

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS - CCJS
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO

RAYRA SAYARA SOUZA DOS SANTOS

ANÁLISE JURÍDICA E SOCIAL DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DOS
DROGADICTOS

SOUZA
2015

RAYRA SAYARA SOUZA DOS SANTOS

ANÁLISE JURÍDICA E SOCIAL DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DOS
DROGADICTOS

Trabalho monográfico apresentado ao Curso de Direito do Centro de Ciências Jurídicas e Sociais da Universidade Federal de Campina Grande, como exigência parcial da obtenção do título de Bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais.

Orientador: Prof. Dr. Iranilton Trajano da Silva

SOUZA
2015

RAYRA SAYARA SOUZA DOS SANTOS

ANÁLISE JURÍDICA E SOCIAL DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DOS
DROGADICTOS

Trabalho monográfico apresentado ao Curso de Direito do Centro de Ciências Jurídicas e Sociais da Universidade Federal de Campina Grande, como exigência parcial da obtenção do título de Bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais.

Orientador: Prof. Dr. Iranilton Trajano da Silva

Banca Examinadora:

Data da Aprovação: ____/____/____.

Orientador: Prof.^o Dr. Iranilton Trajano da Silva

Examinador (a) interno 1

Examinador (a) interno 2

Dedico essa vitória à pessoa que me deu a vida e que lutou bravamente para que o meu sonho pudesse ser realizado: minha querida mãe.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus que me concedeu o dom da vida e permitiu que eu lutasse para concretizar meu sonho.

Agradeço aos meus pais, Ricardo e Solange, que serviram de instrumento do Senhor e me deram a vida, por tudo que fizeram por mim desde que nasci até hoje e por tudo que farão até o fim de suas existências. Sei o quanto batalharam e não mediram esforços para me dar o apoio necessário para a jornada de estudante universitária. A minha gratidão e meu amor por vocês é imenso.

Agradeço ao meu irmão e ao meu sobrinho por todo carinho e alegria que me proporcionaram durante toda a minha vida.

Agradeço à minha família por tudo que cada um fez, todos – tios, primos, avós - ajudaram de alguma forma para que eu saísse do meu amado Recife e fosse para Sousa atrás do sonho da minha graduação. Em especial os meus agradecimentos vão para meus tios Francisco Sifônio e Silvia por todo apoio durante esses anos. Sou imensamente grata aos meus padrinhos Sônia, *in memoriam*, e Bivaldo que foram, são e sempre serão muito especiais para mim. Minha querida madrinha que vibrou muito quando soube da minha aprovação e que, infelizmente, não conseguiu acompanhar em vida a concretização do nosso sonho, mas tenho certeza que está muito feliz em um lugar muito melhor.

Agradeço às minhas queridas avós Lindaura, *in memoriam*, e Edeilda por todo carinho e ensinamento durante todos esses anos.

Agradeço ao meu querido orientador, *Doutor Iranilton Trajano da Silva*, que me orientou divinamente no decorrer deste trabalho com todo compromisso, zelo, atenção e carinho. Sou imensamente grata por tudo.

Agradeço às minhas amigas, que sempre estiveram ao meu lado e me deram forças para continuar essa jornada. Ana Cláudia, Karlla, Rofanna, Roberta, Héliida, Nadyne e Nicolý, grupo mais lindo do mundo, que morro de saudade todos os dias, obrigada por todo carinho e compreensão. Também sou grata ao meu quarteto, Marcela, Raylânia e Hannah, que estiveram comigo durante a época de escola e que ainda hoje, apesar da distância, são presentes. Amo vocês.

Agradeço à minha família sousense que estiveram comigo diariamente durante esses cinco anos de curso em que estive longe do meu lar: Adriana, Carol, Laryssa, Maiara, Nathália, Talita e Marília. Com vocês aprendi diversas culturas,

expressões novas e construí na cidade Sorriso uma nova família, não de sangue, mas de amor, amo todas.

Agradeço, ainda, ao meu namorado por todo apoio nesses cinco anos, por toda atenção e compreensão dedicada a mim. Muito obrigada amor.

E finalmente, a todos que contribuíram direta e indiretamente para a realização deste.

“O bom é que não seja preciso internar. Mas, se for o caso: *Droga! Internar não é prender!*”

Odailson da Silva

RESUMO

O presente trabalho visa analisar a temática da internação compulsória dos drogadictos sob a ótica jurídica e social. É examinada a Lei nº 10.216/01, que dispõe sobre a proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, já que o seu artigo 6º, III, prevê a internação compulsória. A dependência química é catalogada pelo CID 10 F 19-2 como transtorno mental e comportamental, o que serve de parâmetro legal para a defesa da aplicação da medida terapêutica aos drogadictos. Ressalta-se que há divergência de posicionamentos entre os estudiosos brasileiros acerca do tema. Busca-se, então, analisar a patologia; o papel da família, da sociedade e do Estado no tratamento do adicto a drogas; a internação compulsória como meio de tratamento do drogacito; os argumentos favoráveis e contrários a essa política de saúde pública; bem como expor o conflito entre direitos fundamentais e sua possível solução. Para se chegar ao resultado utilizar-se-á o método de abordagem dedutivo, o método de procedimento histórico, construindo-se a tese científica a partir de dispositivos legais e jurisprudências, fazendo-se o uso de pesquisas realizadas na bibliografia e na técnica de documentação indireta. Dessa maneira, constata-se que a internação compulsória dos drogadictos poderá ser determinada pelo juiz quando os meios extra-hospitalares se mostrarem insuficientes e o dependente químico estiver colocando em risco sua vida ou a de outrem.

Palavras-chave: Internação compulsória. Drogadicto. Drogadicção. Direitos fundamentais.

ABSTRACT

The objective of this study is to analyze the theme about compulsory hospitalization of drug addicts in the legal and social perspective. It is examined the Law No. 10,216 / 01, which comes about rights protection of people with mental disorders, as Article 6, III, provides the compulsory hospitalization. The chemical dependency is cataloged by CID 10 F 19 as mental and behavioral disorder, which serves as legal parameter for the defense to application of therapeutic measure to drug addicts. It is remarkable that there are divergent positions between Brazilian about the subject. We seek then, to analyze the pathology; family role, the society and the State in the treatment of addicted to drugs; the compulsory hospitalization as a treatment for the drug addicts; the arguments for and against about this public health policy; as well expose the conflict between existing fundamental rights in the subject and it is possible solution. To reach the result was used the deductive method of approach, the historical method of procedue, building up the scientific thesis from legal and jurisprudence apparatus, making the use of research carried out in the bibliography, and in the indirect technical documentation. Thus, it was found that the compulsory hospitalization of drug addicts may be determined by the judge when the outpatient facilities prove insufficient and the addict is endangering your life or someone else's.

Keywords: compulsory hospitalization. Drug addict. Drug addiction. Fundamental rights.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRASME - Associação Brasileira de Saúde Mental
ADI - Ação Direta de Inconstitucionalidade
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPs - Centro de Atenção Psicossocial
CAS - Comissão de Assuntos Sociais
CCJ - Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania
CDH - Comissão de Direitos Humanos e Participação Legislativa
CID - Código Internacional de Doenças
CPC - Código de Processo Civil
CRATOD - Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras drogas
CT - Comunidade Terapêutica
ECA - Estatuto da Criança e do adolescente
LSD - Dietilamida do ácido lisérgico
MTSM - Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
PNAD - Política Nacional sobre Drogas
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS - Sistema único de Saúde
SISNAD - Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
STF - Supremo Tribunal Federal
STJ - Superior Tribunal de Justiça
SVS/MS - Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 UM BREVE ESTUDO SOBRE A ADICÇÃO A DROGAS	16
2.1 UMA SÍNTESE SOBRE DROGAS E SEUS EFEITOS.....	16
2.2 DROGADICÇÃO E SUAS CONSEQUÊNCIAS.....	19
2.3 A RESPONSABILIDADE DA FAMÍLIA, DA SOCIEDADE E DO ESTADO NO TRATAMENTO DOS DROGADICTOS	22
2.3.1 O drogadicto marginalizado socialmente	25
2.3.2 Adicção a drogas: um problema de saúde pública	28
3 INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA: ASPECTOS DE EVOLUÇÃO E CARACTERÍSTICAS	34
3.1 TIPOS DE INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA	34
3.1.1 Internação compulsória	36
3.1.1.1 Breve histórico da internação compulsória.....	37
3.1.1.2 Histórico das principais normas brasileiras referentes à internação compulsória	39
3.2 BREVE RELATO HISTÓRICO SOBRE A REFORMA PSQUIÁTRICA BRASILEIRA PROMOVIDA PELA LEI Nº 10.216/01	43
3.3 A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DOS DROGADICTOS.....	45
3.3.1 Onde promover o internamento adequado ao drogadicto e ao tratamento?	49
4 ANÁLISE JURÍDICA E SOCIAL SOBRE A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DOS DROGADICTOS FRENTE AOS DIREITOS FUNDAMENTAIS	51
4.1 BREVE ESTUDO ACERCA DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS.....	51
4.1.1 O direito à vida, à saúde, à dignidade humana e a internação compulsória	54
4.1.2 O direito à liberdade de ir e vir e a internação compulsória	59
4.2 ARGUMENTOS CONTRÁRIOS À INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DOS DROGADICTOS.....	63
4.3 ARGUMENTOS FAVORÁVEIS À INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DOS DROGADICTOS.....	65

4.4 O CONFLITO ENTRE DIREITOS FUNDAMENTAIS NA INTERNAÇÃO	
COMPULSÓRIA DE DROGADICTOS	71
5 CONCLUSÃO	74
REFERÊNCIAS	78

1 INTRODUÇÃO

A internação compulsória encontra-se prevista no artigo 6º, III, da Lei nº 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Será determinada pelo juiz competente quando laudo médico indicar que o paciente está colocando em risco a sua vida ou a de outrem e quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

A dependência química é catalogada pelo CID 10 F19-2 como transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas. No Brasil, após a promulgação da Lei retro mencionada, começou a ser discutida a possibilidade de implantação da política de saúde pública de internação compulsória ao indivíduo acometido pela patologia da dependência química. No entanto, vale mencionar que a medida já se encontrava prevista no ordenamento jurídico pátrio desde a era Vargas com o Decreto-Lei nº 891 de 1938.

A temática divide opinião de estudiosos acerca da sua legalidade e da sua constitucionalidade. Os que se apresentam favoráveis à medida terapêutica argumentam, em suma, que ela deve ser utilizada como *ultima ratio*, ou seja, quando o paciente estiver correndo risco de morte ou for uma ameaça para a vida das demais pessoas. Dessa maneira, salientam que a internação compulsória visa resguardar o direito à vida, à saúde e a dignidade humana do drogadicto que não possui discernimento no momento em virtude da patologia.

Já os estudiosos que repudiam a medida alegam, sucintamente, que ela viola o direito fundamental à liberdade de locomoção e a autonomia da vontade, bem como que objetiva, na realidade, segregar o dependente químico da sociedade, constituindo uma forma de assepsia social.

A pesquisa possui como objetivo geral analisar sob a ótica jurídica e social a internação compulsória dos drogadictos. Os objetivos específicos consistem em realizar um breve estudo sobre a drogadicção, abordar os aspectos de evolução e as características da internação compulsória dos drogadictos e analisar a internação compulsória dos drogadictos frente aos direitos fundamentais.

O tema foi escolhido pela sua importância no campo jurídico e social, uma vez que analisará um problema que atinge toda a sociedade, a dependência química.

Além disso, é atual e complexo, já que a medida terapêutica abordada constitui uma política de saúde pública que passou a ser adotada pelo Estado brasileiro a fim de buscar uma solução para o desafio de oferecer tratamento aos indivíduos acometidos por essa patologia quando eles se encontrarem sem o discernimento necessário para decidir sobre a sua internação e estiverem colocando em risco a sua vida ou a de outrem.

No entanto, a internação compulsória dos drogadictos depara-se com a problemática do conflito existente entre os direitos fundamentais à vida, à saúde e à dignidade humana com também direito fundamental à liberdade de ir e vir e o princípio da autonomia da vontade. Dessa maneira, é mais relevante para o drogadicto a preservação da sua liberdade de locomoção e da sua autonomia da vontade ou que o Estado proteja a sua saúde, sua dignidade humana e a sua vida?

O presente trabalho foi dividido em três capítulos. No primeiro capítulo, far-se-á um breve estudo sobre a drogadicção. Será realizada uma síntese sobre as drogas e os seus efeitos, bem como sobre as consequências da dependência química. Será abordado, ainda, o papel da família, da sociedade e do Estado no tratamento dos drogadictos, a marginalização social do drogadicto e a drogadicção como problema de saúde pública.

No segundo capítulo, abordar-se-á a evolução e as características da internação compulsória dos drogadictos. Onde se discorrerá acerca das espécies de internação psiquiátrica, do histórico da internação compulsória e das principais leis brasileiras referentes a ela. Será realizado, inclusive, um breve relato histórico sobre a reforma psiquiátrica brasileira promovida pela Lei nº 10.216/01, abordando-se a questão da internação compulsória dos drogadictos e dos locais de internação adequados ao paciente e ao seu tratamento.

No terceiro capítulo, será analisada a internação compulsória dos drogadictos frente aos direitos fundamentais. Será feito um breve estudo sobre os direitos fundamentais, sobre o direito à vida, à saúde, à dignidade humana, à liberdade de locomoção, o princípio da autonomia da vontade e a internação compulsória. Serão explanados, ainda, os argumentos favoráveis e contrários a essa medida terapêutica e discutido acerca do conflito entre direitos fundamentais na internação compulsória.

Intentando alcançar os objetivos propostos, a pesquisa adotou como método de abordagem o dedutivo, tendo em vista que se parte da premissa maior de que a internação compulsória aplica-se aos portadores de transtornos mentais, para uma

premissa menor de que a dependência química caracteriza-se como transtorno mental e comportamental em decorrência do uso de substâncias psicoativas e, portanto, poderá ser aplicada a internação compulsória, prevista na Lei nº 10.216/01, aos drogadictos. Quanto aos objetivos a presente pesquisa classifica-se como descritiva, pois descreve, registra, analisa e interpreta os fatos elencados por estudiosos da matéria. Como método de procedimento será adotado o método histórico, uma vez que será realizado um breve estudo histórico sobre a internação compulsória para que se contextualize a situação contemporânea. A técnica de pesquisa aplicada foi a documentação direta, onde por meio de pesquisa documental, leis e julgados, além da pesquisa bibliográfica através de livros, sites e artigos científicos colhidos da internet de pesquisadores que guardem relação com o tema, se chegará a uma conclusão acerca da internação compulsória aplicada aos adictos a drogas.

2 UM BREVE ESTUDO SOBRE A ADICÇÃO A DROGAS

Drogadição, adicção a drogas ou dependência química é uma patologia caracterizada pelo transtorno mental e comportamental e se apresenta através do consumo repetitivo de uma substância psicoativa ligada ao desejo incontrolável de consumi-la.

A droga estimula o sistema de recompensa do cérebro, zona incumbida de receber estímulos de prazer e transmiti-los ao restante do corpo. Ela desencadeia uma ilusão química que incita o indivíduo a usá-la compulsivamente, o que provoca o seu desinteresse por todas as fontes naturais de prazer e o faz almejar apenas o prazer imediato que proporciona, ainda que isso lhe acarrete inúmeras consequências maléficas como o comprometimento de sua própria vida.

2.1 UMA SÍNTESE SOBRE DROGAS E SEUS EFEITOS

O termo droga origina-se de *drug*, oriundo do holandês antigo e possui o significado de folha seca. Tal denominação é decorrente do fato de, outrora, a maioria dos medicamentos serem compostos por vegetais. Hoje, no entanto, droga, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), é qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento.

A legislação brasileira, por sua vez, adota a definição de drogas, prescrita no parágrafo único do artigo 1º da Lei nº 11.343/2006, *in verbis*:

Art. 1º. [...]

Parágrafo único. Para os fins desta Lei, consideram-se como drogas as substâncias ou os produtos capazes de causar dependência, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União.

Trata-se de uma norma penal em branco que necessita de outra norma de origem administrativa para regular os seus efeitos, pois não traz no corpo normativo quais as substâncias que são consideradas ilícitas pelo ordenamento jurídico pátrio.

Dessa maneira, fica a cargo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), órgão vinculado ao Ministério da Saúde, a elaboração de relação das substâncias entorpecentes ilegais. Vale mencionar que o artigo 66 da Lei de drogas estabelece que, por enquanto, a Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, encontra-se vigente para fins de caracterização de substâncias entorpecentes ilícitas. A esse respeito segue trecho de um precedente do Superior Tribunal de Justiça, *in verbis*:

PENAL E PROCESSUAL PENAL. HABEAS CORPUS SUBSTITUTIVO DE RECURSO ORDINÁRIO. EXERCÍCIO ILEGAL DA MEDICINA. TRÁFICO DE DROGAS. TRANCAMENTO DA AÇÃO PENAL QUANTO AO CRIME DO ART. 33 DA LEI Nº 11.343/2006. **IMPOSSIBILIDADE. SUBSTÂNCIAS PRESCRITAS PREVISTAS NA PORTARIA Nº 344/98 DA SECRETARIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (SVS/MS) NA LISTA "C1" QUE TRATA DAS SUBSTÂNCIAS SUJEITAS A CONTROLE ESPECIAL E QUE DE ACORDO COM OS ARTS. 1º, PARÁGRAFO ÚNICO E 66, CAPUT, AMBOS DA LEI Nº 11.343/2006 SÃO CONSIDERADAS DROGAS.** PRESCINDIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DE EXAME PERICIAL PARA A CONSTATAÇÃO DE QUE TAIS SUBSTÂNCIA PODEM CAUSAR DEPENDÊNCIA. DADO VERIFICADO A PARTIR DA MERA CONSTATAÇÃO DE QUE TAIS SUBSTÂNCIAS ENCONTRAM-SE ELENCADAS NA REFERIDA LISTAGEM ADMINISTRATIVA. POSSIBILIDADE DE CONCURSO FORMAL ENTRE OS CRIMES PREVISTOS NO ART. 282 DO CÓDIGO PENAL E NO ART. 33, CAPUT, DA LEI Nº 11.343/2006. PRECEDENTE DESTA CORTE.

[...]

(STJ - HC: 139667 RJ 2009/0118642-1, Relator: Ministro FELIX FISCHER, Data de Julgamento: 17/12/2009, T5 - QUINTA TURMA, Data de Publicação: DJe 01/02/2010) (grifos acrescidos).

Logo, as substâncias elencadas pela retro mencionada Portaria da ANVISA são consideradas drogas. Salienta-se, ainda, que é imprescindível a realização de um exame pericial para que seja constatado que algum material, dessa natureza, quando apreendido se trata realmente de droga.

As substâncias entorpecentes podem ser classificadas de acordo com vários critérios: quanto aos efeitos no sistema nervoso, conforme a potência e a efetividade, segundo o tipo de dependência, o grau de dependência, toxicidade e modo de consumo. No entanto, no presente trabalho será abordada a classificação mais aceita e difundida: quanto aos efeitos da droga no sistema nervoso do

indivíduo. De acordo com essa classificação Góis e Amaral (2008) dividem as drogas em três classes:

a) Depressoras do sistema nervoso: são conhecidas como psicolépcos, essas deixam a capacidade do usuário lenta, proporcionando a diminuição da atividade cerebral. Os usuários possuem as seguintes características: sonolência, lentidão, desatenção e perda de concentração. Sua utilização é destinada a pessoas que o cérebro funciona acima do normal, como ocorre nos casos de epilepsia, insônia, etc.

b) Drogas estimulantes do sistema nervoso: estas possuem a capacidade de aumentar a capacidade de aumentar a atividade cerebral, deixando os usuários em estado de atenção, de vigília, acelerando seus pensamentos e tornando-os mais eufóricos, de forma que diminui o sono, causa taquipsiquismo, e aumenta a capacidade motora, são conhecidos como os psicoanalépticos.

As formas de agir no organismo podem ser de redução de apetite ou para deixar a pessoa ligada, como no caso de doping, a qual possui a função de obtenção de sensações agradáveis. Como exemplos de drogas estimulantes temos a cocaína, o cigarro de tabaco (nicotina), nós de cola em pó (cafeína) e o crystal (derivado das anfetaminas).

c) Drogas perturbadoras do sistema nervoso central: estas geram quadros de delírios, alucinações e ilusões, que se manifestam no campo visual, perturbando a fisiologia do cérebro, são as drogas perturbadoras, alucinógenas ou psicodislépticas.

A mudança é qualitativa, o cérebro passa a funcionar fora das suas atividades normais ficando em um estado de perturbação. Como exemplos são maconha, a mescalina, LSD-25, cogumelos do gênero psicolocibe, ecstasy, entre outras.

Pode-se depreender que de acordo com a categoria em que se encontra inserida, a droga gerará efeitos diferenciados no organismo do ser humano, podendo deprimir, estimular ou perturbar o sistema nervoso. Tais efeitos podem ser notados em minutos, mas geralmente possuem curta duração, o que faz com que o indivíduo use novamente a substância.

As drogas estimulantes têm efeito de cerca de quatro horas, provocam sensação de euforia, força e insônia; são exemplos a cocaína e o *crack*. As depressivas deixam o metabolismo mais lento, causam perturbação mental e irritabilidade; tais como: álcool, soníferos, heroína e morfina. Já as alucinógenas ou perturbadoras acarretam delírios, alucinações e dificultam a função mental; como a maconha, o haxixe, o LSD (*lysergsäurediethylamid*) e o *ecstasy*.

Ainda, as drogas acarretam inúmeras complicações ao organismo do indivíduo como: lapsos na memória, insônia, perturbações nervosas, falta de apetite, afetação do sistema respiratório, digestivo e circulatório.

2.2 DROGADICÇÃO E SUAS CONSEQUÊNCIAS

Adicção provém do latim e significa “escravo de”, é utilizada para referir-se à dependência psicológica ou à compulsão que pode se dar em relação a jogo, a comida, a compras, a drogas, entre outras substâncias que causem dependência. A expressão adicção a drogas ou drogadicção é adotada pelos Narcóticos Anônimos e é pouco usada no Brasil, mas largamente utilizada no exterior, pois passou a fazer parte da linguagem técnica psiquiátrica ao referir-se à dependência química, o que tornou os termos sinônimos.

A síndrome da dependência é catalogada pelo CID 10 F.19-2 como transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas. É uma doença crônica, pois prejudica o indivíduo em longo prazo ou ocorre diversas vezes, caracteriza-se pela dificuldade de controle comportamental, pela fissura pelo entorpecente e pela abstinência.

O Dr. Theophilo (2013), assevera que:

O termo drogadicto é preferido por alguns autores ao de toxicômano que seria o usuário de tóxico + mania, que em psiquiatria mania é uma síndrome mental caracterizada por exaltação eufórica do humor, excitação psíquica, hiperatividade, insônia, etc., e, em certos casos, agitação motora em grau variável ou uma das duas fases alternativas da psicose maníaco-depressiva, psicopatia que se manifesta por acessos, que se alternam, de excitação psíquica e de depressão psíquica, como por exemplo, a psicose canábica causada pelo uso prolongado de maconha. Em resumo define que se trata de pessoa propensa e apegada à droga, enquanto que **"drogadicto é mais elucidativo e define quem passa a viver em função do tóxico em (condição de escravo dependente)"**. O drogadicto nega suas dificuldades, porque a sua dependência o faz acreditar que o objeto provocador de suas manifestações comportamentais anômalas é a droga que está fora de sua identidade e não dentro dele. A considera como objeto que elegera como o faz o desportista que escolhe uma modalidade esportiva. A droga passa a ser um agente de todas as suas atividades e a única que passa a confiar na sua relação com o mundo, tornando-se em consequência um escravo (dependente) do tóxico. Quando se inicia a dependência por ser um drogadicto, vive somente através das drogas e em razão dela. Perde o afeto que o une as pessoas de seu círculo e a transfere para a droga. Aos poucos vai se fechando num mundo restrito de pessoas que usam droga, criando uma falsa concepção de que todos tanto os de dentro como os de fora do grupo são usuários (grifos acrescidos).

O drogadicto se torna escravo da droga, pois transfere toda a sua atenção e afeição a ela. Ele é acometido por dois tipos de dependência: a física e a psíquica. A

dependência física é caracterizada pela necessidade que o organismo do indivíduo sente da substância entorpecente, ela é fruto da adaptação do organismo à droga e acarreta abstinência. Já a dependência psíquica ocorre quando o usuário sente um desejo incontrolável de fazer uso da droga com o intuito de obter prazer ou de evitar o mal-estar ocasionado pela sua ausência, é acarretada pela aquisição do hábito de se drogar.

As consequências da drogadicção podem ser imediatas ou tardias. As imediatas estão relacionadas com a intoxicação aguda e a abstinência, caracterizam-se pelo aumento de energia, disposição e alegria, como também por ouvir vozes, sentir-se vigiado ou perseguido, taquicardia, sudorese, tonturas, visão embaçada, aumento da pressão arterial, dores de cabeça, vômitos e fezes líquidas. Já as tardias são: alterações de humor, ansiedade, prejuízos da memória, prejuízo nas relações familiares e sociais, alterações de sono e apetite, dificuldades no rendimento do trabalho, distúrbios neurológicos, cardiovasculares, sexuais e, em casos mais profundos, demência.

Alvarez, Gomes e Xavier (2014, p. 644), realizaram um estudo com dez familiares e dez usuários de drogas de um Centro de Atenção Psicossocial no qual constataram que a principal adversidade enfrentada pelos drogadicctos é a desagregação familiar:

O principal problema apresentado pelos usuários do estudo foi a desagregação familiar. Relatam que, a partir do uso de drogas, iniciaram-se as brigas e o afastamento de alguns membros da família, reforçando a sensação de marginalidade contida na dependência química, configurando o preconceito e o estigma dentro do âmbito familiar (grifos acrescentados).

Afora a desagregação familiar relatada, os drogadicctos apresentam dificuldades de aprendizagem, evasão escolar, perda do emprego, por vezes, cometem crimes com o intuito de obter recursos para comprar a substância, são marginalizados socialmente, enfrentam situações de risco, além do preconceito, que, muitas vezes, parte da própria família, por não entender que se trata de uma patologia carecedora de auxílio familiar e tratamento adequado.

O tratamento da adicção a drogas é, geralmente, realizado por médicos especialistas com o auxílio de uma equipe multidisciplinar compreendida por psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e fisioterapeutas. Primeiramente o

indivíduo passa pela fase de desintoxicação, depois dessa etapa é submetido a dinâmica de grupos, fase em que algumas clínicas adotam a terapia dos doze passos dos AA/NA (Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos). A última etapa consiste na reinserção social.

As consequências da drogadicção no ambiente familiar são: a perda de confiança, pois o drogadicto costuma mentir para conseguir dinheiro para comprar droga; os membros da família ficam divididos entre o desempenho de suas atividades diárias e a vigilância do indivíduo; a naturalização do consumo de drogas pelo usuário que passa a fazer uso na frente dos familiares, aumentando a sua dor e angústia; bem como sentimentos contraditórios como gostar e querer ajudar em confronto com as dificuldades advindas da patologia.

Vale salientar que a adicção a drogas afeta a família do enfermo profundamente, razão pela qual, muitas vezes, ela é diagnosticada como codependente pelos especialistas. A Dra. Ally (2013) aduz acerca da codependência:

É a inabilidade de manter e nutrir relacionamentos saudáveis com os outros e consigo mesmo, resultando em relações difíceis, desgastantes ou destrutivas. Na Codependência, nota-se a presença de baixa auto-estima, de expectativas irreais, da falta de bons diálogos, de discussão direta dos problemas, expressão aberta dos sentimentos e pensamentos, comunicação honesta e franca, de respeito às individualidades, de intimidade, de confiança nos outros e em si mesmo. **O termo Codependência teve origem nos estudos e trabalhos da Dependência química e foi atribuído aos familiares, partindo do princípio de que os familiares de dependentes químicos também apresentariam uma dependência, não das drogas, mas emocional, isto é, relacionada a um vínculo doentio que têm com estes dependentes (grifos acrescidos).**

O codependente desenvolve uma obsessão pelo comportamento do drogadicto e pelo seu bem-estar. Ele acredita que a sua felicidade deriva da pessoa que pretende auxiliar, com isso torna-se dependente dela emocionalmente, priorizando as necessidades do outro ao invés das suas.

Depreende-se que a drogadicção é uma doença que acomete o indivíduo e todos que com ele convivem, desse modo, os familiares codependentes também devem ser submetidos a tratamento que consiste em diagnóstico, frequência a grupos de ajuda mútua e psicoterapia. A função de um tratamento coletivo, além, do

benefício medicamentoso priorizando a saúde, também serve como remédio sentimental, buscando principalmente, a paz interior.

2.3 A RESPONSABILIDADE DA FAMÍLIA, DA SOCIEDADE E DO ESTADO NO TRATAMENTO DOS DROGADICTOS

A enfermidade adicção a drogas é um problema da família, de toda a sociedade e do Estado, razão pela qual os três setores devem agir em conjunto a fim de enfrentá-la. Nesse sentido, a Lei Federal nº 10.216 de 06 de Abril de 2001, dispõe em seu artigo 3º:

Art. 3. É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

O princípio da responsabilidade compartilhada norteia a Política Nacional sobre Drogas (PNAD), tendo em vista que com a contribuição de todos os setores é mais provável a obtenção de resultados positivos nas ações voltadas à prevenção, ao tratamento e à reinserção social dos usuários de drogas e drogadictos. No entanto, cada setor possui o seu papel no combate a esse problema crônico instalado na sociedade brasileira.

O Estado tem o dever de promover a efetivação do direito à saúde, conforme preleciona o artigo 196 da Constituição da República Federativa do Brasil, *in verbis*:

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.

O tratamento e a prevenção da patologia adicção a drogas deve ser tutelada pelo Estado a fim de que seja garantido a todos o direito à saúde conforme estabelece o supracitado artigo da Carta Magna brasileira. Em decorrência da

responsabilidade estatal foi instituído o SISNAD (Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas), conforme o artigo 1º da Lei nº 11.343/2006, *in verbis*:

Art. 1º. Esta Lei institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD; prescreve medidas para prevenção ao uso indevido, atenção e reinserção social dos usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e define crimes.

A antiga denominação do SISNAD era Sistema Nacional Antidrogas, e se encontrava previsto no artigo 3º da Lei nº 6.368/76, regulamentado pelo Decreto nº 3.696/2000, ambos revogados. Nucci (2014, p. 298-299), aduz acerca do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas:

Esse sistema é composto pelos órgãos e entidades da Administração Pública que exercem as atividades de repressão ao uso, tráfico e produção ilegal de entorpecentes, bem como atuam na prevenção do uso indevido de drogas, que causem dependência física ou psíquica, além da atividade de tratamento, recuperação e reinserção social de pessoas dependentes.

O SISNAD possui a função de promover a prevenção e a repressão ao uso indevido de drogas, bem como o auxílio ao tratamento, à recuperação e à reinserção social do drogadicto, atividades descritas no Título III, dos artigos 18 ao 26, da Lei nº 11.343/2006.

A família, como primeiro núcleo social, possui um papel fundamental no combate às drogas, bem como na prevenção e no tratamento dos drogadictos, tendo em vista que eles necessitam de total apoio no seu processo de reabilitação e de reinserção social. Em relação à temática Hermeneto, Sampaio e Carneiro (2010, p. 642) relatam:

As experiências vividas no cotidiano familiar, relacionadas aos sentimentos, à educação para a autonomia e para a compreensão dos limites, às experiências de liberdade e de responsabilidade podem constituir importantes fatores na proteção dos jovens, quanto à forma de se relacionarem com as ofertas químicas de prazer, liberdade e autossatisfação. Entretanto, não existe modelo competente para prevenir o abuso de drogas; o que parece existir são diferentes possibilidades de se constituírem relações singulares no contexto da cidadania e da saúde, focadas na produção de respeito, potência crítica, sentido de pertencimento e de amparo.

Para auxiliar na prevenção os pais devem impor limites, estabelecer regras, dialogar com os filhos, dar carinho, ficar atentos às suas mudanças comportamentais e de humor, bem como verificar o seu círculo de amizades. Quando observarem qualquer das mudanças relatadas devem intervir, se não conseguirem sozinhos devem buscar auxílio de profissionais como psicólogos.

A terapia familiar constitui uma das maneiras de intervenção no tratamento do drogadicto. Apresenta-se sob a forma de psicoterapia e orientação e se baseia no pressuposto de que os usuários de drogas encontram-se inseridos em um contexto no qual influenciam e são influenciados. Ela completa a função de outros recursos terapêuticos, tanto ambulatorial como de internação, bem como surte resultados positivos tanto para os adictos a drogas como para os próprios parentes.

A família é crucial para a reabilitação do adicto a drogas, pois com a sua participação aumentam as chances de sucesso no tratamento, no entanto, ela necessita de orientação e acompanhamento para que não traga para si tal carga e se torne codependente.

Já a função da sociedade está no acolhimento que necessita dar ao adicto a drogas, pois este, depois de receber o efetivo tratamento, necessitará de reinserção social para que possa desempenhar atividades que o façam se sentir útil. Inclusive, constitui um dos princípios do SISNAD, estabelecido no artigo 4º, inciso V, da Lei nº 11.343/2006, “a promoção da responsabilidade compartilhada entre Estado e Sociedade, reconhecendo a importância da participação social nas atividades do SISNAD”.

No entanto, a reinserção social só será possível se o preconceito for rompido e as pessoas passarem a enxergar o drogadicto como uma pessoa doente que necessita de ajuda e de apoio de todos e não como um criminoso. A esse respeito aduz Hermeneto, Sampaio e Carneiro (2010, p. 650):

O abuso de drogas ilícitas e a dependência química constituem acontecimentos tipicamente urbanos e predominantemente jovens, mas de enorme extensão e que afeta a todos. Encarar o problema, tecer informações, participar de atividades criativas, exercitar o diálogo pedagógico ou terapêutico e encontrar um suporte social com potência estruturadora, pode fazer a diferença entre uma vida com ou sem sentido, plena, mesmo que de contradições razoavelmente entendidas, ou o vazio.

Dessa maneira, o apoio social servirá para que seja preenchido o vazio existente na vida do ex-usuário de substâncias entorpecentes, pois ele terá oportunidade de retomar suas atividades e se manter longe da droga.

Pode-se depreender que apenas um seguimento isolado não conseguirá enfrentar o problema da adicção a drogas de maneira eficaz. Nem só a família, nem só a sociedade e nem só o Estado, de forma isolada, obterá êxito, pois somente uma força conjunta entre todos os setores é que dará resultados significativos, isto é, a responsabilidade deve ser compartilhada.

2.3.1 O drogadicto marginalizado socialmente

A antiga Lei de drogas, Lei nº 6.368/1976, em seu artigo 16, criminalizava a conduta do usuário e cominava pena privativa de liberdade, o que contribuiu para a estigmatização social do drogadicto. Hoje, a nova Lei de drogas, Lei nº 11.343/2006, deixou de cominar pena privativa de liberdade para a conduta de posse de drogas para uso pessoal e passou a prescrever pena restritiva de direitos.

O drogadicto enfrenta o preconceito da sociedade que associa o uso de drogas à criminalidade o que acarreta a sua exclusão social. Acerca da temática Feijó e Assis (2004, p.158), explicam que:

A idéia de exclusão social assinala um estado de carência ou privação material, de segregação, de discriminação, de vulnerabilidade em alguma esfera. A exclusão associa-se um processo de desvinculação social/espacial. O excluído não escolhe a sua condição; ela se dá numa evolução temporal como resultado das mudanças na sociedade como, por exemplo, as crises econômicas.

A exclusão social acarreta a privação por ausência de acesso aos elementos sociais básicos como família, moradia, educação, trabalho e saúde, ou seja, o indivíduo passa a viver à margem da sociedade. A partir do momento que o ser humano passa a usar drogas suas relações sociais começam a enfraquecer, seus problemas de relacionamento aumentam e sua vida passa a ser limitada a um estado de sobrevivência e subdesenvolvimento.

Durante as fases de tratamento do adicto a drogas há um processo de reintegração social, conforme salienta Pereira (2009):

Desintoxicação. Nesta fase o dependente se encontra efêmero, pelo acúmulo de drogas no organismo, ocorrendo a eliminação das substâncias tóxicas do mesmo, sendo elaborado um parecer pela equipe médica e psicológica de que forma será realizado o tratamento no paciente.

Reabilitação psíquica é a fase de conscientização e abstinência das drogas, ou seja, o dependente químico precisa mudar suas atitudes e pensamentos para alcançar o sucesso desejado. A Reintegração social é a fase que o ex-usuário de substância ilícita já realizou o tratamento adequado para o abandono do vício, reinserindo-se na sociedade. Nesse momento o mesmo sente as dificuldades do mundo exterior, buscando nos grupos de ajuda soluções para os obstáculos que lhe são apresentados.

A Ambulatorial é a fase mais delicada da reintegração, pois há uma cobrança e compromisso maior do dependente de drogas, da família e do profissional habilitado. É um conjunto de fatores, ou seja, acompanhamento com um psicólogo, grupos de apoio, que juntos servem de alicerce tanto para o usuário de drogas, quanto para a família, com o intuito de proporcionar o êxito no processo de reintegração social.

Ressocializar consiste em reintegrar o ex-usuário de drogas à sociedade a fim de que ele possa se sentir pertencente a um grupo onde seja produtivo e útil. O regresso ao convívio sócio-familiar é crucial para o seu tratamento, pois, após o processo de recuperação ele precisa do apoio da família, bem como de um convívio social salutar, para retornar às atividades que antes desempenhava como o trabalho e a escola.

Vale ressaltar que a reintegração social constitui um dos princípios e dois dos objetivos do SISNAD, conforme estabelece o artigo 4º, inciso X, e o artigo 5º, incisos I e III, ambos da Lei nº 11.343/2006, *in verbis*:

Art. 4º. São princípios do SISNAD:

[...]

X – a observância do equilíbrio entre as atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao seu tráfico ilícito, visando garantir a estabilidade e o bem-estar social.

[...]

Art. 5º. O SISNAD tem os seguintes objetivos:

I – contribuir para a inclusão social do cidadão visando a torná-lo menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para o uso indevido de drogas, seu tráfico ilícito e outros comportamentos correlacionados;

[...]

III – promover a integração entre políticas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao tráfico ilícito e as políticas

públicas setoriais dos órgãos do Poder Executivo da União, Distrito Federal, Estados e Municípios.
[...]

A família desempenha um papel significativo no processo de reintegração social do ex-usuário de substâncias entorpecentes, pois ele primeiramente retorna ao convívio familiar para posteriormente partir para o convívio social. Desta maneira, a forma como ele é recebido no seio familiar refletirá em sua segurança emocional para que esteja apto à ressocialização.

Em relação à exclusão do drogadicto do mercado de trabalho, Costa (2000), em seu estudo acerca do processo de exclusão e inclusão social dos egressos do Ministério Evangélico Pró-Vida (Meprovi-Clínica), aduz:

A colocação no mercado de trabalho torna-se também um grande desafio para o egresso do Meprovi-Clínica. Obter um emprego, gerar renda e participar dos proventos para a família, principalmente na faixa etária em que se encontram, é essencial para a sua auto-estima e inserção ao meio social, tornando-se importante condição de reforço, junto com o apoio familiar, para que se mantenham longe de drogas ou álcool.
A questão do desemprego já desponta como um dos fatores de exclusão à medida em que a pessoa torna-se dependente química. Dentre os entrevistados, nove (75%) encontravam-se desempregados quando iniciaram o tratamento; apenas um (8.3%) declarou que possuía emprego e dois (16.6%) não responderam essa questão. (grifos acrescidos).

Antes de receberem o tratamento adequado os drogadictos estavam em situação de desemprego, no entanto, após a medida terapêutica, segundo o estudo de Costa, a maioria deles passaram a exercer função laborativa e retornaram ao ambiente familiar.

Vale destacar que o Estado estabelece benefícios às instituições privadas que desenvolverem programas de reinserção no mercado de trabalho do usuário e do drogadicto encaminhados por órgão oficial, conforme estabelece o artigo 24 da Lei de drogas. No entanto, a discriminação ainda se encontra presente na sociedade brasileira, acerca da temática Pereira (2009) argumentou:

As pessoas que discriminam o ex-usuário de drogas não devem esquecer que estes são cidadãos com direitos e deveres perante a sociedade, merecendo ter sua dignidade respeitada e valorizada, sem qualquer ofensa a sua moral. São sujeitos que têm direito a recomeçar a vida com a cabeça

erguida, sem medo ou pavor de ser apontado como um marginal, pessoa de alta periculosidade, devido ao fato de ter se envolvido com drogas.

Dessa maneira, as pessoas devem enxergar o drogadicto como um sujeito de direito que necessita ter respeitada a sua dignidade humana, o seu direito ao trabalho e à educação.

Depreende-se que é necessária uma política mais incisiva de educação social para que seja combatida a estigmatização do drogadicto e haja a conscientização da população de que ele padece de uma patologia e necessita de ajuda. A partir do momento em que o preconceito for rompido a sociedade tende a conceder novas oportunidades de realização profissional e pessoal para o ex-usuário a fim de que ele tenha uma vida com mais qualidade e mantenha-se abstinente.

2.3.2 Adicção a drogas: um problema de saúde pública

Os especialistas consideram o adicto a drogas um enfermo mental, portador da patologia dependência química (CID 10 F.19-2), no entanto, a Lei nº 11.343/2006, em seu artigo 28 tipifica a conduta de posse de drogas para uso pessoal, *in verbis*:

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.

[...]

Depois da edição da nova Lei de drogas alguns doutrinadores consideram que ocorreu a descriminalização do tipo penal previsto no supracitado artigo, isto é, o usuário de drogas que for pego com a substância ilícita não será mais considerado um criminoso e a ele não serão cominadas penas, sob os argumentos de que aos crimes deve ser possível a aplicação de penas e não pode ser impossível a privação da liberdade.

O artigo 1º da Lei de Introdução ao Código Penal (Decreto-lei nº 3.914, de 9 de dezembro de 1941) alude que crime é a infração penal que a lei comina pena de reclusão ou de detenção isolada, alternativamente ou cumulativamente com multa e contravenção é o ilícito penal em que é cominado pena de prisão simples ou multa, ou ambas, alternativamente ou cumulativamente; além de que seria mais acertado para não estigmatizar o usuário de drogas.

Na visão de Gomes (2006):

A posse de droga para consumo pessoal deixou de ser formalmente "crime", mas não perdeu seu conteúdo de infração (de ilícito). A conduta descrita no antigo art. 16 e, agora, no atual art. 28 continua sendo ilícita, mas, como veremos, cuida-se de uma ilicitude inteiramente peculiar. Houve descriminalização "formal", ou seja, a infração já não pode ser considerada "crime" (do ponto de vista formal), mas não aconteceu concomitantemente a legalização da droga. De outro lado, paralelamente também se pode afirmar que o art. 28 retrata uma hipótese de despenalização. Descriminalização "formal" e despenalização (ao mesmo tempo) são os processos que explicam o novo art. 28 da lei de drogas (houve um processo misto – mencionado por Davi A. Costa Silva).

Para o doutrinador a posse de drogas para uso pessoal não pode mais ser considerada formalmente como crime tendo em vista que não pode ser cominada a este ilícito, pena privativa de liberdade. No entanto, a posição da maioria dos autores, entre eles Nucci, bem como, do Supremo Tribunal Federal é no sentido de que o artigo 28 da Lei de drogas não descriminalizou a conduta do usuário de drogas em posse da substância, antigamente prevista no artigo 16 da Lei nº 6.368/76, conforme o precedente a seguir transcrito:

I. Posse de droga para consumo pessoal: (art. 28 da L. 11.343/06 - nova lei de drogas): natureza jurídica de crime. 1. O art. 1º da LICP - que se limita a estabelecer um critério que permite distinguir quando se está diante de um crime ou de uma contravenção - não obsta a que lei ordinária superveniente adote outros critérios gerais de distinção, ou estabeleça para determinado crime - como o fez o art. 28 da L. 11.343/06 - pena diversa da privação ou restrição da liberdade, a qual constitui somente uma das opções constitucionais passíveis de adoção pela lei incriminadora (CF/88, art. 5º, XLVI e XLVII). 2. Não se pode, na interpretação da L. 11.343/06, partir de um pressuposto despreço do legislador pelo "rigor técnico", que o teria levado inadvertidamente a incluir as infrações relativas ao usuário de drogas em um capítulo denominado "Dos Crimes e das Penas", só a ele referentes. (L. 11.343/06, Título III, Capítulo III, arts. 27/30). 3. Ao uso da expressão "reincidência", também não se pode emprestar um sentido "popular", especialmente porque, em linha de princípio, somente disposição expressa em contrário na L. 11.343/06 afastaria a regra geral do C. Penal (C.Penal, art. 12). 4. Soma-se a tudo a previsão, como regra geral, ao processo de

infrações atribuídas ao usuário de drogas, do rito estabelecido para os crimes de menor potencial ofensivo, possibilitando até mesmo a proposta de aplicação imediata da pena de que trata o art. 76 da L. 9.099/95 (art. 48, §§ 1º e 5º), bem como a disciplina da prescrição segundo as regras do art. 107 e seguintes do C. Penal (L. 11.343, art. 30). 6. Ocorrência, pois, de "despenalização", entendida como exclusão, para o tipo, das penas privativas de liberdade. 7. Questão de ordem resolvida no sentido de que a L. 11.343/06 não implicou abolitio criminis (C. Penal, art. 107). II. Prescrição: consumação, à vista do art. 30 da L. 11.343/06, pelo decurso de mais de 2 anos dos fatos, sem qualquer causa interruptiva. III. Recurso extraordinário julgado prejudicado.

(STF - RE: 430105 RJ, Relator: Min. SEPÚLVEDA PERTENCE, Data de Julgamento: 13/02/2007, Primeira Turma, Data de Publicação: DJe-004 DIVULG 26-04-2007 PUBLIC 27-04-2007 DJ 27-04-2007 PP-00069 EMENT VOL-02273-04 PP-00729 RB v. 19, n. 523, 2007, p. 17-21 RT v. 96, n. 863, 2007, p. 516-523).

Para Nucci (2014) houve uma desprisionalização, porque há penas, ainda que mais brandas. O STF mais recentemente também adotou essa posição (HC 102940 – ES, 1ª T., rel. Ricardo Lewandowski, 15.02.2011, v.u); já para o STJ o que ocorreu foi uma despenalização, pois não é mais possível a cominação de pena privativa de liberdade (HC 114766-SP, 5ª T. rel. Adilson Vieira Macabu, 14.02.2012, v.u).

A legislação pátria acerca das drogas evoluiu ao passo que a supracitada Lei deixou de cominar pena privativa de liberdade ao usuário em posse de drogas e passou a prever pena restritiva de direitos, isto é, o Estado prevê medidas protetivas aos usuários e repressivas aos traficantes. No entanto, ela continua criminalizando a conduta, o que, na visão dos especialistas, não deveria ocorrer, haja vista que doente necessita de tratamento e não de punição. Nucci (2014, p. 305), discorre:

Como primeiro ponto a destacar, não cabe mais, em hipótese alguma, a sua condenação à pena privativa de liberdade. Parece-nos, como regra geral, medida salutar, pois o usuário habitual ou o eventual da droga, por si mesmo, não representa à sociedade um real perigo, muito embora possa-se dizer que ele, ao comprar e fazer uso de entorpecentes, estimula o tráfico, o que não deixa de ser verdadeiro. Porém, o caminho está na reeducação e na obrigação de se submeter a variados cursos de orientação. Em primeiro lugar, prioriza-se o amparo e a orientação.

Vale salientar que o uso de drogas por si só não é crime, pois não consta no tipo penal incriminador, isto é, se o usuário for surpreendido usando drogas, sem que seja encontrada a substância ilícita com ele, não haverá punição. O crime consiste na posse de drogas para uso pessoal.

Ressalta-se que a própria Lei de drogas isenta o drogadicto de penas, excluindo a sua culpabilidade quando restar comprovado que ao tempo do cometimento da infração, era incapaz de entender o caráter ilícito de sua conduta ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, conforme preleciona o seu artigo 45:

Art. 45. É isento de pena o agente que, em razão da dependência, ou sob o efeito, proveniente de caso fortuito ou força maior, de droga, era, ao tempo da ação ou da omissão, qualquer que tenha sido a infração penal praticada, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Parágrafo único. Quando absolver o agente, reconhecendo, por força pericial, que este apresentava, à época do fato previsto neste artigo, as condições referidas no caput deste artigo, poderá determinar o juiz, na sentença, o seu encaminhamento para tratamento médico adequado (grifos acrescidos).

De acordo com o artigo supra, nota-se que até na esfera penal o drogadicto é tratado como um enfermo mental, razão pela qual, não há que ser considerado um criminoso. Ferreira (2013, p. 40) argumentando sobre o assunto:

Mister se faz ressaltar que a dependência química não pode e não deve ser comparada a um delito, pois quando constatada, atua diretamente no cérebro do indivíduo, deixando seqüelas, que por muitas vezes, são irreversíveis. De muitos que consideram entender ou estão em posições que exigem real entendimento do assunto, não obstante o despreparo, chegamos até mesmo a ouvir/ ver / ler verdadeiros absurdos, tais como falar em “cura” da dependência química, sem entender que ela é considerada uma doença crônica, como a hipertensão arterial e o diabetes, e, como tal, é recorrente e acompanha o indivíduo por toda sua vida. **Nessa esteira, o que se verifica é que a dependência química é considerada doença mental incurável e como tal, acompanha o indivíduo por toda sua vida** (grifos acrescidos).

No entanto, é necessário salientar que se o usuário de drogas for capaz de entender o caráter ilícito do fato, ao tempo da ação ou da omissão, ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, ele é penalmente imputável e deverá ser adotado o procedimento estabelecido no artigo 26 da Lei de drogas, ou seja, deverá ser garantido os serviços de atenção à sua saúde, definidos pelo respectivo sistema penitenciário.

Nucci (2014, p. 322), considera o artigo 28 da Lei de drogas uma norma extrapenal, e assim, argumenta:

Embora inserida nesta Lei, cuida-se de medida a ser tomada por juiz criminal, mas não como efeito da condenação, nem tampouco como pena. Cuida-se de medida benéfica a quem usa drogas, para que se submeta a um tratamento especializado, afastando-se, com isso, eventual reincidência. Não sendo pena ou efeito da condenação, se o sentenciado não se valer da medida tomada pelo juiz, nenhuma consequência negativa lhe pode ocorrer (grifos acrescentados).

Nesse sentido, a drogadição se tornou um problema de saúde pública, conforme deixa claro, o artigo 23 da Lei de drogas ao estabelecer que as redes dos serviços de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios desenvolverão programas de atenção ao usuário e aos adictos a drogas. O § 7º do artigo 28 da Lei nº 11.343/2006 reforça que o Estado brasileiro dispensa ao usuário de drogas medidas de saúde:

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:

[...]

§ 7º O juiz determinará ao Poder Público que coloque à disposição do infrator, gratuitamente, estabelecimento de saúde, preferencialmente ambulatorial, para tratamento especializado.

Tal problemática é objeto, ainda, de políticas públicas por parte do Estado, desempenhadas através do SISNAD, bem como pelo Decreto nº 7179, de 20 de maio de 2010, que instituiu o Plano Integrado de enfrentamento ao *crack* e outras drogas em seu artigo 1º, *in verbis*:

Art. 1º Fica instituído 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.

Depreende-se que o usuário de drogas recebe medidas protetivas por parte do Estado, as quais visam à prevenção ao uso indevido de entorpecentes, a sua recuperação e a sua reinserção social, pois a drogadicção é tratada pelo Estado brasileiro como um problema de saúde pública. Em razão disso, a internação compulsória, que será abordada neste trabalho, surge como uma medida a ser

adotada por parte do Estado com o intuito de preservar o bem mais precioso do ser humano: a vida.

3 INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA: ASPECTOS DE EVOLUÇÃO E CARACTERÍSTICAS

Internação psiquiátrica é o procedimento médico regulamentado pela Lei nº 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Será determinada apenas quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes, como preleciona o artigo 4º da legislação em comento.

Os incisos I, II e III do parágrafo único do artigo 6º da supracitada Lei elencam os tipos de internação psiquiátrica, *in verbis*:

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.

Depreende-se que existem três tipos de internação psiquiátrica: voluntária, involuntária e compulsória. A internação voluntária se dá com o consentimento do usuário; a involuntária ocorre sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e a compulsória é determinada pela justiça.

3.1 TIPOS DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

A internação psiquiátrica é um ato médico – e não deve ser confundida com confinamento asilar - pois é indicada por um psiquiatra e é regida pelos protocolos médicos, pelas leis e pela ética. De acordo com o artigo 6º da Lei nº 10.216/01, “só será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos”, ou seja, o psiquiatra deve explicar a razão pela qual está indicando o tratamento.

Vale salientar que só será determinada quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes, conforme já ressaltado, isto é, trata-se de uma medida de exceção, pois o tratamento ambulatorial é preferencial. Além disso, possui como objetivo a reinserção social do paciente em seu meio, conforme prevê o artigo 4º e seu § 1º, da Lei em comento.

Na internação voluntária o indivíduo escolhe esse tratamento por meio de uma declaração escrita por ele próprio, conforme estabelece o artigo 7º da supracitada Lei. O seu término ocorrerá quando o paciente solicitar por escrito ou quando o médico assim determinar.

A internação involuntária prescinde do consentimento do paciente e é realizada após solicitação por escrito de terceiro. As pessoas autorizadas a formular o requerimento são, por analogia, as mesmas previstas para promover a interdição elencadas no artigo 1.768 do Código Civil: pais ou tutores, cônjuge ou companheiro, ou qualquer parente. A Lei nº 10.216/01 estabelece que o Ministério Público, no prazo de setenta e duas horas, deverá ser comunicado da internação e seus motivos pelos responsáveis técnicos do estabelecimento de saúde. O mesmo procedimento será devido quando o paciente receber alta.

O término da medida terapêutica, conforme prevê o § 2º do artigo 8º da Lei nº 10.216/01, dar-se-á quando o familiar ou o responsável legal solicitar por escrito ou quando o especialista responsável determinar. Vale salientar que a internação voluntária pode se transformar em involuntária quando no decurso da hospitalização ocorrer discordância do paciente.

Já a internação compulsória é aquela determinada pelo juiz competente sem a necessidade de autorização familiar. Encontra-se prevista no artigo 9º da lei 10.216/01 e deverá ser precedida de pedido médico formal, assegurando que o indivíduo não possui domínio sobre a sua condição física e psicológica. O retro mencionado artigo estabelece que ela “levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e dos funcionários”, dessa forma, deverá ser realizada em estabelecimento adequado ao tratamento do paciente.

3.1.1 Internação compulsória

A internação compulsória, prevista no artigo 6º, III, da Lei nº 10.216/01 - como todas as demais formas de internação psiquiátrica - constitui uma medida de exceção, pois o tratamento ambulatorial é a regra. É indicada apenas quando a pessoa coloca em risco sua vida ou a de outrem, bem como quando todos os recursos extra-hospitalares se esgotarem.

Nesses casos, podem formular ao Judiciário o pedido de internação compulsória do paciente, o Ministério Público ou o setor próprio da área de saúde pública. Vale salientar que tal pedido deve ser encaminhado ao juiz da vara de família e será deferido em caráter temporário e emergencial, além de ser antecedida de manifestação do Ministério Público, conforme já ressaltado.

O juiz não deve determinar o tempo da internação, pois compete ao médico responsável definir o término da internação, como estabelece o § 2º do artigo 8º da Lei 10.216/01. Deverá, ainda, ser assistida por uma equipe multidisciplinar composta por médicos, assistentes sociais, psicólogos, ocupacionais, de lazer, entre outros profissionais, como salienta o § 2º do artigo 4º da Lei retro mencionada.

Vale destacar que o paciente deve ser formalmente informado acerca dos seus direitos assegurados pelo parágrafo único do artigo 2º da Lei 10.216/2001, *in verbis*:

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.

Dessa maneira, os pacientes devem ter acesso a tratamento de saúde adequado às suas necessidades; serem tratados com humanidade e respeito; ser reinseridos no meio em que vivem; serem protegidos de abuso e exploração; terem garantia de sigilo nas informações prestadas; à presença médica; livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; informações acerca da sua doença e do seu tratamento; serem tratados com os meios menos invasivos possíveis e de preferência em serviços comunitários de saúde mental; ou seja, seus direitos devem ser assegurados e mantidos.

A internação compulsória visa proteger o indivíduo quando a sua saúde está gravemente debilitada e ele coloca a sua vida ou a de outrem em iminente risco. Ressalta-se que, muitas vezes, o indivíduo não possui condições de expressar a sua vontade, em decorrência da patologia que o acomete, sendo este tratamento o único meio de protegê-lo.

3.1.1.1 Breve histórico da internação compulsória

Os conflitos sociais marcaram a história da humanidade, por meio dos quais os grupos minoritários eram obrigados a seguir a posição dos majoritários. A internação compulsória foi utilizada como meio de segregação da parcela da população que obstaculizava as pretensões da classe dominante.

Na Idade Média as pessoas portadoras de hanseníase, popularmente conhecida como lepra, eram internadas e largadas no leprosário com o intuito de não disseminar a doença. Posteriormente, os indivíduos acometidos por doenças sexualmente transmissíveis foram internados em lugares coletivos com o intuito de mantê-los isolados das demais pessoas.

Sobre a temática assevera Foucault (2004, p. 8):

Fato curioso a constatar: é sob a influência do modo de internamento, tal como ele se constituiu no século XVII, que a doença venérea se isolou, numa certa medida, de seu contexto médico e se integrou, ao lado da loucura, num espaço moral de exclusão. De fato, a verdadeira herança da

lepra não é aí que deve ser buscada, mas sim num fenômeno bastante complexo, do qual a medicina demorará para se apropriar. Esse fenômeno é a loucura. Mas será necessário um longo momento de latência, quase dois séculos, para que esse novo espantinho, que sucede à lepra nos medos seculares, suscite como ela reações de divisão, de exclusão, de purificação que no entanto lhe são aparentadas de uma maneira bem evidente [...] (*sic*).

Constata-se que a internação consistia em uma forma de manter excluídos da sociedade os indivíduos indesejáveis como os portadores de hanseníase e doenças sexualmente transmissíveis. Como salientou Foucault, no século XVIII, surgiu a internação por causa da loucura; mas vale ressaltar que ela estava relacionada a questões econômicas e jurídicas, pois o indivíduo era internado junto com outras pessoas que poderiam prejudicar a economia da Europa como vadios, desempregados e prostitutas.

No final do século XVIII, a loucura passou a ser considerada doença mental e no século XIX, esse tipo de anomalia foi desmembrada dos demais tipos de doença. Ainda, desenvolveu-se a noção de que o doente mental necessita de tratamento médico especializado e surgiu a psiquiatria, os asilos e os centros de internação. Os manicômios também remontam dessa época e consistiam em locais em que os médicos isolavam os pacientes.

A França, no ano de 1838, editou uma lei que regulamentava a situação do doente mental, bem como o tratamento adequado para ele. Tal Lei influenciou o ocidente em relação aos cuidados dispensados aos enfermos mentais. Brito (2004, p. 27), aduz acerca do tema que:

A lei francesa de 1838 sobre os alienados exerceu um papel de grande importância na história e no desenvolvimento da psiquiatria. As determinações presentes em seu texto fundamentaram em grande parte a prática psiquiátrica e influenciaram a constituição das leis de diversos países ocidentais. Sua formulação ocorreu no contexto pós-revolucionário e seu texto foi diretamente influenciado pelas concepções alienistas da época.

O Brasil também foi influenciado pela Lei francesa e em 1903 editou a primeira regulamentação acerca do tratamento dos enfermos mentais: o Decreto nº 1132/1903.

A partir da Lei francesa a internação compulsória recebeu o nome de internação psiquiátrica. Ela determinava a criação de asilos para o internamento dos

enfermos mentais, estabelecia os procedimentos a serem adotados, o que seria necessário para a alta dos pacientes, bem como acerca da administração dos seus bens. Além disso, responsabilizava o Estado pela guarda e assistência dos enfermos e que eles deveriam ser internados em locais próprios para esse fim.

Ademais, tal legislação exigia que o médico expedisse um laudo onde constasse a capacidade do paciente antes e depois do internamento, bem como, elencava a documentação necessária para a internação e para a alta do indivíduo. É considerada, então, um marco na psiquiatria mundial.

3.1.1.2 Histórico das principais normas brasileiras referentes à internação compulsória

Sob a influência da Lei francesa de 1838, conforme já fora dito, o Decreto nº 1132/1903, foi a primeira regulamentação brasileira acerca da internação de pessoas acometidas por doenças mentais. Brito (2004, p. 70), ainda entende:

O Decreto Nº 1.132 de 22 de dezembro de 1903 que reorganiza a assistência a alienados foi a primeira lei nacional que abordou a questão dos alienados. Era composto por 23 artigos que tratavam dos motivos que determinam a internação e dos procedimentos necessários para a realização da mesma; da guarda dos bens dos alienados; da possibilidade de alta; da proibição em se manter alienados em cadeias públicas; da inspeção dos asilos feita por comissão a mando do ministro da justiça e negócios interiores; das condições necessárias para o funcionamento do asilo; do pagamento das diárias dos doentes; da composição dos trabalhadores do Hospício Nacional e das colônias de alienados; da penalidade pelo descumprimento da lei.

O referido decreto trazia a internação compulsória como uma maneira de manter a sociedade segura e de preservar a ordem pública e não visava o tratamento do doente. De acordo com seu artigo 1º, primeiramente o Estado recolhia os indivíduos e só depois os submetia à avaliação médica, que, por sua vez, tinha apenas o papel de indicar o grau da loucura. Tanto o poder público como qualquer particular poderia requisitar a internação do paciente, pois não era exigido grau de parentesco com o enfermo mental. O término da internação se daria a pedido do

responsável pela requisição do tratamento e só seria concedido se não houvesse risco para a sociedade.

O Decreto nº 24559/1934, por sua vez, revogou o Decreto nº 11.32/1903. Essa legislação deu início a uma preocupação com a prevenção da enfermidade mental, além de introduzir o acompanhamento social e médico. As pessoas poderiam ser beneficiadas com o tratamento antes, durante e depois da internação. Criou, ainda, um Conselho para proteção e prevenção aos psicopatas.

A norma em comento determinava três regimes de internação: aberto, fechado e misto. Os enfermos poderiam realizar o tratamento em domicílio, na casa da sua própria família ou na de outra unidade familiar. Dessa maneira, estabeleceu-se a internação voluntária e a internação determinada pelo Estado ou solicitada por terceiro. Tinham direito ao regime aberto os pacientes que não apresentassem risco para a sociedade e que não se opusessem à internação.

O artigo 21 do Decreto nº 24559/1934 determinava como o paciente receberia alta, *in verbis*:

Art. 21. Salvo o caso de iminente perigo para a ordem pública, para o próprio paciente ou para outros, não será recusada a retirada do internado em qualquer estabelecimento quando requerida:

- a) Pela pessoa que pediu a internação;
- b) Por cônjuge, pai ou filho ou outro parente de maioridade até o 4º grau inclusive, na falta daqueles;
- c) Por curador ou tutor.

§ 1º O requerente deverá responsabilizar-se pelo tratamento e cuidados exigidos pelo estado mental do paciente.

§ 2º Quando as pessoas acima referidas divergirem relativamente à retirada, será esse fato comunicado à Comissão inspetora para decidir.

§ 3º Quando fôr recusada a retirada, o diretor do estabelecimento comunicará, imediatamente, à Comissão Inspetora os motivos da recusa.

§ 4º Quando o juiz ordenar a saída do paciente que apresente manifesto perigo para a ordem pública, para si próprio ou para outrem, o diretor do estabelecimento deverá antes ponderar àquela autoridade a inconveniência do cumprimento da ordem, aguardando nova determinação (*sic*).

Depreende-se que só seria concedida alta ao paciente se ele não representasse perigo para a sociedade, além de ser necessário que alguém se responsabilizasse por ele e por seu tratamento.

Em 1938, o Decreto-Lei nº 891, admitiu pela primeira vez, no Brasil, que o drogadicto era considerado portador de uma patologia. Foi elaborado na era Vargas e encontra-se vigente no ordenamento jurídico pátrio. Previu a possibilidade de sua

internação obrigatória, quando necessária ao seu tratamento ou for conveniente para a ordem pública, conforme se observa no seu artigo 29, *caput* e § 1º, *in verbis*:

Artigo 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.

A internação obrigatória prevista no supracitado artigo é uma forma de internação compulsória, pois ocorre com a determinação judicial e prescinde da anuência do indivíduo. No entanto, o Decreto-Lei nº 891/1938 não trouxe o procedimento a ser realizado na internação compulsória de drogadicto, razão pela qual era adotado o mesmo do enfermo mental.

Em 2001, foi editada a Lei nº 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, que será analisada adiante.

Ainda sobre a matéria, foram apresentados no Congresso Nacional Projetos de Lei, entre os quais, o Projeto de Lei do Senado nº 111 de 2010, de autoria do ex-senador Demóstenes Torres. O referido projeto pretendia alterar a Lei nº 11.343/2006 a fim de prever pena de detenção para condutas relacionadas ao consumo pessoal de drogas e a sua substituição por tratamento especializado.

Entretanto, em abril de 2013, a proposta sofreu alterações da Comissão de Assuntos Sociais (CAS), que apresentou uma emenda substitutiva a qual retirou a cominação de pena privativa de liberdade e acrescentou dois artigos que previam a internação compulsória dos drogadicto, *in verbis*:

Art. 28-A. O juiz, com base em laudo emitido por comissão técnica, poderá determinar o encaminhamento do agente das condutas previstas no art. 28 para tratamento especializado e, se necessário, para internação compulsória, observadas as disposições da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.

§ 1º A comissão de que trata o caput funcionará junto ao tribunal ou juízo competente e será composta por três profissionais de saúde com experiência no tratamento de dependência de drogas, sendo ao menos um deles médico.

§ 2º O juiz poderá, a qualquer momento, encaminhar o dependente químico para tratamento especializado, após ouvida a comissão especificada no §1º.

§ 3º O juiz determinará ao poder público que coloque à disposição do agente das condutas previstas no art. 28, gratuitamente, estabelecimento de saúde para tratamento especializado, inclusive em regime de internação.
 Art.28-B. Para fins do disposto no art. 76 da Lei nº 9.099, de 26 de setembro de 1995, o Ministério Público poderá propor o encaminhamento do dependente químico para a aplicação das medidas de que trata o art. 28-A.

A proposta alterou o projeto de lei em questão sob o argumento de que a cominação de pena privativa de liberdade ao indivíduo que porte a droga para consumo pessoal iria contrariar a política nacional de proteção a atenção ao uso e dependência de drogas. Além disso, contemplou a possibilidade de aplicação da internação compulsória como medida terapêutica para os drogadictos, nos termos da Lei nº 10.216/01. No entanto, a matéria encontra-se arquivada em decorrência do final da legislatura, na forma do artigo 332 do Regimento Interno do Senado Federal, *in verbis*:

Art. 332. Ao final da legislatura serão arquivadas todas as proposições em tramitação no Senado, exceto:
 I – as originárias da Câmara ou por ela revisadas;
 II – as de autoria de Senadores que permaneçam no exercício de mandato ou que tenham sido reeleitos;
 III – as apresentadas por Senadores no último ano de mandato;
 IV – as com parecer favorável das comissões;
 V – as que tratem de matéria de competência exclusiva do Congresso Nacional (Const., art. 49);
 VI – as que tratem de matéria de competência privativa do Senado Federal (Const., art. 52);
 VII – pedido de sustação de processo contra Senador em andamento no Supremo Tribunal Federal (Const., art. 53, §§ 3º e 4º, EC no 35/2001) [...].

Já o Projeto de Lei nº 7663/2010 aguarda retorno ao Senado Federal e foi proposto pelo parlamentar Osmar Terra com o intuito de alterar alguns dispositivos da Lei nº 11.343/2006. Ele também trata da possibilidade de internar compulsoriamente os adictos a drogas com o objetivo de resgatar o paciente que não possui capacidade de decisão, como se observa em seu artigo 11, *in verbis*:

Art. 11. Inclua-se o seguinte art. 23-A à Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006:
 “Art. 23-A A internação de usuário ou dependente de drogas obedecerá ao seguinte:
 I – será realizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina (CRM) do Estado onde se localize o estabelecimento no qual se dará a internação e com base na avaliação da equipe técnica;
 II – ocorrerá em uma das seguintes situações:

- a) internação voluntária: aquela que é consentida pela pessoa a ser internada;
- b) internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e apedido de terceiro; e
- c) internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Logo, a internação compulsória de drogadictos vem sendo discutida pelos parlamentares brasileiros desde a era Vargas, com o Decreto-Lei nº 891/1938, no entanto, ainda não foi aprovada uma Lei que regulamente especificamente a matéria. Por essa razão, é aplicada, atualmente, a Lei nº 10. 216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

3.2 BREVE RELATO HISTÓRICO SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA PROMOVIDA PELA LEI Nº 10.216/01

A Lei nº 10.216/01 foi inspirada na Lei nº 180/78 da Itália, a chamada Lei da reforma psiquiátrica italiana. É fruto do Projeto de Lei nº 3.653/89 do Deputado Federal Paulo Delgado, que estabelecia a extinção gradativa dos manicômios, o que afetava interesses empresariais e econômicos, fator esse responsável pela demora na sua aprovação.

Com o declínio do governo militar, ocorrido no final da década de setenta e início da década de oitenta, a população brasileira tomou conhecimento das péssimas condições dos enfermos mentais internados em manicômios, o que desencadeou uma comoção nacional a fim de que o problema fosse solucionado.

A partir dessa mobilização da população brasileira surgiu o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que objetivava difundir como os enfermos mentais internados viviam. Brito (2004, p. 46), aduz acerca dos objetivos do movimento:

Inicialmente, as ações do movimento concentraram-se na exposição da realidade asilar através das denúncias para que a sociedade tomasse conhecimento deste fato e, então, pudesse junto ao movimento, lutar para alterar a realidade psiquiátrica. A princípio, tais mudanças eram buscadas

por meio de duas fontes: inverter a política privatizante de saúde mental e constituir uma rede de serviços extra-hospitalares.

Pode-se depreender que o MTSM visava denunciar a precariedade das condições dos manicômios brasileiros a fim de mobilizar a população para que ela lutasse por melhoria da psiquiatria pátria. Tal mobilização, por sua vez, culminou no supracitado Projeto de Lei.

No período compreendido entre 1989 e 2001, alguns Estados aprovaram Leis que se basearam no projeto de Lei em comento, no entanto, todas foram revogadas no ano de 2001, com a aprovação da Lei da reforma psiquiátrica brasileira.

A redação da Lei nº 10.216/01, ficou muito diferenciada da redação original do Projeto de Lei nº 3.653/89, pois conforme já explicitado, interesses econômicos estavam envolvidos. A extinção gradativa dos manicômios, principal reivindicação contida no projeto, por exemplo, não foi aprovada na legislação em comento, haja vista que seria prejudicial aos empresários que desenvolviam tal atividade.

A Lei da reforma psiquiátrica brasileira trata os enfermos mentais como sujeitos de direitos, conforme se observa em seu artigo 1º, senão vejamos:

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.

Os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, nomenclatura substitutiva do termo psicopata, utilizado no Decreto nº 24559/1934, vêm especificados no artigo 2º da Lei nº 10.216/01. Ademais, a retro mencionada Lei responsabiliza o Estado pelo tratamento do enfermo mental, determina como serão realizadas as pesquisas com os doentes, bem como, elenca os três tipos de internação e a criação de uma comissão para o acompanhamento da implantação da nova Lei.

Santos (2013, p. 49), escrevendo acerca da reforma psiquiátrica brasileira, explica que:

A reforma psiquiátrica no Brasil teve seu início nos anos 80, materializando-se com a criação da Lei nº 10.216/2001, que atravessou mais de uma década de debates até entrar em vigor. Com a finalidade de discutir uma nova política de saúde mental, seus argumentos foram sedimentados na

proteção e nos direitos de portadores de transtornos mentais, que até então passariam a determinar a internação uma exceção, ou seja, em casos de insuficiência de recursos hospitalares, para proteção contra maus tratos e a reinserção dos pacientes no âmbito social.

Depreende-se que a reforma psiquiátrica teve como objetivo assegurar melhores condições para os enfermos mentais e resguardar os seus direitos, além de prever a internação apenas quando os meios extra-hospitalares forem insuficientes. Logo, todas as pessoas acometidas de doença mental serão tratadas com base nos procedimentos estabelecidos pela Lei citada, assim como os adictos a drogas, pois, a dependência química é um transtorno mental e comportamental (CID 10 F 19-2).

3.3 A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DOS DROGADICTOS

A internação compulsória aplica-se ao drogadicto, pois a dependência química é considerada uma doença mental. Será determinada pelo Estado como *ultima ratio*, tendo em vista ser necessário que ele esteja impossibilitado, momentaneamente, de decidir acerca do próprio interesse, no caso, sua saúde. Dessa maneira, constitui uma etapa no processo de reabilitação do adicto a drogas quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes, ou quando ele ou terceiro estiverem em iminente risco de morte.

A medida terapêutica passou a ser alvo de discussões de estudiosos brasileiros após a sua adoção pelos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro. No entanto, já se encontrava prevista no artigo 1.777 c/c artigo 1.767 do Código Civil de 2002, bem como nos artigos 27, 28 e 29 do Decreto nº 891/1938, que ainda se encontra vigente. Assim, não se trata de uma novidade no ordenamento jurídico pátrio, é, na verdade, uma nova política de saúde pública.

Vale destacar que não se deve associar a internação compulsória à interdição, pois, apenas quando o tratamento da drogadicção for ineficaz e a doença resultar a incapacidade para os atos da vida civil, será necessária a interdição, prescrita no artigo 1.767 do Código Civil. Vale salientar que o artigo 4º, inciso II, do

Códex Civil estabelece que os viciados em tóxicos são relativamente incapazes, vejamos:

Art. 4º São incapazes, relativamente a certos atos, ou à maneira de os exercer:
 [...]

 II - os ébrios habituais, **os viciados em tóxicos**, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido; [...] (grifos acrescentados).

Como o estatuto civilista aduz que os drogadictos são relativamente incapazes, eles necessitarão de assistência para praticar os atos da vida civil. O legislador subtendeu que os dependentes químicos possuem discernimento, no entanto, não o necessário para a prática dos atos da vida civil, por isso condicionou a sua validade à assistência dos representantes legais do enfermo.

Ferreira (2013, p. 52), aborda a questão e relata que:

Tal abordagem se fez presente apenas para demonstrar que o usuário de drogas não tem condições de responder pelos atos da vida civil e, assim sendo, não possui o necessário discernimento ao ponto de decidir nada a seu respeito, necessário se faz a intervenção familiar ou até mesmo Estatal para aplicar a internação compulsória dos usuários dependentes químicos de drogas, visando sua desintoxicação e sua reinserção social.

Dessa maneira, como o drogadicto é relativamente incapaz e não possui condições de praticar sozinho os atos civis, pressupõe-se que ele não possui discernimento suficiente também para decidir acerca da sua internação.

Acerca da internação compulsória do adicto a drogas, assevera Ferreira (2013, p. 47):

Convém ressaltar que o sucesso na recuperação dos usuários dependentes químicos não basta a simples aplicação da internação compulsória como medida de desintoxicação e reinserção social, mas também, a garantia de todos os direitos fundamentais. Com a internação compulsória o Estado estará garantido o direito individual à vida e, posteriormente, a liberdade, todavia, é preciso assegurar também, os direitos sociais fundamentais previstos na Constituição, em seu artigo 6º [...].

Depreende-se que a internação compulsória é uma medida terapêutica que visa desintoxicar o dependente químico e a sua reinserção social, no entanto, para o sucesso do seu tratamento deverá ser a ele assegurado todos os seus direitos

fundamentais, entre eles educação, trabalho, alimentação, moradia, segurança e lazer. Vale mencionar, inclusive, que a garantia dos direitos fundamentais constitui pressuposto para que se concretize um dos fundamentos da República Federativa do Brasil: a dignidade da pessoa humana.

Uma vez autorizada a internação compulsória, compete ao Sistema Único de Saúde (SUS) providenciar a entrada do drogadicto no hospital o que deve ser realizado com o auxílio dos agentes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), pois são medidas de saúde pública e não precisam de atuação do Poder Judiciário.

No Estado de São Paulo os agentes de saúde dão início ao procedimento de internação compulsória se houver indicação médica, contudo, representantes do Poder Judiciário encontram-se de plantão em um equipamento médico. Após um primeiro atendimento, o drogadicto é encaminhado voluntariamente ao Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras drogas (CRATOD), por um assistente social, onde será submetido à avaliação médica que indicará o tratamento adequado. Caso o indivíduo não queira ser internado, o juiz poderá determinar a internação imediata se os médicos asseverarem que ele corre risco e que não possui domínio sobre o seu estado físico e psicológico.

Há precedentes de determinação de internação compulsória de adictos a drogas com base na Lei nº 10.216/01, como é o caso da ordem de *habeas corpus* denegada pelo Tribunal de Justiça do Distrito Federal, senão vejamos:

CÍVEL. HABEAS CORPUS. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA. TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO E DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA. ALEGAÇÃO DE CONSTRANGIMENTO ILEGAL. INOCORRÊNCIA. ORDEM DENEGADA. 1 - MOSTRA-SE EVIDENTE A NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DO PACIENTE QUANDO É AVANÇADO O SEU ESTADO DE DETERIORAÇÃO MENTAL, ATÉ PORQUE EXISTE PREVISÃO EXPRESSA NO NOSSO ORDENAMENTO JURÍDICO PARA TAL TIPO DE INTERNAÇÃO (LEI Nº 10.216/2001). 2 - NÃO HÁ QUE SE FALAR EM COAÇÃO ILEGAL OU CONSTRANGIMENTO ILEGAL, QUER PRATICADO PELA CURADORA, QUER PRATICADO PELA AUTORIDADE APONTADA COMO COATORA, QUANDO SE CUIDA DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA, PERFEITAMENTE CABÍVEL NO CASO EM FACE DO HISTÓRICO MÉDICO CONTIDO NO LAUDO ELABORADO POR PERITO OFICIAL. 3 - ORDEM DENEGADA. (TJ-DF - HC: 842020098070000 DF 0000084-20.2009.807.0000, Relator: ROBERTO SANTOS, Data de Julgamento: 04/02/2009, 1ª Turma Cível, Data de Publicação: 22/06/2009, DJ-e Pág. 55).

Da análise desse julgado percebe-se que no caso apreciado por esses doutos juristas ficou demonstrado que o drogadicto não possuía mais discernimento para responder pelos seus atos da vida civil, pois, sua saúde mental encontrava-se debilitada.

Quando o adicto a drogas for menor, será observado, além da Lei nº 10.216/01, o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/90), que prevê em seu artigo 101, incisos V e VI, que o tratamento de internação poderá ser requerido pelo Ministério Público, *in verbis*:

Art. 101. Verificada qualquer das hipóteses previstas no art. 98, a autoridade competente poderá determinar, dentre outras, as seguintes medidas:

[...]

IV. requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial;

VI. Inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos.

O dispositivo mencionado autoriza a internação compulsória com o fim de tratamento de crianças e adolescentes adictos a drogas. É indispensável a prévia manifestação do Ministério Público, sobretudo quando se tratar de drogadicto menor, em consonância com o artigo 82, inciso I, do Código de Processo Civil, sem a qual o feito estará eivado de nulidade.

Além disso, o artigo 201 do ECA, elenca entre as atribuições desse órgão intervir nos procedimentos referentes ao direito indisponível à saúde de crianças e adolescentes, no qual são inclusas prováveis restrições de sua liberdade com a finalidade de tratamento. O promotor deve, ainda, inspecionar os locais de atendimento, conforme prescreve o artigo 201, XI, do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Vale ressaltar que, excepcionalmente, a internação da criança ou do adolescente drogadicto poderá ser realizada pelo Conselho Tutelar, sem a necessidade de ordem emanada de juiz competente, conforme estabelece o artigo 136, inciso I, do ECA.

As proteções estabelecidas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente prevalecerão sobre as elencadas na Lei nº 10.216/01, tendo em vista que se trata de norma específica. Dessa maneira, além da participação do Ministério Público, é necessária a nomeação de curador especial quando houver conflito de interesses do

menor em relação aos seus pais ou responsáveis legais, bem como quando estes encontrarem-se ausentes, como estabelece o artigo 9º, inciso I, do CPC e o parágrafo único do artigo 142, do ECA. Além disso, deverá ser considerado sempre a condição peculiar de pessoas em desenvolvimento, crianças e adolescentes.

Assim, a internação compulsória de adictos a drogas mostra-se como medida de preservação da sua saúde e, sobretudo, da sua vida, pois só será determinada quando ele estiver colocando a sua vida ou de outrem em iminente risco. Poderá, como visto, ser indicada às crianças e adolescentes, no entanto, deverão ser observadas as proteções estabelecidas na legislação específica.

3.3.1 Onde promover o internamento adequado ao drogadicto e ao tratamento?

A drogadicção é uma patologia e, como todas as outras, necessita do recurso terapêutico adequado. O tratamento ambulatorial será preferível à internação, qualquer que seja sua modalidade, como determina o artigo 4º, *caput*, da Lei nº 10.216/01.

A internação, quando necessária, deverá ser realizada em locais adequados e ser assistida por uma equipe multifuncional, composta por médicos, assistentes sociais, psicólogos, ocupacionais, de lazer, entre outros, conforme aduz o § 2º do artigo 4º, da Lei supramencionada.

Vale ressaltar que é vedada a internação em instituições com características asilares, como prescreve o § 3º do artigo 4º, da Lei de reforma psiquiátrica brasileira:

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

[...]

§ 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 (grifos acrescidos).

Depreende-se que o Estado deve proporcionar a internação em locais com estrutura adequada para a aplicação da medida terapêutica, dotada de uma equipe multifuncional especializada no tratamento dos adictos a drogas. Além disso, todos

os direitos dos pacientes devem ser assegurados, pois, não é mais concebível apenas o recolhimento do enfermo a fim de resguardar a sociedade de algum risco - como acontecia nas instituições manicomiais - posto que a internação visa a desintoxicação e o tratamento do drogadicto, bem como a sua posterior reinserção social.

O internamento ocorre em instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, também conhecidas como Comunidades Terapêuticas (CT), atualmente regulamentadas pela Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Segundo Sant'anna (2012, p. 14), "a Comunidade Terapêutica surge como processo de reforma institucional interno ao asilo. Seu objetivo era resgatar a função terapêutica do hospital, fazendo que todos, e não apenas os técnicos compartilhassem". Dessa maneira, as CTs substituem os antigos asilos e introduzem uma nova maneira de tratamento dos drogadicotos proporcionando a eles maior interatividade. Além disso, contam com profissionais de diversas áreas como psiquiatras, psicólogos, auxiliares de enfermagem, pedagogos, entre outros.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAP's), igualmente auxiliado por equipe multidisciplinar, também desempenha papel importante no tratamento dos adictos a drogas e visa o atendimento à população, o acompanhamento clínico e a sua reinserção na sociedade.

O drogadicto só será encaminhado para a Comunidade Terapêutica quando a sua saúde estiver muito debilitada e o CAP's assim recomendar. No entanto, embora o direito à saúde seja garantido constitucionalmente no artigo 196 e a dependência química seja considerada uma doença, ainda falta no Brasil Comunidades Terapêuticas habilitadas para o tratamento do dependente químico suficientes, pois o número de enfermos é maior que as vagas ofertadas.

Logo, cabe ao Estado o aumento do número de Comunidades Terapêuticas dotadas da estrutura necessária e exigida pela Lei de reforma psiquiátrica a fim de que ela possa se tornar efetiva. Vale ressaltar, ainda, que ele deve fiscalizá-las, sendo, inclusive, recomendável a presença de membros do Ministério Público, da Defensoria Pública, da Ordem dos Advogados do Brasil, bem como os órgãos da saúde, a fim de evitar possíveis irregularidades.

4 ANÁLISE JURÍDICA E SOCIAL SOBRE A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DOS DROGADICTOS FRENTE AOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

Direitos fundamentais são os direitos do homem positivados na ordem jurídica de um determinado Estado. Diferem dos direitos humanos, na medida em que estes almejam à validade global, isto é, são inerentes a todo homem, bem como a todas as nações e a todos os períodos históricos. Além disso, são reconhecidos pelos tratados internacionais e são válidos independentemente da aceitação por certa ordem constitucional.

Bulos (2008, p. 404), conceitua os direitos fundamentais:

Direitos fundamentais são o conjunto de normas, princípios, prerrogativas, deveres e institutos inerentes à soberania popular, que garantem a convivência pacífica, digna, livre e igualitária, independentemente de credo, raça, origem, cor, condição econômica ou status social.

O Título II da Constituição da República Federativa do Brasil divide os direitos fundamentais em grupos, são eles: direitos e deveres individuais e coletivos; direitos sociais; direitos de nacionalidade; direitos políticos e partidos políticos. No presente trabalho abordar-se-á o grupo dos direitos e deveres individuais e coletivos.

A doutrina clássica divide os direitos fundamentais em primeira, segunda e terceira geração, de acordo com a ordem cronológica que foram sendo reconhecidos constitucionalmente. No entanto, alguns doutrinadores defendem que existem, ainda, a quarta e a quinta geração dos direitos fundamentais, como será abordado.

4.1 BREVE ESTUDO ACERCA DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

O Supremo Tribunal Federal e a doutrina moderna manifestam-se no sentido de que os direitos e deveres individuais e coletivos não se limitam ao artigo 5º da Constituição Federal, pois são difundidos no decorrer da Carta Magna brasileira, bem como nos tratados internacionais que o país venha a aderir.

Os direitos fundamentais classificam-se em gerações, conforme já ressaltado. Bulos (2008, p. 406), discorre acerca da primeira geração:

A primeira geração, surgida ao final do século XVII, inaugura-se com o florescimento dos direitos e garantias clássicas, as quais encontravam na limitação do poder estatal o seu embasamento. Nessa fase, prestigiavam-se as cognominadas prestações negativas, as quais geravam um dever de não fazer por parte do Estado, com vistas à preservação do direito à vida, à liberdade de locomoção, à expressão, à religião, à associação etc.

Os direitos fundamentais de primeira geração relacionam-se às liberdades individuais, pois surgem com a transição do Estado autoritário para o Estado de direito. Os direitos à vida, à saúde e à liberdade estão inseridos nesta primeira geração.

Sobre os direitos de segunda geração assevera Lenza (2014, p. 1057):

O fato histórico que inspira e impulsiona os direitos humanos de 2.^a dimensão é a Revolução Industrial europeia, a partir do século XIX. Em decorrência das péssimas situações e condições de trabalho, eclodem movimentos como o cartista, na Inglaterra, e a Comuna de Paris (1848), na busca de reivindicações trabalhistas e normas de assistência social. O início do século XX é marcado pela Primeira Grande Guerra e pela fixação de direitos sociais. Essa perspectiva de evidenciação dos direitos sociais, culturais e econômicos, bem como dos direitos coletivos, ou de coletividade, correspondendo aos direitos de igualdade (substancial, real e material, e não meramente formal) [...].

Os direitos de segunda geração surgiram após a Primeira Guerra Mundial e se referem às liberdades positivas, reais ou concretas, pois buscam do Estado prestações positivas a fim de que seja assegurado o bem-estar e a igualdade. Estão compreendidos nessa classificação os direitos econômicos, sociais e culturais, entre eles o direito ao trabalho, ao seguro social, à subsistência digna do homem, ao amparo à doença e à velhice. A dignidade humana, portanto, encontra-se englobada nessa geração.

Moraes (2014, p. 29), aborda a temática da terceira geração de direitos fundamentais, e assim, preleciona que:

Por fim, modernamente, protege-se, constitucionalmente, como *direitos de terceira geração* os chamados *direitos de solidariedade ou fraternidade*, que englobam o direito a um meio ambiente equilibrado, uma saudável qualidade de vida, ao progresso, à paz, à autodeterminação dos povos e a

outros direitos difusos, que são, no dizer de José Marcelo Vigliar, os interesses de grupos menos determinados de pessoas, sendo que entre elas não há vínculo jurídico ou fático muito preciso.

A terceira geração compreende os direitos de solidariedade ou de fraternidade. Os direitos difusos, tais como meio ambiente equilibrado, vida saudável e pacífica, progresso, autodeterminação dos povos, avanço da tecnologia, compõem essa geração.

A doutrina moderna defende que os direitos fundamentais teriam, ainda, uma quarta geração, relacionada aos avanços da engenharia genética. São exemplos de direitos da geração em comento, os direitos à informática, *softwares*, biociências, eutanásia e alimentos transgênicos. Eles são frutos do fenômeno da globalização ocorrido no Estado neoliberal. Já a quinta geração dos direitos fundamentais é defendida por Bonavides, assegurando que o direito à paz deve ser classificado em uma geração autônoma.

Vale ressaltar que direitos não devem ser confundidos com garantias fundamentais. Nas palavras de Lenza (2014, p. 1059):

Direitos são bens e vantagens prescritos na norma constitucional, enquanto as garantias são os instrumentos através dos quais se assegura o exercício dos aludidos direitos (preventivamente) ou prontamente os repara, caso violados.

Assim, os direitos fundamentais são disposições declaratórias, ou seja, positivam os direitos reconhecidos. Já as garantias fundamentais são disposições assecuratórias, pois, defendem os direitos.

Os direitos fundamentais apresentam as seguintes características: historicidade, universalidade, limitabilidade, concorrência, irrenunciabilidade, inalienabilidade e imprescritibilidade. São históricos, pois decorrem de longa evolução. Surgem das necessidades do homem e são ampliados ou restringidos de acordo com as situações. São universais tendo em vista que não se limitam a um território específico, contemplam as pessoas, independente de raça, cor, sexo e religião. São limitáveis posto que não são absolutos, podendo, inclusive, ser relativizados. Acerca dessa característica Lenza (2014, p. 1060), explica que:

Os direitos fundamentais não são absolutos (relatividade), havendo, muitas vezes, no caso concreto, confronto, conflito de interesses. A solução ou vem discriminada na própria Constituição (ex.: direito de propriedade *versus* desapropriação), ou caberá ao intérprete, ou magistrado, no caso concreto, decidir qual direito deverá prevalecer, levando em consideração a regra da máxima observância dos direitos fundamentais envolvidos, conjugando-a com a sua mínima restrição.

Depreende-se que pode ocorrer no caso concreto conflito entre dois direitos fundamentais, o qual deve ser solucionado com base na Carta Magna brasileira ou de acordo com a razoabilidade do magistrado que está julgando o caso concreto. A concorrência também constitui uma de suas características e consiste em poder ser exercitada de maneira cumulativa. A Irrenunciabilidade dos direitos fundamentais relaciona-se ao fato de não poderem ser renunciados. São inalienáveis, pois são indisponíveis e não podem ser comercializados. Além disso, são imprescritíveis, já que são sempre exercíveis e exercidos, não se submetendo ao decurso de tempo que os tornem inexigíveis.

4.1.1 O direito à vida, à saúde, à dignidade humana e a internação compulsória

O direito à vida abarca o direito de não ser morto, o de permanecer vivo, bem como o de ter uma vida digna. Ele é o direito mais importante, pois sem a sua incondicional proteção, não seria possível a efetivação dos demais. Além disso, é condição para que os fundamentos da República se concretizem.

Está previsto no artigo 5º, *caput*, da Constituição Federal, *in verbis*:

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: [...].

Depreende-se, então, que o direito à vida é inviolável, não podendo ser objeto de emenda constitucional tendente a aboli-lo, por tratar-se de uma cláusula pétreia da Carta Magna brasileira, como preleciona o seu artigo 60, §4º, IV.

Como seu desdobramento a Constituição Federal, em seu artigo 5º, inciso XLVII, proíbe a pena de morte, salvo nos casos de guerra declarada, nos termos do

artigo 84, XIX. Em decorrência disso, a proibição de pena de morte no Brasil também é uma cláusula pétrea, haja vista que esse direito não poderá sofrer restrições.

O direito a uma vida digna é outro desdobramento do direito à vida. Sobre o tema discorre Lenza (2014, p. 1069):

Quanto ao segundo desdobramento, ou seja, o direito a uma vida digna, a Constituição garante as necessidades vitais básicas do ser humano e proíbe qualquer tratamento indigno, como a tortura, penas de caráter perpétuo, trabalhos forçados, cruéis, etc.

Dessa maneira, além de permanecer vivo, o indivíduo possui o direito de ter uma existência digna, onde suas necessidades básicas sejam protegidas. Além disso, não são permitidos no ordenamento jurídico pátrio tratamentos e penas cruéis e degradantes.

Acerca do início da proteção constitucional do direito à vida, Moraes (2014, p. 34), expõe que:

O início da mais preciosa garantia individual deverá ser dado pelo biólogo, cabendo ao jurista, tão somente, dar-lhe o enquadramento legal, pois do ponto de vista biológico a vida se inicia com a fecundação do óvulo pelo espermatozóide, resultando um ovo ou zigoto. Assim a vida viável, portanto, começa com a nidação, quando se inicia a gravidez.

O momento em que é iniciada a vida humana é, ainda, alvo de divergência na doutrina brasileira, existindo inúmeras teorias acerca da matéria. Para Moraes, como explicitado no trecho acima, a vida se inicia com a fecundação do óvulo pelo espermatozóide. O Supremo Tribunal Federal, por sua vez, se posicionou sobre o assunto na ADI nº 3.510, *in verbis*:

CONSTITUCIONAL. AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE. LEI DE BIOSSEGURANÇA. IMPUGNAÇÃO EM BLOCO DO ART. 5º DA LEI Nº 11.105, DE 24 DE MARÇO DE 2005 (LEI DE BIOSSEGURANÇA). PESQUISAS COM CÉLULAS-TRONCO EMBRIONÁRIAS. INEXISTÊNCIA DE VIOLAÇÃO DO DIREITO À VIDA. CONSTITUCIONALIDADE DO USO DE CÉLULAS-TRONCO EMBRIONÁRIAS EM PESQUISAS CIENTÍFICAS PARA FINS TERAPÊUTICOS. DESCARACTERIZAÇÃO DO ABORTO. NORMAS CONSTITUCIONAIS CONFORMADORAS DO DIREITO FUNDAMENTAL A UMA VIDA DIGNA, QUE PASSA PELO DIREITO À SAÚDE E AO PLANEJAMENTO FAMILIAR. DESCABIMENTO DE UTILIZAÇÃO DA TÉCNICA DE INTERPRETAÇÃO CONFORME PARA

ADITAR À LEI DE BIOSSEGURANÇA CONTROLES DESNECESSÁRIOS QUE IMPLICAM RESTRIÇÕES ÀS PESQUISAS E TERAPIAS POR ELA VISADAS. IMPROCEDÊNCIA TOTAL DA AÇÃO. I - O CONHECIMENTO CIENTÍFICO, A CONCEITUAÇÃO JURÍDICA DE CÉLULAS-TRONCO EMBRIONÁRIAS E SEUS REFLEXOS NO CONTROLE DE CONSTITUCIONALIDADE DA LEI DE BIOSSEGURANÇA.

[...] O Magno Texto Federal não dispõe sobre o início da vida humana ou o preciso instante em que ela começa. Não faz de todo e qualquer estágio da vida humana um autonomizado bem jurídico, mas da vida que já é própria de uma concreta pessoa, porque nativa (teoria "natalista", em contraposição às teorias "concepcionista" ou da "personalidade condicional"). E quando se reporta a "direitos da pessoa humana" e até dos "direitos e garantias individuais" como cláusula pétrea está falando de direitos e garantias do indivíduo-pessoa, que se faz destinatário dos direitos fundamentais "à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade", entre outros direitos e garantias igualmente distinguidos com o timbre da fundamentalidade (como direito à saúde e ao planejamento familiar). Mutismo constitucional hermeneuticamente significativo de transpasse de poder normativo para a legislação ordinária. A potencialidade de algo para se tornar pessoa humana já é meritória o bastante para acobertá-la, infraconstitucionalmente, contra tentativas levianas ou frívolas de obstar sua natural continuidade fisiológica. Mas as três realidades não se confundem: o embrião é o embrião, o feto é o feto e a pessoa humana é a pessoa humana. Onde não existir pessoa humana embrionária, mas embrião de pessoa humana. O embrião referido na Lei de Biossegurança ("in vitro" apenas) não é uma vida a caminho de outra vida virginalmente nova, porquanto lhe faltam possibilidades de ganhar as primeiras terminações nervosas, sem as quais o ser humano não tem factibilidade como projeto de vida autônoma e irrepitível. O Direito infraconstitucional protege por modo variado cada etapa do desenvolvimento biológico do ser humano. Os momentos da vida humana anteriores ao nascimento devem ser objeto de proteção pelo direito comum. O embrião pré-implante é um bem a ser protegido, mas não uma pessoa no sentido biográfico a que se refere a Constituição. [...] (STF - ADI: 3510 DF, Relator: Min. AYRES BRITTO, Data de Julgamento: 29/05/2008, Tribunal Pleno, Data de Publicação: DJe-096 DIVULG 27-05-2010 PUBLIC 28-05-2010 EMENT VOL-02403-01 PP-00134) (grifos acrescidos).

Para o relator da Ação Direta de Inconstitucionalidade mencionada, o Ministro Ayres Brito, a vida se inicia com a existência de cérebro o que estaria em consonância com o artigo 3º da Lei de transplantes (Lei nº 9.434/97), a qual possibilita o transplante após a morte cerebral.

Vale salientar, no entanto, que o direito à vida, como os demais direitos fundamentais, não é absoluto. A própria Constituição, bem como as normas infraconstitucionais, admite a sua relativização, pois, excepcionalmente, será permitido no ordenamento jurídico brasileiro o aborto e a pena de morte.

A dignidade humana, conforme salientado, constitui um desdobramento do direito à vida, pois além do direito de viver, o indivíduo possui o direito a uma

existência digna. Encontra-se elencada no artigo 1º, inciso III, da Constituição Federal, como um dos fundamentos da República, vejamos:

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:

I - a soberania;

II - a cidadania

III - a dignidade da pessoa humana;

IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa;

V - o pluralismo político.

Parágrafo único. Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição.

Definir o conceito de dignidade da pessoa humana é uma missão árdua, pois é mais fácil sentir o que seria digno ou indigno. No entanto, Canotilho (2003, p. 225), é um dos autores que aceitou esse desafio e preleciona:

Trata-se do princípio antrópico que acolhe a ideia pré-moderna de *dignitas-hominis* (Pico della Mirandola), ou seja, do indivíduo conformador de si próprio e da sua vida segundo o seu próprio projeto espiritual (*plastes effictor*).

Assim, o princípio da dignidade da pessoa humana busca que seja assegurado ao ser humano as condições mínimas existenciais. É o mínimo que todo ordenamento jurídico deve tutelar a pessoa enquanto ser humano, ou seja, o direito a uma vida digna engloba o direito à educação, à saúde, à alimentação, à habitação, entre outros.

O direito à saúde, por sua vez, é reconhecido como direito fundamental pelo artigo 6º da Constituição. Ele se encontra inserido no rol dos direitos sociais, compondo a segunda geração dos aludidos direitos. Os direitos sociais fornecem recursos indispensáveis à efetivação dos demais direitos fundamentais. Está disciplinado, ainda, nos artigos 196 e 197 da Constituição:

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.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação,

fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Depreende-se dos citados artigos da Carta Magna, que o Estado possui a responsabilidade de garantir a todos o direito à saúde, através de políticas públicas que objetivem a redução do risco de doença. Além disso, o acesso às ações e serviços que visem a sua efetivação, deve ser igual para toda a população brasileira, bem como aos estrangeiros que, por ventura, estiverem em território nacional.

Compete ao Poder Público, ainda, dispor sobre a regulamentação, fiscalização e controle desse direito, nos termos da lei. Vale ressaltar que a execução das ações e serviços de saúde pode ser feita diretamente pelo Estado ou por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Dessa forma, Lenza (2014, p. 1183), aborda a temática do direito à saúde:

Como se sabe, a doutrina aponta a dupla vertente dos direitos sociais, especialmente no tocante à saúde, que ganha destaque, enquanto direito social, no texto de 1988: a) natureza negativa: o Estado ou o particular devem abster-se de praticar atos que prejudiquem terceiros; b) natureza positiva: fomenta-se um Estado prestacionista para implementar o direito social.

Assim, a natureza negativa do aludido direito consiste na abstenção de o Estado ou qualquer outro indivíduo prejudicar o sujeito do direito à saúde. Sua natureza positiva, por sua vez, está no dever do Estado de proporcionar a todos a fruição desse direito social.

Vale salientar que a intervenção do Poder Judiciário se faz necessária quando o Estado não cumpre o seu dever de assegurar a todos, por meio de políticas públicas efetivas, tratamentos, medicamentos e atendimento para que seja efetivado o direito à vida, à dignidade humana e à saúde. Não há uma ofensa ao princípio da separação dos poderes, pois o Judiciário não interfere na política da Administração Pública, apenas confere ao cidadão o direito que lhe é constitucionalmente assegurado; é sistema dos freios e contrapesos. Dessa maneira, o Estado deve assegurar a todos, sem qualquer distinção, o direito à vida, à saúde e à dignidade humana.

Os estudiosos que defendem a internação compulsória dos drogadictos argumentam que se trata de uma política de saúde pública que promove a

efetivação dos direitos à vida, à saúde e à dignidade humana. Protege o direito à vida já que será determinada pelo Estado quando o indivíduo colocar em risco esse direito fundamental, além de resguardar a sua saúde, pois o dependente químico quando consome drogas está acarretando inúmeros malefícios ao seu organismo, conforme já abordado em itens anteriores. A dignidade humana está sendo preservada, pois o adicto a drogas, muitas vezes, se encontra nas ruas, desprovido das condições mínimas necessárias a existência humana.

Logo, se o Estado permanecer inerte enquanto esses seres humanos põem em risco a própria vida ou a de outrem, estará sendo mitigado o princípio da dignidade humana, o direito à saúde e o principal direito do indivíduo: a vida.

4.1.2 O direito à liberdade de ir e vir e a internação compulsória

A liberdade de ir e vir ou liberdade de locomoção consiste no direito de qualquer pessoa entrar, circular, permanecer ou sair, com os seus bens, do território nacional, como prevê o artigo 5º, inciso XV, da Constituição, senão vejamos:

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:

[...]

XV - é livre a locomoção no território nacional em tempo de paz, podendo qualquer pessoa, nos termos da lei, nele entrar, permanecer ou dele sair com seus bens.

A liberdade de locomoção engloba, ainda, o direito de livre deslocamento dentro do território nacional. Constitui um desdobramento da liberdade de ir e vir a proibição de prisão, salvo em flagrante delito ou por ordem escrita e fundamentada da autoridade judiciária competente, quando não se tratar de transgressão militar ou crime propriamente militar, como estabelece o artigo 5º, inciso LXI, da Constituição.

Dessa maneira, a liberdade de locomoção do indivíduo é uma cláusula pétrea e um direito fundamental. No entanto, como todos os demais direitos fundamentais, não é absoluto, pois, poderá ser restringido durante o estado de defesa, como preleciona o artigo 136, § 3º, I, da Constituição, e no estado de sítio, conforme

previsão do artigo 139, I, da Carta Magna brasileira. Além disso, existe ainda, a relativização estabelecida no Código Penal, que comina pena privativa de liberdade aos crimes que atinjam bens jurídicos relevantes.

A internação compulsória, prevista no artigo 6º, III, da Lei nº 10.216/01, constitui mais uma maneira de relativização desse direito fundamental, haja vista, que o indivíduo terá a privação de sua liberdade quando o juiz competente assim determinar, sempre com base em laudo médico que indique os motivos pelos quais é designada a medida terapêutica.

Assim, a liberdade de locomoção só poderá ser excepcionalmente privada se for respeitado o devido processo legal, bem como todos os demais direitos fundamentais do homem. Se, por acaso, tal direito for privado sem observância dos preceitos legais, o indivíduo poderá valer-se da garantia constitucional do *habeas corpus*, como previsto no artigo 5º, inciso LXVIII, da Constituição:

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:

[...]

LXVIII - conceder-se-á "habeas-corpus" sempre que alguém sofrer ou se achar ameaçado de sofrer violência ou coação em sua liberdade de locomoção, por ilegalidade ou abuso de poder.

Dessa maneira, será concedido *habeas corpus* sempre que alguém - pessoa física, seja brasileira ou estrangeira no território nacional - por ilegalidade ou abuso de poder, sofrer ou se achar ameaçado de sofrer violência ou coação em sua liberdade de locomoção. Acerca do remédio constitucional em comento, aduz Moraes (2014, p. 131):

Portanto, o *habeas corpus* é uma garantia individual ao direito de locomoção, consubstanciada em uma ordem dada pelo Juiz ou Tribunal ao coator, fazendo cessar a ameaça ou coação à liberdade de locomoção em sentido amplo - o direito do indivíduo de ir, vir e ficar.

O juiz ou tribunal competente, por sua vez, mandará cessar a coação ou a ameaça à liberdade de ir e vir do indivíduo. Vale ressaltar que existem duas espécies do remédio constitucional em comento, pois ele pode ser repressivo, quando uma pessoa já sofreu restrição da sua liberdade de locomoção, onde será

expedido um alvará liberatório; ou preventivo, quando ainda estiver sob ameaça de sofrê-la, quando será emitido salvo-conduto.

O *habeas corpus* será o remédio constitucional cabível ao indivíduo que for internado compulsoriamente sem que seja atendido o devido processo legal estabelecido na Lei nº 10.216/01. Inclusive, há julgado recente do Superior Tribunal de Justiça analisando um pedido de *habeas corpus* impetrado por um paciente submetido à internação compulsória, *in verbis*:

HABEAS CORPUS - AÇÃO CIVIL DE INTERDIÇÃO CUMULADA COM INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA - POSSIBILIDADE - NECESSIDADE DE PARECER MÉDICO E FUNDAMENTAÇÃO NA LEI N. 10.216/2001 - EXISTÊNCIA NA ESPÉCIE - EXIGÊNCIA DE SUBMETTER O PACIENTE A RECURSOS EXTRA-HOSPITALARES ANTES DA MEDIDA DE INTERNAÇÃO - DISPENSA EM HIPÓTESES EXCEPCIONAIS 1. A internação compulsória deve ser evitada, quando possível, e somente adotada como última opção, em defesa do internado e, secundariamente, da própria sociedade. É claro, portanto, o seu caráter excepcional, exigindo-se, para sua imposição, laudo médico circunstanciado que comprove a necessidade de tal medida. 2. A interdição civil com internação compulsória, tal como determinada pelas instâncias inferiores, encontra fundamento jurídico tanto na Lei n. 10.216/2001 quanto no artigo 1.777 do Código Civil. No caso, foi cumprido o requisito legal para a imposição da medida de internação compulsória, tendo em vista que a internação do paciente está lastreada em laudos médicos. 3. Diante do quadro até então apresentado pelos laudos já apreciados pelas instâncias inferiores, entender de modo diverso, no caso concreto, seria pretender que o Poder Público se portasse como mero espectador, fazendo prevalecer o direito de ir e vir do paciente, em prejuízo de seu próprio direito à vida. 4. O art. 4º da Lei n. 10.216/2001 dispõe: "A internação, em qualquer de suas modalidades, só será iniciada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes." Tal dispositivo contém ressalva em sua parte final, dispensando a aplicação dos recursos extra-hospitalares se houver demonstração efetiva da insuficiência de tais medidas. Essa é exatamente a situação dos autos, haja vista ser notória a insuficiência de medidas extra-hospitalares, conforme se extrai dos laudos invocados no acórdão impugnado. 5. É cediço não caber na angusta via do *habeas corpus*, em razão de seu rito célere e desprovido de dilação probatória, exame aprofundado de prova no intuito de reanalisar as razões e motivos pelos quais as instâncias inferiores formaram sua convicção. 6. O documento novo consistente em relatório do Subcomitê de Prevenção da Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes- (SPT) da Organização das Nações Unidas (ONU) não pode ser apreciado por esta Corte sob pena de supressão de instância. 7. **A internação compulsória em sede de ação de interdição, como é o caso dos autos, não tem caráter penal, não devendo ser comparada à medida de segurança ou à medida socioeducativa à que esteve submetido no passado o paciente em face do cometimento de atos infracionais análogos a homicídio e estupro.** Não se ambiciona nos presentes autos aplicar sanção ao ora paciente, seja na espécie de pena, seja na forma de medida de segurança. Por meio da interdição civil com internação compulsória resguarda-se a vida do próprio interditando e, secundariamente, a segurança da sociedade. 8. Não foi apreciada pela Corte de origem suspeição ou impedimento em relação à perícia, questionamento a respeito da periodicidade das avaliações periciais, bem

como o pedido de inserção do paciente no programa federal De Volta Para Casa. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça consolidou o entendimento de que não se conhece de habeas corpus cuja matéria não foi objeto de decisão pela Corte de Justiça estadual, sob pena de indevida supressão de instância. (HC 165.236/SP, Rel. Ministro MOURA RIBEIRO, QUINTA TURMA, julgado em 05/11/2013, DJe 11/11/2013; HC 228.848/SP, Rel. Ministra MARIA THEREZA DE ASSIS MOURA, SEXTA TURMA, julgado em 24/10/2013, DJe 04/11/2013) 9. Ordem denegada. (STJ, Relator: Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, Data de Julgamento: 10/12/2013, T4 - QUARTA TURMA) (grifos acrescidos).

No caso analisado, o Superior Tribunal de Justiça negou a ordem de *habeas corpus*, pois havia laudo médico indicando que a medida terapêutica era necessária já que os recursos extra-hospitalares se mostravam insuficientes. Além disso, o STJ fundamentou a decisão na necessidade de se preservar o direito à vida em detrimento da liberdade de locomoção. Salientou, ainda, que a internação compulsória não possui natureza penal e não deve ser comparada à medida de segurança ou à medida sócioeducativa, já que não é uma espécie de pena.

A internação compulsória relativiza, ainda, o poder de decisão do indivíduo, pois ele será internado contra a sua vontade. Os estudiosos contrários à medida terapêutica asseveram que há ofensa ao princípio da autonomia da vontade, que consiste no direito que todos possuem de fazer suas escolhas e desempenhar os atos da vida civil da maneira que melhor lhe prouver.

No entanto, para que ele possa decidir acerca dos atos da vida civil é necessário que possua o grau de discernimento necessário. Vale ressaltar que os drogacitos são considerados relativamente incapazes pelo ordenamento jurídico pátrio e precisam ser assistidos para praticarem os atos da vida civil, conforme estabelece o artigo 4º, II, do Código Civil Brasileiro. Além disso, poderá ser declarada por sentença judicial, a sua total incapacidade no âmbito do direito privado, hipótese em que precisará de representante legal. Dessa maneira, o assistente ou o representante legal poderá decidir, inclusive, acerca da sua internação psiquiátrica, pois será o responsável pela sua tomada de decisões.

4.2 ARGUMENTOS CONTRÁRIOS À INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DOS DROGADICTOS

Os estudiosos contrários à internação compulsória dos drogadictos apresentam como ponto negativo o alto índice de recaída do dependente químico que é submetido à internação, mesmo quando é oriunda de sua própria vontade. Além disso, afirmam que faltam Comunidades Terapêuticas com estrutura adequada e profissionais habilitados para atender o adicto a drogas.

Defendem que as Comunidades Terapêuticas seriam depósito de gente, pois a medida em comento seria uma política pública que visa à higienização social, retirando do seio da sociedade os indivíduos considerados indesejáveis, como os adictos a drogas. Salientam, inclusive, que é um retrocesso ao século XVIII, época em que os portadores de doenças mentais eram colocados em manicômios a fim de proteger a sociedade e extirpar dela os indivíduos contrários aos seus interesses. Compartilha desse entendimento o juiz de Direito Damasceno (2013), que assim, explica:

Não se trata de medida em prol da saúde. Mas de higienização em favor de interesses econômicos. Se o Judiciário continuar a atuar em conjunto com o Poder Executivo visando a violação dos direitos das pessoas, ao invés de garanti-los, isto poderá resultar em sério problema na sua relação com a sociedade.

O membro do Judiciário brasileiro afirma que a internação compulsória não se trata de uma medida a favor da saúde, mas de uma política higienizadora em prol de interesses econômicos. Ele explica que em São Paulo a ação concentra-se na região da cracolândia, situada no centro da cidade e alvo do mercado imobiliário. Já na cidade do Rio de Janeiro, aduz o magistrado, que a política pública objetivou a expulsão da população da região litorânea da Zona Sul, o que acarretou valorização imobiliária no local. Argumenta, ainda, que a Lei nº 10.216/01, em nenhum momento se refere especificamente aos usuários de drogas, mas a pessoas com transtornos mentais.

Ainda, há um debate acerca da constitucionalidade e da legalidade da medida, pois como já salientado, estudiosos apontam a violação do direito

fundamental à liberdade de locomoção, bem como ofensa ao princípio da autonomia da vontade. Fundamentam tal afirmação na privação de liberdade do indivíduo e a comparam à medida de segurança, pois defendem que se trata de uma pena para o drogacito. Asseguram, ainda, que fere a autonomia de vontade, pois a pessoa não poderá decidir acerca da internação, já que é determinada pelo Poder Judiciário e sua opinião não é considerada.

Fernandes (2013), jornalista do jornal BBC Brasil, aponta críticas de especialistas da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial de Saúde (OMS) à internação compulsória de viciados em *crack*. O médico australiano Nicolas Campion Clark, da direção do abuso de substâncias, da Organização Mundial da Saúde (OMS), salienta que há o risco de a internação compulsória ocasionar uma barreira no drogadicto, o que seria maléfico para o tratamento. Para ele, é melhor que seja estimulado o tratamento voluntário porque considera dificultoso compelir alguém a se tratar. Argumenta, ainda, que a problemática do *crack* envolve múltiplos problemas que também devem ser objeto de tratamento como moradia, alimentação e programas de emprego.

A jornalista Ribeiro (2013), do Jornal GGN, traz a visão de especialistas em saúde pública contrários à internação compulsória, em debate na Câmara dos Deputados, no dia 15 de outubro de 2013. Márcia Caldas, representante da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), afirma que a medida terapêutica objeto deste trabalho tem a finalidade de punir o drogadicto, pois, apenas o segrega da sociedade, privando a sua liberdade de locomoção, e não visa o seu tratamento. Já a deputada Erika Kokay, que propôs a sessão, é contrária à internação compulsória porque, na sua visão, não há como diferenciar traficante de usuário de drogas, pois todo usuário é um criminoso e pode ser encarcerado. A parlamentar ainda citou casos de Comunidades Terapêuticas que torturaram os drogacitos internos.

Ainda, segundo o Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas, há violação dos Direitos Humanos nos locais onde os drogadicotos encontram-se internados. Trecho do mencionado relatório (2011, p. 190) relata:

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.

O relatório informa que existe uma simulação de cura da dependência química nos locais responsáveis pelo internamento dos pacientes acometidos por essa patologia. Encontra-se, ainda, menção à prática de tortura, como pacientes enterrados até o pescoço, o castigo de beber água do sanitário por ter infringido uma regra, ou, ainda, refeições preparadas com ingredientes apodrecidos. Além disso, foram encontrados, no momento da inspeção, internos com ferimentos e sinais de violência física.

Outro trecho do relatório (2011, p. 191), traz a temática da internação compulsória:

A Lei 10.216/01 prevê a internação compulsória como medida a ser adotada por juiz competente. Disto se depreende que ela deve ser parte de um processo judicial, ou seja, decorrência da adoção de uma medida de segurança, tendo em vista o cometimento de ato infracional por parte do usuário. O que se vê na prática, com os usuários de álcool e outras drogas, contraria o disposto na lei, pois introduz a aplicação de medida jurídica fora de um processo judicial. É o recurso à lei, o uso de um aparato jurídico para segregar e não para mediar as relações do sujeito com a Justiça e com a sociedade.

Depreende-se que a internação compulsória é tratada no relatório como medida de segurança, espécie de sanção cominada ao indivíduo incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. Seria cominada esta sanção quando o indivíduo cometesse um ato ilícito. Discorre, ainda, que a medida em comento, na prática, ocorre sem o devido processo legal e que é utilizada com o objetivo de segregar o drogadicto da sociedade.

4.3 ARGUMENTOS FAVORÁVEIS À INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DOS DROGADICTOS

Os defensores da internação compulsória dos drogadictos, primeiramente, atentam para a excepcionalidade da medida, pois não se trata do tratamento

estabelecido como regra, como determina o artigo 4º da Lei de reforma psiquiátrica brasileira. Aliás, qualquer tipo de internação psiquiátrica só será indicada pelo médico se os recursos extra-hospitalares forem considerados insuficientes para o tratamento do enfermo.

Silva discorre acerca da temática nos seguintes termos (2013, p. 30):

De mais a mais, os juristas não favoráveis à internação compulsória fundamentam-se na premissa de que internar arbitrariamente alguém é violar seus direitos, principalmente o da liberdade. Entretanto, outra reflexão se faz necessária. O bem maior de que dispomos e que está acima de todos os outros, inclusive o da liberdade, é o direito à vida. Assim, entregar seres desprovidos parcial ou totalmente da capacidade de discernimento provisoriamente ou não à própria sorte, levando-os, inclusive à morte, não seria trafegar na contramão dessa via? De sorte que não seria o contrário? Internar, nesses casos, não seria garantir a vida, para posteriormente poderem exercer plena e lucidamente os seus direitos, inclusive o da liberdade?

O autor defende que a internação compulsória visa resguardar o direito à vida, pois é indicada apenas quando o indivíduo coloca em risco a sua própria vida ou a de outrem, ou seja, como *ultima ratio*. Ele argumenta que sem vida o indivíduo não pode exercer nenhum outro direito, entre eles o direito à liberdade de locomoção, já que o direito à vida é o primeiro e mais elementar dos direitos, condição para que os demais se efetivem. Salaria, ainda, que o drogadicto não possui discernimento suficiente para opinar acerca da sua própria internação, tendo em vista que o entorpecimento o priva momentânea ou definitivamente da razão.

Ferreira tem o mesmo entendimento que Silva e discorre, (2013, p. 52-53):

É inegável que o Estado precisa garantir aos usuários dependentes químicos de drogas, os direitos fundamentais previstos na Constituição de 1988, especialmente o direito a vida e a saúde, objetivando atingir a dignidade da pessoa humana, fundamento constitucional que rege todo o ordenamento jurídico. Isso porque não há que se falar em qualquer outro direito, sem antes assegurar o direito à vida, visto que todos os outros são decorrentes. Aliás, os usuários dependentes químicos de drogas não gozam de liberdade, pois estão presos no vício.

Para o autor não há que se falar em liberdade do drogadicto, pois ele está preso ao vício das drogas e, muitas vezes, perde a capacidade de zelar por seu próprio bem-estar, colocando-se em situação de risco. Além disso, se o Estado não

garantir o seu direito à vida, ele não estará apto a exercer qualquer outro direito fundamental.

A medida terapêutica em questão visa resguardar seu direito à vida e à saúde para que possa ser atingido um dos fundamentos constitucional da República: a dignidade humana.

Capez (2011), também aborda a temática em questão e descreve:

A internação involuntária do dependente que perdeu sua capacidade de autodeterminação está autorizada pelo art. 6º, inciso II, da lei nº 10.216/2001 como meio de afastá-lo do ambiente nocivo e deletério em que convive. Tal internação é importante instrumento para sua reabilitação. Na rua, jamais se libertará da escravidão do vício. As alterações nos elementos cognitivo e volitivo retiram o livre-arbítrio. O dependente necessita de socorro, não de uma consulta à sua opinião. A internação compulsória por ordem judicial pressupõe uma ação efetiva e decidida do Estado no sentido de aumentar as vagas em clínicas públicas criadas para esse fim, sob pena de o comando legal inserto na lei nº 10.216/2001 tornar-se letra morta. Espera-se que o poder público não se porte como um mero espectador, sob o cômodo argumento do respeito ao direito de ir e vir dos dependentes químicos, mas, antes, faça prevalecer seu direito à vida.

O indivíduo dependente químico perde a capacidade de autodeterminação, pois está, momentânea ou definitivamente, com seu discernimento reduzido. Dessa maneira, não deve o Estado abster-se de providências capazes de proteger sua saúde e sua vida, mesmo que ela infrinja o seu direito fundamental à liberdade de locomoção. No entanto, para que a internação compulsória possa ser determinada pelo juiz, o Estado deve providenciar aumento do número de Centros de Internação, bem como que o seu funcionamento ocorra em conformidade com os preceitos estabelecidos na Lei nº 10.216/01, para que esta seja dotada de efetividade.

Depreende-se que o objetivo da internação compulsória é a desintoxicação, o tratamento e a reinserção social do adicto a drogas e que na rua não será ofertado ao indivíduo a estrutura necessária à sua recuperação. Ademais, os indivíduos acometidos pela dependência química não possuem o discernimento necessário para decidir acerca da sua internação e é dever do Estado intervir para proteger a vida do drogadicto e das demais pessoas que com ele convive.

Os especialistas que defendem a medida terapêutica objeto da presente pesquisa, salientam que não há óbice para a aplicação da Lei nº 10.216/01 aos drogadictos, já que a dependência química é uma doença mental, assim definida pelo Código Internacional de Doenças (CID 10 F 19-2). Dessa maneira, argumentam

que não há ofensa ao princípio da legalidade, a aplicação da internação compulsória, prevista no artigo 6º, III, da mencionada Lei, aos adictos a drogas. Acerca da temática discorre Junior (2011):

Algumas pessoas têm defendido a tese da criação de uma legislação que autorize o poder público efetuar a internação compulsória de dependentes químicos para tratamento. Totalmente desnecessário, o ordenamento jurídico brasileiro possui o Decreto-Lei 891, de 25 de novembro de 1938, em plena vigência, que regulamenta a fiscalização de entorpecentes, legislação que reconhece que o usuário de drogas é doente, que é proibido tratá-lo em domicílio e cria e regulamenta a figura da internação obrigatória de dependentes químicos, quando provada a necessidade de tratamento adequado ao enfermo ou quando for conveniente à ordem pública.

Dessa maneira, o Decreto-Lei nº 821/1938, que discorre acerca da internação compulsória de adicto a drogas, se encontra vigente, o que corrobora para que a tese de que não há norma que regulamente a internação compulsória dos drogadicotos não tenha fundamento.

Silva salienta que a internação contra a vontade do indivíduo acometido pela dependência química não é novidade, posto que as famílias que possuem recursos financeiros internam os seus membros em clínicas para recuperação de dependentes das substâncias psicoativas. Ele rebate, ainda, a comparação dos locais onde deverão ser internados os indivíduos com os antigos manicômios, pois, a própria Lei nº 10.216/01 veda, em seu artigo 4º, §3º, a internação em instituições com características asilares e prescreve, no artigo 9º que o juiz que determinar a internação compulsória “levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários”. Dessa maneira, é de responsabilidade do magistrado observar as condições do local onde o drogadicoto será internado, devendo o Estado zelar pela observância dos direitos do interno.

Vale salientar que a internação compulsória deve ser realizada seguindo o procedimento descrito na Lei nº 10.216/01, ou seja, o ambiente para o qual deverá ser levado o indivíduo deve ser adequado ao seu tratamento, no qual seus direitos sejam respeitados, não se cogitando em hipótese alguma que ela sirva de artifício para segregar o dependente químico da sociedade, haja vista que possui como objetivo, a sua reinserção social, como determina o § 1º do seu artigo 4º.

Sobre o argumento de que a internação compulsória não é um tratamento eficaz, pois o indivíduo sofre inúmeras recaídas, discorre Varella (2013):

Quando os críticos afirmam que internação forçada não cura a dependência, estão cobertos de razão: dependência química é patologia incurável. Existem ex-usuários, ex-dependentes não. Parei de fumar há 34 anos e ainda sonho com o cigarro. Tenho alguma experiência com internações compulsórias de usuários de crack. Infelizmente, não são internações preventivas em clínicas especializadas, mas em presídios, onde trancamos os que roubam para conseguir acesso à droga que os escravizou. Na Penitenciária Feminina, atendo meninas presas na cracolândia. Por interferência da facção que impõe suas leis na maior parte das cadeias paulistas, é proibido fumar crack. Emagrecidas e exaustas, ao chegar, elas passam dois ou três dias dormindo, as companheiras precisam acordá-las para as refeições. Depois desse período, ficam agitadas por alguns dias, e voltam à normalidade.

A internação compulsória não é capaz de curar o drogadicto. Primeiramente, porque a dependência química, como bem salientou o médico Varella, é uma doença crônica e, por isso, incurável; ela pode ser apenas controlada. Dessa maneira, é possível que o paciente sofra recaídas, mas essa é uma característica da patologia e todo tipo de tratamento correrá esse risco. Ela é uma etapa da recuperação do adicto a drogas, que depois que sair da Comunidade Terapêutica continuará sendo assistido por vários profissionais como assistentes sociais e psicólogos que propiciarão tratamento e buscarão soluções para as demais questões sociais ligadas ao consumo de drogas.

Vale destacar que o paciente não deverá passar longo tempo hospitalizado e se isso ocorrer será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, conforme o artigo 5º da lei de reforma psiquiátrica brasileira.

Em relação ao Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas, cumpre observar que há um equívoco em sua explanação, pois a internação compulsória não é aplicada em decorrência da prática de crime pelo indivíduo, não é uma medida de segurança e sim uma medida terapêutica que visa tratar o drogadicto. Acerca, ainda, das denúncias de torturas e tratamentos degradantes mencionadas no referido relatório, cumpre observar que cabe ao Estado oferecer um ambiente adequado para que a internação ocorra e fiscalizar as Comunidades Terapêuticas a fim de verificar se elas se encontram dentro dos parâmetros estabelecidos pela legislação que regulamenta a matéria.

Silva (2013, p. 108), discorre sobre a alegação de que a internação compulsória possui a finalidade de assepsia social:

Entretanto, convém deixar bem claro que há uma enorme distância entre recolhimento compulsório e internação compulsória. Nesta última, a pessoa é retirada da rua e levada para um centro de recuperação para dependentes químicos. Apesar de ser uma doença *sui generis*, terá todo o aparato estrutural e profissional fundamentais à sua recuperação. De outro modo, o recolhimento consiste exclusivamente na remoção da pessoa (aí estará sendo tratada como lixo) para um albergue ou abrigo qualquer. Ele não terá um serviço qualificado para a superação da abstinência e, por conseguinte, ingresso no árduo e sistemático processo de recuperação. Então, após essa fase, a pessoa poderá, sim, decidir se quer ou não permanecer em tratamento. Conquanto no estado de comprometimento de suas cognitivas, o que na linguagem dos usuários chama-se “mazelados”, ninguém tem a condição ou o necessário discernimento do que seja melhor pra si. Legalmente, quando isso acontece, o Estado deve interferir para salvaguardar a vida dessa pessoa e dos demais que a circundam. De sorte que: internar, sim; recolher, não!

Em relação ao argumento de que a internação compulsória seria uma forma de a sociedade se manter livre dos drogadictos, o citado autor não nega que na história brasileira há inúmeros relatos de assepsia social. Entre eles, a dos doentes mentais e demais pessoas consideradas loucas que eram internadas em manicômios, bem como as pessoas pobres que tiveram de subir os morros da cidade do Rio de Janeiro, originando as favelas.

No entanto, a internação compulsória diferencia do simples recolhimento dos adictos a drogas, pois, propicia a ele o devido tratamento, com equipes multifuncionais e locais adequados à internação que salvaguarde seus direitos assegurados na Lei de reforma psiquiátrica brasileira. O recolhimento do drogadicto, que não possui a finalidade de tratamento, seria uma maneira de excluí-lo do seio social e mantê-la livre do risco por ele ocasionado, a internação compulsória, não.

Logo, na visão dos especialistas que se posicionam favoravelmente, a internação compulsória dos drogadictos é constitucional, pois apesar de violar o direito à liberdade de locomoção, ela possui a finalidade de preservar a vida, a saúde e a dignidade humana do indivíduo. Dessa maneira, não há inconstitucionalidade formal ou material na medida terapêutica, no entanto, ela deve seguir os ditames legais e constitucionais e objetivar a desintoxicação, o tratamento e a, posterior, reinserção social do adicto a drogas.

4.4 O CONFLITO ENTRE DIREITOS FUNDAMENTAIS NA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DE DROGADICTOS

Os direitos fundamentais não são absolutos, pois são limitados pelos demais direitos fundamentais consagrados na Constituição. Este é o princípio da relatividade ou convivência das liberdades públicas.

Moraes (2014, p. 30), escreve sobre a temática, e explica:

Desta forma, quando houver conflito entre dois ou mais direitos ou garantias fundamentais, o intérprete deve utilizar-se do *princípio da concordância prática ou da harmonização*, de forma a coordenar e combinar os bens jurídicos em conflito, evitando o sacrifício total de uns em relação aos outros, realizando uma redução proporcional do âmbito de alcance de cada qual (*contradição dos princípios*), sempre em busca do verdadeiro significado da norma e da harmonia do texto constitucional com sua finalidade precípua.

Quando ocorrer conflito entre direitos fundamentais caberá ao intérprete analisar o caso concreto, fazer um juízo de razoabilidade e proporcionalidade e decidir qual possui maior importância no momento e deve prevalecer sobre o outro, sempre buscando que não haja sacrifício total. Dessa maneira, estará utilizando-se do princípio da concordância prática ou da harmonização.

Na internação compulsória ocorre o conflito entre os direitos fundamentais à vida, à saúde e à dignidade humana com o também direito fundamental à liberdade de locomoção e o poder de autodeterminação do indivíduo. Quando a medida terapêutica é aplicada ao drogadicto existe a relativização do seu poder de decidir, bem como da sua liberdade de locomoção.

Conforme abordado neste trabalho, a liberdade de locomoção é um direito fundamental, prescrito no artigo 5º, XV, o direito à vida encontra-se garantido no artigo 5º, *caput*, e o direito à saúde, no artigo 6º e 196, todos da Constituição.

Na hipótese em estudo, o intérprete deve aplicar o princípio da concordância prática ou da harmonização a fim de que seja ponderado qual direito fundamental mostra-se mais importante e deve prevalecer sobre o outro.

Os estudiosos que se posicionam favoravelmente acerca da medida salientam que o direito à vida, à saúde e à dignidade humana mostra-se de maior

relevância na internação compulsória dos drogadictos, em relação ao direito à liberdade de locomoção e à autonomia da vontade. Silva traz no prefácio da sua obra as palavras do juiz titular da infância e da adolescência, Gonçalves (*apud* SILVA, 2013, p. 23):

Quando se começou a falar nesse tema, o principal argumento jurídico daqueles que insurgiam contra a internação compulsória era a suposta ofensa ao “princípio da autonomia da vontade”. De acordo com essa máxima, todos têm o direito de fazer suas próprias escolhas e praticar os atos da vida civil da forma que entenderem ser mais conveniente. Acontece que esse princípio, assim como todos os demais da nossa Constituição, não é absoluto. Dessa forma, para se ter e se poder exercer plenamente a autonomia de vontade, faz-se necessário o preenchimento de certos requisitos especificados em lei. Para simplificar: exige-se que o indivíduo tenha discernimento para poder ter autonomia. Sem o primeiro, não há o segundo.

Depreende-se que, primeiramente, o ser humano necessita ter discernimento, para que, posteriormente, possa ter o poder de se autodeterminar. O drogadicto é considerado relativamente incapaz pelo artigo 4º, II, do Código Civil, ou seja, não possui pleno discernimento para praticar os atos da vida civil, dessa maneira, a relativização desse princípio faz-se necessária haja vista que o enfermo não possui capacidade necessária para opinar acerca da sua internação.

O direito à vida apresenta-se como elementar para que todos os demais direitos possam ser usufruídos pelo ser humano. Garantir o direito à saúde é uma maneira de resguardar à vida, pois o indivíduo pode encontrar-se tão debilitado a ponto de correr risco de vida, o que comumente ocorre com os drogadictos. Já a vida digna consiste em um desdobramento do direito à vida, pois não basta que o homem esteja vivo, ele precisa de uma existência com o mínimo necessário.

O drogadicto, muitas vezes, encontra-se em condições sub humanas, principalmente quando está “no fundo do poço”, como comumente é denominado pelos enfermos. A internação compulsória, por sua vez, mostra-se como uma medida capaz de lhe retirar daquela situação calamitosa em que se encontra e devolver-lhe a dignidade humana.

Logo, na visão dos especialistas que se posicionam a favor da internação compulsória dos drogadictos, posição que também nos acostamos, o magistrado deve analisar o caso concreto e observar a necessidade da medida terapêutica, haja vista que ela só será determinada se o laudo médico salientar que o indivíduo se

encontra em situação de risco de vida ou a vida de outrem esteja em perigo, bem como quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

Se esse for o entendimento do médico, o juiz poderá se valer do princípio da concordância prática ou da harmonização e determinar a internação compulsória com vistas a preservar o bem mais importante do ser humano: a sua vida.

5 CONCLUSÃO

O presente estudo apresentou como objetivo geral a análise sob a ótica jurídica e social da internação compulsória dos drogadictos. Como objetivos específicos, buscou-se realizar um breve estudo sobre a drogadicção, abordar os aspectos de evolução e as características da internação compulsória dos drogadictos e analisar a internação compulsória dos drogadictos frente aos direitos fundamentais.

Foi utilizado o método de abordagem dedutivo, no qual foram considerados os entendimentos doutrinários e jurisprudenciais, influenciando na obtenção da conclusão desse trabalho. O método de procedimento empregado, o histórico, foi de grande importância para a análise da temática desde o início de sua aplicação até os dias atuais. Como técnica de pesquisa adotou-se a documentação indireta, através da pesquisa bibliográfica contextualizada em doutrinas, artigos científicos, sites, e as respostas foram satisfatórias para a obtenção das conclusões acerca do tema. Assim, a pesquisa chegou aos resultados que se pretendia alcançar.

Depreende-se que a drogadicção constitui um problema de saúde pública, pois o indivíduo acometido por essa patologia necessita de tratamento adequado, sendo este de responsabilidade da família, da sociedade e do Estado, conforme preleciona o artigo 3º, da Lei nº 10.216/01.

Constatou-se pelo presente estudo que a população brasileira ainda marginaliza o drogadicto, pois está impregnado na memória social a ideia de que esses seres humanos são criminosos, tendo em vista que antes da promulgação da Lei nº 11.343/06, ainda era cominada pena privativa de liberdade ao crime de posse de drogas para uso pessoal. Hoje, a Lei em comento, na visão da doutrina majoritária, despenalizou a conduta, já que passou a prever pena restritiva de direitos e não mais de liberdade.

A Lei de drogas instituiu, ainda, o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, que, de acordo com o seu artigo 1º, prevê medidas de prevenção ao uso indevido de drogas, atenção e reinserção social dos usuários e dependentes de drogas. Dessa maneira, o Estado brasileiro passou a enxergar o drogadicto como um doente que necessita de tratamento.

A internação compulsória passou a ser alvo de acaloradas discussões doutrinárias após a promulgação da Lei nº 10.216/01, quando os Estados do Rio de Janeiro e São Paulo anunciaram a sua aplicação aos adictos a drogas como medida de política de saúde pública.

O artigo 4º, da Lei nº 10.216/01, prevê que quaisquer das modalidades de internação só serão indicadas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. A internação compulsória prescinde, ainda, que o indivíduo esteja colocando em risco a sua vida ou a de terceiro, pois é utilizada apenas como *ultima ratio*, ou seja, como último recurso.

Constatou-se que a medida terapêutica divide a opinião de estudiosos acerca do tema. Os estudiosos que a defendem argumentam que consiste em uma medida que objetiva resguardar o direito à saúde, à dignidade humana e à vida do drogadicto. Argumentam, ainda, que o dependente químico não possui o discernimento necessário para decidir acerca da sua própria internação e que deixá-lo sem assistência médica poderia comprometer a sua vida.

Os estudiosos que são contrários à internação compulsória do drogadicto argumentam que é inconstitucional porque fere o seu direito fundamental de liberdade de ir e vir, bem como o princípio da autonomia da vontade, pois o ser humano terá a sua liberdade privada e não terá a sua opinião considerada. Salientam que ela consiste, na verdade, em um meio de assepsia social, retirando da sociedade os indivíduos indesejáveis, bem como, que no Brasil não há locais adequados ao tratamento do adicto a drogas e que eles sofrem violência nos locais onde são internados. Além disso, asseveram que o tratamento não é eficaz porque os drogadictos depois de serem internados, até quando esta provém da sua própria vontade, voltam a fazer uso de drogas.

Cumprido ressaltar, que conforme foi visto através das opiniões dos doutrinadores e das jurisprudências elencados na pesquisa, a internação compulsória dos drogadictos ocasiona o conflito de direitos fundamentais, pois relativiza a liberdade de locomoção e o princípio da autonomia da vontade e objetiva proteger o direito à saúde, à vida e a dignidade humana.

No decorrer da presente pesquisa chegou-se à conclusão de que não há óbice à aplicação da medida terapêutica aos drogadictos, nem qualquer inconstitucionalidade formal ou material, já que a dependência química é uma doença caracterizada por transtornos mentais e comportamentais (CID 10 F 19-2) e

a Lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Além disso, o Decreto-Lei nº 891 de 1938, que prevê a internação compulsória de toxicômanos, continua vigente. Dessa maneira, caberá ao juiz, no caso concreto, analisar se é necessária a medida terapêutica em comento, sempre depois da análise e recomendação de um psiquiatra.

Vale ressaltar que a internação compulsória não objetiva excluir os drogadictos da sociedade, já que difere do simples recolhimento, que não visa tratar o indivíduo, apenas o isola em uma clínica psiquiátrica. Não se pode confundir, ainda, o local previsto pela Lei de reforma psiquiátrica para o tratamento do enfermo com as instituições manicomiais, haja vista que a própria Lei nº 10.216/01 as proíbe em seu artigo 4º, §3º.

Além disso, é mister salientar que é de responsabilidade do Estado a fiscalização das Comunidades Terapêuticas para que seja garantido ao paciente acometido pela dependência química o respeito aos seus direitos, previstos no parágrafo único do artigo 2º da Lei nº 10.216/01.

No entanto, conforme afirmado através do presente trabalho monográfico, para que a Lei de reforma psiquiátrica não se torne letra morta, se faz necessário que o País desenvolva uma política de melhoria das Comunidades Terapêuticas existentes, aumente o número de vagas ofertadas aos drogadictos, bem como que os referidos locais sejam dotados de equipes multidisciplinares exigidas pelo §2º, do artigo 4º, da legislação em comento.

Depreende-se que todos os direitos fundamentais têm sua importância e valoração, todos pensados para a existência pacífica e ordeira entre os seres humanos, mas como se verifica, muitas vezes, um direito fundamental pode estar em rota de colisão com outro e, nesse caso, deve-se usar a melhor forma de tentar a solução desse conflito, o que não caracteriza nenhuma inconstitucionalidade.

Conclui-se, então, que se os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes e o indivíduo estiver colocando em risco a sua vida ou a dos que com ele convivem, a internação compulsória deverá ser determinada pelo magistrado, que se utilizará do princípio da concordância prática ou da harmonização, a fim de se preservar o direito à vida, que é essencial para que os demais direitos se tornem exercíveis, inclusive, a liberdade de locomoção e a autonomia da vontade.

De certo, essa temática ainda será palco de discussões e necessariamente, carecerá de mais estudo, haja vista, não se esgotar em definitivo em face da complexidade que se retrata no mundo jurídico.

REFERÊNCIAS

ALLY, Elizabeth Zamerul. *In: Codependência ou dependência emocional: o que é?* Revista de Enfermagem UFPE online. Recife, 2014. Disponível em: <<http://www.elizabethzamerul.com.br/codependencia.php>>. Acesso em: 05 jan. 2015.

ALVAREZ, Simone Quadros; GOMES, Giovana Calcagno; XAVIER, Daiani Modernel. *In: Causas da dependência química e suas consequências para o usuário e sua família*. Disponível em: <<file:///C:/Users/PESSOAL/Downloads/3509-53430-1-PB.pdf>>. Acesso em: 26 dez. 2014.

BRASIL. **Constituição, 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 30 dez. 2014.

_____. **Decreto nº 24559, de 03 de julho de 1934**. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em 21 de jan. 2015.

_____. **Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm>. Acesso em: 05 jan. 2015.

_____. **Decreto-Lei nº 891, de 25 de novembro de 1938**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/Del0891.htm>. Acesso em: 15 jan. 2015.

_____. **Lei nº 10.216, de 06 de Abril de 2001**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 30 dez. de 2014.

_____. **Lei nº 11.343, de 23 de Agosto de 2006**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm>. Acesso em: 30 dez. 2014.

_____. **Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 20 de jan. de 2015.

_____. **Projeto de Lei nº 111, de 2010.** Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=76219>>. Acesso em: 31 jan. 2015.

_____. **Projeto de Lei nº 7667, de 2010.** Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=789804&filenome=PL+7663/2010>. Acesso em: 31 jan. 2015.

_____. **Regimento Interno do Senado Federal.** Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/regsf/RegimentoInternoSF_alt_2014_versao_PLE.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2015.

_____. Superior Tribunal de Justiça. *Habeas Corpus* 139667 RJ. Relator: Min. Felix Fischer. Data do julgamento: 17/12/2009. Data da publicação: 01/02/2010. Disponível em: <<http://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/8610056/habeas-corpus-hc-139667-rj-2009-0118642-1>>. Acesso em: 12 dez. 2014.

_____. Superior Tribunal de Justiça. *Habeas Corpus* 169172 SP 2010/0067246-5. Relator: Min. Luiz Felipe Salomão. Data do julgamento: 10/12/2013. Data da publicação: 05/02/2014. Disponível em: <<http://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/24876561/habeas-corpus-hc-169172-sp-2010-0067246-5-stj>>. Acesso em: 05 fev. 2015.

_____. Supremo Tribunal Federal. Ação Declaratória de Inconstitucionalidade 3510 DF. Relator: Min. Ayres Brito. Data do julgamento: 29/05/2008. Data da publicação: 28/05/2010. Disponível em: <<http://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/14720566/acaodiretadeinconstitucionalidade-adi-3510-df>>. Acesso em: 29 jan. 2015.

_____. Supremo Tribunal Federal. RE 430105 RJ. Relator: Min. Sepúlveda Pertence. Data do julgamento: 13/02/2007. Data da publicação: 27/04/2007. Disponível em: <<http://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/14729580/questao-de-ordem-no-recurso-extraordinario-re-430105-rj>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

_____. Tribunal de Justiça do Distrito Federal. *Habeas Corpus* 842020098070000 DF 0000084-20.2009.807.0000. Relator: Roberto Santos. Data do julgamento: 04/02/2009. Data da publicação: 22/06/2009. Disponível em: <<http://tjdf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/5444607/hbc-hc-842020098070000-df-0000084-2020098070000>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

BRITTO, Renata Corrêa. *In: 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, 2004. Disponível em: <<http://thesis.ict.fiocruz.br/pdf/brittorcm.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2015.

BULOS, Uadi Lâmmego. **Curso de Direito Constitucional.** 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição.** 7. ed. Coimbra: Coimbra Editora: 2003.

CAPEZ, Fernando. *In*: **Drogas: internação compulsória e educação.** Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniaofz1907201108.htm>>. Acesso em: 02 fev. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *In*: **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas.** Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2a_Edixo_relatorio_inspecao_VERSxO_FINAL.pdf>. Acesso em: 23 de jan. de 2015.

COSTA, Selma Frossard. *In*: **O processo de reinserção social do dependente químico após completar o ciclo de tratamento em uma comunidade terapêutica.** Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v3n2_processo.htm>. Acesso em: 29 dez. 2014.

DAMASCENO. João Batista. *In*: **Sob o pretexto da cura.** Disponível em: <<http://www.brasildefato.com.br/node/11664>>. Acesso em: 08 fev. 2015.

FEIJÓ, Maria Cristina; ASSIS, Simone Gonçalves. *In*: **O Contexto da exclusão social e de vulnerabilidade de jovens infratores e suas famílias.** 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n1/22391.pdf>> Acesso em: 05 jan. 2015.

FERNANDES, Daniela. *In*: **Especialistas da ONU e da OMS criticam internação compulsória de viciados em crack.** Disponível em: <http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2013/02/130129_crack_onu_df_ac.shtml> . Acesso em: 31 jan. 2015.

FERREIRA, Pablo Henrique de Abreu. *In*: **A Constitucionalidade da internação compulsória dos usuários dependentes químicos de drogas.** Brasília: Universidade Católica de Brasília, 2013. Disponível em:

<<http://repositorio.ucb.br/jspui/bitstream/10869/2342/1/Pablo%20Henrique%20de%20Abreu%20Ferreira.pdf>>. Acesso em: 29 dez. 2014.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2004.

GÓIS, Mariana Maiza de Andrade; AMARAL, José Hamilton do. *In*: **O uso de drogas lícitas e ilícitas e suas consequências**. Disponível em: <http://www.progep.ufpa.br/progep/docsDSQV/ALCOOL_E_DROGAS.pdf> Acesso em: 26 dez. 2014.

GONÇALVES, Manuel Clístenes de Façanha *apud* SILVA, Odailson da. **Droga! Internar não é prender**. 2. ed. Fortaleza: Arte Visual, 2013.

GOMES, Luiz Flávio. *In*: **Nova Lei de drogas: descriminalização da posse de drogas para o consumo pessoal**. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/9180/nova-lei-de-drogas>>. Acesso em: 06 jan. 2015.

HERMENETO, Edyr Marcelo Costa; SAMPAIO, José Jackson Coelho; CARNEIRO, Cleide. *In*: **Abandono do uso de drogas ilícitas por adolescente: importância do suporte familiar**. Revista Baiana de Saúde Pública. Bahia, v.34, n.3. 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/01000233/2010/v34n3/a1875.pdf>>. Acesso em: 07 jan. 2015.

JUNIOR, Arles Gonçalves. *In*: **Respeito à vida: internação compulsória de dependentes químicos**. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2011-ago-05/internacao-compulsoria-dependentes-quimicos-constitucional>>. Acesso em: 02 fev. 2015.

LENZA, Pedro. **Direito Constitucional Esquematizado**. 18. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

MORAES, Alexandre. **Direito Constitucional**. 30. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Leis Penais e Processuais Penais Comentadas**. 8. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2014, v.1.

PEREIRA, Elaine Lúcio. *In*: **Processo de reintegração social dos ex-usuários de substâncias ilícitas**. Disponível em:

<http://www.mpce.mp.br/esmp/publicacoes/edi001_2012/artigos/18_Elaine.Lucio.Pereira.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2015.

RIBEIRO, Mônica Ribeiro e. *In: Especialistas criticam a internação compulsória de dependentes químicos*. Disponível em: <<http://jornalggn.com.br/noticia/especialistas-criticam-internacao-compulsoria-de-dependentes-quimicos>>. Acesso em: 08 fev. 2015.

SANT'ANNA, Walmir Teodoro. *In: Internação psiquiátrica involuntária no tratamento de dependentes químicos: aspectos legais e implicações clínicas*. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.uniad.org.br/images/stories/TCCS/Wlamir__MONOGRAFIA_VERSAO_FINAL.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2015.

SANTOS, Maria Ioneide Maciel dos. *In: Internação compulsória de dependentes de drogas*. Brasília: Centro Universitário do Distrito Federal, 2013. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/pdf/cj046167.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2015.

SILVA, Odailson da. *In: Droga! Internar não é prender*. 2. ed. Fortaleza: Arte Visual, 2013.

THEOPHILO, Roque. *In: Drogadição: as ilusões da droga*. Disponível em: <<http://www.idph.com.br/transformando-se/bloqueios/drogadicao.php#.VJ1xfsDs>> Acesso em: 26 dez. 2014.

VARELLA, Drauzio. *In: Internação Compulsória*. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/dependencia-quimica/internacao-compulsoria-2/>>. Acesso em: 02 fev. 2015.