é que a convivência dos juízes com pessoas com algum sofrimento mental influenciou 22% (vinte e dois por cento) daqueles entrevistados, tendo em vista que indeferem os pedidos de internação compulsória ou de condução para avaliação, além de não a considerarem como um recurso terapêutico.

Chamou a atenção uma das falas desse grupo de entrevistados, onde, apesar de se referir ao uso de drogas como uma doença mental, o que revela um repertório linguístico não adequado com a Reforma Psiquiátrica, ao mesmo tempo, possui uma prática discursiva que retrata uma preocupação com a autonomia do usuário.

Desse modo, constata-se uma resignificação do saber jurídico com base nas experiências pessoais de afeto desse magistrado em específico, ou seja, o tempo vivido. Isso refletirá na sua prática judicial, que nada mais é do que o chamado tempo da ação, o tempo curto. Segue a transcrição:

***Influencia no sentido de eu ter buscado por conta da minha questão familiar, informações a respeito do que sejam os transtornos, do que seja uma abordagem, é, eficiente de tratamento, é, influenciou na medida em que me fez aprofundar um conhecimento que a gente, como Juiz não tem aprioristicamente, né, pra encarar, e talvez isso tenha me ensejado à conclusão de que a compulsoriedade é a antítese de um tratamento eficiente***

*no que toca o doente, né, no que toca a pessoa que tá ali, claro que às vezes uma intervenção drástica pra retirá-lo, né, ali do, do mundo e da, da oferta e tudo o mais, ajuda, mas se não houver adesão à curto prazo, é uma mentira, ele não está se tratando né, então, talvez nesse sentido, o meu contato com a doença mental que tem na minha família tenha me ajudado, no sentido de buscar mais informações. (Grifei) (Entrevista nº12)*

### 7.3.3 Critérios para deferimento da internação compulsória

Com relação aos requisitos para deferimento da internação compulsória, verificou-se que, entre os 70% (setenta por cento) que responderam deferir a internação compulsória: 51% (cinquenta e um por cento) apontaram o laudo médico como o requisito essencial para a concessão da medida; 16% (dezesesseis por cento) mencionaram a necessidade de acesso ao paciente antes de analisar o pedido, por meio da chamada audiência de inspeção pessoal; 27% (vinte e sete por cento) listaram a existência de histórico de violência ou agressividade por parte do usuário e 06 % (seis por cento) indicaram a presença de registro de ocorrência policial em razão da violência e agressividade do usuário de crack.

No tocante ao denominado pelos entrevistados de laudo médico, no tópico 7.4.2, será demonstrado que, na verdade, se tratam de documentos médicos, que englobam, na sua maioria, declarações, não necessariamente emitidas por médicos. Como será esclarecido adiante, são poucos os casos, ao menos no acervo analisado, de efetivos laudos médicos<sup>275</sup>. As entrevistas nº 17 e 24 abaixo transcritas em parte, fazem referência a esse assunto.

Quanto aos argumentos utilizados para o deferimento da medida de internação compulsória, seguem algumas falas dos entrevistados no que se refere à documentação necessária para a obtenção da medida restritiva de liberdade:

*(...) eu lembro que o Ministério Público pediu, **tinha laudo**, eu acho que médico dentro do Ministério Público que, que tinha, tinha todos os atendimentos de, de SUS também, de todos os problemas, e aí **tinha registro de ocorrência**, (...). (Entrevista nº02)*

*(...) ele já tinha, é, ficado em clínica, **tinha o laudo da clínica**, mas só que ele fugiu da clínica, então, então tinha um **laudo bem, bem robusto é atestando que era necessária a permanência dele na clínica**, tanto que ele*

<sup>275</sup> Tendo como referência o laudo médico que relata todo o histórico da família, da infância à vida adulta, o histórico médico e, no caso de processo judicial, o relato do caso posto em julgamento. Tem-se como representação de um efetivo laudo médico, por exemplo, os citados por Foucault em “Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão...”. Por certo, menciona-se em termos de estrutura e não de linguagem e conteúdo dos mesmos.

*fugiu da Clínica, então tinha que voltar e por isso eu determinei (Entrevista n°03)*

***Laudo médico primeiro, acesso ao paciente, porque a Audiência de impressão pessoal, é, é eu procuro fazer esse, esse segundo caso não vi a moça porque ela tava desaparecida, então eu tinha vários laudos, várias entradas dela em hospital, e, e laudos conclusivos dizendo que ela precisava de internação urgente, e, eu procuro fazer sempre a audiência de inspeção pessoal, antes de deferir ou indeferir qualquer medida dessa natureza, porque é, eu acho que é fundamental você ver a pessoa (...) porque a maioria dos laudos, grande parte deles, todos que envolvem processo de doença mental, e processo de, de drogadição, eles vêm de uma forma muito clara e conclusiva que é assim: O paciente necessita de, de internação e não diz pra quê e não diz quais são os, os problemas que, que aquele paciente experimenta, então são laudos muito genéricos e eu fico muito insegura pra decidir quando eu não tenho um laudo mais consistente. (Entrevista n°04)***

***Laudo médico, sim. Todos os laudos médicos que eu, é, tive acesso nas diversas demandas e, recomendam a internação. Não há nenhum que contraindique. (Entrevista n° 06)***

***Laudo médico, sempre. (...). Ao juiz dificilmente é dado a oportunidade, vamos dizer, no, no dia a dia pra, para interromper as audiências, e os despachos, tal, para fazer o que a gente chama de inspeção pessoal, né, e mesmo, e de qualquer maneira, vamos dizer, vamos, vamos pensar em sede de interdição,(...), mas, é, à nós fica difícil, vamos dizer, uma entrevista pessoal, é, muitas vezes nos aclara grandemente as situações (...). E, e, até porque as, as drogas variam muito, as pessoas também variam, a reação das pessoas em relação a cada droga também varia, eu preciso realmente de um, de um laudo médico. (Entrevista n°07)***

***(...) era uma situação basicamente de vida ou morte do paciente, e, claro, tinha laudo médico e não dava tempo nem de tomar nenhuma outra providência e, e parece que ele foi atendido e foi internado e teve êxito, agora, mas, é o único caso, assim, concreto que eu tenho. (Entrevista n°08)***

***(...) eu tinha um laudo, porque esse tipo de coisa você não tem como sem ter um laudo, mesmo porque a legislação, que é uma legislação especial que tem, que agora não me recordo o número, ele fala exatamente situação de perigo, ele fala também sabe, da necessidade de você ter um laudo, (...) é importante também, depois que você decreta a internação você também realizar uma audiência, uma entrevista imediatamente pra você, realmente verificar, sabe, junto àquela pessoa qual o estado dela pra ver se mantém ou não, o que você, você determinou, entendeu?!(Entrevista n°11)***

***Laudo médico e ouvi os familiares, aí naquele momento eu constatei, acho que tinha acho que até alguma, registro de ocorrência de algum fato, que também, porque também tem alguns anos isso, que ele teria destruído a casa, já tido surtos. (Entrevista n° 14)***

***(...) geralmente vem, assim, um laudo médico, mas era um relatório médico que essas pessoas já tinham passado por internação anterior, em clí-***

*nica particular, então, o relatório que a pessoa diz, e geralmente eles traziam qualquer coisa que tem o timbre da clínica pra mostrar que "Ó, a gente já tentou e não foi viável." e, mas não era um laudo médico orientando a internação, não. (Entrevista nº17)*

***Laudos médicos, tem que haver sempre, isso, o laudo da, dessa equipe técnica com a assistente social, com psicólogo, e, é, nesse caso, antes da internação eu sempre eu dou vistas ao Ministério Público, não, não tem como fugir disso, tento fazer a audiência, é, quando possível, quando o paciente não é agressivo, quando a pessoa não é, não, não representa risco pra outros e pra si mesmo,(...).** (Entrevista nº18)*

***Laudos médicos, como manda a lei, (...)** (Entrevista nº19)*

*É, no caso dele havia um laudo, senão me engano, apontando que ele era dependente de drogas, (...). (Entrevista nº 20)*

***Teve o histórico médico dela, ela já tinha sido internada outras vezes, né, e eu confesso a você que, nesse, eu acho que pra mim, a, audiência como, fosse, foi quase assim, uma, de impressão pessoal, o relato daquela mãe foi tão, foi tão emocionante, (...)** todos nós choramos, e mas tinha alguns documentos ali, é que atestavam e mesmo se não tivesse, pelo, aquele relato, eu dei, na decisão, tá, eu, eu coloquei que, eu determinei que fosse feito a, vamos dizer a busca e apreensão, e a e que ela fosse internada (...) eu não tinha todos os elementos, tá?! (Entrevista nº 22)*

*Com certeza, quando a Internação Compulsória é requerida, geralmente ela já vem com um, um, um laudo, né, um laudo médico, é, que já traça ou já revela, ou já descreve uma patologia de natureza mental ou, ou, de histórias de, até de, de internações anteriores, uma pessoa surtou, foi internada na, enfim, há uma história de internações episódicas anteriormente, entendeu?! (Entrevista nº 23)*

*Isso, né, **tem que ter um laudo muito bom.** Pra Internação Compulsória geralmente a gente exige um laudo mais bem fundamentado, esse laudo tem que descrever não só o quadro clínico dele, mas como o quadro social, o resto da família, se tem condições, se está estruturada, que tipo de risco ele oferece pra si e pra família, e, quando isso tá reunido, quando essas informações estão reunidas no laudo eu costumo deferir o pedido de Internação. (Entrevista nº 24)*

*Ah, sim, eu faço questão de ver um **Laudos Médicos atualizados e não é na primeira crise.** A primeira crise, por si só ela pode ter sido episódica, nós procuramos, eu, pelo menos, **procuro verificar um antecedente o histórico daquela pessoa, de internações, ou de idas a clínicas psiquiátricas, ou mesmo a consultórios psiquiátricos, eu procuro ser, é muito criteriosa,** (...) (Entrevista nº 25)*

*Sempre **Laudos.** Sempre um **Laudos atualizados,** é específico (...) **Acesso, às vezes, ao paciente,** às vezes vem aqui (...). A gente não tem muito acesso. (Entrevista nº 27)*

Depreende-se dessas práticas discursivas o que Foucault sempre alertou e se repete: a necessidade dos discursos de verdade com base em um discurso científico legitimador com o objetivo de corrigir o “anormal” do século XIX (para Foucault) e, no século XXI, o “indesejado”, ou seja, aquele que a sociedade quer que se torne invisível: o usuário de crack, por exemplo.

O “internamento” exclui de fato e funciona fora das leis, mas se dá como justificativa a necessidade de corrigir, de melhorar, de conduzir à resipiscência, de fazer voltar aos “bons sentimentos”. (...) Monstro banalizado e empalidecido, o anormal do século XIX é também um descendente desses incorrigíveis que apareceram à margem das modernas técnicas de disciplinamento. (FOUCAULT, 2010, p. 286–287)

Será o laudo médico que irá determinar, como se pode observar das práticas discursiva acima citadas, direta ou indiretamente, a decisão de um juiz acerca da liberdade ou internação, que, na nossa realidade, assume a forma de aprisionamento. São, assim, discursos que têm “um poder de vida e de morte” e onde “o duro ofício de punir vê-se assim alterado para o belo ofício de curar” (FOUCAULT, 2010, p. 7 e 21).

O psiquiatra se torna efetivamente um juiz; ele instrui efetivamente o processo, e não no nível da responsabilidade jurídica dos indivíduos, mas no de sua culpa real. E, inversamente, o juiz vai se desdobrar diante do médico. Porque, a partir do momento em que ele vai efetivamente pronunciar seu julgamento, isto é, sua decisão de punição, (...), o juiz, ao punir, não punirá a infração. Ele poderá permitir-se o luxo, a elegância ou a desculpa, como vocês preferirem, de impor a um indivíduo uma série de medidas corretivas, de medidas de readaptação, de medidas de reinserção. (FOUCAULT, 2010, p. 21)

Outro ponto a ser destacado são as referências ao histórico progresso de internações daquele indivíduo, réu no processo, como critério norteador para o deferimento da medida de internação compulsória.

O fato de alguém ter sido internado diversas vezes em instituições, chamadas de psiquiátricas pelos entrevistados, já deveria ser um prenúncio de que o tratamento que lhe está sendo deferido não é o mais adequado (ao menos para aquela pessoa). Além disso, deve-se ter em mente que as internações progressas não devem ser equiparadas aos antecedentes criminais para fins de primariedade<sup>276</sup>.

---

<sup>276</sup> O réu primário é aquela pessoa que não é considerada reincidente, na forma do artigo 63 do Código Penal: “Verifica-se a reincidência quando o agente comete novo crime, depois de transitar em julgado a sentença que, no País ou no estrangeiro, o tenha condenado por crime anterior. [\(Redação dada pela Lei nº 7.209, de](#)

Não há, nesses comentários, qualquer pretensão de aprofundamento nos estudos de criminologia e Direito Penal. Contudo, o que aqui, se gostaria de ressaltar, mais uma vez, é que se está tratando de pessoas que não cometeram nenhum fato definido como crime em nenhuma lei penal<sup>277</sup>. São pessoas em intenso sofrimento mental, por qualquer motivo que seja, e que precisam de ajuda e não internação em locais que não lhe irão conferir tratamento adequado.

Ademais, a Reforma Psiquiátrica veio para libertar e não aprisionar aqueles em sofrimento mental, sejam os que entendem o uso de droga como uma doença/transtorno mental ou não.

A Lei Uruguaia nº 19.529/2017, que trata de saúde mental e estabelece o fechamento<sup>278</sup> e a proibição de abertura de novos hospitais psiquiátricos públicos e privados, foi expressa no tocante ao princípio da não discriminação e quanto ao consumo problemático de substâncias, conforme seus artigos 4º e 5º abaixo transcritos.

Deve-se ressaltar a redação do artigo 4º, letra “E”<sup>279</sup>, que não será possível se estabelecer um diagnóstico no campo da saúde mental com o fundamento exclusivo de existência de uma história de tratamento ou hospitalização.

O artigo 5º<sup>280</sup> resolveria diversos questionamentos judiciais no Brasil no tocante à possibilidade de internação compulsória expressa. Dedicar-se exclusivamente aos casos de consumo problemático de drogas e determina que a abordagem deverá ser integral, com a

---

[11.7.1984](#)). A primariedade trará benefícios ao réu no momento da fixação e aplicação da pena, da concessão da liberdade provisória ou um *habeas corpus* em caso de prisão ou ameaça de prisão (no caso de *habeas corpus* preventivo).

<sup>277</sup> Desconsiderando-se o uso de substância de entorpecente como crime, que, como visto no Capítulo 6, está sendo debatido no STF.

<sup>278</sup> Artículo 38 – (...) El Poder Ejecutivo establecerá en la reglamentación de la presente ley el cronograma de cierre de los establecimientos asilares y estructuras monovalentes. El cumplimiento definitivo del cronograma no podrá exceder temporalmente el año 2025. // Artigo 38 – (...) O Poder Executivo estabelecerá nos regulamentos desta lei o cronograma para o fechamento dos estabelecimentos de asilo e estruturas monovalentes. O cumprimento definitivo do cronograma não pode exceder temporariamente o ano 2025. (tradução livre).

<sup>279</sup> Art. 4º (Princípio da não Discriminação) - Em nenhum caso pode ser feito um diagnóstico no campo da saúde mental com base exclusiva:

- A) Estatuto político, econômico, social ou pertença a um grupo cultural, racial ou religioso.
- B) Pedidos familiares ou de trabalho.
- C) Falta de conformidade ou adequação com os valores prevaletentes na comunidade onde a pessoa vive.
- D) Orientação sexual e identidade de gênero.
- E) Mera existência de uma história de tratamento ou hospitalização.

<sup>280</sup> Art. 5º (Consumo Problemático de Substâncias Psicoativas) - O consumo problemático de substâncias psicoativas, tanto quanto sua natureza é multidimensional, será abordado no âmbito das políticas de saúde mental de uma perspectiva integral que inclua redução de riscos e danos, atenção psicossocial, integração educação e trabalho, gestão do tempo livre e prazer e atenção dos vínculos com referentes socio-afetivos nas esferas familiar e comunitária.

inclusão da redução de danos, atenção psicossocial, educação, trabalho, gestão do tempo livre e restabelecimento dos vínculos afetivos familiares e comunitários. Ressalte-se que a tradução dos artigos para o português está na nota de rodapé e foi feita livremente.

**Artículo 4º. (Principio de no discriminación).**- En ningún caso podrá establecerse un diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:

- A) Estatus político, económico, social o pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso.
- B) Solicitudes familiares o laborales.
- C) Falta de conformidad o adecuación con los valores prevalecientes en la comunidad donde vive la persona.
- D) Orientación sexual e identidad de género.

**E) Mera existencia de una historia de tratamiento u hospitalización.**

**Artículo 5º. (Consumo problemático de sustancias psicoactivas).**- El consumo problemático de sustancias psicoactivas, en tanto su naturaleza es multidimensional, será abordado en el marco de las políticas de salud mental desde una perspectiva integral que incluya la reducción de riesgos y daños, la atención psicossocial, la integración educativa y laboral, la gestión del tiempo libre y el placer y la atención de los vínculos con referentes socio afectivos en los ámbitos familiar y comunitario.

#### 7.4 AS PRÁTICAS DISCURSIVAS PRESENTES NOS DOCUMENTOS

Passa-se, nesse momento, a analisar as práticas discursivas e repertórios linguísticos presentes nas decisões e/ou sentenças judiciais, bem como nos laudos e/ou documentos médicos que foram obtidos, tal como descrito no item 3.3.2 do Capítulo 3.

As entrevistas, enquanto práticas discursivas, trouxeram repertórios linguísticos diversos, muito presentes no vocabulário oral do cotidiano de Magistrados, tal como analisado no tópico anterior. Ficou evidenciado que a questão familiar e, notadamente, o desespero das mães revelaram-se como fundamento para as decisões de deferimento da internação compulsória.

O objetivo, aqui, para além de verificar se os repertórios linguísticos das entrevistas se reproduzem nas práticas discursivas escritas dos Magistrados, é, ainda, realizar uma interface com os repertórios utilizados pelos psiquiatras em seus laudos anexados nos processos judiciais. Dessa forma, será possível compreender se o discurso Antimanicomial da Reforma Psiquiátrica vem sendo adequadamente utilizado e, em consequência, superando o discurso psiquiátrico clássico.

#### 7.4.1 As práticas discursivas judiciais

No total foram analisados 21 (vinte e um) documentos contendo decisões e/ou sentenças proferidas pelos juízes de primeiro grau do TJ/RJ, dentro da competência estabelecida, sendo que 18 (dezoito) foram fornecidos por parte dos entrevistados e 03 (três) obtidos na pesquisa realizada pelo setor de informática do TJ/RJ, como já descrito no item 3.3.2 do Capítulo 3 e explicitado no Fluxograma nº 03.

Após a seleção dos documentos que seriam utilizados, constatou-se que as decisões e/ou sentenças foram proferidas em ações de obrigação de fazer de duas espécies: (1) ações com pedido direto de internação compulsória, onde já havia um laudo ou algum documento médico; (2) ações com pedido de condução coercitiva/forçada para avaliação e elaboração de laudo médico em instituição psiquiátrica e, em caso de recomendação médica, que fosse realizada a internação compulsória.

Deve-se esclarecer que, embora não se conceba nenhuma aplicação prática para o artigo 6º, parágrafo único, III da Lei nº 10.216/01, como já destacado anteriormente, tal dispositivo legal é claro, para os que o entendem válido, no sentido de ser imprescindível a existência prévia de um laudo médico circunstanciado que exponha os motivos da interação psiquiátrica<sup>281</sup>.

Desse modo, as ações que tem como pedido a condução coercitiva de usuários de drogas para avaliação psiquiátrica e posterior internação compulsória, deveriam ser indeferidas de plano, já que carecem de *fumus boni iuris*<sup>282</sup> para o deferimento de uma medida cautelar restritiva de liberdade, tal como o é a condução para avaliação, que, para que ocorra, já envolve uma internação.

Porém, ainda assim, esse tipo de pedido não é raro. Foi o que fez, por exemplo, o Prefeito João Dória em maio de 2017, ao requerer a condução compulsória para avaliação de todos os usuários presentes na região da Luz da cidade de São Paulo. No caso da pesquisa em tela, 81% (oitenta e um por cento) dos documentos analisados integravam ações com

<sup>281</sup> Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada **mediante laudo médico circunstanciado** que caracterize os seus motivos. **(Grifei)**

<sup>282</sup> Em se tratando de deferimento de qualquer medida cautelar (gênero), ou seja, aquelas que antecipam o pedido final, são necessários o preenchimento de dois requisitos: 1) *periculum in mora* – o perigo na demora, no sentido da situação fática não permitir a espera da prolação da sentença, sendo o caso urgente; 2) *fumus boni iuris* – fumaça do bom direito, isto é, faz-se necessário provas pré-constituídas de que a parte requerente da medida cautelar está embasada juridicamente.



pedido direto de internação compulsória e, em 19% (dezenove por cento), o pedido era de condução para avaliação psiquiátrica forçada e posterior internação compulsória.

Gráfico 17 – Espécies de Pedidos



(Fonte Própria)

Entre os documentos analisados, verificou-se, ainda, o modo de decisão, isto é, se havia o deferimento do pedido ou não, seja o de internação compulsória, seja o de condução para avaliação. Obteve-se o seguinte resultado: 70% (setenta por cento) deferiram alguma medida de restrição de liberdade, enquanto que 30% (trinta por cento) indeferiram tais medidas.

Gráfico 18 – Modos de decisão



(Fonte Própria)

Passa-se, então, a analisar os fundamentos utilizados pelos magistrados para o indeferimento dos pedidos:

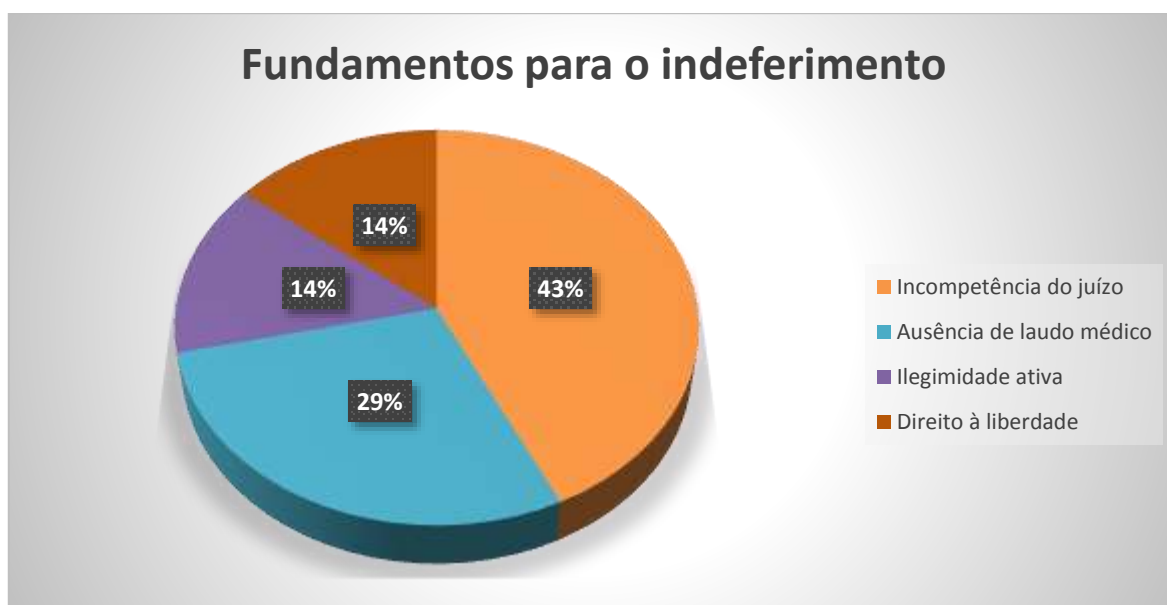
(1) 43% (quarenta e três por cento) se basearam na incompetência do juízo para o qual as ações foram distribuídas;

(2) 29% (vinte e nove por cento) indicaram a ausência de laudo médico;

(3) 14% (quatorze por cento) indicaram a ilegitimidade ativa do familiar para requerimento de internação compulsória<sup>283</sup>;

(4) 14% (quatorze por cento), embasaram o indeferimento da restrição no direito à liberdade do usuário de drogas.

Gráfico 19 – Fundamentos para o indeferimento



(Fonte Própria)

Chama atenção trecho da fundamentação utilizada para o indeferimento de pedido de internação compulsória, que privilegiou o direito à liberdade individual do usuário de droga não interdita. Percebe-se, nesta decisão, que o magistrado que a proferiu, ainda que não tenha feito referência expressa à Lei nº 10.216/01, fez uso da prática discursiva própria do Movimento Antimanicomial, que tem como principal bandeira o tratamento em liberdade:

<sup>283</sup> No caso em questão a ação foi proposta pela mãe do possível internando com fundamento no DL nº 891/38. Para o Magistrado a internação compulsória somente poderia ser processada por autoridade policial ou pelo Ministério Público, conforme o art. 29, §1º do DL nº 891/38. Apenas seria possível o requerimento por parentes no caso de internação facultativa, na forma do art. 29, §3º do mesmo diploma legal.

***O Estado Democrático de Direito assegura como direito fundamental do indivíduo a liberdade. O direito de liberdade do indivíduo perante o Estado é uma das principais conquistas do ser humano e um dos principais direitos dos indivíduos que lhe foram assegurados contemporaneamente na luta pela afirmação dos direitos humanos. (...) Ninguém pode ser privado de sua liberdade sem o devido processo legal, nem pode ser obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude da lei, o que está bem claro no art. 5º da Constituição Federal. Nem a lei penal, nem a lei civil privam compulsoriamente o usuário de drogas ilícitas de sua liberdade. Assim sendo, é verdadeiro atentado à liberdade individual de alguém, mesmo que seja pai ou mãe do indivíduo, pretender compulsoriamente internar outrem em instituição hospitalar, pessoas essa plenamente capazes de direitos e deveres, para se submeter a qualquer tipo de tratamento de saúde em regime de completa restrição de liberdade. (Documento nº 03)***

Já, no universo dos documentos judiciais analisados que deferiram o pedido de internação compulsória ou condução coercitiva para avaliação, 100% (cem por cento) das decisões e/ou sentenças utilizaram como fundamento o direito à saúde, sem, contudo, fazer referência dos possíveis benefícios ao sujeito.

Mostrou-se interessante uma dessas decisões que, ao realizar a ponderação de interesses entre a liberdade e a saúde do usuário de crack, optou pela última. No caso, o pedido era para conduzir coercitivamente o réu (usuário) para a realização de avaliação médica:

***(...) no caso de dependentes de crack o conflito é aparente entre a liberdade e a saúde. Na verdade, a liberdade do viciado em crack já está restringida pela droga. O viciado é um escravo da substância entorpecente. Não consegue se autodeterminar, apenas tenta desesperadamente suprir a necessidade da referida substância. Se a liberdade já está restringida, nada impede que o Estado ou Município a conduza para uma clínica para realizar um exame médico detalhado. (...) No caso em tela, há fortes indícios de que o Réu dependente químico não consegue se autodeterminar em razão do consumo da referida substância. (...) Constatado, no referido exame médico a ausência de liberdade em virtude do grau de dependência, e a necessidade de tratamento para salvar sua vida, o Demandado deve ser imediatamente encaminhado para internação em clínica ou estabelecimento público especializado ou, na ausência destes, em clínica particular às custas do Poder Público. (Documento nº 07)***

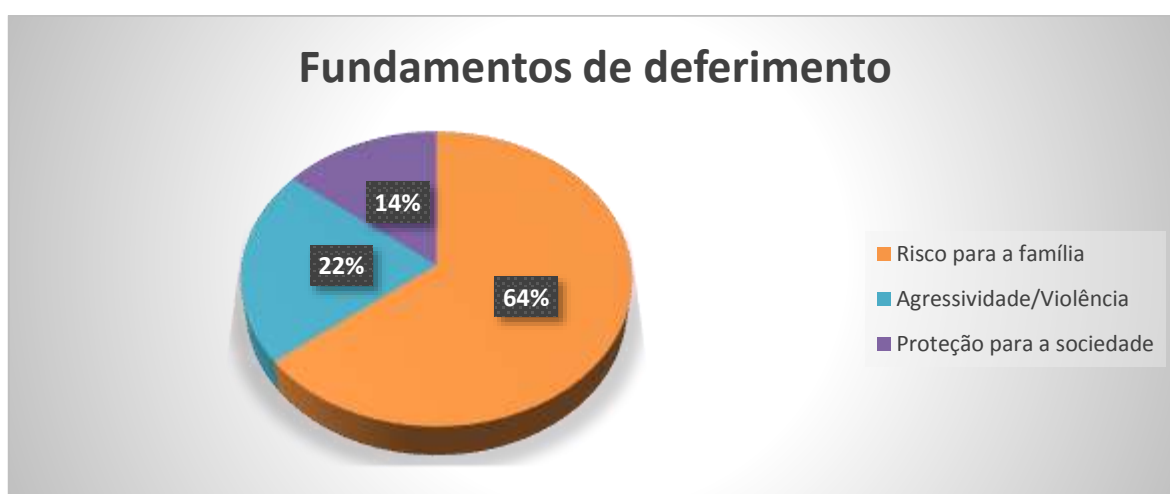
Os outros argumentos encontrados para embasar as decisões e/ou sentenças de deferimento de medidas restritivas de liberdade de usuários de drogas foram:

(1) 64% (sessenta e quatro por cento) dos documentos mencionaram o risco para a integridade física e mental da família do réu;

(2) 22% (vinte e dois por cento) levaram em conta o histórico de agressividade ou violência do réu, mencionando registro de ocorrência policial na fundamentação para o deferimento da medida;

(3) 14% (quatorze por cento) vislumbraram a proteção da sociedade, considerando o grau de agressividade e violência que acometem os usuários de crack quando em crise

Gráfico 20 – Fundamentos de deferimento



(Fonte Própria)

Seguem alguns trechos das decisões e/ou sentenças que utilizaram a fundamentação pelo deferimento de medidas restritivas da liberdade do usuário de drogas:

*Tratando-se de **pessoa que é dependente químico, agressiva e violenta**, é cabível determinar a imediata internação compulsória, a fim de que se submeta ao tratamento necessário, como **forma de proteção não apenas ao indivíduo, mas também à sua família** (reside com sua avó paterna, de 70 anos de idade) e à **própria sociedade**. (Documento nº 04)*

*A internação também se revela necessária e/ou exigível, eis que, a não se tornar tal **enérgica providência, a própria autora poderá sofrer riscos à sua integridade física e patrimonial, tendo em vista os acessos de violência de que é frequentemente tomado o 3º réu, com consequências altamente danosas**. (Documento nº 05)*

*Destarte, entendo que deve ser buscada a ponderação dos interesses, com base também na razoabilidade e no bom senso. E, in casu,*

*merece preponderar o direito à vida do Réu, assim como a preservação da sua incolumidade física e de terceiros.* (Documento nº 13)

O argumento do desespero das mães como fundamento para deferimento de pedido de internação compulsória, que foi frequente nas falas dos entrevistados, como apontado no Gráfico 15, não se mostrou recorrente quando da análise documental. Apenas em uma decisão há a menção à figura materna e, ainda assim, na parte da fundamentação da sentença e não em sua parte dispositiva<sup>284</sup>.

*No caso presente, a autora, mãe do 3º réu, encontra-se intensamente amedrontada pelo que seu filho é capaz de fazer em momentos de crise, o que bem revelam as fotografias juntadas aos autos.* (Documento nº 05)

O Decreto Lei nº 891/38, que prevê em seu artigo 29 a possibilidade de internação compulsória usuário de droga, foi mencionado em 02 (dois) dos documentos selecionados. A discussão a respeito da não recepção desse dispositivo legal foi realizada no Capítulo 4, quando da análise do estado da arte do tema da internação compulsória.

Constatou-se, então, que, entre os trabalhos da seara jurídica, apenas NOVAES (2014) se posicionou no sentido da sua não recepção pela CR/88. COSTA (2015) e MADEIRA (2014) coincidem no entendimento de que o DL nº 891/38 subsiste no ordenamento jurídico brasileiro, já que não foi revogado por nenhuma lei posterior, e deve ser utilizado como fundamento para a internação compulsória (artigos 29 e 30) combinado com a Lei nº 10.216/01.

Nas 02 (duas) decisões em comento não há qualquer análise a respeito da validade do DL nº 891/38 no ordenamento jurídico brasileiro. Uma delas menciona, ainda, o Decreto nº 24.559/1934<sup>285</sup>, que, por sua vez, era expressamente revogado pelo PL nº 3657/89<sup>286</sup>, mas que a Lei nº 10.216/01 deixou de fazê-lo. Porém, o mesmo argumento de

---

<sup>284</sup> A sentença cível é composta de 03 (três) partes: 1) Relatório: onde é exposto resumidamente os principais atos do processo; 2) Fundamentação: momento em que o juiz expõe os argumentos jurídicos que o levaram a decidir de um determinado modo, rebatendo as teses autorais e da defesa; 3) Dispositivo: parte final da sentença onde é exposto de forma clara a decisão pelo deferimento ou indeferimento de uma medida liminar; ou, pela procedência ou improcedência de uma ação. Apenas a parte dispositiva faz o que se denomina de coisa julgada, ou seja, torna-se imutável após todos os recursos.

<sup>285</sup> Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e outras providências.

<sup>286</sup> Esse projeto de lei, que dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios foi, após aprovado em ambas as casas legislativas, convertido na Lei nº 10.216/01.

não recepção pela CR/88 utilizado para o DL nº 891/38 pode ser replicado para este outro texto legislativo<sup>287</sup>.

*Insta frisar que a internação dos toxicômanos por ordem judicial é admitida em nosso ordenamento jurídico com fulcro na Lei nº 10.216/01, Decreto nº 891/1938 em seu art. 29 e no Decreto nº 24.559/1934, que preveem a possibilidade de internação do toxicômano por solicitação do seu cônjuge, pai, filho ou parente até o 4º grau ou outro interessado. É o caso dos autos. (Documento nº 05)*

*(...) a internação compulsória (ou obrigatória) somente pode ser processada ‘mediante representação da autoridade policial ou a requerimento do Ministério Público’ (artigo 29, §1º, decreto-lei nº891/38) (Documento nº 09)*

No tocante aos repertórios linguísticos utilizados pelos juízes, quando são chamados a decidir por escrito, foram frequentes os termos: “dependência química”, “transtorno mental”, “nosocômio”, “viciado”, “toxicômano”, “tóxico”, “doença psíquica” e “periculosidade”.

Percebe-se, assim, que o vocabulário expressado pelos magistrados, seja verbalmente ou por escrito, remete a um discurso tradicional, que não se adequou à ruptura causada pela Reforma Psiquiátrica.

As palavras “nosocômio”, “viciados”, “tóxico” e “toxicômano” indicam uma linguagem produzida no denominado tempo longo<sup>288</sup>, ou seja, concebidas em um determinado momento histórico por um saber científico e que não foram ressignificadas no tempo vivido<sup>289</sup> para que fossem utilizadas no tempo curto<sup>290</sup>, isto é, o tempo do agora.

Percebe-se, ainda a utilização de uma literatura e cultura jurídicas eruditas e arcaicas, já que palavras como “nosocômio”, por exemplo, não são de uso recorrente na atualidade em nenhum dos dois saberes aqui pesquisados, seja o jurídico, seja o psiquiátrico.

<sup>287</sup> O site do Planalto informa que o Decreto nº 24.559/34 foi revogado pelo Decreto nº 99.978/90, que prova a Estrutura Regimental do Ministério da Educação e dá outras providências. Porém, lendo-se o texto do referido Decreto não se encontrou a revogação expressa do Decreto nº 24.559/34.

<sup>288</sup> “É o domínio da construção dos conteúdos culturais que foram parte dos discursos de uma época.” (SPINK et al., 2014, p. 34)

<sup>289</sup> “(...) é o tempo de ressignificação destes conteúdos histórico a partir dos processos de socialização. É o tempo de vida de cada um de nós; tempo da memória na qual enraizamos nossas narrativas pessoais e identidades” (SPINK et al., 2014, p. 34)

<sup>290</sup> “(...) é o tempo da produção dos sentidos. É nesse tempo que se presentificam as diferentes vozes ativas pela memória cultural do tempo longo ou pela memória cultural do tempo vivido” (SPINK et al., 2014, p. 34)

*Com efeito, a solução a ser alvitrada há de ser adequada, e isto a internação compulsória o é, já que retira o **toxicômano**, ao menos por algum tempo, da situação indefesa em que se encontra, vítima do seu próprio vício.*

*(...) uma instituição pública de acolhimento do **toxicômano**, por mais precária que seja, constituirá alternativa melhor do que permitir que o 3º réu viva pelas ruas, sujeito aos piores abusos que o submundo infelizmente perpetra contra os **viciados**, reduzindo-os a verdadeira escravidão e induzindo-os à prática dos mais variados crimes no afã de sustentar seu **vício**. (Documento nº 05)*

*(...) sendo certo que os custos da internação em **nosocômio** particular se dará às expensas dos entes estatais. (Documento nº 07)*

A expressão transtorno mental, que apesar de ser a escolhida pela Lei nº 10.216/01, tem sido criticada no seu uso cotidiano<sup>291</sup>, quando vem utilizada nas decisões/sentenças judiciais, são associadas a uma consequência do uso de drogas e da dependência química, reproduzindo o discurso medicalizante da psiquiatria hegemônica, como se observa nos seguintes trechos:

*(...) o réu efetivamente necessita de internação hospitalar urgente, pois **vem apresentando comportamento autodestrutivo, já que uso abusivo de drogas**, e vem se mostrando agressivo para com a sua família. (Documento nº 04)*

*Assim, **dependendo do grau de dependência do usuário é possível aplicar tal lei**<sup>292</sup>, pois o transtorno mental é um dos efeitos do consumo de tal substância, sendo tratada pelo Ministério da Saúde como questão que afeta a saúde mental. (Documento nº 07)*

*(...) o réu sofre de **transtornos mentais e de comportamento decorrente do uso de múltiplas drogas e outras substâncias psicoativas**. (Documento nº 14)*

Nota-se, assim, a prevalência, nos documentos judiciais, do entendimento típico do discurso psiquiátrico tradicional, biologizante e manicomial de que a dependência química, como é considerada uma doença mental, afeta a capacidade de decidir do usuário de drogas:

*(...) pessoa maior e capaz, em **grave estado de dependência, incapacidade de autodiscernimento** e risco a sua própria vida e de terceiros (...) (Documento nº 02)*

<sup>291</sup> Vide AMARANTE, 2011, p. 68

<sup>292</sup> Refere-se anteriormente à Lei nº 10.216/01.

*(...) os documentos médicos acostados aos autos conferem verossimilhança à alegação autoral de que o requerido é acometido por severos transtornos psiquiátricos agravados pela dependência química, que afetam a sua capacidade de decidir conscientemente e recomendam a manutenção de sua internação para conclusão do tratamento já iniciado. (Documento nº16)*

*(...) severa dependência química que afeta sua capacidade de decidir de modo consciente (...) (Documento nº18)*

#### 7.4.2 As práticas discursivas dos “documentos médicos”<sup>293</sup>

Foram coletados, no total, 10 (dez) processos contendo declarações, registros, prontuários e laudos emitidos por profissionais da saúde (médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e enfermeiros) e que constavam nas ações judiciais analisadas no tópico 7.4.1. deste Capítulo. O método de escolha dos documentos ora analisados foi descrito no item 3.3.2 do Capítulo 3, como se observa no Fluxograma nº 04.

Em suma: dos 21 (vinte e um) processos analisados no tópico 7.4.1, 10 (dez) deles continham alguma documentação médica que embasou a decisão e/ou sentença de internação compulsória, ou que serviu de subsídio para que o magistrado optasse por deferir a condução coercitiva do réu (usuário de droga) para uma avaliação psiquiátrica. Em todos eles houve o deferimento de alguma dessas medidas restritivas de liberdade.

Para fins deste tópico tem-se, então, 10 (dez) processos contendo “documentos médicos” e que fundamentaram tais decisões/sentenças. Para cada processo pode haver mais de um laudo, prontuário, declaração ou registro. Por isso, primeiramente, será realizado um levantamento do total de documentos disponíveis nesses processos.

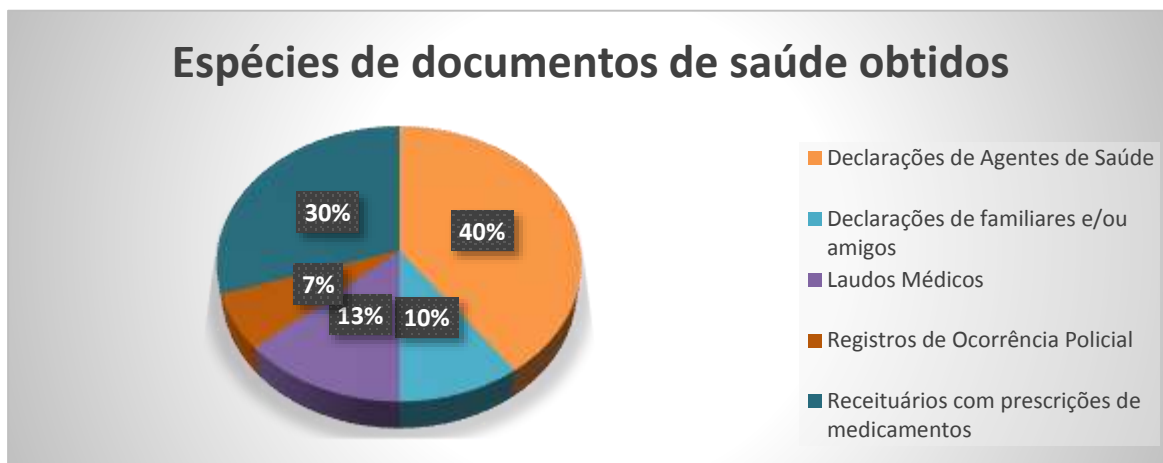
Dessa forma, em uma análise geral, teve-se acesso a 30 (trinta) documentos distribuídos da seguinte forma: (1) 12 (doze) declarações de agentes de saúde<sup>294</sup> a respeito do réu (usuário de droga); (2) 03 (três) declarações de familiares ou amigos próximos acerca da personalidade do réu (usuário de drogas); (3) 04 (quatro) laudos médicos; (4) 02 (dois) registros de ocorrência; (5) 09 (nove) receituários de prescrições de medicamentos em uso ou já utilizadas em algum momento pelo réu.

<sup>293</sup> Coloca-se entre aspas, pois, em verdade, foram emitidos por médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e enfermeiros. Contudo, nas decisões e/ou sentenças judiciais faz-se referência de uma forma genérica à documentação médica acostada aos autos.

<sup>294</sup> Médicos, Psicólogos, Terapeutas Ocupacionais ou Enfermeiros.



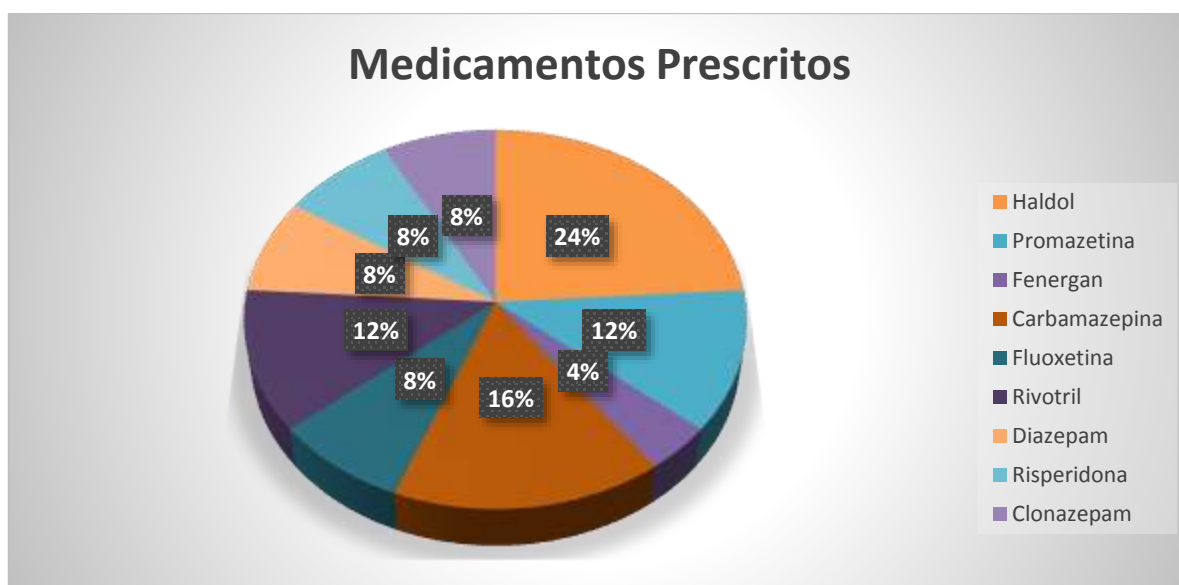
Gráfico 21 – Espécies de documentos de saúde obtidos



(Fonte Própria)

Destaca-se que em todos os 10 (dez) processos analisados havia receituários com medicações que já haviam sido prescritas para o réu quando das internações prévias. Em alguns processos havia mais de um receituário, na hipótese de ter havido diversas internações, seja no mesmo local ou em instituição diversa. São eles: (1) Haldol (24%); (2) Prometazina (12%); (3) Fenegan (4%); (4) Carbamazepina (16%); (5) Risperidona (8%); (6) Fluoxetina (8%); (7) Rivotril (12%); (8) Diazepam (8%); (9) Clonazepam (8%).

Gráfico 22 – Medicamentos Prescritos



(Fonte Própria)

Vale frisar que, em apenas um dos processos analisados, foram identificadas declarações de familiares e amigos que constavam na documentação. As mesmas eram no sentido de narrar agressões físicas e verbais realizadas por parte do ora réu em momentos de crise:

*Eu, (...), declaro a fins que vivi com (...) e tenho três filhos com ele, (...), que é uma pessoa agressiva por isso nos separamos e não aceita tratamento. (...). (Processo nº04)*

*(...) já presenciei diversas ameaças de (...) com sua mãe (...) por ela ter a sua curatela e ficar com o seu cartão de pagamento do benefício e por administrar suas constas. (...). (Processo nº04)*

*Declaro para os devidos fins que eu, (...), já fui agredida verbalmente por (...), época em que ele estava sendo atendido no Hospital Salgado Filho, tendo fugido do hospital, (...). (Processo nº04)*

Nesse processo, tais declarações vinham acompanhadas de “declarações médicas” de entidades estaduais e municipais de saúde, informando o abandono do tratamento e recomendando a internação, bem como receituários de medicações em uso pelo réu, a saber: (1) Carbamazepina; (2) Risperidona; (3) Diazepam; (4) Haldol e (5) Prometazina.

Em dois processos judiciais (processos nº 02 e 10), estavam acostados aos autos cópias de registro de ocorrência policial, onde o réu (usuário de drogas), ameaçava algum ente familiar, em um momento de crise. Em apenas em um dos casos, o usuário de drogas estava portando uma arma branca (faca), e, no outro, a ameaça foi verbal. Em ambos os casos os pacientes eram medicados com Haldol e Clorpromazina.

Também, nos dois casos, houve a decisão judicial de condução para avaliação psiquiátrica compulsória. Além disso, havia declarações médicas de estabelecimentos estaduais indicando a passagem dos réus pelos serviços psiquiátricos em razão do uso de drogas e com histórico de interrupção da medicação. Os pacientes são assim descritos:

*Quadro psicótico paranoide. Agitação, ideias delirantes persecutórias, liberação de impulsos heteroagressivos. Risco à sua integridade e de terceiros. (Processo nº02)*

*Paciente psicótico e usuário de múltiplas drogas, necessita de tratamento médico em regime de internação. (Processo nº 10)*

De um modo geral, os 12 (doze) “documentos médicos” acerca dos réus dos processos que, no caso, coincidiam com os usuários de drogas que se pretendiam internar ou conduzir para avaliação compulsória e posterior internação, a que se teve acesso, foram emitidos por médicos, enfermeiros ou psicólogos, onde informavam sobre a saúde mental dos seus pacientes.

Alguns desses documentos foram emitidos por Institutos de Psiquiatria Públicos pertencentes às três esferas estatais (federal, estadual e municipal) e outras por clínicas particulares e comunidades terapêuticas.

É importante frisar que, em diversos processos judiciais, havia documentação de diferentes locais de internação, misturando-se as declarações e laudos de institutos públicos e privados. Entretanto, pode-se afirmar que, em todas essas declarações, havia a recomendação de internação do usuário (réu na ação) para o controle da sua dependência química e agressividade. Alguns trechos retratam essa afirmação:

*(...) Necessita de tratamento para dependência química, sob o risco de intoxicação eventual pelo uso de drogas ilícitas e problemas crônicos que as mesmas podem ocasionar (alterações cardiovasculares, cerebrais e hepáticas, dentre outras). **Paciente sofre risco de morte e lesões irreversíveis caso continue o uso nocivo.** Não dispomos do dispositivo necessário para esse tipo de tratamento em regime de internação. **Faz-se necessária a transferência do paciente para clínica especializada no controle e tratamento de substâncias químicas.** (Processo nº 01)*

*Paciente é usuário de crack, mas já usou outras drogas como: álcool, maconha, cocaína e cigarros. No momento, encontra-se agressivo (segundo o relato da mãe), se envolveu em brigas na rua, apresenta-se agitado, desorientado e com prejuízo de julgamento. (...). **Por conta do seu estado mental, o paciente necessita de cuidados integrais com uma internação.** (...). **A internação nesse momento pode melhorar o seu estado e diminuir sua compulsão por drogas.** (Processo nº05)*

*(...)o paciente apresenta quadro de esquizofrenia agravada pela dependência de múltiplas drogas. (...) vem sendo assistido desde o início da doença, passou por várias internações em clínicas particulares em face de surtos psicóticos. (...). **O paciente apresenta necessidade de internação devido alteração de comportamento em que permanece agitado, heteroagressivo e expõe a si e a terceiros a risco.** (Processo nº 06)*

*O paciente também tem se tornado uma pessoa agressiva, impaciente, agitada, colocando em risco sua vida e de familiares. (...) Pelo*

*descrito acima é oportuno dizer que a internação compulsória é a solução mais eficaz, haja vista sua persistência em negar-se a submeter-se a tratamento especializado em regime ambulatorial. (Processo nº 09)*

Percebe-se, ainda, o relato, também observado nas práticas discursivas judiciais, de que o uso de drogas retira a capacidade de decidir, bem como a autonomia de vontade do indivíduo, como se observa nos seguintes trechos:

*Apresenta prejuízo cognitivo e uso compulsivo de crack. Necessita de suporte hospitalar na atual fase do estado clínico. (Processo nº 06)*

*(...) o paciente não possui capacidade mental sólida para manter a abstinência e o uso de drogas lesa progressivamente sua estrutura neural, tornando-o incapaz nas atuais circunstâncias de gerenciar sua própria vida. (Processo nº 07)*

*O uso abusivo de droga resulta em incapacidade de discernimento para atuar com autonomia de vontade, negando-se e negligenciando o tratamento médico necessário para o restabelecimento de sua saúde mental. (Processo nº 09)*

Todavia, de todo o acervo aqui colacionado o que mais impressiona, por diversos motivos que serão a seguir expostos, é um laudo pericial médico, produzido por um psiquiatra nomeado pelo juiz de um processo (nº 07 do acervo selecionado) em que a família<sup>295</sup> pretendia a internação compulsória do réu (usuário de droga).

Com a petição inicial foram acostados laudos de internações anteriores, que indicavam que o réu era portador de transtorno mental e comportamental devido ao uso de múltiplas drogas psicoativas (síndrome da dependência), classificada na CID 10 F 19.2.

Porém, no momento do ingresso da ação judicial, não havia nenhum laudo médico atualizado, apesar da parte autora alegar que o réu estava tendo crises constantes e que se recusava a receber tratamento, sempre se evadindo quando internado. Argumenta, então, que o requerido não tem condições de decidir nada acerca da sua vida civil, razão pela qual necessita da medida de internação compulsória, a fim de recobrar sua autonomia.

Em um primeiro momento, o que despertou o interesse da pesquisadora foi o formato do laudo. Isso porque o texto era único, sem parágrafos, como uma ata de uma

---

<sup>295</sup> O autor da ação era o irmão do réu.

audiência judicial<sup>296</sup>, o que dificulta em muito a sua a compreensão do que é perguntado e respondido. O perito dividiu o laudo nos seguintes tópicos: (1) Identificação, (2) Anamnese, (3) Antecedentes Familiares, (4) Antecedentes Pessoais e Psicossociais, (5) Documentos Solicitados pelo Perito, (6) Exame Físico, (7) Exames Complementares, (8) Exame Psíquico, (9) Conclusões e (10) Respostas aos Quesitos do Ministério Público.<sup>297</sup>

No que diz respeito às divisões dos temas nomeados pelo perito no decorrer do laudo, a sua leitura remete ao laudo produzido pelo Dr. Vastel no caso de Pierre Rivière, acusado de um parricídio, por ter assassinado sua mãe e irmãos no ano de 1835 e condenado à morte, tendo sido sua pena comutada para prisão perpétua após outro laudo médico de psiquiatras renomados da época, dentre eles Esquirol<sup>298</sup>.

Michel Foucault reuniu todas as peças processuais<sup>299</sup> do seu julgamento na obra “Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão”, onde apresenta um debate acerca da utilização de conceitos psiquiátricos na justiça criminal.

Foucault resume o objetivo do exame médico:

(...) tratava-se de saber se a sua ação e seu discurso correspondiam aos critérios de um quadro nosográfico. Em suma: **fazia-se em relação a seu gesto uma tríplice questão de verdade: verdade de fato, verdade de opinião, verdade de ciência.** A esse ato discursivo, a esse discurso em ato, profundamente engajado nas regras do saber popular, aplicava-se as questões de um saber nascido alhures e gerido por outros. (FOUCAULT, 2013, p. 297) **(Grifei)**

O então perito de 1835 divide seu laudo com os seguintes pontos: (1) Exterior e maneira habitual de ser Rivière; (2) Origem e parentesco; (3) Estado de suas faculdades mentais desde a infância. Sinais numerosos de alienação mental; (4) Assassinato cometido por Rivière e circunstâncias que o acompanharam; (5) Conduta e sentimentos de Rivière, desde o assassinato até o momento presente.

Certamente, excluindo-se os pontos relativos ao crime cometido por Rivière, já que no caso de 2010 não se perquire acerca de um crime, há muita semelhança na condução

<sup>296</sup> Ressalte-se que o referido laudo não foi produzido em audiência, mas em dia, local e hora marcados pelo perito.

<sup>297</sup> Importa ressaltar que o perito não solicitou documentos, não registrou nada de relevante com relação ao exame físico do réu, tampouco entendeu necessários exames complementares. A identificação do réu, sua anamnese e seus antecedentes familiares foram colhidos mediante informações prestadas pela mãe do réu. Apenas no exame psíquico foi dada a palavra ao réu, pessoa que se pretendia internar compulsoriamente.

<sup>298</sup> Vide FOUCAULT, 2013, p. 224-228

<sup>299</sup> Além das peças do julgamento, há uma carta escrita de próprio punho por Pierre Rivière de 40 laudas em que assume os crimes cometidos.

do laudo escrito em 1835 e o produzido em 2010, muito embora a redação do primeiro seja de mais fácil compreensão, uma vez que são utilizados parágrafos ao longo do laudo. Vale uma breve comparação entre os trechos dos laudos produzidos com mais de 150 anos de diferença temporal.

No tocante à origem e parentesco de Rivière, é dito: “(...) é originário de família em que a alienação mental é hereditária. O irmão de sua mãe morreu alienado, (...). Dois de seus primos irmãos apresentaram numerosos e habituais sintomas de loucura” (FOUCAULT, 2013, p. 164).

Já, no caso de 2010, ao indagar à mãe do réu a respeito dos antecedentes familiares, a mesma, após relatar que nenhuma intercorrência ocorreu durante o parto de seu filho, informa: *“um tio meu é totalmente desequilibrado e certa vez cortou o pescoço, por pouco não morreu. Além disso, o bisavô teve demência.”* (Processo nº 07).

Em 1835, ao relatar o estado das faculdades mentais desde a infância de Rivière, que denotariam sinais numerosos de alienação mental, o Dr. Vastel narra do seguinte modo:

Era surpreendido frequentemente falando sozinho e entretendo-se com interlocutores invisíveis, rindo às gargalhadas, ou dando gritos queixosos. (...). O diabo e as fadas ocupavam um lugar importante em sua imaginação doentia, e à força de tanto pensar neles acreditava vê-los e ouvi-los. Conversava com eles, fazendo pactos (...). (FOUCAULT, 2013, p. 166)

De volta à 2010, à mãe do réu são feitos os seguintes questionamentos:

*Questionada se o filho já falou sozinho diz “sim”. Questionada se isto acontece, ou acontecia mesmo sem ele estar sob efeito de drogas/ou álcool diz “sim”. Confirma que o filho já riu sozinho sem motivo aparente, mesmo sem estar sob o efeito de drogas e/ou álcool, e que tal situação ainda ocorre. Afirma que o filho já comentou escutar vozes, e que tal fenômeno já ocorreu mesmo não estando sob efeito de drogas e/ou álcool: “Sempre relata conversas com Jesus Cristo, às vezes com minha mãe, falecida recentemente. As conversas são sempre de positivismo.*

Em 1835 o Dr. Vastel destaca que Rivière quando criança, a partir dos quatro anos de idade, passou a ser motivo de zombarias de outras crianças, o que o fez buscar o isolamento e o tornou frio, apático e cruel:

Caso tivesse algum pensamento de poderio e superioridade, procurava realiza-los assustando infelizes crianças. Ora ameaçava de cortá-los com sua foice, ora os agarrava, e, suspendendo-os sobre um poço, ameaçava-os de lá deixá-los cair (...).(FOUCAULT, 2013, p. 166).

No processo de 2010 a mãe relata:

*Na infância “adorava brincar com fogo. Fazia incêndio mesmo, além das brincadeiras normais, mas nunca falou em ser bombeiro”. Não foi uma criança chorona e pirracenta, mas foi “muito brigona e é intolerante às frustrações. Não aceita ser contrariado”. (Processo nº 07)*

Interessante é que o perito do processo de 2010 destaca a lucidez do réu ao responder as perguntas:

*não verificamos durante a entrevista atitude sugestiva da presença de anormalidades, do tipo alucinatórias. (...). Memórias razoavelmente preservadas. Pensamento com conteúdo concreto (Processo nº 7).*

Ainda assim, ao final, o perito concluiu pela incapacidade do réu, sob o diagnóstico de portador de Transtorno Mental de Comportamento devido ao uso de substâncias psicoativas, ou seja, Síndrome da Dependência de múltiplas substâncias e, portanto:

*(...) acreditamos que o paciente está ao abrigo do artigo que determina que são “incapazes relativamente a certos atos ou à maneira de os exercer os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental tenham o discernimento reduzido”. (Processo nº 07)*

A Conclusão a que chegou o perito é marcante, especialmente pelo fato de, em praticamente todo o laudo, com exceção do exame psíquico, ter sido realizado com base na fala da mãe do réu. Outro ponto a ser ressaltado é a inexistência de receituário médico, bem como menção dos medicamentos utilizados pelo réu, seja nas internações pelas quais passou, seja no momento da perícia. Em apenas um momento o perito indaga ao réu/usuário de droga:

*Perguntado se toma remédio diz “tomo”. Perguntado se sabe o nome diz “são tantos que eu... a senhora trouxe alguma receita? O que eu tomo pra dormir eu sei, Neozine”. (Processo nº 07)*

A leitura do exame psíquico do réu dá a impressão que o mesmo é induzido o tempo todo a dar respostas que se enquadram perfeitamente em alguma categoria diagnóstica prévia. Como ressaltado por Foucault, acima destacado, trata-se apenas de buscar em quais das verdades a pessoa que está sendo submetida a uma perícia médica será enquadrada: verdade de fato, verdade de opinião ou a verdade de ciência.

Em momento nenhum lhe é perguntado as razões que o levaram a fazer uso de drogas, desde o álcool e cigarro até ao crack, desconsiderando a sua história de vida subjetiva, ou seja, do que lhe afligia e angustiava naqueles momentos. O perito insiste em questionar sobre o seu comportamento quando sob efeito de quaisquer substâncias psicoativas, não havendo perguntas acerca do tipo de tratamento recebido durante as internações.

*Perguntado por que iniciou o tratamento psiquiátrico diz “...eu? Tava sentindo?... Não sei o que eu tava sentindo não...acho que porque eu tava usando droga”. Perguntado com que idade começou a utilizar diz “acho que com 12, 13, quando comecei a surfar”. Perguntado qual droga iniciou diz “maconha, álcool”. (...). Perguntado se esteve internado diz “tive”. Perguntado quantas vezes diz “não sei”. Perguntado se foram muitas vezes diz “foram muitas, não aguento mais”. Perguntado há quanto tempo foi a última internação diz “tem quanto tempo mãe?”. Perguntado porque era internado diz “... eu era internado porque eu tava usando droga”. (...). Perguntado o que acontece que não consegue se controlar em relação a utilização da droga diz “gosto de usar droga”. Perguntado se já teve a sensação de escutar vozes diz “...dizem que sim...acho que sim...fico escutando o pessoal me chamar de corno, até briguei com a minha namorada e fui parar na delegacia. (...). Perguntado se já escutou vozes sem estar sob efeito de drogas e/ou álcool diz “sim, às vezes sem usar nada...por isso briguei com ela... se eu tivesse usado até poderia achar que era a droga, mas não tinha usado. (...) Perguntado se já imaginou que as pessoas pudessem ouvir seus pensamentos diz “com certeza... as pessoas lêem mesmo, através da telepatia”. (Processo nº 07)*

No tocante ao repertório linguístico utilizado pelos agentes de saúde em geral, nas suas declarações escritas, não destoa muito do que já foi mencionado nos tópicos anteriores quando da observação do vocabulário empregado pelos juízes que fizeram parte deste estudo: “dependência química”, “viciado”, “transtorno mental”, “viciado”, “tóxico” e “doença psíquica”.



Por certo, alguns termos mais técnicos chamaram a atenção, tais como: “hetero-agressividade”, “quadro psicótico paranoide”, “agitação”, “ideias delirantes persecutórias” e, obviamente, nomenclaturas técnicas como CID F19 e CIDF29.

Nota-se, que o vocabulário escolhido pelos profissionais da saúde analisados utiliza termos e expressões produzidos no denominado tempo longo<sup>300</sup> da construção do saber médico, especificamente da ciência psiquiátrica com um viés medicalizante. Percebe-se, ao menos nos documentos a que se teve acesso, que tais profissionais não os ressignificaram o dito tempo vivido<sup>301</sup>.

Desse modo, prevalece, no tempo curto, ou seja, no tempo do agora, no tempo da ação, nomenclaturas e designações que não coadunam com o que se espera de uma prática de uma saúde mental humana, tal como preconizada pelo Movimento da Reforma Antimanicomial.

Tem-se, assim, uma não aderência ao ideário da Reforma. A mera recomendação de internação de pessoas usuárias de drogas, altamente medicadas, além de utilização de siglas diagnósticas (CID), já demonstram que tais profissionais tem o entendimento de que o uso de drogas é, de fato, uma doença e que seu tratamento deve ser medicamentoso, com reclusão e abstinência. Não há, portanto, uma preocupação com o reconhecimento dos usuários de drogas como um sujeito de direitos e que devem receber tratamento digno. Assim, não compartilham da principal diretriz de toda a mudança preconizada pela Lei nº10.216/01, qual seja, o cuidado em liberdade.

## 7.5 UMA SÍNTESE

Após a análise das entrevistas e documentos, para além dos comentários que já foram realizados no corpo deste capítulo, sente-se a necessidade de condensar algumas conclusões acerca das práticas discursivas judiciais e psiquiátricas.

De um modo geral, prescindindo-se, nesse momento, de percentuais estatísticos, pode-se verificar que as práticas discursivas (orais ou escritas), utilizadas pelos juízes nos casos de internação compulsória de usuários de drogas, possuem fundamentos morais, ligados mais aos padrões sociais, do que propriamente científicos. A consequência disso é a perpetuação da estigmatização e exclusão de segmentos sociais vulneráveis e invisíveis.

---

<sup>300</sup> Já explicado anteriormente.

<sup>301</sup> Também antes explicado.

Percebe-se, com essas práticas discursivas manejadas nas ações de internação compulsória, a reedição do modelo asilar e manicomial, já extirpado da psiquiatria brasileira, justamente com a edição da Lei nº 10.216/01. Os atores jurídicos de um modo geral (advogados, defensores públicos, promotores e juízes) vem conferindo à mesma uma interpretação que se revela inconstitucional, como já exposto ao longo do trabalho. O objetivo do cuidado em liberdade não vem sendo considerado na seara judicial.

Foucault, em a “Verdade e as Formas Jurídicas”, analisa como o inquérito utilizado no âmbito do judiciário se constituía não como uma forma de obtenção da verdade, mas como uma forma política de gestão da verdade. Do mesmo modo, o processo judicial pode ser entendido como “uma forma de exercício de poder, que vem a ser, na cultura contemporânea, uma maneira de autenticar a verdade, de adquirir a verdade e de adquirir coisas que vão ser consideradas verdadeiras e as transmitir” (2013, p. 78).

Dessa forma, quando se instrumentaliza em uma ação judicial um pedido de internamento compulsório de um usuário de drogas, está-se, também, utilizando o processo judicial como um mecanismo de controlar e punir indivíduos com os quais não se quer ter convívio, seja um familiar ou pessoas em situação de rua. Controla-se sob o fundamento do cuidado, com bases ditas legais por quem exerce o controle.

Amilton Bueno de Carvalho (2003), desde a primeira edição do seu livro “Magistratura e Direito Alternativo”, já se questionava acerca do papel do juiz face a leis que irão provocar uma situação de injustiça ou opressora. Para ele, não cabe ao Judiciário a mera aplicação da lei, mormente se for para legitimar o injusto

**(...) a lei merece ser vista com desconfiança. Deve ser constantemente criticada sob pena de sermos Juízes, Promotores, Advogados, agentes inconscientes da opressão. Inocentes úteis de um sistema desumano. Não quero dizer que não se possa optar por tal sistema, mas que se assim se fizer, o seja conscientemente.** As Faculdades de Direito, ao perderem o senso crítico, buscam fazer crer que a lei é inquestionável, que se deve, que deve conhece-la mais e mais, porém não a criticar. (p. 29) (Grifei)

Ressalte-se que, no caso em questão, sequer busca-se a vontade do legislador, que foi a desinstitucionalização. Tem-se aqui, uma contrariedade à lei, porém, com fundamento na mesma lei que se contraria.

Assim como na psiquiatria, o Direito tem ramificações extremamente positivistas e legalistas, notadamente na Magistratura. A origem disso está, assim como no saber psiquiátrico, na formação que é dada aos profissionais jurídicos, que se baseia, na prática,

em transmitir as leis existentes e aplicá-las. Segundo Carvalho, “tudo aquilo que ocorre no corpo social fora do legal, simplesmente não é captado pelo pensamento jurídico e aquele que ousa atuar em desconformidade com o modelo posto recebe a pecha de não-técnico<sup>302</sup>” (2003, p. 92)

Do mesmo modo, é cediço entre os integrantes da Reforma Psiquiátrica, que o discurso antimanicomial da Lei nº 10.216/01 não chegou nas universidades<sup>303</sup> e, em consequência, não chega nos serviços de saúde de um modo geral.

Paulo Amarante reforça sempre a ideia da necessidade de que a formação dos trabalhadores em saúde mental inclua concepções teóricas de modelos de atenção internacionais, do modo como lidam com o cuidado ao sujeito, com a família e a comunidade. Além disso, é fundamental que tenham acesso à produção teórica anterior, para que possam entender como funcionavam as instituições totais e o modo com que anulavam as subjetividades das pessoas lá internadas.

É preciso entender que nossa convicção antimanicomial não nasceu como “pura ideologia”, mas como consequência do conhecimento e da verificação de estudos desta ordem. (...). É preciso saber lidar com as famílias, mas não apenas como “parentes”, como “cuidadores”, mas como agentes sociais, como sujeitos políticos. (AMARANTE, 2015a, p. 74–75)

Por certo, não se pode generalizar, e alguns profissionais da saúde, que se interessam pelo tema e se identificam com a luta pelo tratamento humano e em liberdade das pessoas em sofrimento mental, procuram se especializar em instituições<sup>304</sup> com um pensamento reformador e, dessa forma, multiplicar e aplicar esse conhecimento na sua prática diária.

No tocante aos repertórios linguísticos utilizados, seja na forma oral, sejam nas decisões escritas pelos magistrados de primeiro grau, como já antes referido, percebeu-se

---

<sup>302</sup> Atualmente esses juízes que decidem contra a lei, porque a interpretam conforme a constituição ou tratados internacionais ratificados pelo Brasil, recebem a denominação de juízes garantistas e são desqualificados no meio judicial em geral, pois tendem a proteger os direitos das minorias excluídas e que incomodam.

<sup>303</sup> Em palestra proferida em 25 de novembro de 2016, Maria Grazia Giannicchedda mencionou essa mesma questão na Itália. Como o pensamento da psiquiatria crítica encontra resistência no meio acadêmico, os profissionais que chegam para trabalhar nos serviços de saúde mental italianos tem uma formação conservadora que não se coaduna com a Reforma Psiquiátrica Italiana, cuja lei é de 1968. A íntegra da palestra encontra-se disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=ZgqSi8shLKM>.

<sup>304</sup> O Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS) da Fiocruz possui um curso de especialização em saúde mental há 35 anos e já formou diversos profissionais que atuam na saúde mental e, assim, multiplicam esse conhecimento e implementam na prática a Reforma Psiquiátrica. O LAPS realiza convênios com instituições de todo o país para levar esse curso para outras cidades.

uma similaridade com os vocabulários dos profissionais de saúde em seus documentos escritos e, também, um uso de palavras que são facilmente encontradas nas legislações a respeito do tema.

Como já mencionado no Capítulo 5, nesse ponto cabe uma crítica à Lei nº 10.216/01 que deixou muito a desejar no tocante às disposições finais transitórias, onde perdeu a oportunidade de mudar a “gramática da loucura”<sup>305</sup>, fazendo com que gerações de atores jurídicos fossem formados reproduzindo repertórios interpretativos utilizados no início do século passado e que continuam arraigados no discurso e nas práticas discursivas jurídicas.

A alteração gramatical é um primeiro passo necessário e urgente na quebra do estigma que esses sujeitos carregam em decorrência de anos de violência institucional ocorrida nos hospitais psiquiátricos e, atualmente, nas clínicas particulares e comunidades terapêuticas.

É um novo olhar para essa pessoa. Por isso, a identificação dos repertórios linguísticos é importante: é fundamental que se abandone o tempo longo, sejam ressignificados no tempo vivido, e cheguem ao tempo curto o mais rápido possível, nos saberes psi e jurídico.

A resistência no meio psiquiátrico para a concretização da Reforma Psiquiátrica acaba refletindo no saber jurídico, não apenas em razão da não alteração da “gramática da loucura”, mas pelo fato dos profissionais da psiquiatria clássica estarem inseridos no Poder Judiciário: tanto por meio de documentos médicos juntados nos processos, como porque os peritos judiciais nomeados para a elaboração dos laudos médicos são adeptos do posicionamento hegemônico e medicalizante e não da psiquiatria crítica.

Essa questão dos ‘documentos médicos’ inseridos nos processos judiciais já havia sido observada por Batista (2003) com relação aos pareceres das equipes técnicas que atuam junto às varas de infância. Como relata, são equipes formadas por psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais e médicos que, na verdade, contribuem para a construção e reafirmação de estereótipos. Destaca:

Esses quadros técnicos, que **entram no sistema para “humanizá-lo”, revelam em seus pareceres (que instruem e têm enorme poder sobre as sentenças a serem proferidas) conteúdos moralistas, segregadores e racistas** carregados daquele olhar lombrosiano e darwinista social erigido na

---

<sup>305</sup> Expressão utilizada por Salo de Carvalho para se referir às expressões que designam o sujeito institucionalizado em um hospital psiquiátrico e de todo o sistema que está em seu entorno.

virada do século XIX e tão presente até hoje nos sistemas de controle social. (BATISTA, 2003, p. 117) **(Grifei)**

Batista identifica, ainda, nesse mecanismo de conferir poder de controlar a vida alheia aos profissionais da área da saúde (que denomina de técnicos) e que articulam saberes nos processos judiciais, uma forma de disfarçar a violência institucional, especialmente em face daqueles que o mesmo tecnicismo cria o estereótipo de indesejado.

Nos nossos sistemas, a concessão de poder aos técnicos disfarça a violência, mistificando-a através do tecnicismo, cujo objetivo é fazer com que o objeto da violência se adapte sem chegar a ter consciência e sem reagir. Sua função é ampliar as fronteiras da exclusão, descobrindo tecnicamente novas formas de infração e produzindo a ação técnica reparadora, que adapte os indivíduos à aceitação de sua condição de “objetos de violência”, perpetuando o processo de violência global. (2003, p. 117)

Ainda que se tenha observado que o Poder Judiciário tem uma postura conservadora na hipótese de internação compulsória por uso de drogas, houve espaço para falas críticas e avançadas, muito embora tenham sido proferidas por magistrados que, eventualmente, já tenham deferido uma medida de internação compulsória, o que indica o paradoxo e as contradições dessa questão:

*Eu vejo com a mesma apreensão com que eu vejo toda a questão que envolve violência na cidade, porque eu acho que tratam de novo a questão do uso de droga como se fosse um, um problema de segurança pública, então acho que o crack, é, é uma substância que, que tem uma, uma fantasia muito grande sobre o poder de devastação, acho que a gente tem pouca informação e tem um estigma muito grande que acaba atrapalhando qualquer forma de, de reflexão sobre o uso, e, e sobre as alternativas de lidar com ele, então, como você exclui a, assim, o debate mesmo sobre a realidade, eu acho que você cria um, um véu sobre um assunto que a gente podia avançar mais pra tentar auxiliar as pessoas que precisam da ajuda do Estado, e a gente acaba criando uma zona de exclusão pra tratar do assunto, como se fosse assim, um caso perdido, assim, o mito do crack é muito mais potente do que a realidade do, dos usuários. (Entrevista n° 04)*

*Essa demanda aumentou muito, da, da Internação Compulsória porque as pessoas passaram a entender aquilo ali como uma válvula, a minha leitura é essa, né, como uma saída pro problema, quando na verdade a internação, na minha visão, não resolve o problema, né, ela resolve, talvez o sintoma mais superficial, né, mas o problema não resolve, então, o que eu percebo é uma demanda*

*muito grande (...) , as causas disso tudo, são as causas, acho que de sempre, né, muita miséria, uma pobreza absurda (...) (Entrevista n° 12)*

*(...) o crack, pessoalmente, a sociedade tende a ver como uma das drogas mais danosas à saúde, no entanto eu ainda não tenho essa certeza absoluta, não sei se é o mais danoso ou não, a gente ouve dizer muito, mas talvez alguns, já ouvi também muitos estudos dizerem que não seria o pior, a pior das drogas, então é uma questão que pra mim ainda segue num ponto obscuro (Entrevista n° 26)*

## 8 CONCLUSÃO - CARTA À MICHEL FOUCAULT

Prezado Michel,

Peço desculpas, desde já, por te chamar de você (sei como os franceses são formais), mas é que convivo com seus livros e vídeos há 4 anos, desde que iniciei meu Doutorado. Assim, passei a me sentir sua amiga e fiquei com muita vontade de terminar esse trabalho te contando como andam as coisas por aqui. Algo me diz que você gostaria de saber.

Escrevo do Rio de Janeiro, Brasil, ano de 2018. Você esteve por aqui nos anos 60 e 70 do século passado, lembra? Bem, vou começar te passando um panorama da política brasileira. Sinto lhe contar que não conseguimos as Diretas Já de 1984. Nos libertamos da Ditadura, conquistamos uma nova Constituição em 1988 e pudemos eleger um Presidente novamente em 1989. E, como qualquer iniciante em Democracia, erramos feio na escolha. De lá para cá, 2 Presidentes sofreram um processo de impeachment, sendo que o primeiro (o eleito em 1989) renunciou antes do fim do processo e, recentemente, em 2016, a nossa Primeira Presidenta (sim, uma mulher!), foi retirada em meio a um verdadeiro Golpe Parlamentar. O que nos leva ao nosso atual Presidente, um xará seu, contudo, temerário que só!

As notícias não são apenas ruins no campo da Política. Tivemos 13 anos seguidos de Governo de esquerda, com muitas conquistas sociais: redução da miséria, luz nas regiões mais distantes da Amazônia, financiamento da casa própria para classes com baixa renda, médicos em locais distantes, acesso à educação superior para os alunos de origem familiar humilde, o que fez com que uma geração de filhos de pais sem qualquer escolaridade alcançasse o ensino universitário.

Porém, nesses 13 anos, muitos erros também foram cometidos (mas, como te disse, somos novos nessa tal de Democracia) e práticas nem um pouco éticas, que um Governo de esquerda poderia (e deveria) ter colocado um fim, continuaram acontecendo.

Infelizmente, a perspectiva política do país não é das melhores. O nosso atual Presidente, o seu xará, foi denunciado em 2017 pelo Procurador Geral da República pelos crimes de corrupção passiva, organização criminosa e obstrução de justiça. Contudo, era necessária autorização da Câmara dos Deputados para que os processos prosseguissem e adivinha? Os dois processos criminais foram suspensos até o fim do seu mandato.

Fosse apenas a questão da política federal... O pior de tudo o que vem acontecendo aqui no Brasil (e no mundo de um modo geral) é uma verdadeira onda conservadora que se instalou em diversos setores da nossa sociedade.

Para você ter uma ideia até reduzir a maioria penal estão tentando. O nosso Congresso é o mais conservador desde a época da Ditadura, composto por uma enorme bancada evangélica. Isso mesmo! Religião e Estado juntos mais do que nunca! Na Alemanha, o partido de extrema direita tem a 3ª maior bancada do Parlamento. Agora, ruim mesmo está nos Estados Unidos. Palavras não descrevem o seu atual Presidente.

Mas, o que eu queria mesmo te contar é como andam as coisas por aqui na Saúde Mental, especialmente aquela relação entre Direito e Medicina que você tanto estudou e nos alertou. Você nem imagina como casos do estilo Pierre Rivière continuam atuais. Não falo de parricídios (nem saberia te dizer a porcentagem), mas sim da condução de processos judiciais e a disputa pela hegemonia do conhecimento: o médico psiquiatra ou o jurídico?

Esse encontro perverso de conhecimentos, que vivem em disputa, e que, na verdade se complementam, permanece em vigor. Os conceitos jurídicos e psiquiátricos de periculosidade, inimputabilidade e incapacidade continuam agindo na vida das pessoas, por mais que se tenha evoluído em termos de legislação. São conceitos tão arraigados na nossa cultura jurídica e psiquiátrica, que nem a edição da Lei da nossa Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216), em 2001, foi suficiente para eliminá-los. É preciso mudar muitas mentalidades e discursos nos dois campos de conhecimento.

Sinto lhe dizer que o tempo passou e a prática médico-legal e seus exames psiquiátricos, seja para matéria penal (inimputabilidade) ou civil (incapacidade), não evoluíram. Os laudos processuais judiciais continuam confusos, genéricos e monstruosos, seja pela enorme quantidade de folhas, seja pela qualidade técnica mesmo. As leis continuam conferindo poder ao juiz para enclausurar as pessoas indesejadas, em âmbito criminal e cível, e o fazem com base em laudos médicos técnicos que em nada absorveram o ideário do Movimento Antimanicomial.

Como você dizia, é um grande momento para o juiz e para o psiquiatra, em que trocam de papéis e funções e satisfazem a sua vaidade pessoal, de curar por meio da sentença, ou de decidir pela cura por meio do laudo. Ambos se legitimam e a conduta em questão, tenha infringido ou não a lei (pensando-se no usuário de drogas, que é preso só pelo fato de viver em situação de rua em local que constitui cenas de uso) sai da ordem do legal e entra na esfera do moralmente reprovável.

Não importa se virá por meio de uma sentença judicial ou de um laudo médico (ou os dois juntos), a razão e as mentes dos indivíduos que incomodam a sociedade (que vai variar de tempos em tempos), em algum momento, vai ser capturada, classificada, excluída e medicada.



Presenciamos esse fenômeno de classificação e exclusão aqui no Brasil desde 2009, quando passamos a conviver com práticas autoritárias, inicialmente do Poder Executivo e, posteriormente, legitimadas pelo Poder Judiciário, no tocante à internação compulsória de usuários de drogas, especificamente o crack (que é um derivado da cocaína, mais barato).

Inicialmente foram as pessoas em situação de rua nas suas cenas de uso (popularmente conhecidas como “cracolândias”) que eram literalmente capturadas e enclausuradas em abrigos públicos. A Justificativa era o seu tratamento, mas, de fato, a medida era higienizadora, de limpeza urbana para receber grandes eventos internacionais (ah! Sediamos a Copa do Mundo e as Olimpíadas com um intervalo de dois anos). O ato de aprisionar tem significações que vão além do que é dito, há questões políticas, econômicas, religiosas, morais e sociais envolvidas.

Nesses locais, seus corpos eram docilizados pelas medicações, torturas físicas e psicológicas e até imposições religiosas eram feitas. Tudo com recursos públicos e com a única finalidade de excluir para normalizar, para ajustar aos padrões socialmente determinados de que não se pode ter prazer pelo entorpecimento a céu aberto, tampouco escolher se você quer ou não continuar com tais sensações. Não se você é pobre e faz isso no espaço público. No Brasil, provavelmente, você também será negro.

Você já tinha alertado para essa prática quando tratou da história da loucura. Sempre que há uma crise (e com tantas emoções políticas nos últimos tempos você pode mensurar a crise econômica que estamos passando, não é?), há um aumento do quantitativo de pobres e a solução encontrada pelo Estado será o enclausuramento, a internação em massa.

Nada mais atual por aqui. Em São Paulo, uma cidade que você visitou, seu novo Prefeito, com a desculpa daquela preocupação de ordenar a cidade, combater o crime e tratar os pobres (exatamente nessa ordem de prioridades), realizou no ano passado (2017), atos de violência indescritíveis contra a população usuária de crack no centro da cidade. As cenas foram tão brutais que, até mesmo a mídia conservadora, as reprovou.

O pior, para a população, é que pôs fim ao programa de atenção ao crack do Prefeito anterior (Programa de Braços Abertos) e que estava tendo bons resultados, no tocante ao acolhimento e cuidado. Mas, incomodava a tal ordem burguesa, que tudo quer normalizar e colocar no lugar. De fato, as cenas de uso continuavam no espaço público, mas o atendimento era efetivo e muitos avanços foram conquistados com a prática da redução de danos e de oferta de possibilidades de trabalho, tratamento e cuidados.

Isso porque, ao fim e ao cabo, por aqui, o uso do crack, não se dá por um mero desejo de entorpecimento, mas sim por uma realidade de exclusão social absurda. É falta de tudo: emprego, comida, família, educação, saudades de quem ficou longe para poder ganhar a vida nos grandes centros. Enfim, é um preenchimento de um grande vazio social de oportunidades e vida, que vai muito além da obtenção do prazer (que não é desconsiderado).

A divulgação dessas cenas de internamento em massa agradou tanto aqueles que tinham seus interesses econômicos obstaculizados pela desordem urbana, mas, por outro lado, provocou uma onda de Judicialização de ações individuais de famílias que, no desespero, sem saber lidar com a questão do uso de drogas por um familiar, passaram a requerer o internamento desses. A grande contradição foi a utilização da Lei nº 10.216/01, cuja finalidade é a de garantir a liberdade das pessoas em sofrimento mental, como fundamento para tais requerimentos.

E foi esse o ponto de partida do meu estudo e a minha aproximação às suas falas e escritos. Isso tudo acontecendo em meio ao caos econômico e político do país. Certamente, criou-se uma forma de tirar proveito econômico do sofrimento alheio: foram instituídas as Comunidades Terapêuticas (que não tem nada em comum com as originais da Inglaterra), e que se revelaram verdadeiros locais de tortura com financiamento público. Por certo, os proprietários dessas entidades, que são privadas, mas figuram como dispositivo de saúde oficial, coincidem com os secretários de saúde dos municípios, estados e, pasme, até Ministro de Estado.

Com o Golpe Presidencial, o Ministro da Saúde nomeado (um engenheiro!) retrocedeu em muitos aspectos quanto ao SUS (nosso sistema universal de saúde) e fez declarações terríveis e sexistas. Ao apagar das luzes de 2017, edita uma Portaria (nº 3588 de 21/12/2017), sem qualquer discussão e consulta prévia, que literalmente mutilou a Política Nacional de Saúde Mental.

Com essa nova Política, há uma retomada do financiamento dos hospitais psiquiátricos, retira-se o foco da reabilitação e da economia solidária, que proporcionava possibilidades aos indivíduos, e destina os recursos a leitos psiquiátricos e comunidades terapêuticas, em detrimento dos serviços de base territorial comunitária. Um retrocesso sem tamanho.

Pois é. A concretização da Reforma Psiquiátrica por aqui não tem sido fácil. Não basta a existência da lei. Avançamos, sem dúvida. Muitos leitos psiquiátricos foram fechados

e muitas vidas devolvidas à sociedade. Mas, a resistência à sua efetivação é forte, a psiquiatria clássica predomina tanto no ensino das faculdades de medicina, como nas entidades de classe. A luta é pesada e o movimento antimanicomial resiste.

A boa notícia é que os ventos da Reforma Psiquiátrica chegaram, ao menos no Rio de Janeiro (de onde falo e trabalho), às duas principais instituições jurídicas que ingressam com ações judiciais relacionadas à saúde em geral, incluindo as questões de saúde mental: a Defensoria Pública e o Ministério Público.

A secretaria de saúde do Estado, que conta com profissionais atuantes do movimento antimanicomial, conduziu um trabalho de aproximação com tais entidades, esclarecendo e informando o motivo da não existência de leitos psiquiátricos para internação compulsória, em razão de todo o resgate histórico contido na Lei nº 10.216/01, bem como da sua finalidade de extinção dos locais com características asilares.

A consequência foi uma redução drástica no número de processos com pedido de internação compulsória de pessoas usuárias de drogas. Além disso, eventos foram realizados, com a colaboração de ambas as instituições, com o objetivo de levar o conhecimento do real sentido da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira ao maior número de profissionais jurídicos em atuação, bem como de estudantes.

Essa aproximação, sem dúvida, é um grande passo para atenuar as consequências do encontro entre as ciências médica e jurídica. Por isso, deve ser permanente e contínua. Porém, é preciso quebrar a última grande barreira: o Poder Judiciário.

Enquanto os laudos médicos processuais forem elaborados por profissionais que apoiam o ideal da psiquiatria clássica (necessariamente manicomial e biologizante), será muito difícil acessar os julgadores com informações e pensamentos que se opõem ao que foi dito por um perito de sua confiança.

Contudo, pode-se sempre pensar em estratégias e “correr por fora”, alcançando-se os magistrados por meio de palestras em cursos de formação continuada, convênios para mestrados profissionais, cursos com temas específicos. Por aqui no Rio já há algumas iniciativas nesse sentido muito bem-sucedidas.

O mais importante, além de despertar o interesse pela busca desse conhecimento, é fazer com que o ideário da Reforma Psiquiátrica (e da Saúde de um modo geral) penetre nas mentes e corações desses juízes, passando a fazer sentido para ele uma decisão que garanta o direito à liberdade de um indivíduo, não sendo apenas uma mera reprodução sistemática de conhecimento.

Por fim, gostaria de lhe dizer que tenho esperança em uma virada radical. Esses tempos cíclicos de enclausuramentos intencionais vão chegar a um fim quando a sociedade se conscientizar do tamanho sofrimento que causam a um semelhante, que, de diferente, tem a alta sensibilidade aliada a um mundo em que sentimentos são substituídos por medicamentos.

Por isso, e porque, há cerca de dois meses tornei-me tia, com um sobrinho lindo e um futuro todo pela frente, tenho a fé sincera de que viveremos tempos melhores. Para ele, e para você relembrar nosso estilo musical bem brasileiro, vai um trecho de um dos meus sambistas preferidos:

*E então quando ele crescer  
Vai ter que ser homem de bem  
Vou ensiná-lo a viver  
Onde ninguém é de ninguém  
Vai ter que amar a liberdade  
Só vai cantar em Tom Maior  
Vai ter a felicidade de  
Ver um Brasil melhor  
(Martinho da Vila)*

## REFERÊNCIAS

- ALARCON, S. Drogas Psicoativas: classificação e bulário das principais drogas de abuso. In: ALARCON, S.; JORGE, M. A. S. (Eds.). **Álcool e Outras Drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 103–129.
- AMARANTE, P. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (Ed.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 1ª ed., 3ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 2008. p. 73–84.
- \_\_\_\_\_. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.
- \_\_\_\_\_. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- \_\_\_\_\_. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2ª ed., revista e ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.
- \_\_\_\_\_. **Teoria e Crítica em Saúde Mental**. 1ª edição. São Paulo: Zagodoni, 2015a.
- \_\_\_\_\_. Cultura da formação: reflexões para a inovação no campo da saúde mental. In: AMARANTE, P.; CRUZ, L. B. DA (Orgs.). **Saúde mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro, Brasil: LAPS, 2015b. p. 65–79.
- AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. Direitos Humanos, cultura e loucura no Brasil: um novo lugar social para a diferença e a diversidade. In: OLIVEIRA, W.; PITTA, A.; AMARANTE, P. (Orgs.). **Direitos Humanos e Saúde Mental**. 1ª ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2017. p. 107–133.
- ASSIS, D. A. D.; SILVA, A. A. Segunda era de direitos da Reforma Psiquiátrica? A abolição da inimputabilidade penal na passagem da assistência aos direitos da pessoa com transtorno mental. In: CORREIA, L. C.; PASSOS, R. G. (Eds.). **Dimensão Jurídico-Política da Reforma Psiquiátrica Brasileira: limites e possibilidades**. Rio de Janeiro: Gramma, 2017. p. 155–182.
- AZEVEDO, A. O. DE. **O Dispositivo da Internação Compulsória: perspectivas de pessoas atendidas em um centro de Atenção Psicossocial de álcool e Drogas**. Dissertação Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2016.
- BARBOSA, L. DE M. M.; MACHADO, C. B. Glossário de Epidemiologia e Saúde. In: PAIM, J. S.; FILHO, N. DE A. (Orgs.). **Epidemiologia e Saúde**. 7ª ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. p. 663–698.
- BARBOZA, F. L. G. **Internação Compulsória individual ou coletiva dos dependentes de crack: o discurso do Estado e do Serviço Social**. Dissertação-Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2014.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 1ª ed., 3ª reimpressão. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARRETO, V. DE P. **O Fetiche dos Direitos Humanos e outros temas**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2010.

BASGLIA, F. **A Instituição Negada: Relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001.

BASTOS, F. I. P. M. Apresentação do perfil epidemiológico dos usuários de crack: pesquisa social com a apresentação do recorte do perfil de Manguinhos. In: TEIXEIRA, M. B.; FONSECA (Orgs.). **Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas**. São Paulo, SP: Hucitec Editora, 2015. p. 232–238.

BASTOS, F. I. P. M.; BERTONI, N. **Pesquisa Nacional sobre o uso do crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: Icict, Fiocruz, 2014.

BATISTA, N. **Política Criminal com Derramamento de Sangue**. Revista Brasileira de Ciências Criminais, v. 20, out-dez/1997, p. 129–146.

BATISTA, V. M. **Difíceis ganhos fáceis: drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Inst. Carioca de Criminologia, 2003.

\_\_\_\_\_. **O Tribunal de Drogas e o Tigre de Papel**. 2004. Disponível na Internet: <http://www.mundojuridico.adv.br>.

\_\_\_\_\_. **Cuidado: os higienistas estão voltando!** Discursos Sediciosos: Crime, Direito e Sociedade, ano 1, n°2, 2º semestre/1996. P. 305-307.

BERCOVICI, G. Planejamento e políticas públicas: por uma nova compreensão do papel do Estado. In: BUCCI, M. P. D. (Org.). **Políticas Públicas: Reflexões sobre o conceito Jurídico**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Saraiva, 2006. p. 143–161.

BOITEUX, L. **Liberdades individuais, direitos humanos e a internação forçada em massa de usuários de drogas**. Revista Brasileira de Estudos Constitucionais - RBEC, ano 7, n° 25, abr. 2013. p. 53–80.

BOKANY, V. **Drogas no Brasil**. 1ª ed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2015.

BORGES, V. C. Q. **O Jornal e os Discursos sobre a Droga: a produção de sentidos sobre as medidas de enfrentamento do crack presentes n' O Globo em 2013**. Dissertação - Rio de Janeiro: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz, 2015.

BRASIL. Decreto Lei n° 891/38. **Dispõe sobre a Lei de Fiscalização de Entorpecentes**. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/110787>. Acesso em: 28 de fevereiro de 2018.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm). Acesso em: 28 de fevereiro de 2018.

\_\_\_\_\_. Lei n° 10.216/01. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras**

**de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)>. Acesso em: 28 de fevereiro de 2018.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.409/02. **Dispõe sobre a prevenção, tratamento, fiscalização, controle e repressão ao tráfico ilícito de entorpecentes e dá outras providências.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/L10409.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10409.htm). Acesso em: 28 de fevereiro de 2018.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.343/06. **Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm). Acesso em: 28 de fevereiro de 2018.

\_\_\_\_\_. Projeto de Lei nº 7663/10. **Altera dispositivos da Lei de Drogas e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoes>. Acesso em: 28 de fevereiro de 2018.

\_\_\_\_\_. Lei nº 13.146/15. **Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm). Acesso em: 28 de fevereiro de 2018.

BRITTO, R. C. **A internação psiquiátrica involuntária e a Lei 10.216/01. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental.** Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2004.

BUCCI, M. P. D. O conceito de política pública em direito. In: BUCCI, M. P. D. (Org.) **Políticas públicas - reflexões sobre o conceito jurídico.** São Paulo: Saraiva, 2006. p. 1-74.

CAETANO, H.; TEDESCO, S. Pistas para fechar o manicômio judiciário e para fazer emergir o antimanicômio no Brasil. In: OLIVEIRA, W.; PITTA, A.; AMARANTE, P. (Orgs.). **Direitos Humanos e Saúde Mental.** São Paulo: Hucitec Editora, 2017. p. 377-405.

CAPELLA, A. C. N. Perspectivas Teóricas sobre o Processo de Formulação de Políticas Públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Orgs.). **Políticas públicas no Brasil.** Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2007. p. 87-122.

CAPONI, S. **Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012.

CARVALHO, A. B. DE. **Magistratura e Direito alternativo.** 6ª ed. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2003.

CARVALHO, S. DE. **Antimanual de criminologia.** São Paulo: Editora Saraiva, 2013.

\_\_\_\_\_. **A Política Criminal de Drogas no Brasil: estudo criminológico e dogmático da Lei 11.343/06.** 7ª ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

\_\_\_\_\_. **Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro: fundamentos e aplicação judicial.** 2ª ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

CARVALHO, S. DE; WEIGERT, M. DE A. B. E. **Sufrimento e clausura no Brasil contemporâneo: estudos críticos sobre fundamentos e alternativas às penas e medidas de segurança**. Florianópolis: Empório do Direito, 2017. p. 359-366.

CHAUÍ, M. DE S. **Convite à filosofia**. São Paulo: Ática, 2008.

COELHO, I.; OLIVEIRA, M. H. B. DE. **Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública**. Saúde em Debate, v. 38, nº 101, 2014. p. 359-367.

COMIS, M. A. DE C. Programa Municipal “De Braços Abertos”: uma experiência de inter-setorialidade. In: BOKANY, V. (Org.). **Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça - proximidades e opiniões**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2015. p. 177-186.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011.

CORDEIRO, M. P. et al. Como pensamos ética em pesquisa. In: SPINK, M. J. P. (Org.). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. 1ª edição. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014.

COSTA, J. H. R. **A Internação Compulsória no âmbito das cracolândias: implicações bioéticas acerca da autonomia do dependente químico**. Dissertação - Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2015.

COUTO, A. B. DO N.; LEMOS, F. C. S.; COUTO, M. B. B. **Biopoder e Práticas Reguladoras do Uso de Drogas no Brasil: Algumas Análises de Projetos de Lei**. Revista Polis e Psique, v. 3, nº 2, 2013. p. 132-150.

DEL OLMO, R. **A Face Oculta da Droga**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Revan, 2009.

D’ELIA FILHO, O. Z. **Acionistas do nada: quem são os traficantes de drogas**. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2014.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

ENGEL, M. **Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios, Rio de Janeiro, 1830-1930**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

ESCOHOTADO, A. **O livro das drogas: usos e abusos, desafios e preconceitos**. São Paulo: Dynamis Editorial, 1997.

FERREIRA, P. S. Agressividade e saúde mental: como profissionais de um CAPS lidam com atos agressivos e violentos dos pacientes. In: PASSOS, R. G.; COSTA, R. DE A.; SILVA, F. G. (Orgs.). **Saúde Mental e os Desafios Atuais da Atenção Psicossocial**. 1ª edição. Rio de Janeiro: Gramma Livraria e Editora, 2017. p. 87-105.

FILHO, A. N. et al. Diálogo com Dr. Antônio Nery Filho, George Gusmão Soares, Maria Eugênia Nuñez e Edward Macrae sobre o crack. In: MACRAE, E.; TAVARES, L. A.; NUÑEZ, M. E. (Orgs.) **Crack: contextos, padrões e propósitos de uso**. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2013. p. 27-58.



FIGLIORE, M. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: VENÂNCIO, R. P.; CARNEIRO, H. (Orgs.). **Álcool e drogas na história do Brasil**. São Paulo: Belo Horizonte, MG, Brasil: Alameda; Editora PUCMinas, 2005. p. 257–290.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2009.

FLICK, U.; COSTA, J. E.; CAREGNATO, S. E. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir - História da Violência nas Prisões**. 5ª edição. Petrópolis, RJ: Editora Vozes Ltda, 1987.

\_\_\_\_\_. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2009.

\_\_\_\_\_. **Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

\_\_\_\_\_. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

\_\_\_\_\_. **Eu, Pierre Rivière, que Degolei Minha Mãe, Minha Irmã e Meu Irmão**. 2ª edição. Rio de Janeiro, Brasil: Graal, 2013a.

\_\_\_\_\_. **A verdade e as formas jurídicas**. 4ª edição. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2013b.

FREITAS, F.; AMARANTE, P. **Medicalização em Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 2015.

GARCIA, L. DE S. L. Apresentação. In: SOUZA, J. (Org.). **Crack e exclusão social**. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2016. p. 11–15.

GONÇALVES, C. C. F. **A Justiça Restaurativa e o Sistema Jurídico Socioeducativo Brasileiro**. Dissertação – Coimbra, Portugal: Universidade de Coimbra, Faculdade de Direito, 2º ciclo de estudos em Direito, 2015.

KARAM, M. L. **Medidas de segurança: punição do enfermo mental e violação da dignidade**. Verve, 2002. p. 210–224.

\_\_\_\_\_. A lei 11.343/06 e os repetidos danos do proibicionismo. In: LABATE, B. C. et al. (Orgs.). **Drogas e Cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 105–120.

\_\_\_\_\_. **Proibições, Riscos, Danos e Enganos: as Drogas Tornadas Ilícitas**. 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, v. 3, 2009.

\_\_\_\_\_. **Legalização das Drogas**. 1ª ed. São Paulo: Estúdio Editores.com, 2015.

KINOSHITA, R. T. Política atual de álcool e outras drogas e perspectivas. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org.). **Drogas, Direitos Humanos e Laço Social**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2013. p. 53–60.

KODA, M. Y. A construção de sentidos sobre o trabalho em um Núcleo de Atenção Psicossocial. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Coleção Archivos. Rio de Janeiro: NAU Editora, v. 1, 2003. p. 67-87.

LABATE, B. C. **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008.

MACHADO, R. **Ciência e Saber: A Trajetória da Arqueologia de Foucault**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982.

MACRAE, E. J. B. DAS N. et al. (Orgs.). Paradigma da Guerra às Drogas, Políticas de Ordem e Experiências de Cuidado na Cidade dos Mega-Eventos. In: **Crack: contextos, padrões e propósitos de uso**. Drogas: clínica e cultura. Salvador: EDUFBA: CETAD/UFBA, 2013. p. 15-42.

MADEIRA, D. L. H. **A Judicialização da Internação Compulsória dos Usuários de Crack à luz da Hermenêutica Constitucional**. Dissertação - Fortaleza: Universidade de Fortaleza, 2014.

MEDINA, M. G.; FILHO, A. N.; FLACH, P. M. VON. Políticas de Prevenção e Cuidado ao Usuário de Substâncias Psicoativas. In: PAIM, J. S.; FILHO, N. DE A. (Orgs.). **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 479-497.

MEDRADO, B. Textos em cena: a mídia como prática discursiva. In: SPINK, M. J. P. (Org.). **Práticas Discursivas e Produção dos sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3ª ed. São Paulo: Cortez Editora, 2004. p. 243-271.

MINAYO, M. C. DE S. **O desafio do conhecimento**. Rio de Janeiro: HUCITEC; ABRASCO, 2014.

MINAYO, M. C. DE S. (ORG.); DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social**. 32ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2011.

MONTEIRO, F. DE H. **A Internação Psiquiátrica Compulsória: Uma Abordagem À Luz Dos Direitos Fundamentais**. Dissertação - Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - Faculdade de Direito, 2015.

NASCIMENTO, V. L. V. DO; MINIGUINE, R.; PEREIRA, C. C. Q. O uso de mapas dialógicos como recurso analítico em pesquisas científicas. In: SPINK, M.J.P.; BRIGAGÃO, J. I. M.; NASCIMENTO, V. L. V.; CORDEIRO, M. P. C. (Org.). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. 1ª edição. Rio de Janeiro: Centro Edelsstein de Pesquisas Sociais, 2014. p. 247-272.

NERY FILHO, A. et al. (Org.). **As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais**. Salvador: EDUFBA, 2012.

NOVAES, P. S. **O tratamento da dependência química e o ordenamento jurídico brasileiro**. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. v. 17, nº2, 2014.

OLIVEIRA, S. R. DE; PICCININI, V. C. **Validade e reflexividade na pesquisa qualitativa**. Cadernos Ebape. Br, v. 7, nº 1, 2009. p. 88-98.

PADURA, L. **Hereges**. São Paulo: Boitempo, 2015.

PELISSONII, A. M. et al. **Internação compulsória como opção de tratamento a dependentes de crack.** Boletim do Instituto de Saúde – BIS - Drogas, Saúde e Contemporaneidade, v. 18, nº1, jul. 2017. p. 129–140.

PINHEIRO, O. DE G. Entrevista: uma prática discursiva. In: SPINK, M. J. P. (Org.). **Práticas discursivas e Produção de Sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas.** 3ª edição. São Paulo: Cortez Editora, 2004. p. 183–214.

PONTES, A. K.; MEZA, A. P. S.; BICALHO, P. P. G. DE. **Ciência e política das drogas: as controvérsias em torno das políticas públicas de internação compulsória.** Estudos e Pesquisas em Psicologia, v. 15, n. 4, 2015.

PORTOCARRERO, V. A Teoria psiquiátrica no Brasil: nova configuração nas primeiras décadas do século XX - Da doença mental à anormalidade. In: **Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria.** Loucura e Civilização. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, v. 4, 2002. p. 41–64.

RODRIGUES, I. DE S. Crack, a nóia da mídia. In: SOUZA, J. (Org.). **Crack e exclusão social.** Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2016. p. 287–303.

RUI, T. **Nas tramas do crack: etnografia da abjeção.** São Paulo - SP: Terceiro Nome, 2014.

SANTOS, B. DE S. **Toward a new common sense: law, science and politics in the paradigmatic transition.** London: Routledge, 1995.

\_\_\_\_\_. **Por uma concepção multicultural de direitos humanos.** Revista Crítica de Ciências Sociais, n. nº 48, jun. 1997. p. 11–32.

\_\_\_\_\_. **A Gramática do tempo.** São Paulo: Cortez, 2006.

\_\_\_\_\_. **Um discurso sobre as ciências.** São Paulo: Cortez, 2009.

\_\_\_\_\_. **Se Deus fosse um ativista dos direitos humanos.** São Paulo: Cortez Editora, 2013.

SANTOS, B. M. DE S. **Internação Compulsória e Saúde Mental: a percepção dos profissionais de saúde sobre esta relação.** Monografia - Belém: Universidade Estadual do Pará, 2015.

SANTOS, G. A. DOS; QUEIROZ, I. S. **Internação Psiquiátrica Compulsória de usuários abusivos de drogas: uma falência ao SUS e um desuso da Política de Redução de Danos.** Gerais: Revista de Saúde Pública do SUS/MG, v. 4, nº1, 2016. p. 59–69.

SARLET, I. W. **A eficácia dos direitos fundamentais.** 9ª edição. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.

SILVA, A. A.; OTHERS. **Das vidas que não (se) contam: dispositivos de desinstitucionalização da medida de segurança no Pará.** Tese – São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2015.

SILVEIRA, L.; MOREIRA, A. I. P. Se você quer prender, não é seguro: problematização da medida de segurança e da internação compulsória de pessoas em sofrimento psíquico. In: CORREIA, L. C.; PASSOS, R. G. (Orgs.). **Dimensão jurídico-política da reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Gramma, 2017. p. 133–154.

SOUTO, M. A. **Internamento Compulsório para usuários de crack: concepções subjacentes aos posicionamentos de gestores públicos e profissionais de saúde**. Dissertação - Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2013.

SOUZA, J. A doença da humilhação. In: SOUZA, J. (Org.). **Crack e exclusão social**. 1ª edição. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2016. p. 29–37.

SOUZA, T. DE P.; CARVALHO, S. R. **Reduzindo danos e ampliando a clínica: desafios para a garantia do acesso universal e confrontos com a internação compulsória**. Revista Polis e Psique, v. 2, 2012. p. 37–58.

SPINK, M. J. P. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Rio de Janeiro: SciELO Books - Centro Edelstein, 2010.

SPINK, M. J. P. et al. **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. 1ª edição. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014.

SPINK, M. J. P.; FREZZA, R. M. Práticas Discursivas e Produção de sentidos: a perspectiva da Psicologia Social. In: SPINK, M. J. P. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3ª edição. São Paulo: Cortez Editora, 2004. p. 17–39.

SPINK, M. J. P.; LIMA, H. Rigor E Visibilidade: A Explicitação Dos Passos Da Interpretação. In: SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3ª edição. São Paulo: Cortez Editora, 2004. p. 93–122.

SPINK, M. J. P.; MEDRADO, B. Produção dos Sentidos no Cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M. J. P. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3ª edição. São Paulo: Cortez Editora, 2004. p. 41–61.

SPINK, M. J. P.; MENEGON, V. M. M. A Pesquisa Como Prática Discursiva: Superando os horrores metodológicos. In: SPINK, M. J. P. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3ª edição. São Paulo: Cortez Editora, 2004. p. 63–92.

STRAUSS, A. L.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TEIXEIRA, M. B. et al. **Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, nº 5, maio 2017. p. 1455–1466.

TEIXEIRA, M. B.; ENGSTROM, E. M.; RIBEIRO, J. M. **Revisão sistemática da literatura sobre crack: análise do seu uso prejudicial nas dimensões individual e contextual**.

Saúde em Debate, v. 41, nº 112, mar. 2017. p. 311–330.

TOLEDO, L.; GÓNGORA, A.; BASTOS, F. I. P. M. **À margem: uso de crack, desvio, criminalização e exclusão social – uma revisão narrativa.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, nº 1, jan. 2017. p. 31–42.

TRINDADE, J. P. **Usuários de crack na contemporaneidade: entre urubus diplomados e o canto dos Sabiás.** Dissertação. São Cristóvão - Sergipe: Universidade Federal de Sergipe, 2015.

VALLIM, D. DE C. **Os passos dos indesejáveis: Um estudo do contexto sociocultural do uso e usuários de crack nas cidades do Rio de Janeiro e Nova Iorque.** Tese - Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Instituto de Medicina Social, 2015.

VENTURINI, E. **A linha curva: o espaço e o tempo da desinstitucionalização.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.

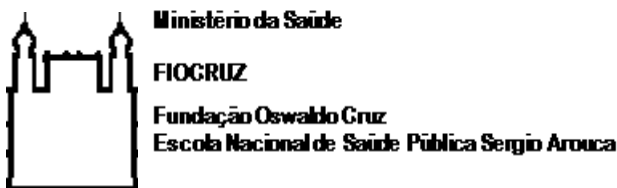
WACQUANT, L. J. D. **As prisões da miséria.** Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

\_\_\_\_\_, L. J. D.; INSTITUTO CARIOCA DE CRIMINOLOGIA. **Punir os pobres: a nova gestão da miséria nos Estados Unidos: (a onda punitiva).** Rio de Janeiro: Instituto Carioca de Criminologia: Revan, 2007.

WURDIG, K. K.; MOTA, R. F. **Representações midiáticas da internação compulsória de usuários de drogas.** Temas em Psicologia, v. 22, nº 2, 2014. p. 433–444.

ZAFFARONI, E. R.; BATISTA, N.; ALAGIA, A. **Direito penal brasileiro. Vol. 1: Teoria geral do direito penal.** Rio de Janeiro: Ed. Revan, v. 1, 2003.

## APÊNDICE



### APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“O DEBATE ENTRE OS SABERES PSIQUIÁTRICO E JURÍDICO NA CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E DA “EPIDEMIA DE CRACK” NO RIO DE JANEIRO E REGIÃO METROPOLITANA ENTRE 2010 E 2015**, desenvolvida por **Isabel Teresa Pinto Coelho**, discente de Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dr<sup>a</sup> **Maria Helena Barros de Oliveira** e coorientação do Professor Dr. **Paulo Duarte de Carvalho Amarante**.

O objetivo central do estudo é: estudar as articulações entre os saberes jurídicos e psiquiátricos no tocante às questões relacionadas às internações compulsórias envolvendo o uso abusivo de drogas.

Você está sendo convidado a participar desse estudo por estar em atuação em uma vara de fazenda pública, órfãos e sucessões, plantão noturno ou juizado especial fazendário da Comarca da Capital; bem como em uma vara cível ou de família das Comarcas de Cuque de Caxias ou Nova Iguaçu. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas, uma vez que qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. As entrevistas serão transcritas, e todo o material será armazenado em arquivos digitais seguros, aos quais somente terão acesso, eu como pesquisadora, minha orientadora e meu coorientador.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar da pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista com questões norteadoras à pesquisadora do projeto. A gravação de toda a entrevista é condição necessária à sua participação.

O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente quinze minutos. As entrevistas serão realizadas em local apropriado com somente a sua presença e a da pesquisadora.

Ao término da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos cinco (5) anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

O benefício direto relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de reflexão sobre o seu próprio processo de trabalho.

Rubrica do Participante: \_\_\_\_\_

Rubrica do Pesquisador: \_\_\_\_\_

O risco da sua participação neste estudo pode ser de constrangimento durante as entrevistas. Nesse caso será sugerido uma pausa ou retorno em outro momento, ou até mesmo a desistência em você responder à entrevista. Outro risco pode ser de sua identificação como participante da pesquisa, o que será minimizado ao realizarmos uma análise em conjunto dos dados coletados na entrevista, impossibilitando assim atribuição individual aos seus depoimentos.

Esse Termo é redigido em duas (2) vias, uma (1) para você participante e outra para a pesquisadora responsável pela pesquisa. Devendo obrigatoriamente todas as páginas serem rubricadas por você participante e pela pesquisadora, sendo que a última página deve conter sua assinatura, assim como da pesquisadora do estudo.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Tel. e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)

<http://www.enso.fiocruz.br/etico>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Mangunhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

---

Isabel Teresa Pinto Coelho Diniz (Pesquisadora)

E-mail: [belpcoelho@gmail.com](mailto:belpcoelho@gmail.com)

**RIO DE JANEIRO/DUQUE DE CAXIAS/NOVA IGUAÇU, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2017**

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

---

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Rubrica do Participante: \_\_\_\_\_

Rubrica da Pesquisadora: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE 2 – ROTEIRO ESTRUTURADO DE ENTREVISTA**

Iniciais do nome:

Idade:

Sexo:

Estado Civil:

Natural de:

Tempo de formação:

Pós-graduação: Sim ( ) \_\_\_\_\_

Não ( )

Tempo de atuação na Magistratura:

- 1) Como tem visto a questão do crack?
- 2) A solução da Internação Compulsória é terapêutica?
- 3) Existem questões de saúde mental na sua família ou com amigos próximos?
- 4) Já decidiu algum processo com esse pedido? Em que sentido?
- 5) Quais os critérios utilizados para determinar a Internação Compulsória? Tem acesso ao paciente? Laudo médico?
- 6) Qual a profissão dos seus pais?