

INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DE USUÁRIOS DE CRACK EM FACE DO PRINCÍPIO DA LIBERDADE

**COMPULSORY HOSPITALIZATION OF USERS OF CRACK AND THE PRINCIPLE OF
FREEDOM**

Clayton Ribeiro de Souza¹

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar a política pública de tratamento e repressão ao consumo do crack. Sobretudo no que se refere às políticas públicas de internação compulsória, dando destaque à eficácia do tratamento e a compatibilidade dele com o direito de liberdade e a dignidade da pessoa humana. Fica claro que a internação compulsória, em si, não é contrária a legislação existente, muito menos ofende direitos fundamentais. Ao contrário, se aplicada em conformidade com as prescrições médicas dos especialistas e apenas como uma das etapas do tratamento, não há dúvida, é positiva para a recuperação do viciado em crack, resgatando a dignidade perdida.

Palavras-Chave: Crack. Internação compulsória. Dignidade da pessoa humana. Liberdade.

ABSTRACT

This monography has as the main aim to understand more about the issue of illicit drugs, especially crack. Particularly with regard to public policies compulsory hospitalization, highlighting the effectiveness of treatment and his compatibility with the right to freedom and human dignity. It is clear that compulsory hospitalization itself is not contrary to existing legislation, much less offend fundamental rights. Conversely, if applied in accordance with

¹ Bacharel em Direito pela Universidade de Brasília. Especialista em Direito Público pela Universidade de Brasília/Escola da Advocacia-Geral da União. Mestrando em Direito e Políticas Públicas pelo UniCeub. Defensor Público do Distrito Federal

the prescriptions of specialists and only as a step in the processing, no doubt, is positive for recovery crack addict, recovering lost dignity.

Keywords: Crack. Compulsory hospitalization. Human dignity. Freedom.

INTRODUÇÃO

As drogas, sobretudo o crack, transformaram-se em um problema de tal magnitude que não preocupam apenas as famílias dos dependentes. Os efeitos deletérios vão do consumo nas escolas até a ocupação de espaços urbanos por hordas de viciados, que trazem a reboque o tráfico e a prostituição, fazendo crescer os índices de criminalidade.

Em verdade, não há até o momento qualquer solução definitiva para a questão, mesmo nações ricas ainda não encontraram o caminho adequado, tanto assim que os Estados Unidos levaram sua luta contra o tráfico para as florestas colombianas, conseguindo sucesso relativo ao eliminar grupos de traficantes, mas sem evitar que o comércio de entorpecentes continue a acontecer, mesmo em seu próprio território.

As drogas sempre existiram, mas, atualmente, deixaram de ser comercializadas apenas por pequenos traficantes ou "ganguês". A isso se soma o fato de que a cada dia surge um novo tipo de entorpecente, que agora são criados em laboratório, muito desses com equipamentos adaptados e produtos químicos adquiridos em farmácia. Não é de se estranhar o fato de que o tráfico de drogas se tornou uma atividade econômica que movimenta quantias enormes. Parte dessas quantias obtidas com o tráfico são utilizadas para corromper políticos, quando não os ajudam a vencerem eleições.

Noutro giro, mais especificamente em relação ao crack e seus dependentes, verifica-se que o consumo do referido entorpecente é cada vez mais expressivo, chamando a atenção de todos, sobretudo pelo fato de que muitos de seus usuários abandonam suas casas e famílias, passando a viver nas ruas. Neste estágio, é comum os viciados de crack se reunirem em um local específico, onde adquirem a substância, tentam obter dinheiro para manter o vício, muitas vezes roubando ou se prostituindo.

Tais locais, popularmente conhecidos por "cracolândia", se transformaram em ambientes nos quais os usuários moram e consomem a substância, praticando delitos em sua

proximidade, além de recorrerem à prostituição quando não encontram outros meios para reunirem quantia suficiente para a aquisição do crack.

Diante desse quadro, alguns administradores públicos passaram a formular e executar políticas públicas baseadas na internação compulsória, que são aplaudidos por muitos, mas que também recebem críticas pesadas. Os críticos argumentam que tais políticas buscam apenas higienizar o espaço urbano, atendendo a interesses eleitorais ou de especuladores imobiliários, sem qualquer preocupação com os dependentes, que são amontoados em regime de cárcere privado em instituições que deveriam tratá-los, mas que na verdade não estão capacitados para ajudá-los a superar o vício.

Em sentido diverso, há especialistas e juristas que defendem a aplicabilidade da internação compulsória como um tratamento válido, assim como a reorganização do espaço urbano para eliminar as “cracolândias”. Argumentam que os dependentes estão em pior situação ao serem deixados na rua, sob o domínio de traficantes, onde irão continuar a consumir a droga que destrói suas mentes e corpos, alimentando o tráfico de drogas e contribuindo para o aumento da criminalidade.

O presente artigo pretende analisar a situação acima descrita, valendo-se para tanto de obras que tratam a questão, tanto no que se refere aos aspectos psiquiátricos quanto jurídicos. Nesse sentido, serão feitas consultas a livros e revistas técnicas impressas ou online, além de materiais disponibilizados pelos órgãos públicos que tratem do assunto, mormente sob a perspectiva jurídica e estatística.

Ao final, se buscará responder se a internação compulsória vai de encontro aos direitos fundamentais dos dependentes ou, respeitadas as normas de regência, se é compatível com a dignidade da pessoa humana, podendo ser utilizada como tratamento adequado para ajudá-los a superarem o vício.

1 O CRACK: PRODUTO DA SOCIEDADE DE RISCO

O problema das drogas² não é novo, ao contrário, o uso de substâncias entorpecentes é tão antigo quanto a própria humanidade³. No entanto, na dinâmica dos novos riscos criados

² O Parágrafo único do artigo 1º da Lei nº 11.343/06 define droga nos seguintes termos: " Parágrafo único. Para fins desta Lei, consideram-se como drogas as substâncias ou os produtos capazes de causar dependência, assim

pelo homem, sob um enfoque político e social, as drogas assumiram um papel diverso daquele que tiveram no decorrer da história⁴. Nesse sentido, compatíveis com a nova realidade da sociedade de risco⁵, tornaram-se produtos integrados ao comércio internacional, movimentando uma cadeia que vai da aquisição de produtos químicos e equipamentos para o fabrico à movimentação do dinheiro arrecadado pelos canais financeiros globais.

No atual mundo globalizado, torna-se praticamente impossível isolar qualquer comunidade dos efeitos deletérios das drogas, que muitas vezes são produzidas dentro de pequenos apartamentos, com produtos químicos adquiridos livremente em farmácias e

especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União." BRASIL. **Vade-mécum saraiva**: 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2010, p. 1735.

³ As drogas têm feito parte da história da humanidade desde os seus primórdios. Durante milhares de anos, algumas plantas vêm sendo utilizadas para beneficiar tanto o corpo, como a mente e o espírito dos indivíduos. Ao longo dos séculos, o termo para descrever a palavra droga sofreu grandes variações. Na Grécia Antiga a droga era denominada "pharmakon" e possuía dupla significação: remédio e veneno. Já o termo "droga" teve origem na palavra "droog" (holandês antigo) que significa folha seca, isto porque antigamente, quase todos os medicamentos eram sintetizados à base de vegetais.

Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde – OMS, de 1981, que é utilizada até os dias atuais, droga é qualquer substância que, não sendo produzida pelo organismo, tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento. Disponível: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/mundojovem/conteudo/index.php?id_conteudo=11221&rastr=O+que+%C3%A9+a+Droga>. Acesso em: 17 fev 2014.

⁴ A primeira droga a ser consumida em larga escala e tornar-se objeto da atenção internacional foi o ópio. Para isso, contribuiu de forma essencial a evolução nas formas de consumo. Até meados do século XIX, o ópio e outras drogas, provenientes de plantas não refinadas, eram geralmente consumidas por via oral. Ingerir folhas ou infusões oferecia uma certa margem de segurança, pois a baixa concentração dos componentes biologicamente ativos dificultava fisicamente a possibilidade de superdose. Essa situação logo se modificou com a difusão do hábito do fumo do ópio, derivado do tabagismo ocidental (emulado, por sua vez, das tribos indígenas norte-americanas). Sob a forma inalada e com fins recreativos, o consumo do ópio logo atingiu proporções preocupantes no Reino Unido, EUA e sobretudo na China, em meio ao total desconhecimento de sua capacidade de criar dependência.

Outra evolução tecnológica fundamental ocorreu em meados do século XIX, quando se descobriram os princípios ativos – os fármacos puros – de distintas plantas, em uma sucessão que começou com a morfina (1806), prosseguindo com a estricnina (1817), cafeína (1820), nicotina (1828), codeína (1832), cocaína (1860), heroína (1883) e barbitúricos (1903), entre muitos outros. LOPES DA SILVA, Luiza. **A questão das drogas nas relações internacionais**: uma perspectiva brasileira. Brasília: Funag, 2013, p. 59-60.

⁵ De alguma maneira, o debate público sobre uso de "drogas" incorporou a noção de risco como ameaça e perigo, mesmo quando esse debate seja prioritariamente medicalizado.

[...]

Não é por acaso que num tema como o do consumo de "drogas" a noção de risco ganhe tanto destaque e possa operar de maneira tão eficiente. Tendo como pressuposto que quando se quer falar do assunto há a necessidade de colocar um sinal de perigo, o risco se torna uma categoria útil. As diversas mídias produzem e veiculam diariamente questões a respeito do consumo de "drogas" que têm como fio condutor o risco. FIORE, Maurício. Prazer e risco: uma discussão a respeito dos saberes médicos sobre uso de "drogas". In: LABATE, Beatriz Caiuby et al. (Org.). **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: Edufba, 2008, p. 148.

mercados de rua. Isso quando não são oferecidos na rede mundial de computadores, podendo ser encomendados e entregues em casa⁶.

O consumo de drogas cada vez mais variadas por parte da população, leva à ruína de indivíduos outrora produtivos, impactando nos gastos com a saúde e segurança pública, fragmentando núcleos familiares, propagando doenças, desestabilizando a ordem pública e política, enfim, trazendo a reboque uma série de efeitos negativos (BATISTA, 1994, p. 129-145).

É importante destacar que a legislação brasileira há muito considera o usuário um criminoso, inclusive vigorou até pouco tempo atrás a Lei nº 6.368/1976 que trazia a possibilidade de encarceramento daquele que estivesse em posse de drogas, ainda que para consumo próprio.

De qualquer sorte, a partir da Lei nº 11.343/2006⁷ houve uma evolução no entendimento estatal sobre os dependentes químicos. Assim, por intermédio de seu art. 28⁸,

⁶Os fabricantes usavam produtos químicos permitidos, ou seja, tecnicamente seus produtos estavam sendo fabricados dentro da lei. Geralmente, os produtores são pequenas empresas que funcionam em garagens, porões ou casas na zona rural. "Nos EUA são cada vez mais comuns as histórias de laboratórios caseiros", diz Rafael Lanaro, do Centro de Intoxicações da Unicamp.

[...]

Seu nome é CP 47497. Trata-se de um canabinóide sintético, ou seja, uma droga artificial que imita os efeitos da cannabis (maconha). A substância foi desenvolvida nos anos 1980 pelo laboratório Pfizer - suas iniciais homenageiam o fundador do laboratório, Charles Pfizer - e se destina a pesquisas científicas. A sacada dos fabricantes de maconha sintética foi pegar essa substância, cuja produção e comercialização não é ilegal, e vender como droga. Ou melhor, não era: as autoridades estão percebendo a jogada, e a CP 47497 foi proibida nos EUA - mas ela ainda pode ser obtida, pela internet, de fornecedores chineses.

Para ficar um passo à frente, as empresas da maconha artificial migraram para outra substância: a família de compostos JWH (018, 073 e 200, entre outros). São canabinóides sintéticos criados nos anos 1990 pelo químico americano John W. Huffmann, que buscava remédios para aliviar o sofrimento de pacientes de aids e câncer. Acabaram transformados em droga. VIEIRA, Vanessa; GARATTONI, Bruno. Maconha sintética e a era das drogas de laboratório. Revista Superinteressante, n. 306, São Paulo: Abril, p.74-79, 2012.

⁷ Em outubro de 2006, entrou em vigor no Brasil a Lei 11.343/2006, popularmente chamada, na época, de Nova Lei de Drogas, e que revogou as duas leis anteriores que versavam sobre a questão das drogas ilícitas - a Lei 6.368/1976 e a Lei 10.409/2002. Essa nova lei foi fruto de movimentação política imediatamente posterior à entrada em vigor da referida legislação de drogas de 2002, que teve vetada pela Presidência da República grande parte de seus artigos mais inovadores. A nova lei de 2006, portanto, é vista como uma nova tentativa de flexibilizar a legislação de drogas do país.

[...]

A nova lei foi importante ao introduzir definitivamente a despenalização da posse e do cultivo de droga para uso próprio na legislação nacional. Nesse sentido, reafirmou-se uma política mais progressista com relação ao usuário de drogas, que, segundo a lei, não poderia mais ser socialmente equiparado à condição de traficante. BRASIL. **Política de drogas**: novas práticas pelo mundo. Rio de Janeiro: Comissão Brasileira sobre Drogas e Democracia, 2011, p. 12.

⁸ 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:

eliminou-se a possibilidade de penas privativa de liberdade, substituída por algumas penalidades bem mais brandas e compatíveis com a conduta do usuário. Logo, não há que se falar em descriminalização ou despenalização (FILHO, 2008, p. 44), mais tão somente numa adequação da norma à política atual de proteção e resgate do viciado.

Pois bem, neste cenário, o crack se destaca entre as drogas que maior ruína traz para o usuário e que impõe maiores efeitos negativos para a sociedade (OLIVEIRA; NAPPO, 2008, p. 664-671).

Inicialmente, a bem da verdade, deve se registrar que o crack não é uma nova droga, mas apenas um modo diferente de se preparar e de se consumir a cocaína. Tornou-se conhecida no Brasil a partir de meados da década de noventa do século passado, caracterizando-se por ser consumido por via oral, por intermédio de um cachimbo. Popularizou-se bastante por ser considerada uma droga barata, o que não é verdade, pois a "pedra" tem muito menor quantidade do princípio ativo que a cocaína em pó. Os efeitos decorrentes de seu uso são mais intensos, uma vez que a droga aspirada é lançada pelos pulmões diretamente na corrente sanguínea (Cartilha sobre maconha, cocaína e inalantes, 2004, p. 24).

O efeito do crack no organismo humano é tão intenso quanto breve. Diferentemente da cocaína em pó, que, ao ser aspirada ou injetada, mantém seus efeitos por volta de 45 e 20 minutos respectivamente, a duração dos efeitos do crack não ultrapassa os 5 minutos. O resultado disso é que o usuário acaba consumido a droga com maior frequência, o que leva a uma dependência em prazo mais curto. O usuário entra um processo de violência, tremores, irritabilidade, atitudes bizarras ligadas à paranoia⁹, delírios, insônia, cansaço corporal, falta de interesse sexual, dos cuidados com higiene e falta de apetite, a ponto de em apenas um mês perder de 8 a 10kg (CARLINI, 2001, p. 16-18).

O processo de ruína provocado pelo crack não se limita ao usuário, alcançando o núcleo familiar (WRIGHT; CHISMAN, 2004, p. 266), que não raro é vítima de violência por parte do membro viciado, sobretudo nas ocasiões em que ele busca dinheiro ou bens que

I - advertência sobre os efeitos das drogas;

II - prestação de serviços à comunidade;

III - medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo. BRASIL. **Vade-mécum saraiva**: op. cit, p. 1737.

⁹ A ansiedade, a agitação e a extrema irritabilidade podem indicar o início de uma psicose tóxica, semelhante à esquizofrenia paranoica. BARRETO, Lélío Muniz. **Dependência química nas escolas e locais de trabalho**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2000, p. 84.

possa vender para adquirir o entorpecente. Não é por outro motivo que Oswaldo da Rocha Michel (2002, p. 273) afirma que uma das características da dependência química é ser uma doença familiar.

O vício fragiliza as ligações e os rituais de respeito e proteção que existem entre os familiares. É certo que em alguns núcleos familiares há uma constante busca pela "cura" do familiar doente, resistindo aos reverses. No entanto, em outros, seja pela menor coesão ou pela reação mais negativa do viciado, o núcleo familiar adoecido opta por segregá-lo, expulsando-o para a rua quando não é possível recorrerem a algum tratamento.

Em sentido diverso, é fato que em muitos casos a família, ao invés de ser a vítima do vício de um de seus membros, pode ser o fator desencadeador. Assim, é comum ao se estudar as causas do vício de alguém, verifica-se que o histórico familiar é de violência, desagregação e falta de solidariedade entre os membros, quando não a existência prévia de algum outro familiar que já esteja viciado da mesma substância ou de outro, e que tenha exercido influência decisiva para o novo caso de vício em drogas no núcleo familiar (SCHENKER; MINAYO, 2003, p.302).

Os reflexos negativos para o restante da sociedade também são consideráveis, pois, além da perda de membros potencialmente produtivos, o consumo do crack leva ao aumento da criminalidade¹⁰, destacando-se o tráfico de drogas conduzido por grupos ou indivíduos dedicados ao comércio da substância, e os roubos e furtos praticados por viciados com o intuito de obterem dinheiro suficiente para a compra da droga¹¹. A esses, ainda deve se acrescentar a prostituição, sobretudo de mulheres, inclusive menores, que, além da degradação pessoal em si, ainda é causa de grande número de doenças venéreas e de AIDS (Livreto sobre drogas psicotrópicas. 2011, p. 41).

¹⁰ "A análise dessa correlação prova que a epidemia do *crack* não afeta somente as áreas da saúde com a falta de leitos para internação e tratamento, a área da educação com a evasão escolar ou a assistência social com a dificuldade de reinserção sociofamiliar e profissional, mas atinge com intensidade a área da segurança, tendo seus desdobramentos sendo refletidos para toda a sociedade.

Os casos mais citados pelos municípios são os de aumento de furtos, o que compromete a segurança para a comunidade, seja nas escolas ou nas ruas, a maioria relata também que há alto nível de violência, tanto familiar quanto urbana, outra situação bastante relatada é a falta de efetivo policial." Estudos Técnicos CNM. v. 4. Brasília: CNM, 2012, p. 77.

¹¹ "Como a fissura gerava uma sensação de urgência por crack, o usuário esgotava rapidamente seus recursos financeiros, vendo-se obrigado a realizar atividades fora do mercado legal de trabalho, comprometendo sua liberdade e integridade física. Os entrevistados relataram a realização de inúmeras atividades ilícitas, a citar: prostituição, tráfico, roubos, sequestros, venda de pertences próprios e familiares e golpes financeiros de naturezas diversas" OLIVEIRA, op. cit, p. 664-671, 2008.

Ademais, o crack tem uma peculiaridade que a destaca. Seu consumo estimula, em algumas situações específicas, a formação de guetos compostos por vários usuários que se fixam em um determinado espaço urbano, transformando-o em local de moradia, de convívio e de consumo de drogas. Tais locais conhecidos popularmente por “cracolândias” levam, no que tange ao aspecto territorial, à desvalorização imobiliária da região em que estão localizados, assim como das áreas circundantes.

Segundo a Confederação Nacional dos Municípios, o efeito deletério do crack espalha-se por todo o território brasileiro, fato este apontado por pesquisa realizada por aquela entidade, na qual se constatou que 98% (noventa e oito por cento) dos municípios enfrentam problemas ligados ao crack, sendo que o consumo da substância é considerado um problema para 90,7% (noventa vírgula sete por cento) dos municípios (Observatório do crack, 2012, p. 11-12).

Diante de quadro tão complexo, no qual o vício no crack não se limita a minar e moer o viciado, causando desestruturação nos núcleos familiares, além de desviar indivíduos em idade produtivas do mercado, o impacto negativo nos orçamentos dos municípios é expressivo, sobretudo pelo aumento de gastos para fazer frente ao problema nas áreas de saúde e segurança. A isso se soma a desorganização urbana, que compromete o uso dos espaços públicos pelo restante da população.

Não é de estranhar que os debates sobre as possíveis soluções para o problema ganham cada vez mais espaço. E entre as soluções postas, destaca-se a questionável opção pela internação compulsória, em especial aquela desenvolvida como política pública para moradores de rua.

2. POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS AO USO DE DROGAS

A Lei nº 11.343/2006 instituiu por força de seu artigo 1º o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), que tem entre suas finalidades a articulação, integração, organização e coordenação de atividades relacionadas à prevenção do uso de drogas, assim como aquelas que possibilitem a reinserção dos usuários e dependentes na sociedade.

O SISNAD, criado pela lei acima mencionada e regulamentado pelo Decreto nº 5.912/06, tem como órgãos integrantes o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD); a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD); o conjunto de órgãos e entidades públicas, municipal, estadual e federal, que tenham como finalidade a prevenção e a repressão à produção e ao tráfico ilícito de drogas; e as organizações, instituições ou entidades da sociedade civil que prestem atendimento nas áreas de saúde e assistência social aos usuários e familiares destes.

Pois bem, o SENAD a fim de dar efetividade à pretensa opção pela interação entre governo e sociedade, promoveu vários encontros, sendo seis regionais, um nacional e um internacional. Os encontros pautaram-se pela participação e troca de ideias entre os interessados, podendo ser destacado, entre outros, o Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas, que contou com a participação de Canadá, Itália, Holanda, Portugal, Reino Unido, Suécia e Suíça, que trouxeram suas experiências e conhecimentos sobre o tema. Além disso, também participaram representantes de organizações não governamentais, cientistas, autoridades públicas e formadores de opinião.

Num segundo momento, foram realizados outros seis encontros regionais, que alcançaram todas as regiões brasileiras. Deles participaram 2.544 pessoas que discutiram os capítulos da PNAD. Posteriormente, avançou-se para a terceira fase, quando houve a consolidação dos pontos destacados nos fóruns regionais. O resultado se corporificou na apresentação definitiva da Política Nacional sobre Drogas (Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas 2010, p. 11-12).

Em 27 de outubro de 2005, o CONAD aprovou a Resolução nº 03, na qual instituiu a Política Nacional sobre Drogas (PNAD), que tem entre seus pressupostos identificar as diferenças existentes entre usuário, pessoa em uso indevido, dependente¹² e traficante, dando

¹² A maioria das pessoas que consome bebidas alcoólicas não se torna alcoólatra (dependente do álcool). Isso também é válido para grande parte das outras drogas.

De maneira geral, as pessoas que experimentam drogas o fazem por curiosidade e as utilizam apenas uma vez ou outra (uso experimental). Muitas passam a usá-las de vez em quando, de maneira esporádica (uso ocasional), sem maiores consequências na maioria dos casos. Apenas um grupo menor passa a usar drogas de forma intensa, em geral quase todos os dias, com consequências danosas (dependência). O grande problema é que não dá pra saber entre as pessoas que começam a usar drogas, quais serão apenas usuários experimentais, quais serão ocasionais e quais se tornarão dependentes. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dpsicbio/cebrid/quest_drogas/dependencia.htm>. Acesso em: 20 fev. 2014.

o tratamento adequado de acordo com as necessidades e as exigências inerentes a cada um deles¹³.

Merece ser destacado que o PNAD tem como um de seus pressupostos priorizar a prevenção do consumo de drogas, por ser esta a forma mais eficaz de abordagem por parte do Estado, uma vez que evita a ocorrência dos prejuízos que o vício traz à sociedade e ao próprio indivíduo.

Em 20 de maio de 2010, a Presidência da República entendendo que o problema das drogas, sobretudo do crack, tinha atingido uma gravidade tão grande¹⁴, que seria necessário adotar medidas mais incisivas, instituiu, por força do Decreto n.º 7.179, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, calcado na prevenção ao uso, no tratamento, na reinserção social dos usuários, no combate ao tráfico de crack e de outras drogas ilícitas. No ano seguinte, dando efetividade ao plano, foi lançado o Programa *Crack, É Possível Vencer*, que tem como tripé a prevenção, cuidado e autoridade.

¹³ 2.1.1 O Estado deve estimular, garantir e promover ações para que a sociedade (incluindo os usuários, dependentes, familiares e populações específicas), possa assumir com responsabilidade ética, o tratamento, a recuperação e a reinserção social, apoiada técnica e financeiramente, de forma descentralizada, pelos órgãos governamentais, nos níveis municipal, estadual e federal, pelas organizações não-governamentais e entidades privadas.

2.1.2 O acesso às diferentes modalidades de tratamento e recuperação, reinserção social e ocupacional deve ser identificado, qualificado e garantido como um processo contínuo de esforços disponibilizados, de forma permanente, para os usuários, dependentes e seus familiares, com investimento técnico e financeiro de forma descentralizada.

2.1.3 As ações de tratamento, recuperação, reinserção social e ocupacional devem ser vinculadas a pesquisas científicas, avaliando-as e incentivando-as e multiplicando aquelas que tenham obtido resultados mais efetivos, com garantia de alocação de recursos técnicos e financeiros, para a realização dessas práticas e pesquisas, promovendo o aperfeiçoamento das demais.

2.1.4 Na etapa da recuperação, deve-se destacar e promover ações de reinserção familiar, social e ocupacional, em razão de sua constituição como instrumento capaz de romper o ciclo consumo/tratamento, para grande parte dos envolvidos, por meio de parcerias e convênios com órgãos governamentais e organizações não-governamentais, assegurando a distribuição descentralizada de recursos técnicos e financeiros. BRASIL. Gabinete de Segurança Nacional. Resolução nº3/GSIPR/CH/CONAD, de 27 outubro de 2005. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 27 out. 2005. p. 17.

¹⁴ Em 20 de maio de 2010, a Presidência da República publicou o Decreto nº 7.179, instituindo o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, “com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas”. Em dezembro de 2011, em continuidade às ações do Governo Federal, foi lançado o Programa *Crack, É Possível Vencer*, com medidas de integração de ações em três eixos: Prevenção, Cuidado e Autoridade.

Tais iniciativas foram adotadas em vista da gravidade que o consumo do crack representa aos usuários, seja do ponto de vista social e igualmente da saúde. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/senad/main.asp?View={274605FA-A50E-4541-9BBE-09F131CBF9B6}>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

3. TRATAMENTOS APLICÁVEIS AOS CASOS DE VÍCIOS EM DROGAS

A prevenção se mostra bem mais salutar que o tratamento, o que é bastante lógico, pois aquela é direcionada, sobretudo, para o indivíduo que ainda não utilizou ou não se viciou no uso do crack, enquanto que o último busca resgatar e devolver para a sociedade o usuário já dependente.

Várias são as espécies de abordagens possíveis para se tentar recuperar o dependente do crack, ficando claro, desde já, que nem todos que precisam de tratamento irão se recuperar (BARRETO, 2000, p. 123). De qualquer forma, deve se destacar que, em muitos casos, há uma combinação de técnicas e sistemas, de modo que o tratamento a ser desenvolvido seja individualizado a depender do caso concreto. Entre os sistemas mais comuns podem ser destacados¹⁵:

a) tratamento ambulatorial - é indicado para os dependentes que tiveram êxito em se manterem em abstinência, não importando se isso decorreu da própria vontade ou se foi resultado de alguma internação. O objetivo do tratamento é restabelecer a saúde do paciente e sua reinserção social, valendo-se para tanto de medicamentos e do trabalho de psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeuta ocupacionais, entre outros.

b) internação - na rede pública, após diagnóstico da equipe médica, a desintoxicação se dará por meio de atendimento emergencial ou em internações de curta duração. Havendo necessidade da internação se dar por longo tempo, o tratamento ocorrerá em uma comunidade terapêutica, variando a duração entre 3 a 12 meses. É indicada para os casos em que o viciado coloca a si ou a outras pessoas em situação de risco, devendo se registrar que as comunidades em questão se pautam pela disciplina, trabalho e espiritualidade.

No que se refere à internação, a Lei nº 10.216/2001¹⁶ aponta três tipos de internação decorrentes de transtornos mentais¹⁷: (i) voluntário, na qual o próprio dependente dará o

¹⁵ Disponível em: <http://www2.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/cuidado/tratamento_1>. Acesso em: 21 fev. 2014.

¹⁶ 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. BRASIL. **Cartilha direito à saúde mental**. Brasília: Ministério Público Federal, 2012, p. 34.

consentimento para o tratamento; (ii) involuntária, que, como diz a denominação, não conta com a concordância do paciente, ocorrendo por determinação de um terceiro, geralmente um familiar. O pedido deverá ser feito por escrito e, caso aceito por um médico psiquiatra, é necessária comunicação do Ministério Público no prazo de até 72 horas; e (iii) compulsória, na qual o magistrado, com fulcro nas hipóteses legais cabíveis, e após solicitação formal subscrita por um médico psiquiatra, determinará a internação do dependente.

As opções de tratamento de dependentes são variadas, mas é possível fazer um corte entre aquelas em que haverá restrição da liberdade e as que o viciado estará livre para ir e vir. Em relação a primeira, o tratamento se dará por meio de uma internação, que seguirá o procedimento específico para cada uma das espécies. Na eventualidade do paciente reunir condições para trilhar o caminho da recuperação sem restrição do seu direito de ir e vir, o tratamento a ser desenvolvido será o de reabilitação psicossocial, psicoterapia e farmacoterapia, destacando-se que eles poderão ocorrer isoladamente ou em conjunto¹⁸.

4 INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA

Entre as opções de tratamento existentes, nenhuma é tão polêmica quanto a internação compulsória, sobretudo quando adotada como política pública na qual o Estado impõe o tratamento aos usuários que fazem das ruas seus locais de moradia e consumo.

A internação compulsória tem como base legal a Lei nº 10.216/2011, que o enquadra como uma espécie de internação psiquiátrica, com indicação para aqueles pacientes/usuário considerados portadores de algum transtorno mental.

¹⁷ 42. O USO DE DROGAS , COMO O ÁLCOOL E OUTRAS, É UM TRANSTORNO MENTAL?

Apenas o consumo de substâncias psicoativas não se constitui num transtorno mental por si só, estando presente nas mais diferentes sociedades desde tempos imemoriais. Contudo, pode se tornar um problema quando associado ao surgimento de um transtorno mental, ultrapassando a capacidade de controle por parte do usuário, influenciando suas decisões, ainda que não reconheça, de modo a colocar sua vida ou de outras pessoas em risco. BRASIL. **Cartilha direito à saúde mental**. op. cit., p. 26.

¹⁸ O tratamento da dependência de crack é um tema recente. Ainda não existem modelos de atenção especificamente elaborados para esses pacientes, mas modelos de atenção especificamente elaborados para esses pacientes, mas algumas experiências em diferentes ambientes de tratamento já foram publicados. Em geral, as propostas tendem a ser mais intensivas, centradas na resolução de problemas cotidianos dos usuários e compostas por abordagens multidisciplinares, incluindo farmacoterapia, terapias psicológicas e intervenções psicossociais, a maioria voltada para a abstinência. RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. **O plano de tratamento**. In: RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo (Orgs). O tratamento do usuário de Crack: avaliação clínica, psicossocial, neuropsicológica e de risco, terapias psicológicas, farmacologia e reabilitação, ambientes de tratamento. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010, p. 24-63.

Em verdade, a promulgação da Lei nº 10.216/2001 coroou um processo de combate ao tratamento psiquiátrico calcado em manicômios. A partir desse diploma legal os indivíduos que possuíssem alguma enfermidade mental não poderiam ficar indefinidamente recolhidos para tratamento psiquiátrico. E mais, estabeleceu-se que ordinariamente o tratamento deveria ocorrer primordialmente em ambulatórios. Foi nesse contexto que surgiram pelo país os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que assumiram o papel de protagonistas no tratamento psiquiátrico (DELGADO, 2007, p. 59-60).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) contam com equipes de profissionais com formação em diversas áreas do conhecimento, o que possibilita que prestem um atendimento multidisciplinar e complementar, auxiliando o dependente no tratamento, reabilitação e reinserção na sociedade. Os CAPS estão disciplinados pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁹.

¹⁹Art. 6º São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial em cada componente, os seguintes serviços [...]

c) Centro de Convivência - é unidade pública, articulado às Redes De Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade.

[...]

Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades:

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

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

c) CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes.

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

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

f) CAPS i: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Seção 1. Brasília, 21 mai.

No entanto, após vinte e três anos, muitos pontos da reforma psiquiátrica brasileira não saíram do papel, o que inviabiliza alguns tratamentos que poderiam ocorrer apenas com acompanhamento ambulatorial. Não bastasse isso, entendem Pinto e Ferreira (2010, p. 31-32) que há um equívoco em pensar que a mudança de foco no atendimento e na estrutura colocada à disposição não garante, de pronto, cidadania às pessoas com alguma enfermidade psiquiátrica. Afinal, ao contrário do que pensam aqueles que acreditam que, ao se priorizar a reabilitação psicossocial em detrimento do tratamento, sob a equivocada ideia de que é algo que possa ser ensinado a quem possui um transtorno psiquiátrico, há o risco concreto desses pacientes não conseguirem superar seus problemas, tornando a presença deles no sistema perene. Não por isso, os autores alertam que há o risco de que o atual modelo de tratamento psiquiátrico do país venha a repetir os mesmo erros que existiam antes da reforma.

De qualquer sorte, a internação compulsória deve ser determinada pela Justiça, podendo ser dividida entre aquela de natureza criminal e uma outra de natureza cível. A primeira se destina aos indivíduos que cometam algum tipo de delito, para o qual o magistrado entenda cabível a aplicação de medida de segurança que imponha a hospitalização e tratamento compulsório em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico.

No que se refere ao tratamento compulsório decorrente de delito que envolva o uso de entorpecentes, faz-se necessário registrar que o art. 10 da Lei nº 6.368/1976²⁰, que dispunha que a internação hospitalar seria obrigatória quando a dependência do autor do delito impusesse tal tratamento, foi revogado juntamente com o restante do mencionado diploma legal. Assim, com a vigência da Lei nº 11.343/2006, houve uma reviravolta no que se refere à opção pelo tratamento com restrição de liberdade. Agora, caberá ao Estado colocar à disposição do infrator, sem custos, preferencialmente, tratamento ambulatorial em estabelecimento de saúde²¹.

No que tange às internações compulsórias de natureza cível, estas também decorrem de ordens judiciais proferidas, em regra, após solicitação de algum familiar que não conseguiu

2013. p. 38.

²⁰ 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. BRASIL. Lei 6368, de 21 de outubro de 1976. Lei de Entorpecentes. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 de out. 1976. Seção 1, p. 14039.

²¹ art. 28 [...]

§7º O juiz determinará ao Poder Público que coloque à disposição do infrator, gratuitamente, estabelecimento de saúde, preferencialmente ambulatorial, para tratamento especializado. BRASIL. **Vade-mécum saraiva**: op. cit., p. 1737.

que o Estado espontaneamente prestasse o serviço (TABORDA; BARON; PESSETTO NETO, 2014, p. 78-79), seja por simples negativa injustificada, seja por não disponibilizar o tratamento na rede pública de saúde. Neste último caso, o Estado acabará sendo obrigado a custear o tratamento em algum estabelecimento da rede médica privada.

Com efeito, ainda que exista uma determinação judicial ou decisão proferida pela autoridade administrativa, o médico deverá fazer uma avaliação do caso e, se porventura concluir que não há indicação de internação psiquiátrica, não emitirá laudo médico favorável sob pena de abdicar de sua autonomia profissional, além de incorrer em falta ética grave passível de punição pelo órgão de classe ao qual pertence. Desse modo, como a norma impõe laudo médico que exponha as causas que justifiquem a internação, a inexistência dele poderá inviabilizar o procedimento médico (TABORDA; BARON; PESSETTO NETO, 2014, p. 79-80).

Para que a internação compulsória seja justificável, sobretudo naqueles casos em que o dependente tem a capacidade de escolha reduzida ou completamente eliminada pelo vício, deve se verificar se esta situação gera risco considerável para o próprio paciente ou para terceiros, mormente quando presente o quadro de agitação psicomotora, agressividade e a intenção de se autolesionar ou de se auto-exterminar. Caso contrário, não haverá necessidade de o dependente ter sua liberdade de ir e vir podada, devendo se adotar o tratamento ambulatorial, oferecido principalmente pelos CAPS-AD (DUARTE, 2012, p. 168).

Na eventualidade do médico apontar a necessidade da internação, deve se entender que o referido tratamento não é um fim em si mesmo, ao contrário, ele será apenas uma etapa de um tratamento mais longo²², que iniciará com o dependente recolhido em um estabelecimento de internação. Posteriormente, com a melhora do quadro de saúde e a recuperação da consciência e autodeterminação do indivíduo, este receberá alta da internação, mas deverá continuar o tratamento, sob forma diversa, mas igualmente importante.

²² Atualmente várias abordagens de tratamento para dependência de cocaína e crack no Brasil vêm sendo discutidas, porém existem muitas controvérsias sobre qual abordagem demonstra maior efetividade na literatura científica. Há um consenso de que a dependência de crack exige um tratamento difícil e complexo, pois é uma doença crônica e grave que deverá ser acompanhada por longo tempo. KESSLER, Felix; PECHANSKY, Flavio. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 96-98, ago. 2008. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n2/v30n2a03> >. Acesso em: 23 fev. 2014.

Nesse desiderato, ao contrário do que alguns imaginam, ou desejam, a reforma psiquiátrica que culminou com a Lei Federal nº 10.216/2001 não eliminou a internação como opção de tratamento, ao contrário, ela consta expressamente em seu texto, obviamente como a derradeira alternativa, quando as outras formas de tratamento se mostraram insuficientes.

De qualquer forma, deve-se concordar com aqueles que defendem que (ANDRADE, 2011) o Brasil não estruturou uma rede de atendimento capacitada e em número suficiente para que os tratamentos extra-hospitalares ocorram com eficiência, de modo a manter o dependente em sua comunidade, sem necessidade de segregação. O reflexo disso se percebe ao se observar que os serviços ambulatoriais por serem insuficientes e precários acabam não cumprindo o papel para o qual foram destinados, ou seja, não conseguem afastar o paciente do vício, reforçando o conceito geral de que apenas a internação poderá curar a dependência de alguém (DUARTE, 2012, p. 168-169).

5 INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E OS DIREITOS FUNDAMENTAIS DA PESSOA HUMANA

A internação compulsória do usuário viciado em crack, sob o viés cível, pode ocorrer por força da atuação de familiares ou responsáveis. De igual modo, esse tratamento também se encontra no cerne de políticas públicas implantadas pela Administração Pública para a retirada de viciados das ruas, sobretudo aqueles que se fixaram em "cracolândias".

Uma das críticas mais contundentes por parte daqueles que se colocam contra essa política pública é a de que o dependente é internado contra a própria vontade, o que acaba por minar a eficácia do tratamento, pois não havendo a consciência e desejo do paciente, o risco de que volte a consumir o crack é bastante grande.

Para muitos críticos as políticas públicas adotadas, por exemplo, nas cidades do Rio de Janeiro e de São Paulo (a partir da Operação Centro Legal de 2012), fundadas na opção pela internação compulsória dos dependentes em situação de rua, sobretudo aqueles reunidos em "cracolândias", violaria direitos fundamentais da pessoa humana, entre os quais o direito de liberdade²³, corporificado no caput do art. 5º da Constituição Federal.

²³Em debate promovido pela Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados sobre a questão da internação compulsória de dependentes de drogas, ocorrido em 15 de outubro de 2013, a

Assim, entendem que aos dependentes, mesmo aqueles em situação de rua, deveria ser assegurado o direito de optarem, primeiramente, se desejam iniciar o tratamento para se livrar do vício. Em sendo positiva a resposta, a eles também caberiam a última palavra entre a opção da internação em hospital psiquiátrico ou comunidade terapêutica e o procedimento ambulatorial.

Uma parte dos críticos da internação compulsória até aceita que a vontade do dependente não seja vinculante quando presente a hipótese prevista no art. 6º, Parágrafo único, inciso III, da Lei nº 10.216/2001, mas se opõe veementemente ao tratamento em questão quando este é imposto pela Administração Pública fora da situação descrita no referido dispositivo legal²⁴, sobretudo quando o caráter da atuação estatal deixa nítido o viés higienista (COSTA, 2008).

Para melhor analisar a questão, deve-se, primeiramente, tecer algumas considerações acerca do direito à liberdade. De acordo com José Afonso da Silva (2011, p. 231-232), a liberdade pode ser dividida em liberdade interna (liberdade psicológica ou moral, liberdade subjetiva, entre outras) e liberdade externa, que se divide em liberdade objetiva e liberdade de fazer (CORRÊA, 1995. p. 15).

A liberdade interna está diretamente relacionada ao livre-arbítrio, que nada mais é do que a manifestação da vontade interior de alguém. É a liberdade de querer ou de poder escolher entre opções diversas, ou de ser indiferente ao que quiser. Enquanto sua existência se limitar a esfera interna do indivíduo, não há que se falar na liberdade externa. Para que essa ocorra se faz necessário que estejam presente as condições objetivas que permitam

representante da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, Eliana Addad, opinou em sentido contrário à política de internação compulsória adotadas em algumas cidades. Desse modo, questiona: “Por que determinar a internação compulsória pelo simples fato de usar droga? Por que a privação de liberdade se não houve descumprimento da lei?”. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/DIREITOS-HUMANOS/454631-GOVERNO-E-ESPECIALISTAS-CRITICAM-INTER_NACAO-COMPULSORIA-DE-DEPENDENTES.html>. Acesso em: 24 fev. 2014.

²⁴ O Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente emitiu uma nota técnica contra a política implementada pela Resolução nº 20/2011, da Secretaria Municipal de Assistência Social do Rio de Janeiro, intitulada Protocolo de Abordagem à Pessoa em Situação de Rua, no qual são feitas internações compulsórias de moradores de rua, entre as quais crianças. Consta na referida nota o seguinte trecho: "O encaminhamento das crianças e dos adolescentes abordados no âmbito da política de atendimento à população em situação de rua para entidades de acolhimento institucional é uma atribuição exclusiva do Poder Judiciário e do conselho tutelar, conforme nos indica o ECA. Ademais, a medida protetiva de acolhimento institucional não consiste em uma medida de privação de liberdade, devendo ser executada de forma voluntária pela criança ou adolescente. A mera previsão de que a entidade de acolhimento deve impedir a evasão destas crianças e adolescentes consiste em uma violação ao disposto no ECA. Disponível em: <<http://www.crianca.df.gov.br/biblioteca-virtual/download/15-nota-tecnica-no-2-internacao-compulsoria.html>>. Acesso em: 24 fev. 2014.

corporificar aquilo que existe apenas subjetivamente. Assim, a liberdade objetiva impõe que os obstáculos existentes ou coações sejam superados.

A liberdade assume diversas facetas, desde a liberdade de ir e vir até a liberdade de pensamento (MELO, 2008, p. 328), podendo ser imposta aos particulares e ao próprio Estado. Em relação a este, o direito a liberdade poderá assumir um sentido positivo, quando se garante a participação na autoridade ou poder, assim como um sentido negativo de oposição à administração pública, assumindo a figura de um direito de resistência contra a opressão estatal, de se autodeterminar (SILVA, 2011, p. 232-233).

O exercício do direito de liberdade deve ser pleno, mas não é absoluto, uma vez que a ele, como em relação a quase tudo, se impõe limites e restrições. O primeiro e mais importante limite do direito de liberdade é o direito do outro. Nesse sentido, o direito de ir, vir e permanecer não pode ser exercido de maneira tal que embarça o direito de outros de também irem, virem e permanecerem (CASSALES, 2001, p. 37-49).

Nesse sentido, a existência de enclaves nas cidades, no qual o consumo de crack, o tráfico de entorpecentes, a prostituição (inclusive infantil), o aumento da criminalidade, entre outros, tenham como causa principal a reunião em mesmo local de vários dependentes químicos, entre os quais crianças, não parece o perfeito exercício da liberdade de ir, vir e permanecer. Assim, em tese, respeitadas as normas existentes e não tentando o administrador público aplicar uma política higienista de modo sub-reptício, a eliminação desses espaços não pode ser tida, ao menos de plano, como atuação desarrazoada da Administração Pública. Obviamente, deverão ser respeitados os direitos daqueles que ali estão, muitos dos quais padecendo de graves enfermidades mentais decorrentes do uso de drogas, sobretudo o crack.

Aliás, ainda que de difícil concretização, a desconstrução desses espaços denominados de “cracolândia” deve se limitar aos aspectos inerentes à organização urbanística, não podendo ser confundida com a proibição de circulação e até de permanência de viciados em dado local, pois este é um direito garantido a todos. Logo, o que deverá ocorrer é apenas a devolução do espaço urbano para o uso de todos os moradores, inclusive os dependentes.

Neste contexto, no que se refere à violação ao direito da liberdade, parece não assistir razão aos críticos, pelo menos não naquelas situações em que a internação compulsória atende os requisitos legais. Em tais casos, não há que se falar em encarceramento, pois a finalidade do tratamento não está vinculada a aspectos punitivos, nem de reclusão do dependente, mas

sim na tentativa de dar ao viciado dominado pelo crack uma oportunidade de se livrar da dependência.

Se o tratamento é o mais adequado ou não, isso passará pelo crivo dos especialistas, mas não se pode de pronto concluir que a internação compulsória ofende o direito de liberdade do dependente. Neste ponto deve-se registrar que a internação compulsória, mesmo a praticada pelo Estado²⁵ como política pública dirigida aos moradores de rua, impõe que os requisitos dispostos na Lei nº 10.261/2001 sejam atendidos. Para tanto, faz-se necessária a avaliação do especialista e a determinação judicial, sem as quais haverá ofensa às normas de regência.

Ademais, não se deve colocar de lado os demais direitos fundamentais que resguardam os usuários de crack, mormente aqueles expostos às agruras das ruas. A Constituição Federal protege o direito à vida e à dignidade humana, devendo o Estado colocar à disposição de todos os instrumentos necessários para concretizar tais princípios fundamentais.

A dignidade da pessoa humana é um dos fundamentos do Estado Democrático de Direito vigente no Brasil, ao qual os direitos fundamentais em maior ou menor intensidade estão ligados, por isso, é de se concluir que o Estado existe tão somente em razão da pessoa humana (SARLET, 2003, p. 214-215). De qualquer sorte, é certo que a dignidade é uma qualidade inerente e intrínseca aos seres humanos, simplesmente existindo, não podendo ser alienado ou renunciado, mesmo que o próprio indivíduo assim deseje.

A conceituação de dignidade da pessoa humana exige que o interprete leve em conta o sentido normativo-constitucional elástico desse direito, não devendo se enxergar nela a mera defesa dos direitos pessoais, mas a defesa de todos os direitos que possibilitem uma existência digna. Por isso mesmo, deverá ser invocada, por exemplo, quando se está manejando os direitos da personalidade (CANOTILHO, 1984, p. 71).

²⁵ No embate entre cidadão e Estado, por vezes, é justificável, por razões de segurança e saúde pública, o sacrifício da autonomia individual. São os casos de internação compulsória por transtorno mental prevista na Lei n. 10.216/2001 e, ainda, casos de internação em razão de doenças infecto-contagiosas, mesmo que não mais tão comuns.

Nas duas hipóteses, o Estado está atuando como guardião da Constituição em face do que dispõe o artigo 6º ao consagrar a saúde como direito social. LIMA, Taisa Maria Macena de; SÁ, Maria de Fátima Freire de. Autonomia privada e internação não consentida. **Revista Brasileira de Estudos Políticos**. Belo Horizonte: UFMG, n. 99-B, p. 96, jul./dez. 2009.

Insta salientar que da dignidade da pessoa humana decorrem outros direitos, que em essência são facetas dela²⁶. Assim, o direito à vida (da concepção à morte decente), à liberdade (de pensamento à física) e à igualdade (nas oportunidades de moradia, saúde, cultura e outras) compõe a trilogia básica que dá sentido a uma existência digna (SOUZA, 2005, p.408).

Com efeito, a verdadeira proteção do dependente em drogas, sobretudo o crack, passa pela proteção de sua dignidade, sem a qual não se pode afirmar que o indivíduo tem resguardada a liberdade, a vida e a igualdade. Somente quando presente os três direitos decorrentes é que se poderá falar em respeito à dignidade humana.

Consequentemente, em sendo a internação compulsória um dos tratamentos aplicáveis aos casos de dependência química, havendo inclusive respaldo legal para tanto, sua aplicabilidade aos casos concretos dependerá não apenas de uma decisão judicial, mas também da análise por um especialista médico, que deverá emitir laudo que vá além de respaldar o tratamento, mas que deixe claro que é a opção de médica mais indicada ao caso concreto.

Com efeito, a internação compulsória ofenderá o princípio da dignidade da pessoa humana quando for empregada pelo Estado como política de higienização do espaço urbano, em que a retirada do dependente das ruas ocorra tão somente para eliminação de “cracolândias”, sem maiores preocupações com o indivíduo (usuário).

A internação compulsória por si só não é degradante, a não ser que seja utilizada como forma de punição e mera reclusão do dependente. De modo contrário, estará amparada no princípio da dignidade da pessoa humana quando manejada, sobretudo nos casos de usuários sem qualquer controle sobre o vício (LIMA, 2009, p. 92) ou que já tenham desenvolvido alguma doença mental que lhe retire a capacidade de dirigir a própria vida, com o intuito apenas terapêutico.

Ademais, em regra, a internação compulsória deverá ser apenas o início de um tratamento mais longo, não sendo aconselhável que dure tempo excessivo, mesmo quando for

²⁶ A maioria dos direitos fundamentais individualmente considerados é marcada por uma diferenciada amplitude e intensidade no que diz com sua conexão com a dignidade humana. Os direitos fundamentais (individualmente considerados) subsequentes, assim como os objetivos estatais e as variantes das formas estatais, têm a dignidade como premissa e encontram-se a seu serviço. HÄBERLE, Peter. "A dignidade humana como fundamento da comunidade estatal". In: SARLET, Ingo Wolfgang (Org.). Dimensões da Dignidade: ensaios de Filosofia do Direito e Direito Constitucional. 2.ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009, p. 81.

necessário para a solução e controle definitivo do vício²⁷, mas apenas o suficiente para restabelecer a capacidade de autodeterminação do dependente, que, neste momento, deverá ter garantido o direito de optar em seguir o tratamento pela modalidade da internação hospitalar ou pela modalidade ambulatorial.

CONCLUSÃO

A internação compulsória, em si, é apenas mais um tratamento posto à disposição de médicos e viciados para a solução do problema da dependência química.

No entanto, é perceptível que o tema está ganhando contornos que vão além da mera divergência entre os especialistas sobre a eficácia do referido tratamento. Há uma certa contaminação do debate por interesses políticos, de maneira que a internação compulsória deixa de ser analisada por aquilo que tem de bom e de ruim, no que tange aos aspectos médicos. Assim, para o opositor existem somente defeitos, para quem implanta as qualidades são indiscutíveis.

Em verdade, o que deve ser colocado em primeiro lugar é a opinião dos especialistas, pois somente terá sentido uma política pública que inclua a internação compulsória se ela for realmente eficiente.

No entanto, percebe-se que não há entre os especialistas médicos uma opinião comum sobre a questão. De qualquer modo, parece prevalecer a ideia de que a internação compulsória é válida, pelo menos para os casos mais graves, no qual o tratamento ambulatorial está fadado ao fracasso.

De igual modo, também se destaca entre as opiniões dos especialistas a ideia de que a internação compulsória não deve ser compreendida como um tratamento definitivo, mas apenas como a etapa primeira de um processo que será longo e que exigirá outros métodos.

²⁷ a população, observa-se que tratamentos por longos períodos (seis meses a um ano) têm evidenciado resultados mais promissores. Esse tipo de intervenção deverá oferecer inicialmente internação em ambientes protegidos, como hospitais e instituições especializadas em adições (28). Concomitantemente, as intervenções motivacionais (motivational interviewing – MI) e entrevista motivacional (motivational enhancement therapy – MET) procuram auxiliar o paciente a superar a ambivalência inicial para o tratamento, através de uma relação centrada no paciente, com suporte técnico direcionado à mudança do comportamento adicto. PULCHERIO, Gilda et al. Crack: da pedra ao tratamento. **Revista da AMRIGS**. Porto Alegre, n. 54, p. 340, jul.-set.2010.

Assim, mesmo naqueles pacientes que são indicados para a internação compulsória, a sequência normal passará pelo tratamento ambulatorial.

No que se refere à internação compulsória de moradores de rua, em especial aqueles que habitam "cracolândias", o cuidado deverá ser bem maior, para que o Estado não se valha da pretensa preocupação com os dependentes apenas para retirá-los das ruas e amontoá-los, quase como se estivessem reclusos, em entidades destacadas para isso, muitas delas sem qualquer preparo para dar aos usuários um tratamento de qualidade e que tenha chance êxito.

Em tais hipóteses não há dúvida, o caráter higienista da política pública, somada a sua intenção encarceradora, retirará qualquer legitimidade, configurando-se em ofensa a direitos fundamentais dos dependentes.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Tarcísio Matos de. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/15.pdf> >. Acesso em 30 jul. 2014.

BATISTA, Marcos. Drogas, estado, sociedade. In BATISTA, Marcos; CRUZ, Marcelo Santos; MATIAS, Regina. **Drogas e pós-modernidade: prazer, sofrimento e tabu**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2003.

_____. Drogas, estado, sociedade. In BATISTA, Marcos; CRUZ, Marcelo Santos; MATIAS, Regina. **Drogas e cidadania: repressão ou redução de riscos**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

BARRETO, Lélío Muniz. **Dependência química nas escolas e locais de trabalho**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2000.

BECK, Ulrich. **Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade**. 2. ed. São Paulo: 34, 2011.

_____. Incertezas fabricadas. **Revista IHU On-Line**, São Paulo, n. 181, p. 5-12, mai 2006. Disponível: <<http://www.ihuonline.unisinos.br/media/pdf/IHUOnlineEdicao181.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2014.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes; MOREIRA, Vital. **Constituição da República Portuguesa Anotada**. Coimbra: Coimbra Editora, v.1, 1984.

CARLINI, Elisaldo Araujo et al. Drogas psicotrópicas: o que são e como agem. **Revista IMESC**, São Paulo, n. 3, p. 16-18, 2001.

Cartilha direito à saúde mental. Brasília: Ministério Público Federal, 2012.

Cartilha sobre maconha, cocaína e inalantes. Série por dentro do assunto: drogas. Brasília: Senad, 2004.

Estudos Técnicos CNM. v. 4. Brasília: CNM, 2012.

CASSALES, Luiza Dias. Direito de ir e vir. **Revista do Tribunal Regional Federal: 4a. região**, Porto Alegre: O Tribunal, v. 12, n. 42, p. 37-49, 2001.

LIMA, Taisa Maria Macena de; SÁ, Maria de Fátima Freire de. Autonomia privada e internação não consentida. **Revista Brasileira de Estudos Políticos**. Belo Horizonte: UFMG, n. 99-B, p. 96, jul./dez. 2009.

CORRÊA, Plínio de Oliveira. Liberdade individual nos países do Mercosul. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1995.

COSTA, Ana Paula Silva da. **Asilos colônias paulistas**: análise de um modelo espacial de confinamento. 2008. Dissertação (Mestrado em Teoria e História da Arquitetura e do Urbanismo) - Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/18/18142/tde-18112008-101812/>>. Acesso em: 2014-07-30.

DELGADO, P. G. et al. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Orgs). **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DUARTE, Carolina Gomes et. al. Internação psiquiátrica compulsória: a atuação da Defensoria Pública do Estado de São Paulo. *Revista da Defensoria Pública*, v. 5, n.1.

FILHO, Vicente Greco; RASSI, João Daniel. *Lei de Drogas Anotada*. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

FIGLIORE, Maurício. Prazer e risco: uma discussão a respeito dos saberes médicos sobre uso de “drogas”. In: LABATE, Beatriz Caiuby et al. (Org.). **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: Edufba, 2008.

GIDDENS, Anthony; BECK, Ulrich; LASH, Scott. **Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna**. São Paulo: Unesp, 1997.

HÄBERLE, Peter. "A dignidade humana como fundamento da comunidade estatal". In: SARLET, Ingo Wolfgang (Org.). **Dimensões da Dignidade: ensaios de Filosofia do Direito e Direito Constitucional**. 2.ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009.

KESSLER, Felix; PECHANSKY, Flavio. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 96-98, ago. 2008. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n2/v30n2a03> >. Acesso em: 23 fev. 2014.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 34. ed. São Paulo: Malheiros, 2011.

Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.

Livreto sobre drogas psicotrópicas: leitura recomendada para alunos a partir do 7º ano do ensino fundamental. 5. ed., 1ª reimpressão. Brasília: SENAD/CEBRID, 2011.

LOPES DA SILVA, Luiza. **A questão das drogas nas relações internacionais: uma perspectiva brasileira**. Brasília: Funag, 2013.

MELO, José Tarcízio de Almeida. **Direito constitucional do Brasil**. Belo Horizonte: Del Rey, 2008.

MICHEL, Oswaldo da Rocha. **Álcool, drogas e alucinações: como tratar**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

Observatório do crack: experiências nacionais e internacionais. Brasília: CNM, 2012.

OLIVEIRA, Lúcio Garcia de; NAPPO, Solange Aparecida. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 664-671, 2008.

PINTO, A. T. M.; FERREIRA, A. A. L. Problematizando a reforma psiquiátrica brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 27-34, 2010.

Política de drogas: novas práticas pelo mundo. Rio de Janeiro: Comissão Brasileira sobre Drogas e Democracia, 2011.

PULCHERIO, Gilda et al. Crack: da pedra ao tratamento. Revista da AMRIGS. Porto Alegre, n. 54, p. 340, jul.-set.2010.