

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO
NÍVEL MESTRADO**

AMANDA SOUZA BARBOSA

**INTERNAÇÃO CONTRA A VONTADE DE PESSOAS QUE USAM SUBSTÂNCIAS
PSICOATIVAS NO BRASIL: relações entre Poder, Direito e Verdade**

**São Leopoldo
2015**

AMANDA SOUZA BARBOSA

INTERNAÇÃO CONTRA A VONTADE DE PESSOAS QUE USAM SUBSTÂNCIAS
PSICOATIVAS NO BRASIL: relações entre Poder, Direito e Verdade

Dissertação apresentada como requisito
parcial para obtenção do título de Mestre
em Direito, pelo Programa de Pós-
Graduação em Direito da Universidade do
Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS
Área de concentração: Direito Público

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Taysa Schiocchet

São Leopoldo

2015

Ficha catalográfica

B238i Barbosa, Amanda Souza
 Internação contra a vontade de pessoas que usam
 substâncias psicoativas no Brasil : relações entre Poder,
 Direito e Verdade / por Amanda Souza Barbosa. – 2015.
 388 f.: 30 cm.

 Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio dos
 Sinos, Programa de Pós-Graduação em Direito, 2015.
 Orientação: Profa. Dra. Taysa Schiocchet.

 1. Drogas. 2. Internação. 3. Biopoder. 4. Capacidade.
 5. Exclusão. I. Título.

CDU 343.57

Aos meus pais, Rita e Nielson, e à minha avó Lourdes, pelo apoio, incentivo e amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

Este é um momento de imensa gratidão a todas as pessoas que tornaram possível o meu ingresso no mestrado e elaboração desta pesquisa. Primeiramente, agradeço aos meus pais pelo apoio e incentivo desde a inscrição no processo seletivo. Foram dois anos fora do meu estado natal e, ainda assim, eles se fizeram presentes e não mediram esforços para que eu pudesse me dedicar exclusivamente ao curso. A eles, além da vida, devo tudo o que sou hoje. Agradeço imensamente à minha avó pela companhia neste período e por cuidar de mim com tanto carinho e paciência. Também agradeço a Sérgio Sampaio, por toda a torcida e acolhimento apesar da distância, ao Prof. Dr. Wálber Carneiro por ter me apresentado à Unisinos e à Profa. Ana Thereza Meirelles Araújo pela orientação durante a elaboração do pré-projeto de pesquisa, entregue ainda na inscrição do processo seletivo.

Uma vez discente do Programa de Pós-Graduação em Direito da Unisinos, tive a alegria de ser orientanda da Profa. Dra. Taysa Schiocchet, que me acolheu desde a primeira conversa. Mesmo com tantos afazeres, sempre foi zelosa e atenciosa durante todo o processo de orientação. Agradeço imensamente à Profa. Taysa pela orientação ímpar, pelos elogios e críticas sinceras, pelo apoio e incentivo em todos os momentos, e por ter me ensinado a ter como meta conciliar leveza e seriedade na realização das minhas atividades. Fazer parte do grupo de pesquisa que ela coordena, o BioTecJus, foi um grande presente! Ser assistente de pesquisa em uma equipe deste porte foi uma experiência inédita e que me proporcionou grande amadurecimento profissional e pessoal. Não poderia deixar de agradecer à toda a equipe do BioTecJus pelos momentos de alegria e aprendizado compartilhados, nos nomes de Anita, Bianca, Jéssica, Isabelle, Fernanda, Eleonora e Rodolfo.

Agradeço, também, aos professores e professoras de quem tive a honra de ser aluna durante o curso. Cada um contribuiu de forma muito especial para minha formação e elaboração desta pesquisa, direta ou indiretamente. Agradeço à Profa. Dra. Sandra Vial pelo carinho, pelo interesse na pesquisa e por ter viabilizado o contato com a Profa. Dra. Míriam Dias, docente do PPG em Psicologia da UFRGS, a qual me recebeu de braços abertos logo no início da pesquisa, sugerindo bibliografia e conversando comigo sobre o tema. Ao Prof. Dr. Gabriel Feltran, docente do PPG

em Sociologia da UFSCAR, também agradeço pela atenção e pela rica bibliografia indicada em único contato por e-mail, viabilizado por minha professora orientadora.

Pelas importantes contribuições à pesquisa eu agradeço ao Prof. Dr. Wilson Engelmann e ao Prof. Dr. José Roque Junges, cujas observações durante a banca de qualificação do projeto de pesquisa foram importantes para o aprimoramento do trabalho, e ao Prof. Dr. José Rodrigo Rodriguez pelas sugestões e perguntas instigantes durante a defesa simulada, realizada no segundo semestre de 2014 em conjunto com Profa. Taysa e os demais colegas do mestrado sob a orientação de ambos. Aos colegas e amigos também devoto meus agradecimentos, pois com eles compartilhei conquistas e a tensão a cada seminário apresentado e *paper* entregue. Agradeço à coordenação, em nome de Vera Loebens, pela atenção e cuidado durante todo o período. Lembrarei com muito afeto desse percurso de dois anos na Unisinos. A todas e todos que fizeram parte desta caminhada, minha admiração e meu muito obrigada!

“As drogas, mesmo o crack, são produtos químicos sem alma: não falam, não pensam e não simbolizam. Isto é coisa de humanos. Drogas, isto não me interessa.

Meu interesse é pelos humanos e suas vicissitudes.”

Antonio Nery Filho

RESUMO

A presente pesquisa tem como tema a internação contra a vontade de pessoas que usam substâncias psicoativas, sobretudo os dependentes químicos, o qual fora abordado a partir de três pilares principais: a Filosofia, a Bioética e o Direito Civil-Constitucional. Tem-se como objetivo geral analisar criticamente, após identificação dos principais modelos discursivos sobre a (in)adequação da internação contra a vontade de pessoas que usam substâncias psicoativas, as implicações sociais, jurídicas e bioéticas que permeiam a tomada de decisões médico-jurídicas neste âmbito no Brasil, sob uma perspectiva transdisciplinar, pautada no biopoder e que tem em vista o tratamento proibicionista e estigmatizante dispensado a esses sujeitos, reconhecidamente vulnerados. O trabalho foi desenvolvido a partir da metodologia dialética. Em termos de técnicas de pesquisa, foi realizada pesquisa bibliográfica e documental. Sua estrutura foi concebida em duas partes: a primeira apresenta o *status quo* da internação contra a vontade no Brasil, enquanto a segunda é dedicada aos discursos que infirmam esse *status quo*. No primeiro capítulo da primeira parte realizou-se um estudo do tratamento jurídico-normativo conferido ao instituto. No segundo capítulo, foram explorados os escritos de Foucault a respeito do biopoder, como forma de evidenciar as relações de poder que perpassam este fenômeno. Já na segunda parte, foram resgatadas as lições da Reforma Psiquiátrica brasileira e apresentados os modelos discursivos sobre a (in)adequação da internação contra a vontade como forma de tratamento no primeiro capítulo. São eles: modelo discursivo de aprovação ampla, aprovação restrita e reprovação. No segundo e último capítulo do desenvolvimento, buscou-se identificar as sucessivas violações aos direitos fundamentais das pessoas que usam substâncias psicoativas, sobretudo àquelas em situação de rua. Apontou-se a alteridade como caminho necessário à ruptura do processo de verdade-desigualdade-exclusão dessas pessoas. Sabendo-se que a crença na incapacidade decisória inexorável do dependente químico constitui a base do discurso que aposta nesta medida de tratamento, foi questionada a atual teoria das incapacidades do Código Civil na perspectiva do Direito Civil-Constitucional, à luz dos direitos da personalidade e da Bioética de Proteção. Nas considerações finais foram apresentadas as principais implicações da tomada de decisões sobre internação contra a vontade nos planos social, jurídico e bioético, em resposta ao problema de pesquisa. Concluiu-se que a internação contra a vontade deve ser excepcional e de curto período, para fins exclusivos de desintoxicação. O governo deveria investir nas alternativas de tratamento extra-hospitalares e voluntárias, na medida em que a Reforma Psiquiátrica demonstra que dispositivos que isolam o paciente produzem exclusão e vulneração social. A avaliação da capacidade decisória deve ser individual e levar em conta não só a autonomia, mas também os fatores de vulneração a que o paciente se encontra exposto. Identificou-se, ainda, a necessidade de um observatório nacional sobre drogas que, além de reunir estudos científicos como já faz o OBID, possa produzir conhecimento para uma melhor compreensão do fenômeno e que mantenha diálogo constante com universidades, profissionais da saúde, pacientes e familiares.

Palavras-chave: Drogas. Internação. Biopoder. Capacidade. Exclusão.

ABSTRACT

The theme of this dissertation is the compulsory hospitalization of people who use psychoactive substances, especially drug addicts, which was approached from three main pillars: Philosophy, Bioethics and the Civil-Constitutional Law. Its main objective is to analyze critically, after the identification of the main discursive models about the (in)adequacy of the compulsory hospitalization of people who use psychoactive substances, the social, legal and bioethical implications that taking medical-legal decisions in this topic involves in Brazil, under a transdisciplinary perspective, based on biopower and that observe the prohibitionist and stigmatizing treatment of these subjects, admittedly vulnerables. The research was developed according to the dialectical methodology. In terms of research techniques, bibliographical and documentary research was conducted. The dissertation structure is composed by two parts: the first one presents the *status quo* of compulsory hospitalization in Brazil, while the second is devoted to speeches that invalidate this *status quo*. On the first chapter of the first part was realized a study of the legal and regulatory treatment given to the institute. On the second chapter, the writings of Foucault about biopower were explored as a way to demonstrate the power relations that underlie this phenomenon. On the second part, the Brazilian Psychiatric Reform's lessons were rescued and the discursive models about the (in)adequacy of compulsory hospitalization were presented on the first chapter. They are: discursive model of wide acceptance, restricted acceptance and reprobation. On the second and final chapter of development part, it aims to identify the successive violations of fundamental rights of people who use psychoactive substances, especially those living on the streets. Alterity was pointed as a necessary way to break the process of truth-inequality-exclusion of these people. Knowing that the belief in the addict's inexorable decision-making disability consists in the basis of speeches that bets on this treatment measure, the current incapacity theory of the Civil Code was questioned from the perspective of Civil-Constitutional Law, in the light of personal rights and Protective Bioethics. On the final considerations the main implications of making medical-legal decisions about compulsory hospitalization of people who use drugs were presented in the social, juridical and ethical plans, in response to the research problem. It was concluded that the compulsory hospitalization must be exceptional and a short-term one, for the sole purpose of detoxification. The government should invest in alternatives of out-of-door and voluntary treatments, since the Psychiatric Reform demonstrates that devices that isolate the patient produces social exclusion and vulnerability. The evaluation of the decision-making capacity of a patient must be individual and take into account not only autonomy but also the vulnerability factors to which the patient is exposed. Also, it was identified the need for a national observatory on drugs, which not just gather scientific studies as OBID already does, but that can produce knowledge for a better understanding of the phenomenon, maintaining constant dialogue with universities, health professionals, patients and their families.

Keywords: Drugs. Hospitalization. Biopower. Capacity. Exclusion.

LISTA DE SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ABRAPSO	Associação Brasileira de Psicologia Social
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
ANJT	Associação Nacional de Justiça Terapêutica
BM	Banco Mundial
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CETAD	Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas
CETAD Observa	Observatório Baiano sobre Substâncias Psicoativas
CJF	Conselho da Justiça Federal
CNDDH	Centro Nacional de Defesa dos Direitos Humanos da População de Rua e de Catadores de Material Reciclável
CONICQ	Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco
CRATOD	Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas
CRAS	Centros de Referência de Assistência Social
CREAD	Centro de Referência Estadual em Álcool e Drogas
CREAS	Centros Especializados de Assistência Social
CID-10	Classificação internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde
CC	Código Civil
CCJ	Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania
CE	Ceará
CEM	Código de Ética Médica
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNP	Comissão de Drogas Narcóticas da ONU
CNS	Conselho Nacional de Saúde

CNUDH	Comissão das Nações Unidas para os Direitos Humanos
Conad	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
Confen	Conselho Federal de Entorpecentes
CP	Código Penal
CPP	Código de Processo Penal
CRFB/1988	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
CRP	Conselho Regional de Psicologia
CSPCCO	Comissão de Segurança Pública e Combate ao Crime Organizado
CSSF	Comissão de Seguridade Social e Família
CTASP	Comissão de Trabalho, Administração e Serviço Público
DP	Defensoria Pública
Denarc	Departamento Estadual de Prevenção e Repressão ao Narcotráfico
eCR	Equipes de Consultório na Rua
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EUA	Estados Unidos da América
FASE	Fundação de Atendimento Sócio-Educativo
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FEBEM	Fundação Estadual para o Bem-Estar do Menor
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMI	Fundo Monetário Internacional
IML	Instituto Médico Legal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LEP	Lei de Execuções Penais
LINDB	Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MG	Minas Gerais
MJ	Ministério da Justiça
MNLA	Movimento Nacional de Luta Antimanicomial
MNPR	Movimento Nacional da População de Rua

MP	Ministério Público
MPE	Ministério Público Estadual
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental
Nepad	Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OBID	Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PL	Projeto de Lei
PLS	Projeto de Lei do Senado
PM	Polícia Militar
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
PT	Partido dos Trabalhadores
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Senad	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
Sepredeq	Secretaria de Prevenção à Dependência Química
Setrab	Secretaria de Trabalho e Renda
SHR	Serviço hospitalar de referência
Sida	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
Sisnad	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SP	São Paulo
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
STJ	Superior Tribunal de Justiça
STF	Supremo Tribunal Federal
TJ	Tribunal de Justiça
UAA	Unidade de Acolhimento Adulto
Uai	Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UES	Unidade Experimental de Saúde
UNAIDS	<i>Joint United Nations Program on HIV/AIDS</i>
UNGASS	<i>United Nations General Assembly Special Session</i>
UNISINOS	Universidade do Vale do Rio dos Sinos
UNODC	<i>United Nations Office on Drugs and Crime</i>
UFBA	Universidade Federal da Bahia
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 A TRAMA DE SABER-PODER EM TORNO DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: “GUERRA ÀS DROGAS” E INTERNAÇÃO CONTRA A VONTADE NO BRASIL.....	29
2.1 PANORAMA HISTÓRICO DO TRATAMENTO JURÍDICO-NORMATIVO CONFERIDO À INTERNAÇÃO CONTRA A VONTADE DE USUÁRIOS DE DROGAS	30
2.1.1 Os impactos do proibicionismo e a declaração de “guerra às drogas”	32
2.1.1.1 Transformações na tutela jurídica das condutas relacionadas a substâncias psicoativas até o período pré-redemocratização.....	35
2.1.1.1.1 <i>A internação como tratamento e instrumento de tutela penal</i>	<i>37</i>
2.1.1.1.2 <i>Mudanças no papel da internação após a inserção do Brasil no sistema de controle internacional de drogas</i>	<i>44</i>
2.1.1.2 A intensificação do questionamento da lógica de “guerra às drogas” após a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988	49
2.1.1.2.1 <i>A conformação entre proibicionismo e atenção ao usuário de drogas.....</i>	<i>54</i>
2.1.1.2.2 <i>A atual Lei de Drogas e as perspectivas para o futuro nos planos nacional e internacional.....</i>	<i>58</i>
2.1.2 O cenário brasileiro atual: avanços e retrocessos.....	65
2.1.2.1 O papel da internação contra a vontade nas ações e políticas de tratamento de dependentes químicos	68
2.1.2.1.1 <i>Considerações sobre o PL nº 7.663/2010: entre a proteção da saúde pública e o controle dos “elimináveis”</i>	<i>73</i>
2.1.2.1.2 <i>A heterogeneidade das políticas públicas sobre drogas no Brasil: o papel da internação contra a vontade nas iniciativas do Poder Executivo.....</i>	<i>81</i>
2.1.2.2 Internação compulsória: análise das condições em que o Poder Judiciário participa do encaminhamento de dependentes químicos à internação.....	87
2.1.2.2.1 <i>Apresentação e crítica à Justiça Terapêutica no Brasil: até que ponto há efetivamente uma escolha entre prisão e tratamento.....</i>	<i>93</i>
2.1.2.2.2 <i>Funções da internação compulsória na Justiça da Infância e da Juventude: entre tratar, controlar e punir.....</i>	<i>102</i>

2.2 BIOPODER, NORMALIZAÇÃO E VERDADE: A TRANSFORMAÇÃO DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM USO DE DROGAS.....	109
2.2.1 Biopoder e medicalização da vida.....	111
2.2.1.1 A transição do poder soberano ao biopoder: considerações sobre a tomada de poder sobre os corpos	114
2.2.1.1.1 <i>O Poder disciplinar e a produção de saber: vigilância e exame no ambiente hospitalar</i>	118
2.2.1.1.2 <i>A biopolítica da espécie humana e a gestão da vida: o controle sobre fenômenos populacionais</i>	125
2.2.1.2 Da patologia à anormalidade: a teoria da degeneração e a construção de subjetividades	132
2.2.1.2.1 <i>A construção da anormalidade: os passos da Psiquiatria para se tornar um saber médico</i>	138
2.2.1.2.2 <i>O surgimento da figura do anormal no ponto de encontro entre Medicina e Direito: evidências em laudos periciais</i>	145
2.2.2 As engrenagens do biopoder em funcionamento.....	151
2.2.2.1 As raízes do biopoder no discurso da guerra das raças: o elo entre “fazer viver” e “poder matar”	152
2.2.2.1.1 <i>Guerra em tempos de paz: o racismo e a eleição das vidas matáveis</i>	155
2.2.2.1.2 <i>Relações entre poder e discurso: a transmutação dos saberes em regimes de veridicação</i>	164
2.2.2.2 Ciência e produção de verdades: a articulação entre Direito e Medicina na produção do “usuário de drogas”	170
2.2.2.2.1 <i>A criação social do “uso de drogas ilícitas” e a produção da exclusão</i>	172
2.2.2.2.2 <i>Contestação das verdades científicas sobre drogas pela própria ciência: sinais de que o dependente químico pode tomar decisões racionais</i>	179
3 A INSURREIÇÃO DOS SABERES SUJEITADOS: AS VOZES QUE A HEGEMONIA PROIBICIONISTA NÃO QUER OUVIR.....	188
3.1 O EMARANHADO DE DISCURSOS E PRÁTICAS DE SABER-PODER QUE ATRAVESSAM O DISPOSITIVO DE INTERNAÇÃO CONTRA A VONTADE DE DEPENDENTES QUÍMICOS NO BRASIL.....	189
3.1.1 Passado, presente e futuro da Reforma Psiquiátrica	191
3.1.1.1 A formação do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil: resistência ao modelo manicomial de saúde mental	193

3.1.1.1.1 <i>Um basta à trajetória de abusos e exclusão dos “degenerados”</i>	197
3.1.1.1.2 <i>A busca por uma sociedade sem manicômios: a gestação da Lei da Reforma Psiquiátrica e seus frutos</i>	201
3.1.1.2 Bandeiras da Reforma Psiquiátrica no século XXI: da institucionalização ao protagonismo dos usuários de drogas	208
3.1.1.2.1 <i>O fechamento dos leitos em hospitais psiquiátricos: entre uma rede integrada e o perigo da desassistência</i>	211
3.1.1.2.2 <i>O financiamento público de internações em hospitais, clínicas e comunidades terapêuticas particulares: “a privatização do SUS”</i>	216
3.1.2 A internação contra a vontade entre ações governamentais ambíguas e modelos discursivos plurais	222
3.1.2.1 Reações do poder público em face da dependência química	224
3.1.2.1.1 <i>Diretrizes do Ministério da Saúde para a atenção integral às pessoas que usam drogas: a preferência pelo tratamento de base territorial e comunitária</i>	226
3.1.2.1.2 <i>Estrutura e principais resultados do Programa “Crack, é possível vencer”: retrato das frentes de ação do Ministério da Justiça</i>	233
3.1.2.2 A multiplicidade de posicionamentos sobre a (in)adequação da internação contra a vontade de dependentes químicos	238
3.1.2.2.1 <i>Modelos discursivos que aprovam a internação contra a vontade de forma ampla ou restrita</i>	240
3.1.2.2.2 <i>Modelo discursivo de reprovação à internação contra a vontade de dependentes químicos</i>	247
3.2 REVISÃO DO LUGAR COMUM QUANDO O TEMA É DROGAS: SUPERAÇÃO DOS MITOS E ANÁLISE DA CAPACIDADE DECISÓRIA DE PESSOAS QUE USAM SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	251
3.2.1 Percepções sobre o uso de drogas que obstaculizam o exercício e respeito aos direitos fundamentais	253
3.2.1.1 Pessoas em situação de rua que usam substâncias psicoativas: resultado de violações sistemáticas de direitos humanos	255
3.2.1.1.1 <i>A incipiente rede de proteção das pessoas em situação de rua</i>	259
3.2.1.1.2 <i>Matizes da “Operação Sufoco”: a gestão biopolítica do espaço público às custas da população de rua</i>	264
3.2.1.2 A alteridade como caminho para a ruptura do ciclo de estigmatização e exclusão dos usuários de drogas	275

3.2.1.2.1 <i>A desconstrução dos mitos em torno do uso de drogas pela via da alteridade</i>	279
3.2.1.2.2 <i>Cenários da experiência de usuários de drogas: um exercício de alteridade</i>	285
3.2.2 Análise jurídica-bioética da capacidade decisória dos “viciados em tóxicos”: teoria das incapacidades, autonomia e vulneração	291
3.2.2.1 Considerações sobre a teoria das incapacidades à luz dos direitos da personalidade	294
3.2.2.1.1 <i>A teoria das incapacidades no Direito Civil brasileiro: do Código Civil de 1916 ao Código Civil de 2002</i>	302
3.2.2.1.2 <i>A insuficiência dos artigos 3º e 4º do Código Civil em face do exercício de direitos existenciais</i>	309
3.2.2.2 Autonomia e vulnerabilidade na Bioética contemporânea: rumo ao empoderamento de sujeitos vulnerados	319
3.2.2.2.1 <i>Esvaziamento e ressignificação da autonomia nas reflexões bioéticas</i> ...	323
3.2.2.2.2 <i>O empoderamento como resposta à vulneração do dependente químico à luz da Bioética de Proteção</i>	332
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	340
REFERÊNCIAS	354

1 INTRODUÇÃO

Vive-se, no Brasil, um período de intensos debates sobre a política de drogas. Ações polêmicas adotadas pelos governos de determinados estados e municípios, a exemplo de episódios no Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais, têm ocupado as manchetes dos jornais. Diz-se que o país está vivendo uma epidemia de crack, a ponto do Governo Federal ter lançado o Programa “Crack, é possível vencer”. Pode-se dizer que as discussões a respeito são voltadas para dois aspectos principais: a política repressiva e proibicionista, assentada nas leis penais, e a política de tratamento das pessoas que usam substâncias psicoativas de forma abusiva, sobretudo aquelas em situação de rua. Estes dois principais aspectos da política de drogas correspondem, preponderantemente, a duas figuras: o traficante e o usuário, respectivamente.

O segundo aspecto chama a atenção por sua perenidade. Independentemente da possível legalização da comercialização, produção e/ou porte de drogas para consumo pessoal, continuar-se-á diante da necessidade de se desenvolver formas de tratamento adequadas aos usuários que sofrem de dependência química. O uso abusivo de substâncias psicoativas, reconhecidamente uma questão de saúde pública de acordo com o Ministério da Saúde (MS)¹, merece atenção especial dos mais diversos setores. A disseminação dos perigos da epidemia referida, aliada à estigmatização do usuário, parecem endossar ações enérgicas, como a internação contra a vontade. Nesta seara, os limites entre beneficência e violação de direitos humanos é muito tênue, de modo que também o Direito deve se debruçar sobre a questão.

No tocante à internação contra a vontade, pode-se identificar um círculo vicioso. O usuário de drogas (ilícitas) encontra-se circundado por um processo de produção de verdades excludente, que sustenta desigualdades sociais. Dentre as verdades produzidas sobre o consumo de substâncias psicoativas está a incapacidade decisória inexorável de todo dependente químico, base do discurso que aposta na internação contra a vontade como política de tratamento. O Código Civil (CC) ratifica essa premissa ao inserir os “ébrios habituais” e os “viciados em

¹ Cf. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. 2. ed. rev. e ampl. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/enfrentandocrack/publicacoes/artigos/politica-do-ministerio-da-saude-para-a-atencao-integral-a-usuarios-de-alcool-e-outras-drogas/view>>. Acesso em: 25 ago. 2013. p. 5-6.

tóxicos” no rol de pessoas relativamente incapazes para a prática dos atos da vida civil – dentre eles a decisão de se submeter a um dado tratamento médico. Este cenário social e normativo culmina na quase impossibilidade do exercício de direitos da personalidade, sobretudo a autonomia sobre o próprio corpo, por parte do dependente químico, cuja suposta incapacidade tem sido questionada veementemente pela mesma ciência que a instituiu como “verdade”.

Diante deste cenário, a pesquisa terá como tema a internação contra a vontade de pessoas que usam substâncias psicoativas, o qual será abordado a partir de três pilares principais: a Filosofia, a Bioética e o Direito Civil-Constitucional. Serão incorporadas, ainda, noções desenvolvidas nas Ciências da Saúde, Antropologia e demais áreas do conhecimento que possam oferecer elementos que auxiliem no aprofundamento das reflexões a respeito. Não poderia ser diferente, haja vista que o fenômeno ora estudado é eminentemente transdisciplinar. Ele poderia ser analisado por meio dos mais variados ângulos, pois apresenta aspectos de ordem social, econômica, médica, jurídica, dentre outras. Por isso, esta pesquisa busca ultrapassar as fronteiras do Direito para recepcionar aportes teóricos de outras áreas do conhecimento que se debruçam sobre a realidade das pessoas que usam substâncias psicoativas e sofrem com a dependência química.

Desta forma, acredita-se fazer jus à complexidade das questões que envolvem a internação contra a vontade enquanto modalidade de tratamento. A abordagem transdisciplinar terminará por oxigenar as reflexões jurídicas a respeito, por vezes alheia à realidade em seu entorno. A referência à postura transdisciplinar é realizada com base em Nicolescu. Compreende-se a transdisciplinaridade como aquilo que rompe a fronteira das disciplinas, que se refere ao que está entre, através e além das disciplinas, tendo como objetivo compreender o mundo presente a partir da consciência da unidade do conhecimento². São três as suas características principais, conforme o artigo 14 da Carta da Transdisciplinaridade: a) rigor – na argumentação e aprofundamento científico; b) abertura – aceitação do inesperado e imprevisível; c) tolerância – em relação às ideias que se contrapõem à perspectiva

² NICOLESCU, Basarab. *O manifesto da transdisciplinaridade*. Tradução Lúcia Pereira de Souza. São Paulo: TRIOM, 1999. p. 11.

do pesquisador³. Somente assim um tema como este, que toca questões de diversas áreas do conhecimento, pode ser abordado com seriedade.

A pesquisa foi desenvolvida a partir da metodologia dialética, em termos de metodologia da ciência, pois ela privilegia a contradição inerente aos fenômenos sociais. A internação contra a vontade é um instituto que polariza diversos posicionamentos, de modo que a análise das suas implicações sociais, jurídicas e bioéticas perpassa pelo mapeamento dos principais discursos presentes na sociedade brasileira atual a respeito. Para Demo, a metodologia dialética é a mais adequada para as pesquisas desenvolvidas no âmbito das ciências sociais, na medida em que, sem deixar de ser lógica, demonstra maior sensibilidade à face social dos problemas sobre os quais se debruça. Tem como pressuposto que toda formação social é suficientemente contraditória, o que a torna historicamente superável. A dialética privilegia a transição histórica, ou seja, a superação de uma fase por outra, sem ignorar que nos processos de mudança há elementos que permanecem, denominados de estrutura. O seu cerne é o fenômeno da contradição ou conflito, pois se pressupõe que na realidade há mais conflitos do que harmonias e consensos⁴.

São apontados tradicionalmente como base do método dialético os conceitos de tese, antítese e síntese, sendo este último uma nova tese. A tese corresponde a uma formação social vigente na história. Diz-se que toda tese produz a sua antítese, na medida em que esta seria o fruto de suas contradições endógenas. A antítese, portanto, representa a convivência de componentes conflituosos que denunciam a face dinâmica da história, o seu constante “vir-a-ser”, os quais podem levar à superação de uma determinada fase ou não. A ideia de contradição pode ser representada pelo entendimento de que, dentro de uma mesma totalidade, há polos que se repelem e se atraem. Tem-se consciência de que, como alerta Demo, a postura dialética tende a uma simplificação da realidade, embora esta simplificação seja explicativa e não necessariamente reduza ou ignore a complexidade social⁵. Contudo, adota-se o método dialético por ele privilegiar a dinâmica da história e as contradições inerentes a todo fenômeno social.

³ CARTA da Transdisciplinaridade: adotada a 06 de novembro de 1994 no Primeiro Congresso Mundial de Transdisciplinaridade. Península de Setúbal, 1994. Disponível em: <<http://www.unipazparana.org.br/conteudo.php?id=92>>. Acesso em: 07 mar. 2014.

⁴ DEMO, Pedro. *Introdução à metodologia da ciência*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1987. p. 86-87.

⁵ *Ibid.*, p. 87-88.

Quanto à natureza, a presente pesquisa é aplicada, na medida em que se presta a gerar conhecimentos úteis para a solução de um problema social, qual seja, as tensões próprias à internação contra a vontade de pessoas que usam substâncias psicoativas. Quanto à abordagem, trata-se de uma pesquisa qualitativa, pois será dada maior importância ao significado dos dados e fontes consultados do que à sistematização e operacionalização de variáveis, sendo esta última uma característica da pesquisa quantitativa⁶. O método qualitativo é predominante nas ciências sociais e humanísticas, pois permite a contextualização do ambiente, o aprofundamento dos dados acessados e dá espaço à riqueza interpretativa⁷. No tocante aos objetivos, a pesquisa é eminentemente descritiva porque, para dar uma resposta ao problema que se propõe solucionar, será necessário identificar as características de uma determinada população ou fenômeno⁸, *in casu*, as implicações sociais, jurídicas e bioéticas imbricadas na tomada de decisões sobre a internação contra a vontade de pessoas que usam substâncias psicoativas⁹. No que se refere à técnica de pesquisa, será realizada pesquisa de documentação indireta, a qual engloba as pesquisas bibliográfica e documental¹⁰.

A internação de usuários de drogas vem sendo realizada com fulcro na Lei Federal de Psiquiatria (Lei nº. 10.216/2001), que redireciona o modelo assistencial no campo da saúde mental. Conforme este diploma legal, há três espécies de internação psiquiátrica: voluntária, involuntária e compulsória, sendo possível haver a internação contra a vontade do paciente nos dois últimos tipos. Será alvo de estudos, especificamente, a internação de pessoas que usam substâncias psicoativas de forma abusiva, aquelas que sofrem de dependência química, havendo transtorno mental associado ou não. Será, ainda, conferida atenção especial às pessoas em situação de rua em virtude do seu grave estado de vulneração social. É importante salientar que, juridicamente, a internação compulsória não se reduz à medida de segurança e não se confunde com a medida socioeducativa de internação.

⁶ BOAVENTURA, Edivaldo M. *Metodologia da pesquisa*: monografia, dissertação e tese. 1. ed. 5. reimpr. São Paulo: Atlas, 2011. p. 56.

⁷ SAMPIERI, Roberto Hernández; COLLADO, Carlos Fernández; LUCIO, Pilar Baptista. *Metodologia de pesquisa*. Tradução Fátima Conceição Murad, Melissa Kassner, Sheila Clara Dystyler Ladeira. 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006. p. 15.

⁸ BOAVENTURA, op. cit., p. 57-58.

⁹ ANDRADE, Maria Margarida de. *Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação*: noções práticas. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2008. p. 5.

¹⁰ *Ibid.*, p. 13-14.

A medida de segurança é aplicada a pessoas portadoras de transtornos mentais que cometeram crimes, no bojo de um processo penal, em razão da sua inimputabilidade. Nesses casos, de acordo com o Código Penal (CP), a pena restritiva de liberdade é substituída pela medida de segurança, que poderá consistir em internação em hospital psiquiátrico ou instituição similar, ou sujeição a tratamento ambulatorial (arts. 96 a 99 do CP)¹¹. Há estudiosos¹² que entendem ser a medida de segurança a única hipótese em que a internação compulsória, aquela determinada em decisão judicial, seria possível. Assim entendem porque a Lei Federal de Psiquiatria, no artigo 9º, refere que a internação compulsória é determinada pelo juiz competente de acordo com a legislação vigente, ou seja, haveria a necessidade de autorização da internação compulsória através de outro diploma legal. Sendo assim, só haveria tal autorização em relação à medida de segurança.

Contudo, não é este o entendimento que prevalece nos tribunais. A internação compulsória tem sido requerida e deferida em ações autônomas, ou cumuladas com o pedido de interdição civil, também figurando na Justiça da Infância e da Juventude na qualidade de medida de proteção. Não se pode ignorar a prática jurídica neste sentido, por isso a observação de que a internação compulsória não se reduz à medida de segurança. Por razões de corte epistemológico, a medida de segurança não será estudada neste trabalho. Pretende-se estudar a internação contra a vontade nas situações em que é apresentada como medida cuja finalidade é exclusivamente terapêutica, fugindo a medida de segurança deste viés por assumir natureza jurídica de sanção penal. Cabe observar, ainda, que a internação prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é um instituto distinto do fenômeno que se pretende estudar. Neste, fala-se em internação em estabelecimento educacional enquanto medida socioeducativa, portanto, aplicada pela autoridade competente quando comprovada a prática de ato infracional (arts. 112, VI, e 121 a 125 do ECA)¹³.

¹¹ BRASIL. *Decreto-Lei nº. 2.848, de 7 de dezembro de 1940*. Código Penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm>. Acesso em: 20 maio 2014.

¹² Cf. COELHO, Isabel; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, abr.-jun. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0359.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2014.

¹³ BRASIL. *Lei nº. 8.069, de 13 de julho de 1990*. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 20 maio 2014.

Do ponto de vista legal, a internação compulsória se distingue ainda da interdição. De acordo com o artigo 1.767, inciso III do CC¹⁴, estão sujeitos à curatela “os deficientes mentais, os ébrios habituais e os viciados em tóxicos”. A curatela e seus limites são estabelecidos por juiz competente no âmbito de um processo de interdição, uma vez constatada e declarada a incapacidade civil do interditando. O artigo 1.777 do mesmo diploma legal prevê a possibilidade de recolhimento do interdito quando não se adaptar ao convívio familiar, nos casos previstos nos incisos I, III e IV do art. 1.767, hipóteses relacionadas com a saúde mental. A interdição é uma ação cujo objeto é a declaração da incapacidade absoluta ou relativa de uma pessoa, bem como a nomeação de um curador que a represente no exercício dos atos da vida civil, podendo ser requerida no mesmo processo a internação compulsória do interdito.

Esclarecidos os principais aspectos sobre o fenômeno que se pretende analisar, passa-se à apresentação do problema de pesquisa. Considerando o tratamento proibicionista e estigmatizante dispensado às pessoas que usam substâncias psicoativas, e a partir da identificação dos principais modelos discursivos sobre a (in)adequação da internação contra a vontade destes sujeitos reconhecidamente vulnerados, sob uma perspectiva transdisciplinar e pautada no biopoder, quais são as implicações sociais, jurídicas e bioéticas que permeiam a tomada de decisões médico-jurídicas neste âmbito no Brasil? Em termos espaciais e temporais, a pesquisa se deterá ao estudo da internação contra a vontade no Brasil contemporâneo, recorrendo-se à história na exata medida em que se entendeu necessário para a compreensão do cenário atual.

Embora centrada na atualidade, a pesquisa recorrerá ao método de procedimento histórico para análise da disciplina jurídico-normativa dispensada à internação de usuários de drogas e pessoas com transtornos mentais no Brasil, bem como no estudo da Reforma Psiquiátrica. Por essa análise ser apenas um instrumento para a compreensão da realidade, não se pode dizer que se trata de uma pesquisa precipuamente histórica. Experiências de outros países serão referidas de forma pontual, a título exemplificativo, sem pretensões de exaurimento ou de realização de um estudo de direito comparado. A possível legalização do comércio, produção e porte para consumo pessoal de substâncias psicoativas hoje

¹⁴ BRASIL. *Lei nº. 10.406, de 10 de janeiro de 2002*. Código Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm>. Acesso em: 20 maio 2014.

consideradas ilícitas não será um tema diretamente abordado, embora componha a política de drogas brasileira e esteja em evidência. A criminalização de determinadas condutas, sobretudo do porte de drogas para consumo pessoal, será abordada por consistir um fator de marginalização dos usuários de drogas. Para além deste aspecto, problematizar a descriminalização e a legalização das drogas ilícitas no Brasil foge aos limites da pesquisa que ora se propõe.

Saliente-se que o tema ora proposto guarda pertinência em relação à linha de pesquisa “Sociedade, Novos Direitos e Transnacionalização” do Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), por tocar diretamente questões que envolvem a eficácia dos direitos fundamentais e direitos exurgentes, como a Bioética e o Biodireito, sob uma perspectiva transdisciplinar predominantemente pautada em aportes teóricos contemporâneos, como se verá. Também há pertinência entre o tema da pesquisa e a linha de pesquisa da professora orientadora. Profa. Dra. Taysa Schiocchet é líder do grupo de pesquisa |BioTecJus| - Estudos Avançados em Direito, Tecnociência e Biopolítica, cujas linhas de pesquisa são: a) Bioética, Biotecnologia e Direito Sanitário; b) Direito da Propriedade Intelectual e Tecnologia da Informação. Pode-se dizer que este trabalho se vincula diretamente à primeira, na medida em que ele se dedica a temas contemporâneos em Direitos Fundamentais, Bioética e Biodireito, Neurociências e Saúde Mental.

O objetivo geral da presente pesquisa, portanto, é o de analisar criticamente, após identificação dos principais modelos discursivos sobre a (in)adequação da internação contra a vontade de pessoas que usam substâncias psicoativas, as implicações sociais, jurídicas e bioéticas que permeiam a tomada de decisões médico-jurídicas neste âmbito no Brasil, sob uma perspectiva transdisciplinar, pautada no biopoder e que tem em vista o tratamento proibicionista e estigmatizante dispensado a esses sujeitos, reconhecidamente vulnerados. A viabilidade deste objetivo geral encontra-se condicionada ao cumprimento de objetivos específicos que espelham a estrutura dos capítulos que compõem este trabalho. Os objetivos específicos, a rigor, correspondem aos itens do sumário de ordem terciária. Por razões de dinamicidade e clareza, eles serão apresentados ao passo em que serão explicados o sumário e as teorias de base adotadas ao longo da pesquisa.

A estrutura desta dissertação segue o modelo francês, a saber: há duas partes, correspondentes a cada capítulo, cujas subdivisões obedecem uma simetria

binária. As partes, como concebidas, guardam entre si uma relação de oposição. Na primeira parte, o objetivo é apresentar e analisar o *status quo* da internação contra a vontade no Brasil. Para tanto, realizou-se um estudo do tratamento jurídico-normativo conferido a esse instituto no país. Em seguida, é explorada a obra foucaultiana a respeito do biopoder, como forma de evidenciar as relações de poder que perpassam o fenômeno sob estudo. Na segunda parte, serão abordados aportes teóricos que desafiam esse *status quo*. Inicialmente, são resgatadas as lições da Reforma Psiquiátrica brasileira e apresentados os modelos discursivos sobre a (in)adequação da internação contra a vontade como forma de tratamento. Feito isso, questiona-se a atual teoria das incapacidades do CC na perspectiva do Direito Civil-Constitucional, à luz dos direitos da personalidade e da Bioética. Passa-se à apresentação mais detida do sumário e do referencial teórico.

Em cada item secundário buscou-se vencer dois dos objetivos específicos, necessários para que o problema de pesquisa seja devidamente respondido ao final. No item 2.1, inicialmente, a proposta é revisitar a história da disciplina jurídico-normativa da internação contra a vontade no Brasil, desde as Ordenações Filipinas até a atual Lei de Drogas, no intuito de demonstrar os papéis que ela assumiu e assume no país. Neste momento, será possível verificar as influências do proibicionismo no delineamento da política de drogas nacional, resultado da expansão da lógica de “guerra às drogas” em âmbito internacional. Em seguida, buscou-se analisar as iniciativas que envolvem a internação contra a vontade no âmbito dos três poderes: a) Poder Legislativo – considerações sobre o Projeto de Lei (PL) nº 7.663/2010; b) Poder Executivo – programas governamentais e políticas públicas; c) e Poder Judiciário – apresentação da Justiça Terapêutica.

No item 2.2, a prioridade foi compreender como se articula a rede de saber-poder que perpassa a internação contra a vontade de pessoas que usam substâncias psicoativas. Nessa linha, buscou-se sistematizar como se deu o surgimento do biopoder na modernidade, conforme delineado por Foucault¹⁵, bem como a construção da anormalidade na esteira do fenômeno da medicalização da vida. Também se quis analisar o que viabilizou o surgimento da figura do anormal,

¹⁵ Sabe-se que o biopoder é estudado por autores contemporâneos, como Agamben e Esposito. Contudo, diante da profundidade e vastidão da obra foucaultiana, preferiu-se verticalizar a leitura. Por não ser a filosofia a área de formação original da autora, entende-se ser mais adequado o aprofundamento das leituras sobre biopoder e biopolítica em Foucault, para que tal fenômeno seja compreendido e guie as análises propostas com propriedade e rigor científico, um dos imperativos da transdisciplinaridade.

com destaque ao racismo, normalização e produção de verdades pelas ciências médica e jurídica. Entende-se que Foucault, ao descortinar a incidência de poder sobre a vida, constitui o referencial teórico mais adequado para uma abordagem crítica das representações sociais sobre o uso de drogas e suas consequências. Sua obra foi abordada no texto com uma finalidade descritiva-analítica do fenômeno em estudo, portanto.

Passa-se à segunda parte da dissertação, na qual aparecerão os discursos que infirmam o senso comum a respeito do uso de drogas e da internação contra a vontade para fins terapêuticos. O item 3.1, inicialmente, empenhou-se em resgatar as lições da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial brasileiras, desde sua formação histórica até as suas bandeiras atuais. Dentre elas foram destacados o fechamento de leitos psiquiátricos para internação e as críticas tecidas ao financiamento público de internações em hospitais psiquiátricos, clínicas ou comunidades terapêuticas privadas, ponto em que o elemento econômico desta equação ganhará evidência. Também são analisadas as principais iniciativas governamentais neste campo, a saber, as atuais diretrizes do MS e o Programa “Crack, é possível vencer” do Governo Federal. Ainda neste capítulo, os posicionamentos sobre a (in)adequação da internação contra a vontade como forma de tratamento foram sistematizados em três modelos discursivos, o que se considera passo importante para a compreensão do fenômeno e suas implicações nas ordens social, jurídica e bioética.

Ao final do desenvolvimento, no item 3.2, buscou-se identificar as sucessivas violações aos direitos fundamentais das pessoas que usam substâncias psicoativas, sobretudo àquelas em situação de rua, indicando-se a alteridade como caminho necessário à ruptura do processo de verdade-desigualdade-exclusão dessas pessoas, tendo-se como referencial teórico Levinas e Dussel. Em seguida, pelo fato da crença de que o dependente químico seria necessariamente destituído da capacidade de tomar decisões racionais a respeito da própria saúde constituir o principal fundamento que sustenta a internação contra a vontade, propôs-se revisitar criticamente a teoria das (in)capacidades no campo cível, à luz dos direitos da personalidade e do Direito Civil-Constitucional, com destaque às obras de Fachin e Tepedino. A Bioética também será aporte importante na problematização da capacidade decisória de dependentes químicos, sobretudo no que toca a

autonomia¹⁶ e vulneração desses sujeitos, análise a ser conduzida sob a ótica da Bioética de Proteção em Kottow e Schramm, por ser esta uma corrente que abre caminho ao empoderamento desses sujeitos. Observe-se que os itens 2.1 e 3.1, bem como os itens 2.2 e 3.2, se relacionam entre si no tocante à sua função: apresentar o estado da arte e os referenciais que permitem problematizar o instituto e sua operação, respectivamente.

A internação contra a vontade de usuários de drogas é uma medida polêmica, cujas implicações tocam diretamente direitos fundamentais e direitos da personalidade, sobretudo a liberdade e a autonomia sobre o próprio corpo. Os episódios de internação forçada referidos tornam a questão ainda mais urgente, devendo o Direito se debruçar sobre o problema. Por isso, embora se esteja em um momento de intensa produção científica sobre temas da Bioética voltados aos impactos das biotecnologias, como a clonagem, reprodução humana assistida – campo denominado por Berlinguer de Bioética de fronteira, preferiu-se pesquisar um tema que se pode dizer parte da Bioética cotidiana, a saber, um tema que se faz presente ao longo da história da humanidade, vide a internação dos loucos, leprosos e usuários de drogas ao longo dos séculos¹⁷. Está-se diante de um problema crônico, cujo impacto social é cotidiano, ainda que frequentemente invisibilizado. Por isso, qualquer apelo ao desenvolvimento de pesquisas sobre temas que lidam com tecnologia de ponta foi suplantado pela urgência de se desenvolver estudos jurídicos sobre a política de tratamento de dependentes químicos no Brasil.

A importância teórica da presente pesquisa se justifica, primeiramente, pela escassez de trabalhos jurídicos sobre a temática, a despeito de sua evidência na mídia nacional. Além disso, por ser eminentemente transdisciplinar, a pesquisa ultrapassa as fronteiras do Direito para recepcionar aportes teóricos de outras áreas do conhecimento que se debruçam sobre a realidade das pessoas que usam substâncias psicoativas e sofrem com a dependência química, em diversos matizes. Dessa forma, acredita-se fazer jus à complexidade das questões que envolvem a internação contra a vontade enquanto modalidade de tratamento. A pesquisa também contribuirá com a desconstrução de “verdades” produzidas pelos discursos

¹⁶ Saliente-se que a categoria “autonomia” não será tratada neste trabalho sob uma perspectiva individualista, mas sim intersubjetiva e social, em conjunto com a ideia de vulneração, na linha da proposta da Bioética de Proteção.

¹⁷ BERLINGUER, Giovanni. *Bioética cotidiana*. Tradução de Lavinia Bozzo Aguilar Porciúncula. Brasília, DF: Universidade de Brasília, 2004. p. 9-10.

médico e jurídico a respeito da capacidade decisória do usuário dependente químico, no intuito de conscientizar a sociedade das limitações dos discursos referidos, bem como os profissionais envolvidos nas internações involuntária e compulsória da responsabilidade que suas atividades encerram. Será questionada, ainda, a compreensão tradicional de institutos clássicos do Direito Civil, sobretudo a teoria das incapacidades.

Em termos práticos, esta pesquisa se justifica por serem trágicas as decisões sobre internação contra a vontade, na medida em que tocam direitos fundamentais de alta magnitude, como o direito à vida, à saúde, à liberdade, além dos direitos da personalidade. Acredita-se que a pesquisa avança na identificação das implicações sociais, jurídicas e bioéticas da medida, sendo o mapeamento dos principais modelos discursivos, que se fazem presentes na sociedade brasileira a respeito, um importante passo para tanto. O fato da proposta ser transdisciplinar irá oxigenar as reflexões jurídicas a respeito, tendo-se em vista que o Direito ainda se mantém hermético sobre determinados assuntos. Com as principais implicações da internação contra a vontade em mente, médicos, operadores do direito e gestores públicos poderão exercer os seus papéis de maneira mais consciente, evitando-se abusos e violações de direitos humanos.

Ademais, é patente a importância social da presente pesquisa. As pessoas que usam substâncias psicoativas (sobretudo as ilícitas) padecem de forte estigmatização social. Dentre os rótulos que lhes são automaticamente atribuídos está a total incapacidade para tomar decisões de qualquer ordem, principalmente sobre questões atinentes à sua própria saúde. Este e outros pré-juízos sobre o uso de drogas no Brasil terminam por endossar iniciativas governamentais enérgicas e imediatistas, caso da internação contra a vontade quando alçada a carro-chefe de políticas públicas. Diante desse cenário, ao perquirir as relações de poder que atravessam essa prática em Foucault e se apoiar na alteridade a partir de Levinas e Dussel, a presente pesquisa será importante instrumento para o desfazimento dos pré-conceitos e mitos anunciados, verdadeiros obstáculos ao exercício de direitos por parte das pessoas que usam substâncias psicoativas e são dependentes químicas.

Nessa esteira se encaixa a proposta de se lançar um novo olhar à (in)capacidade civil e autonomia das pessoas que usam substâncias psicoativas, em especial para o exercício de direitos existenciais como o é a escolha de se submeter

ou não a um dado tratamento, abrindo-se um caminho para a perspectiva do empoderamento em lugar da institucionalização e exclusão sumária destes sujeitos vulnerados. No país, há diversas iniciativas que ignoram a excepcionalidade da internação contra a vontade, constante em lei, havendo parlamentares que sustentam reformas legislativas que colocam esta medida como núcleo de políticas públicas em saúde, o que representaria patente retrocesso em relação às conquistas da Luta Antimanicomial. Espera-se que a pesquisa reverbere na sociedade, para que a política de tratamento do uso abusivo de substâncias psicoativas, mais especificamente a internação contra a vontade, seja pensada na linha do acolhimento e empoderamento dessas pessoas, e não em sua execração e isolamento.

2 A TRAMA DE SABER-PODER EM TORNO DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: “GUERRA ÀS DROGAS” E INTERNAÇÃO CONTRA A VONTADE NO BRASIL

Nesta primeira parte da pesquisa, como anunciado na introdução, será estudado o *status quo* da internação contra a vontade de pessoas que usam substâncias psicoativas no Brasil. Em outras palavras, propõem-se uma descrição analítica do fenômeno sob estudo, o que se faz essencial para a identificação das implicações sociais, jurídicas e bioéticas das decisões médico-jurídicas sobre a internação nos moldes já referidos. Nesta linha, no item 2.1, foi estudado o tratamento jurídico-normativo conferido à internação contra a vontade ao longo da história brasileira, compreendendo-se os papéis que ela assumiu e assume atualmente. Ao longo da explanação, é evidenciada a influência do discurso proibicionista ou de “guerra às drogas” na (ausência de) políticas de tratamento. Na contemporaneidade, foram destacadas as principais ações estatais neste campo: o controverso PL nº 7.663/2010 (Poder Legislativo), as principais políticas públicas e programas governamentais (Poder Executivo) e a Justiça Terapêutica (Poder Judiciário).

No item 2.2, recorreu-se aos escritos de Foucault para se compreender o que vem legitimando determinados papéis da internação contra a vontade, sobretudo aqueles em que a finalidade terapêutica perde espaço em face de interesses de outra ordem – higienistas, econômicos etc. Ao estudar o funcionamento da mecânica de poder sobre a vida, formulando a noção de biopoder, Foucault descortina de que modo a vida é gerida nos planos individual e coletivo. A sociedade, desde que assumiu traços normalizadores – do que a medicalização da vida é uma consequência, encontra-se imersa em uma rede de relações de saber-poder que vigia e inscreve no indivíduo e na população uma série de comportamentos. Ver-se-á que, no tocante ao uso de substâncias psicoativas, a percepção deste hábito mudou radicalmente a partir do século XIX, período em que a “guerra às drogas” surgiu como estratégia geopolítica nos Estados Unidos da América (EUA) e se espalhou pelo Ocidente.

A despeito de seus efeitos deletérios, o proibicionismo ainda se apoia em bases legitimadoras oriundas do discurso científico, sobretudo no que toca à percepção social do usuário de drogas enquanto uma constante ameaça, pessoa em estado de descontrole que não hesitará em cometer crimes para alimentar o vício. A

compreensão de Foucault a respeito da produção da anormalidade e da produção social do racismo¹⁸ será importante para a compreensão de como se dá este fenômeno, que tem como *locus* o encontro entre Medicina e Direito. Ao final desta primeira parte, são apresentadas noções sobre a produção social da exclusão em Ruiz e estudos científicos que contestam as pretensas verdades construídas até então sobre o uso de substâncias psicoativas, antecipando-se de certa forma o que será feito na segunda parte da dissertação – estudar os discursos que infirmam o *status quo* sobre internação contra a vontade. Passa-se, então, à retomada histórica do instituto para a devida compreensão dos papéis que lhes foram e são atribuídos.

2.1 PANORAMA HISTÓRICO DO TRATAMENTO JURÍDICO-NORMATIVO CONFERIDO À INTERNAÇÃO CONTRA A VONTADE DE USUÁRIOS DE DROGAS

Os episódios de agressão física, psicológica e de desrespeito aos direitos fundamentais das pessoas que usam substâncias psicoativas, sobretudo aquelas que sofrem de dependência química, se avolumam no país. Para dar concretude ao fenômeno que se pretende analisar – a internação contra a vontade de pessoas que usam substâncias psicoativas, serão apresentados casos reais na abertura de cada item secundário. Esses casos, dados ou situações a serem apresentados fornecem elementos importantes para a análise e compreensão do tema proposto, que irão atravessar o conteúdo do capítulo que os sucede. Nesse sentido, observem-se os dados da inspeção nacional de direitos humanos realizada nos locais de internação para usuários de drogas pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) e parceiros em 2011. O relatório trouxe a lume uma realidade estarrecedora. Cite-se, como exemplo, as conclusões da inspeção a respeito da Associação Beneficente Metamorfose, em Goiânia¹⁹.

Este estabelecimento não tem projeto terapêutico nem equipe técnica. A metodologia é descrita como “libertação das drogas através da evangelização”. O

¹⁸ É importante salientar que, neste trabalho, o vocábulo “racismo” não assume o seu sentido convencional, ligado a questões étnicas. Ele deve ser lido da forma como delineado por Foucault. Como se verá mais adiante, o racismo é um elemento justificador de exposição à morte e de exclusão dos sujeitos tidos como pertencentes a uma raça inferior por representarem um perigo de ordem biológica. Cf. FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. Tradução Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 305-306.

¹⁹ CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Comissão Nacional de Direitos Humanos. *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. 2. ed. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2011. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2a_Edicao_relatorio_inspecao_VERSxO_FINAL.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2014. p. 56.

setor administrativo é composto exclusivamente por voluntários. As atividades diárias seguem o seguinte cronograma: “manhã – culto e palestra educativa, limpeza e higienização; tarde – descanso, estudo bíblico, confecção do material de evangelização, que é vendido pelos internos à sociedade.” A partir da rotina, foi constatado o uso de mão de obra não remunerada e desrespeito à escolha ou ausência de credo. Havia, à época, três pessoas homossexuais na unidade que estavam sendo estimuladas a se tornarem heterossexuais. No mesmo ambiente convivem pessoas cumprindo pena no regime semiaberto, internos curatelados/interditados e pessoas encaminhadas pelo sistema de proteção social²⁰.

Em continuação às irregularidades apontadas pelo CFP, foi constatada a violação de correspondência, o monitoramento de visitas, a precariedade das instalações físicas, queixas de machucados advindos de violência e dor de dente, pertences trancados (como dinheiro, documentos, telefone celular) que somente podem ser acessados com autorização do monitor voluntário, dentre outras. Ainda assim, esta é uma das instituições do estado para a qual o Poder Judiciário encaminha pessoas para internação compulsória²¹. Os magistrados parecem estar alheios às condições dos hospitais e clínicas terapêuticas a que são enviados dependentes químicos e pessoas com transtornos psíquicos. Ironicamente, são representantes do poder que tem como missão garantir o respeito aos direitos fundamentais e promover a justiça. Nas conclusões do relatório referido, é posto que a violação de direitos humanos se confirmou como regra. Práticas de abuso e violência, ora escancaradas e ora sutis, são camufladas por um projeto terapêutico pautado no cuidado e na cura. O que se dá é a subjugação dos internos, mantendo os sujeitos inferiorizados e submissos a um ideal²².

Este cenário desolador tem uma razão de ser, que pode ser explicada pela história do país e pelos influxos das políticas internacionais de combate às drogas. Tradicionalmente, o Brasil lida com o tema “drogas” por meio do Direito Penal, assumindo viés marcadamente proibicionista. O despertar por uma perspectiva de cuidado e respeito aos direitos fundamentais é recente e ainda encontra obstáculos para se tornar efetiva. Não se entende o presente sem se conhecer o passado.

²⁰ CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Comissão Nacional de Direitos Humanos. *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. 2. ed. Brasília, DF: 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: 30 ago. 2014. p. 57.

²¹ *Ibid.*, p. 57-58.

²² *Ibid.*, p. 189-190.

Portanto, neste item, propõe-se o estudo da internação contra a vontade de usuários de drogas em duas etapas: a) o tratamento legislativo conferido às drogas ao longo da história do Brasil, destacando-se os reflexos do proibicionismo na conformação do regime jurídico referente à internação; b) o papel ocupado pela internação como forma de tratamento da dependência química na atualidade, passando-se pela legislação – base jurídica e projetos de lei, por políticas públicas e pela Justiça Terapêutica, chegando-se a uma amostra de como lidam com a questão os três poderes.

2.1.1 Os impactos do proibicionismo e a declaração de “guerra às drogas”

A partir da hegemonia do paradigma proibicionista e da classificação das substâncias psicoativas em proibidas e permitidas, a percepção do uso de drogas se alterou radicalmente. O proibicionismo assenta sua legitimidade social em duas premissas: (a) o Estado, em nome do bem comum, deve ter a prerrogativa de vedar a produção, comercialização e consumo de determinadas substâncias entendidas como destrutivas social e individualmente; (b) nesse sentido, a melhor forma de combater seus malefícios é buscar a eliminação dessas substâncias por meio de controles penais e aplicação da força policial e encarceramento dos desviantes²³. O termo “Guerra às Drogas” (*war on drugs*) foi cunhado pelo ex-presidente norte-americano Richard Nixon, em 1971, ao colocar as drogas como inimigo número um do país. Na época, o proibicionismo já se instalava como política internacional, sobretudo através da tríade de convenções da Organização das Nações Unidas (ONU) estabelecidas em 1961, 1971 e 1988.

Para Silva, a famosa declaração de Nixon não tinha nas drogas o seu verdadeiro alvo. A guerra era contra os movimentos da contracultura, estudantis, feministas e civis, sobretudo da população negra. Determinadas condutas foram criminalizadas como forma de se atingir essas pessoas, modelo que passou a se reproduzir no mundo. O mesmo autor questiona, ainda, o fracasso da guerra às drogas. Embora os seus motivos declarados não tenham sido atingidos, essa ideologia se revelou um importante mecanismo de extermínio da pobreza. Chega a dizer que se trata de um genocídio programado. Importante indício que reforça essa

²³ FIORE, Maurício. A criminalização como obstáculo aos controles sociais do consumo de substâncias psicoativas. *Boletim* – Publicação Oficial do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM), Rio de Janeiro, a. 20, Edição Especial, p. 20-22, out. 2012. Disponível em: <<http://www.ibccrim.org.br/site/boletim/pdfs/Boletim239A.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2014. p. 20.

percepção é o aumento da população carcerária após a entrada em vigor da atual Lei de Drogas, em 2006. Como se verá, embora não esteja mais o usuário de drogas sujeito a pena restritiva de liberdade, a inexistência de critérios legais para a distinção entre usuário e traficante faz com que muitos usuários sejam presos²⁴.

Ao dividir as substâncias entre proibidas e permitidas, o proibicionismo ignora características e padrões de uso. Coloca-se no mesmo grupo a heroína, cujo uso implica risco considerável de acidentes fatais, e a maconha, cujo risco de overdose praticamente inexistente. Ao mesmo tempo, substâncias legais, como o álcool, têm o seu consumo naturalizado e até excessivamente estimulado, independentemente do risco a elas inerente. Outra consequência da proibição é a ausência de controle sobre os níveis de concentração e de qualidade das drogas ilícitas. Segue-se exclusivamente a regra do lucro, não havendo qualquer regulação de interesse social mais amplo. Vide o exemplo da coca: (a) na forma de folhas secas podem ser mascaradas com baixo potencial de abuso ou danos; (b) a coca refinada dá origem à cocaína, cujo uso já se torna potencialmente arriscado; (c) para baixar os custos e maximizar as vendas, a cocaína foi transformada em um produto fumável, o crack, droga de efeitos intensos que estimula um padrão de consumo abusivo²⁵.

A despeito da falência deste modelo, a legislação brasileira tem sido e continua sendo reflexo da ideologia da guerra às drogas. De acordo com Casara, leis que apostam no proibicionismo e na criminalização de condutas relacionadas com drogas consideradas ilícitas representam uma agressão aos direitos fundamentais e atentam contra a dignidade humana, os pilares de qualquer Estado que se entenda democrático. Em um Estado Democrático de Direito somente políticas públicas que salvaguardem a vida humana digna, ou seja, que promovam a redução dos níveis de violência lesiva à integridade e à vida podem ser consideradas legítimas. O proibicionismo tem provocado efeitos opostos a isso: ampliação da violência no sistema penal, reforço da crença no uso da força e

²⁴ SILVA, Jorge da. Guerra às drogas: violência, mortes, estigmas e marginalização. *Revista da EMERJ*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 63, p. 38-45, out.-dez. 2013. Disponível em: <http://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista63/revista63.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2014. p. 39-44.

²⁵ FIORE, Maurício. A criminalização como obstáculo aos controles sociais do consumo de substâncias psicoativas. *Boletim – Publicação Oficial do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM)*, Rio de Janeiro, Ano 20, Edição Especial, p. 20-22, out. 2012. Disponível em: <<http://www.ibccrim.org.br/site/boletim/pdfs/Boletim239A.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2014. p. 20-22.

repressão para resolução de problemas sociais, não redução do consumo abusivo de substâncias psicoativas, dentre outros²⁶.

Cabe enfatizar, ainda, que o proibicionismo causa efeitos ainda mais deletérios em países que apresentam uma intensa desigualdade social, como o Brasil. O seu potencial destrutivo é sustentado por preconceitos, mentiras e distorções que terminam por condicionar não só a atuação do legislador, mas também dos atores jurídicos que lidam com a questão das drogas²⁷. Vide, a respeito, declaração do Deputado Givaldo Carimbão (PSB-AL), momentos antes de apresentar seu parecer sobre as emendas de plenário, na qualidade de relator da comissão especial instituída na Câmara para análise do PL nº. 7.663/2010: “[...] o Brasil vive uma verdadeira epidemia, como viveu a da síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), como viveu a da dengue. O Brasil vive uma verdadeira epidemia das drogas. O Brasil não mais suporta conviver com esta miséria que tem acabado com a população, suas famílias e o erário”²⁸.

Declarações como esta, cujo conteúdo é reproduzido intensamente pela mídia, têm sido capazes de influenciar mais os julgamentos do que textos doutrinários e pesquisas científicas realizadas no Brasil e no mundo. É este tipo de racionalidade que faz o uso da força parecer a melhor solução para se resolver os problemas sociais relacionados com o uso de drogas. Ainda hoje, a relação do homem com as drogas é descontextualizada e reduzida a um mero caso de segurança pública²⁹. Historicamente, foi o Direito Penal que primeiro ofereceu uma tutela jurídica sobre a produção, comercialização e consumo de substâncias psicoativas, mesmo antes da emergência do proibicionismo como um fenômeno global. No Brasil não foi diferente, tendo a internação figurado como pena nas leis penais pré-redemocratização. Em seguida, será feita uma revisão do tratamento jurídico-legislativo dedicado às drogas no Brasil, com ênfase nos papéis assumidos pela internação do usuário, evidenciando-se as relações entre o reforço à internação contra a vontade na contemporaneidade e o paradigma proibicionista.

²⁶ CASARA, Rubens Roberto Rebello. Convenções da ONU e leis internas sobre drogas ilícitas: violações à razão e às normas fundamentais. *Revista da EMERJ*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 63, p. 27-37, out.-dez. 2013. Disponível em: <http://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista63/revista63.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2014. p. 27-28.

²⁷ *Ibid.*, p. 30-31.

²⁸ CARIMBÃO, Givaldo. *Parecer do relator, pela Comissão Especial, às emendas de Plenário oferecidas ao Projeto de Lei nº. 7.663, de 2010 (Subemenda substitutiva)*. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/1091900.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2014. p. 1.

²⁹ CASARA, op. cit., p. 32.

2.1.1.1 Transformações na tutela jurídica das condutas relacionadas a substâncias psicoativas até o período pré-redemocratização

Desde a fase colonial até o século XIX, período em que vigoraram as Ordenações Afonsinas, Manuelinas e Filipinas, inexistia disciplina legal sobre internações psiquiátricas no Brasil³⁰. As Ordenações Filipinas, contudo, foi a primeira legislação criminal que puniu o uso e comércio de substâncias tóxicas (Livro V, Título LXXXIX). De acordo com ela, pessoas que tivessem em sua casa ou vendessem material venenoso, com exceção dos boticários autorizados a exercer esse ofício, perderiam as suas fazendas e seriam deportadas para a África. O boticário que vendesse a substância para pessoa não autorizada deveria pagar multa de cinquenta cruzados³¹. A ação condenada pelo ordenamento jurídico em vigor à época, portanto, era a posse ou venda ilegal de substâncias tidas como tóxicas ou venenosas.

As Ordenações Filipinas permaneceram em vigor no período de 1603 à 1830, até a vigência do Código Penal Brasileiro do Império. Neste, não havia menção à proibição do consumo ou comércio de entorpecentes. O Decreto nº. 828/1851 inaugurou uma minuciosa regulação da venda de determinadas substâncias médicas, inclusive aquelas identificadas como venenosas. Em seu artigo 79 é anunciada a formulação de uma tabela explicativa das substâncias venenosas, a ser revisada anualmente ou alterada quando se fizesse necessário, sistemática adotada pelo país até hoje³². De 1830 até 1890, predominavam as restrições previstas em normativas municipais, a exemplo da proibição da venda e uso do pito de pango (cachimbo de barro utilizado para fumar maconha) pela Câmara Municipal do Rio de Janeiro. O vendedor seria multado em vinte mil réis, enquanto os usuários seriam apenados com três dias de cadeia³³.

³⁰ CORREIA JUNIOR, Rubens. VENTURA, Carla Aparecida Arena. As internações involuntárias de drogodependentes frente à legislação brasileira – uma análise em relação ao contexto histórico do tratamento de dependentes e as políticas higienistas e de profilaxia social. *Revista de Direitos Fundamentais e Democracia*, Curitiba, v. 13, n. 13, p. 250-280, jan.-jun. 2013. Disponível em: <<http://revistaeletronicardfd.unibrasil.com.br/index.php/rdfd/article/view/352/320>>. Acesso em: 08 jul. 2013. p. 256.

³¹ PORTUGAL. *Ordenações Filipinas*. Quinto livro das ordenações. Título LXXXIX. Que ninguém tenha em sua casa rosagar, nem o venda nem outro material venenoso. Disponível em: <<http://www1.ci.uc.pt/ihti/proj/filipinas/l5p1240.htm>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

³² BRASIL. *Decreto nº. 828, de 29 de setembro de 1851*. Manda executar o regulamento da Junta de Hygiene Publica. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-828-29-setembro-1851-549825-publicacaooriginal-81781-pe.html>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

³³ SILVA, Antônio Fernandes de Lima Moreira da. Histórico das drogas na legislação brasileira e nas convenções internacionais. *JusNavigandi*, jul. 2011. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/19551/historico-das-drogas-na-legislacao-brasileira-e-nas-convencoes-internacionais#ixzz2YUnqkqIL>>. Acesso em: 22 jul. 2014. Texto postado no link Artigos.

Durante séculos o uso de substâncias psicoativas não despertou maiores interesses das autoridades estatais, de modo que o tratamento para a drogodependência não estava na pauta das políticas públicas mais urgentes³⁴. A intensificação da circulação de substâncias psicoativas entre os continentes fez com que a Europa e os EUA precisassem lidar com um grande número de novas substâncias no século XIX, com as quais não haviam desenvolvido qualquer identificação cultural. Após a Revolução Industrial, logo as drogas se tornaram produtos comerciais. A Guerra do Ópio marca esse processo, tendo os ingleses garantido o monopólio da comercialização na China e inaugurado a prática comercial de substâncias psicoativas em larga escala. Os impactos sociais desta prática levaram à elaboração de políticas públicas capazes de solucionar a massificação do consumo de substâncias psicoativas, nascendo o gérmen do viés proibicionista³⁵.

O Código Penal de 1890, já no período republicano, deu continuidade à criminalização de condutas relacionadas às substâncias venenosas. De acordo com seu artigo 159, constituía crime contra a saúde pública a ação de expor à venda, ou ministrar tais substâncias sem autorização e obediência aos regulamentos sanitários, sob pena de multa. A proibição era destinada principalmente aos boticários, para que se evitasse o uso criminoso dos tóxicos, na linha das Ordenações Filipinas. O uso de substâncias psicoativas era mencionado no Capítulo XII – Dos Mendigos e Ebrios. A mendicância era apenada com prisão, cujo período variava de oito dias a quatro meses a depender das circunstâncias. Vide as disposições que se referem à embriaguez³⁶:

Art. 396. Embriagar-se por habito, ou apresentar-se em publico em estado de embriaguez manifesta:

Pena de prisão cellular por quinze a trinta dias.

Art. 397. Fornecer a alguém, em logar frequentado pelo publico, bebidas com o fim de embriaga-lo, ou de augmentar-lhe a embriaguez:

Pena de prisão cellular por quinze a trinta dias.

³⁴ CORREIA JUNIOR, Rubens. VENTURA, Carla Aparecida Arena. As interações involuntárias de drogodependentes frente à legislação brasileira – uma análise em relação ao contexto histórico do tratamento de dependentes e as políticas higienistas e de profilaxia social. *Revista de Direitos Fundamentais e Democracia*, Curitiba, v. 13, n. 13, p. 250-280, jan.-jun. 2013. Disponível em: <<http://revistaeletronicardfd.unibrasil.com.br/index.php/rdfd/article/view/352/320>>. Acesso em: 08 jul. 2013. p. 256.

³⁵ RIBEIRO, Maurides de Melo; RIBEIRO, Marcelo. Política mundial de drogas ilícitas: uma reflexão histórica. *Boletim Eletrônico - Associação Brasileira de Estudos do Alcool e outras Drogas*, [S.l.], 41. ed., p. 1-31. 2008. Disponível em: <<http://www.abead.com.br/boletim/arquivos/boletim41/>>. Acesso em: 25 ago. 2014. p. 1-3.

³⁶ BRASIL. *Decreto nº. 847, de 11 de outubro de 1890*. Promulga o Código Penal. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=50260>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

Parapho unico. Si o facto for praticado com alguma pessoa menor, ou que se ache manifestamente em estado anormal por fraqueza ou alteração da intelligencia:

Pena de prisão celluar por dous a quatro mezes.

Art. 398. Si o infractor for dono de casa de vender bebidas, ou substancias inebriantes:

Penas de prisão celluar por um a quatro mezes e multa de 50\$ a 100\$000.

Ao longo do século XIX, portanto, foram identificadas e passaram a ser controladas pelo Estado algumas substâncias consideradas perigosas, também tendo sido criminalizadas algumas condutas com elas relacionadas. O século XX se inicia ainda sem definições legais a respeito da internação ou tratamento dos usuários de drogas acometidos por dependência química³⁷. Até então o consumo de drogas era incipiente, sendo mais frequente o consumo de bebidas alcoólicas. Por ser uma prática mais tolerada pelos governantes e pela sociedade em geral, o uso desta substância não foi alvo de ações governamentais, questão que terminava a cargo do âmbito privado³⁸. Esse cenário começa a mudar quando a produção, venda e consumo de drogas assume dimensões globais, fazendo com que o Brasil assumira compromissos com a comunidade internacional através de tratados e convenções, sobretudo no âmbito das Nações Unidas, como se verá.

2.1.1.1.1 *A internação como tratamento e instrumento de tutela penal*

A atenção às pessoas com transtornos mentais se desenvolveu no Brasil muito lentamente. É datado de 1830 o primeiro protesto público contra a forma desumana com que eram tratados os “insanos”, realizado pela Comissão de Salubridade da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro. Clamavam por modificações na forma de cuidado e pela criação de um asilo especial para alienados. Ao longo da década de 30, médicos e acadêmicos enfatizavam em suas publicações a inconveniência do livre trânsito de doentes mentais pelas cidades e a necessidade da criação de um manicômio ou estabelecimento especial para o tratamento dessas pessoas. Nesta época, no Rio de Janeiro, havia um espaço reservado aos alienados no Hospital da Misericórdia. Além das péssimas condições, no mesmo local havia um tronco de madeira onde se prendiam os escravos do

³⁷ CORREIA JUNIOR, Rubens. VENTURA, Carla Aparecida Arena. As internações involuntárias de drogodependentes frente à legislação brasileira – uma análise em relação ao contexto histórico do tratamento de dependentes e as políticas higienistas e de profilaxia social. *Revista de Direitos Fundamentais e Democracia*, Curitiba, v. 13, n. 13, p. 250-280, jan.-jun. 2013. Disponível em: <<http://revistaeletronicardfd.unibrasil.com.br/index.php/rdfd/article/view/352/320>>. Acesso em: 08 jul. 2013. p. 260.

³⁸ *Ibid.*, p. 256-261.

hospital para o suplício do chicote e, por vezes, prendiam-se os doentes em acessos de delírio³⁹.

O apelo por mudanças foi atendido no Decreto nº. 82/1841, por meio do qual foi criado um hospital privativamente destinado ao tratamento de alienados denominado “Hospício de Pedro II”, anexo ao Hospital da Santa Casa de Misericórdia. O local foi inaugurado somente em dezembro de 1852, tendo o serviço ficado a cargo de médicos e irmãs de caridade. Para regular o serviço e administração do hospício, o Governo expediu o Decreto nº. 1.077/1852 que mandava executar os estatutos do hospício, claramente influenciados pela lei francesa de 1838⁴⁰. O estatuto foi revisado em 1881 e 1887, reorganizando-se a equipe profissional. Até 1862 eram encaminhados para lá todos os alienados remetidos pela autoridade pública. Neste ano, por razões de superlotação, os doentes mentais passaram a ser encaminhados aos Asilos de Mendicância e prisões, de modo que somente ocupavam o hospício pessoas protegidas dos poderosos ou que podiam pagar⁴¹.

Diante da situação insustentável, o Decreto nº. 142A/1890 desanexou o Hospício de D. Pedro II da Santa Casa de Misericórdia, o qual passou a se denominar “Hospício Nacional de Alienados”. No mesmo ano foram aprovadas novas instruções, que viriam a sofrer diversas modificações até a publicação do Decreto nº. 1.132/1903, que reorganizou a assistência a alienados⁴². De acordo com seu artigo 1º: “O individuo que, por molestia mental, congenita ou adquirida, comprometter a ordem publica ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados”. A reclusão somente poderia ocorrer em estabelecimentos asilares, públicos ou privados, ficando a admissão condicionada a requerimento de autoridade pública ou de algum particular, acompanhado de uma

³⁹ MOREIRA, Juliano. Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil (1905). *Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental*, São Paulo, v.14, n.4, p. 728-768, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rllpf/v14n4/v14n4a12.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2014. p. 730-731.

⁴⁰ Esta lei inaugurou uma nova regulação administrativa. Dentre as suas disposições estava a previsão da internação *ex officio*, a saber, da determinação da internação de um alienado que ofereça riscos à ordem e segurança públicas num hospital psiquiátrico, por ordem da administração prefeitoral. FOUCAULT, Michel. *Os anormais*: curso no Collège de France (1974-1975). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010. p. 119-121.

⁴¹ MOREIRA, op. cit., p. 733-738.

⁴² *Ibid.*, p. 739-744.

série de documentos, dentre eles exame médico que comprovasse a alienação (art. 2º, § 1º e 2º)⁴³.

Ainda sobre o Decreto nº. 1.132/1903, observe-se que a saída do estabelecimento parecia estar condicionada a pedido de quem requereu a reclusão, embora a realização de um novo exame mental fosse possível a qualquer tempo (arts. 5º e 6º). Uma vez feito o requerimento, ele somente poderia ser recusado em caso de perigo iminente para a ordem pública ou para o próprio enfermo. Os alienados não poderiam mais ser mantidos em cadeias públicas, tendo sido organizado um sistema de fiscalização dos estabelecimentos (arts. 10 e 12)⁴⁴. No ano seguinte, com o regulamento sanitário da União (Decreto nº. 5.156/1904), ficou autorizado o isolamento obrigatório de toda pessoa acometida por uma das doenças infecciosas constantes do artigo 145 do mesmo diploma legal (rol das moléstias de notificação compulsória à delegacia de saúde), em regime nosocomial ou domiciliar (arts. 152 e 153)⁴⁵.

Até então, o uso de substâncias psicoativas não era especificamente criminalizado nem alvo de políticas públicas de saúde, havendo a possibilidade de internação de pessoas com doenças mentais e doenças infecciosas. Isso começa a mudar com a adesão à Convenção de Haia de 1911, o primeiro tratado internacional a propor o controle sobre a venda de ópio, morfina, heroína e cocaína. O Brasil também aderiu ao protocolo suplementar de 1912, da qual resultou a Convenção do Ópio de 1912. Ambos os diplomas internacionais foram incorporados à legislação brasileira pelos Decretos nº. 2.861/1914 e nº. 11.481/1915, respectivamente, no intuito de conter o uso abusivo destas substâncias⁴⁶. Foi na década de 1920 que a legislação penal passou a mencionar a internação compulsória de toxicômanos em estabelecimento correccional adequado, por tempo indeterminado⁴⁷.

⁴³ ESTADOS UNIDOS DO BRAZIL. *Decreto nº. 1.132, de 22 de dezembro de 1903*. Reorganiza a Assistencia a Alienados. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>>. Acesso em: 26 ago. 2014.

⁴⁴ Ibid.

⁴⁵ Id. *Decreto nº. 5.156, de 8 de março de 1904*. Dá novo regulamento aos serviços sanitarios a cargo da União. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-5156-8-marco-1904-517631-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

⁴⁶ CORREIA JUNIOR, Rubens. VENTURA, Carla Aparecida Arena. As internações involuntárias de drogodependentes frente à legislação brasileira – uma análise em relação ao contexto histórico do tratamento de dependentes e as políticas higienistas e de profilaxia social. *Revista de Direitos Fundamentais e Democracia*, Curitiba, v. 13, n. 13, p. 250-280, jan.-jun. 2013. Disponível em: <<http://revistaeletronicardfd.unibrasil.com.br/index.php/rdfd/article/view/352/320>>. Acesso em: 08 jul. 2013. p. 256-261.

⁴⁷ ALVES, Vânia Sampaio. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, nov. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n11/02.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2013. p. 2314.

Em 1921, o Decreto nº. 4.294, atendendo ao espírito da Convenção de Haia de 1912, revogou o artigo 159 do Código Penal de 1890 ao estabelecer pena restritiva de liberdade (1 a 4 anos) para quem vendesse ou ministrasse substâncias venenosas com qualidade entorpecente, sendo citados expressamente o ópio, a cocaína e seus derivados. Pela primeira vez é cominada a pena de prisão para o tráfico. O ato de se embriagar por hábito e tomar atitudes que colocassem em perigo a si próprio, terceiros ou a ordem pública passou a ser apenado com internação em estabelecimento correccional adequado por 3 meses a 1 ano (art. 3º), diferentemente da pena de prisão celular prevista no CP. Constatadas outras condutas relacionadas ao uso abusivo de drogas, descritas em outros artigos do decreto, era exigido o pagamento de multa⁴⁸.

Este mesmo decreto criou, no Distrito Federal, um estabelecimento especial concebido no regime de trabalho e com fornecimento de tratamento médico, composto por duas seções: uma destinada aos internados judiciários e outra aos internados voluntários (art. 6º). Entenda-se por internados judiciários os condenados com fulcro no artigo 3º supramencionado, bem como as pessoas impronunciadas ou absolvidas em processo criminal com base no artigo 27, § 4º do Código Penal de 1890⁴⁹. A internação voluntária também era condicionada à presença em juízo. Nesse caso, o indivíduo, seus familiares ou curador deveriam solicitar a admissão, comprovar a necessidade do tratamento e a urgência da internação para evitar crime ou “completa perdição moral”, sendo a decisão tomada com base em exame médico⁵⁰.

O Decreto nº. 14.969/1921 repete as disposições sobre o dito estabelecimento (art. 9º), denominando-o de “Sanatorio para toxicomanos” (sic), além de detalhar a tutela jurídica dos internados e questões processuais. Dentre as suas disposições, destaque-se que, juntamente com a internação, o juiz poderia decretar a interdição ampla ou limitada, conforme o estado mental do internado (art. 12, § 5º). A depender das circunstâncias, nos casos de internação voluntária,

⁴⁸ ESTADOS UNIDOS DO BRASIL. *Decreto nº. 4.294, de 06 de julho de 1921*. Estabelece penalidades para os contraventores na venda de cocaína, ópio, morfina e seus derivados; cria um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substâncias venenosas; estabelece as fórmulas de processo e julgamento e manda abrir os créditos necessários. Disponível em: <<http://www.arquivopublico.pr.gov.br/arquivos/File/pdf/leidrogas.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2014.

⁴⁹ “Art. 27. Não são criminosos: [...] § 4º Os que se acharem em estado de completa privação de sentidos e de intelligencia no acto de commetter o crime.” REPUBLICA DOS ESTADOS UNIDOS DO BRAZIL. *Decreto nº. 847, de 11 de outubro de 1890*. Promulga o Código Penal. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=50260>>. Acesso em: 21 jul. 2014.

⁵⁰ ESTADOS UNIDOS DO BRASIL, op. cit.

poderia ser ordenada a “internação para observação”, para que peritos julgassem a necessidade da medida (art. 12, § 4º). A saída do estabelecimento somente era possível quando findo o período determinado em sentença, no caso dos internados judiciários, ou quando assim determinasse o juiz com base em parecer médico circunstanciado, no caso dos internados voluntários (art. 13)⁵¹.

Neste período, consolidava-se o proibicionismo como única solução para a abordagem das questões relacionadas com drogas. No Brasil, ele ganhou impulso a partir de 1932, período da Era Vargas (1930 a 1945) e da proliferação de regimes totalitários no mundo, afeitos ao discurso eugênico. No Decreto nº. 20.930/1932⁵², logo no artigo 1º, é descrito um rol de substâncias consideradas tóxicas, de natureza analgésica ou entorpecente. A pessoa que tivesse consigo, ou em casa, dose superior à recomendação terapêutica e sem expressa prescrição médica, ficaria sujeita à pena de três a nove meses de prisão e multa (art. 26). Seu Capítulo IV era dedicado à internação e interdição civil. A toxicomania ou intoxicação habitual por substâncias entorpecentes passou a ser considerada doença de notificação compulsória, assim como já o era com as doenças infecciosas (art. 44)⁵³.

No tocante à internação, ela poderia ser obrigatória ou facultativa, por tempo determinado ou não. Seria obrigatória quando comprovada a necessidade do tratamento ou por razões de interesse público, estando condicionada a requerimento do representante do Ministério Público (MP) e de decisão judicial. O juiz poderia ordená-la de ofício em casos de condenação por embriaguez habitual, de impronúncia ou absolvição, quando o agente não tinha consciência da ilicitude da conduta por conta da intoxicação ou com fundamento em doença ou estado mental resultante do abuso de substância tóxica. A denominada internação facultativa ocorreria mediante prova da conveniência do tratamento hospitalar e requerimento do interessado, parentes ou representante legal (art. 45, §§ 1º à 3º). A decisão

⁵¹ REPUBLICA DOS ESTADOS UNIDOS DO BRASIL. *Decreto nº. 14.969, de 03 de setembro de 1921*. Approva o regulamento para a entrada no país das substancias toxicas, penalidades impostas aos contraventores e sanatorio para toxicomanos. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=45065>>. Acesso em: 21 jul. 2014.

⁵² Foi modificado pelo Decreto nº. 24.505/1932, o qual, dentre outras coisas, modificou a lista de drogas consideradas ilícitas. ESTADOS UNIDOS DO BRASIL. *Decreto nº. 24.505, de 29 de junho de 1932*. Modifica as arts. 1º, 3º, 5º, 14, 22, 25, 26 e 58, do decreto n. 20.930, de 11 de janeiro de 1932. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24505-29-junho-1934-508459-publicacaoorigin-al-1-pe.html>>. Acesso em: 27 jul. 2014.

⁵³ ESTADOS UNIDOS DO BRASIL. *Decreto nº. 20.930, de 11 de janeiro de 1932*. Fiscaliza o emprego e o comércio das substâncias tóxicas entorpecentes, regula a sua entrada no país de acordo com a solicitação do Comitê Central Permanente do Opio da Liga das Nações, e estabelece penas. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-20930-11-janeiro-1932-498374-publicacaooriginal-81616-pe.html>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

judicial que decretasse a internação também poderia determinar a interdição plena ou limitada do usuário, segundo seu estado mental (art. 46)⁵⁴.

Dois anos depois, o Decreto n.º. 24.559/1934 instaurou um marco legal sobre a profilaxia mental, assistência e proteção das pessoas portadoras de alguma psicopatia, deixando-se claro em seu artigo 3º, § 5º, que poderiam ser admitidos nos estabelecimentos psiquiátricos os toxicômanos e intoxicados por substância de ação analgésica ou entorpecente. No caso destes, a internação poderia ser feita: a) por ordem judicial ou requisição da autoridade policial; b) a pedido do próprio paciente, familiares, representante legal, diretor de hospital civil ou militar, presidente de sociedade de assistência social (leiga ou religiosa), chefe do dispensário psiquiátrico ou interessado que demonstrasse ter relações com o doente, justificadas as razões da sua solicitação (art. 11). A internação era classificada em três regimes: aberto, fechado e misto (art. 7º e ss.)⁵⁵.

Criou-se uma comissão permanente de fiscalização de entorpecentes através do Decreto n.º. 780/1936, cujo objetivo principal era fiscalizar e reprimir o tráfico⁵⁶. Em agosto do mesmo ano foi promulgada a Convenção de Genebra, incorporada ao ordenamento pátrio por meio do Decreto n.º. 2.994/1938⁵⁷. O Decreto-lei n.º. 891/1938 (Lei de Fiscalização de entorpecentes) foi um marco da postura proibicionista brasileira em relação às drogas. Ele criminalizou o porte de drogas ilícitas independentemente da quantidade apreendida e da intenção de consumo próprio ou tráfico, sem distinção da penalização prevista para uma ou outra circunstância⁵⁸. Seu artigo 1º inaugurou uma nova lista de substâncias entorpecentes, mais extensa do que a anterior. A produção, tráfico e consumo são alvos de disciplina específica pela

⁵⁴ ESTADOS UNIDOS DO BRASIL. *Decreto n.º. 20.930, de 11 de janeiro de 1932*. Fiscaliza o emprego e o comércio das substâncias tóxicas entorpecentes, regula a sua entrada no país de acordo com a solicitação do Comitê Central Permanente do Opio da Liga das Nações, e estabelece penas. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-20930-11-janeiro-1932-498374-publicacaooriginal-81616-pe.html>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

⁵⁵ Id. *Decreto n.º. 24.559, de 3 de julho de 1934*. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

⁵⁶ Id. *Decreto n.º. 780, de 28 de abril de 1936*. Cria a comissão permanente de fiscalização de entorpecentes. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-780-28-abril-1936-472250-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

⁵⁷ Id. *Decreto n.º. 2.994, de 17 de agosto de 1938*. Promulga a Convenção para representação do tráfico ilícito das drogas nocivas, Protocolo de Assinatura e ata final, firmado entre o Brasil e diversos Países, em Genebra, a 26 de junho de 1936, por ocasião da Conferência para a representação do tráfico ilícito das drogas nocivas. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-2994-17-agosto-1938-348813-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

⁵⁸ ALVES, Vânia Sampaio. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, nov. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n11/02.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2013. p. 2314.

primeira vez. A produção e comercialização de quaisquer das substâncias elencadas estaria condicionada a licença da autoridade sanitária (art. 3º)⁵⁹.

Ainda de acordo com o Decreto nº. 891/1938, a “toxicomania ou intoxicação habitual” é mantida como doença de notificação compulsória, sendo vedado o tratamento em domicílio, o que inviabilizava qualquer forma de tratamento inclusivo (art. 27 e 28). Os toxicômanos estariam sujeitos à internação obrigatória ou facultativa, por tempo determinado ou não, retornando-se à configuração do Decreto nº. 20.930/1932. A internação obrigatória ocorreria nos casos em que restasse provada a necessidade do tratamento ou fosse conveniente à ordem pública, mediante representação da autoridade policial ou requerimento do MP, somente se efetivando após decisão judicial. Além de tornar mais radical a internação obrigatória, pela primeira vez foi alvo de tutela penal atos anteriores ao comércio e consumo, como o plantio, cultivo e colheita⁶⁰.

Para Lima e Sá, este e o Decreto-lei nº. 24.559/1934 ainda estariam em vigor⁶¹. Contudo, conforme consulta ao sítio eletrônico do Planalto, isto se confirmaria apenas em relação ao primeiro, tendo sido o Decreto-lei nº. 24.559/1934 revogado pelo Decreto nº. 99.678/1990, a ser abordado no item seguinte. Para Abreu e Val, a Lei 11.343/2006 (atual Lei de Drogas) revogou tacitamente os diplomas legais referidos, na medida em que o conteúdo destes é incompatível com a linha seguida pela nova lei, qual seja, assegurar a inclusão social dos dependentes químicos, na esteira da Reforma Psiquiátrica e dos valores presentes na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/1988). Por isso, com fulcro no artigo 2º, §1º da Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro (LINDB)⁶², os autores entendem ter havido a revogação tácita dos decretos referidos⁶³, posição a qual se filia.

⁵⁹ ESTADOS UNIDOS DO BRASIL. *Decreto-lei nº. 891, de 25 de novembro de 1958*. Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/Del0891.htm>. Acesso em: 22 jul. 2014.

⁶⁰ SILVA, Antônio Fernandes de Lima Moreira da. Histórico das drogas na legislação brasileira e nas convenções internacionais. *JusNavigandi*, jul. 2011. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/19551/historico-das-drogas-na-legislacao-brasileira-e-nas-convencoes-internacionais#ixzz2YUnqkqIL>>. Acesso em: 22 jul. 2014. Texto postado no link Artigos. p. 3.

⁶¹ LIMA, Taisa Maria Macena de; SÁ, Maria de Fátima Freire de. Autonomia privada e internação não consentida. *Revista Brasileira de Estudos Políticos*, Belo Horizonte, v. 99, p. 79-99, jul.-dez. 2009. Disponível em: <<http://www.pos.direito.ufmg.br/rbep/099B079100.pdf>>. Acesso em 11 jun. 2014. p. 94-95.

⁶² BRASIL. *Decreto-lei nº. 4.657, de 04 de setembro de 1942*. Lei de Introdução às normas do Direito Brasileiro. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del4657compilado.htm>. Acesso em: 22 set. 2014.

⁶³ ABREU, Célia Barbosa; VAL, Eduardo Manuel. A experiência brasileira das internações involuntária e compulsória do dependente químico. In: ASENSI, Felipe; MUTIZ, Paula Lucia Arévalo; PINHEIRO, Roseni. (Coord.) *Direito e saúde: enfoques interdisciplinares*. Curitiba: Juruá, 2013. p. 407.

O Código Penal brasileiro de 1940, ainda em vigor no país, penalizou uma série de condutas relacionadas com o “comércio clandestino ou facilitação de uso de entorpecentes”, conforme redação originária do seu artigo 281, localizado no capítulo dos crimes contra a saúde pública. Ainda não constava a incriminação do porte de drogas para consumo pessoal⁶⁴. As penas eram mais graves se o indivíduo fosse médico, dentista ou agente farmacêutico. Este dispositivo sofreu diversas modificações, como se verá⁶⁵. Até 1964, alguns decretos foram instituídos, inserindo modificações pontuais. O Decreto-lei nº. 4.720/1942 fixou normas para o cultivo de plantas entorpecentes e para a extração, transformação e purificação dos seus princípios ativos⁶⁶. O Decreto nº. 20.397/1946 aprovou o regulamento da indústria farmacêutica no Brasil, tendo dedicado os seus artigos 19 a 26 à regulação da atividade dos laboratórios que fabricassem especialidade farmacêutica contendo entorpecentes⁶⁷.

2.1.1.1.2 *Mudanças no papel da internação após a inserção do Brasil no sistema de controle internacional de drogas*

As linhas mestras do controle internacional de drogas foram estabelecidas após a criação da ONU, em 1945. A primeira convenção concluída sob seus auspícios foi a Convenção única sobre entorpecentes de Nova Iorque, de 1961, a qual unificou e fortaleceu os tratados anteriores sobre drogas. Suas disposições tinham como vetor reforçar o controle sobre a produção, distribuição e comércio de drogas nos países, cabendo aos Estados-parte incorporar as medidas ali previstas em seus regimes jurídicos nacionais. Tinha-se o prazo de 15 anos para a eliminação gradual do ópio, e de 25 anos para que se fizesse o mesmo com a coca e *cannabis*, objetivo ainda não alcançado e, aparentemente, inalcançável. Em seu preâmbulo, o controle se justificaria pela preocupação com a saúde física e mental das pessoas. Paradoxalmente, o meio para alcançar esse objetivo era o da absoluta proibição do

⁶⁴ MARTINS, Charles Emil Machado. Uso de drogas: Crime? Castigo? In: CALLEGARI, André Luís; WEDY, Miguel Tedesco (Orgs.). *Lei de drogas: aspectos polêmicos à luz da dogmática penal e da política criminal*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008. p. 64.

⁶⁵ BRASIL. *Decreto-lei nº. 2.848, de 07 de dezembro de 1940*. Código Penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm>. Acesso em: 26 ago. 2014.

⁶⁶ Id. *Decreto-lei nº. 4.720, de 21 de setembro de 1942*. Fixa normas gerais para o cultivo de plantas entorpecentes e para a extração, transformação e purificação dos seus princípios ativos-terapêuticos. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-4720-21-setembro-1942-414751-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 27 jul. 2014.

⁶⁷ Id. *Decreto nº. 20.937, de 14 de janeiro de 1946*. Aprova o Regulamento da indústria farmacêutica no Brasil. Disponível em: <http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaNormas.action?numero=20397&tipo_norma=DEC&data=19460114&link=s>. Acesso em: 27 jul. 2014.

uso e comércio de drogas ilícitas e a repressão penal aos violadores destas normas⁶⁸.

O Decreto nº. 54.216/1964 promulgou a Convenção Única sobre Entorpecentes⁶⁹, inserindo o Brasil no cenário internacional de combate às drogas. No final da década de 60 inicia-se um período de ruptura, sobretudo com o surgimento do movimento da contracultura. Houve a proliferação do consumo de drogas psicodélicas ou expansoras da consciência. Neste movimento que simbolizava a oposição a tudo que era imposto pela sociedade oficial, as drogas representavam a subversão à ordem dominante, de modo que o hábito adquiriu um viés político e libertador⁷⁰. Em resposta ao movimento da contracultura, foi intensificada a repressão ao tráfico de drogas e a criminalização do usuário entre as décadas de 60 e 70. A partir do golpe militar em 1964, a guerra às drogas foi abraçada completamente⁷¹.

A Lei nº. 4.451/1964 e o Decreto nº. 385/1968 alteraram o CP, adicionando verbos criminalizantes à redação original do artigo 281. Diante da profusão mundial do consumo, o decreto referido equiparou, em termos de penalização, a conduta de trazer consigo para uso próprio e o tráfico. A justificativa à época era o aumento da venda e a impunidade dos traficantes que, surpreendidos com drogas proibidas, diziam-se meros usuários⁷². O Decreto nº. 62.391/1968⁷³ e o Decreto-lei nº. 753/1969⁷⁴ versavam sobre a fiscalização de laboratórios que produzissem ou manipulassem substâncias entorpecentes ou similares, sobretudo a distribuição de

⁶⁸ BOITEUX, Luciana. et al. *Tráfico de drogas e constituição*. Rio de Janeiro/Brasília, DF: UFRJ/PNUD/SAL-MJ, 2009. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/main.asp?View={329D6EB2-8AB0-4606-B054-4CAD3C53EE73}>>. Acesso em: 28 jul. 2014. p. 1-125. v. 1: Série Pensando o Direito. p. 18.

⁶⁹ BRASIL. *Decreto nº. 54.216, de 27 de agosto de 1964*. Promulga a Convenção Única sobre Entorpecentes. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-54216-27-agosto-1964-394342-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 27 jul. 2014.

⁷⁰ CORREIA JUNIOR, Rubens. VENTURA, Carla Aparecida Arena. As internações involuntárias de drogodependentes frente à legislação brasileira – uma análise em relação ao contexto histórico do tratamento de dependentes e as políticas higienistas e de profilaxia social. *Revista de Direitos Fundamentais e Democracia*, Curitiba, v. 13, n. 13, p. 250-280, jan.-jun. 2013. Disponível em: <<http://revistaeletronicardfd.unibrazil.com.br/index.php/rdfd/article/view/352/320>>. Acesso em: 08 jul. 2013. p. 267-268.

⁷¹ *Ibid.*, p. 268.

⁷² MARTINS, Charles Emil Machado. Uso de drogas: Crime? Castigo? In: CALLEGARI, André Luís; WEDY, Miguel Tedesco (Orgs.). *Lei de drogas: aspectos polêmicos à luz da dogmática penal e da política criminal*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008. p. 64.

⁷³ BRASIL. *Decreto nº. 62.391, de 12 de março de 1968*. Dispõe sobre a fiscalização em laboratório da produção de substâncias tóxicas e entorpecentes, distribuição de amostra desses produtos e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-62391-12-marco-1968-403491-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 26 ago. 2014.

⁷⁴ *Id.* *Decreto-lei nº. 753, de 11 de agosto de 1969*. Dispõe sobre a fiscalização de laboratórios que produzam ou manipulem substâncias ou produtos entorpecentes e seus equiparados, de firmas distribuidoras ou depositárias das referidas substâncias, distribuição de amostras desses produtos e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/del0753.htm>. Acesso em: 27 jul. 2014.

amostras destes produtos. Na década de 1970, as medidas de prevenção e de repressão ao tráfico e uso de drogas ilícitas instituídas pela legislação brasileira estavam em plena concordância com as resoluções das duas primeiras Convenções-Irmãs da ONU, realizadas em 1961 e 1971⁷⁵.

A Lei nº. 5.726/1971, além de modificar novamente o rol de substâncias consideradas ilícitas, inseriu novos tipos penais sujeitos à mesma pena, mas que se dedicavam a ações distintas, como o cultivo, comércio, aquisição e consumo. Também era prevista internação em estabelecimento hospitalar para tratamento psiquiátrico nos casos de absolvição, quando constatado que o sujeito não tinha a capacidade de entender o caráter ilícito da ação em razão do vício, ali permanecendo pelo tempo necessário à sua recuperação (art. 10). Se o vício apenas houvesse diminuído consideravelmente a compreensão da ilicitude do fato ou a autodeterminação do agente, a pena poderia ser atenuada ou substituída pela internação, sendo esta substituição obrigatória para pessoas maiores de 18 e menores de 21 anos (art. 11, § 2º)⁷⁶. Observe-se que a motivação para tanto não era o direito à saúde, mas sim a “reabilitação criminal do viciado” (art. 13)⁷⁷. Esta lei foi regulamentada pelo Decreto nº. 69.845/1971, o qual instituiu o dever de toda pessoa física ou jurídica colaborar no combate ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes⁷⁸.

Neste período, tornou-se mais evidente as influências da Medicina nas disposições da legislação brasileira a respeito de drogas. O controle dessas substâncias passou a contar com subsídios tecnocientíficos, os quais passaram a ser fonte de legitimação das políticas proibicionistas. O usuário, ora identificado como doente e ora como criminoso, tinha diante de si diferentes dispositivos assistenciais, como hospitais psiquiátricos e, posteriormente, centros especializados de tratamento públicos ou filantrópicos. Tais dispositivos visavam salvar, recuperar, tratar e punir, motivações estas que ainda atravessam as práticas de saúde de uma

⁷⁵ ALVES, Vânia Sampaio. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, nov. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n11/02.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2013. p. 2314.

⁷⁶ BRASIL. *Lei nº. 5.726, de 29 de outubro de 1971*. Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L5726.htm>. Acesso em: 21 jul. 2014.

⁷⁷ ALVES, op. cit., p. 2314.

⁷⁸ BRASIL. *Decreto nº 69.845, de 27 de dezembro de 1971*. Regulamenta a Lei nº 5.726 de 29 de outubro de 1971. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D69845.htm>. Acesso em: 27 jul. 2014.

forma imprecisa. Nesta última lei referida podem ser percebidas mudanças significativas na apenação do uso de drogas, que se tornou mais rigorosa⁷⁹.

Também em 1971, as Nações Unidas elaboraram a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, incluindo-se as drogas psicotrópicas no rol de substâncias proscritas, como o LSD, estimulantes e anfetaminas. Até então, somente as drogas derivadas do ópio, além da *cannabis* e cocaína, estavam sujeitas ao controle internacional⁸⁰. Em 1972, foi assinado em Genebra um protocolo de emenda à convenção. Nesta oportunidade, foi registrada a necessidade de promover o acesso a tratamento e reabilitação dos dependentes químicos, em conjunto ou em substituição à pena de prisão em caso de cometimento de crime. Ele autorizava aos Estados, portanto, a adoção de medidas menos repressivas em relação ao usuário, que incluíam a opção de tratamento e redução de danos. Esta convenção foi incorporada ao ordenamento jurídico brasileiro pelo Decreto nº. 76.248/1975⁸¹.

A Lei nº. 6.368/1976 (Lei Antitóxicos) revogou a Lei nº. 5.726/1971 e o artigo 281 do CP, descodificando-se completamente a matéria. Sua redação, mais abrangente, determinava que os dependentes químicos ficariam sujeitos a tratamento sob regime de internação hospitalar obrigatório quando seu quadro clínico ou a natureza das suas manifestações psicopatológicas assim o exigisse. Se considerada desnecessária a internação, o dependente deveria ser submetido a tratamento extra-hospitalar, com assistência do serviço social. Os estabelecimentos hospitalares e clínicas tinham a obrigação de encaminhar mapa estatístico dos casos atendidos mensalmente, com indicação do código da doença, à repartição competente (arts. 8º e 10, §§ 1º e 2º)⁸².

Para aqueles que figuraram como réu em processo criminal, manteve-se diretriz semelhante à dos diplomas legais anteriores, embora as penas tenham sido agravadas. Uma vez absolvido por ter sido constatada a total incapacidade de

⁷⁹ MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, jul.-set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v14n3/06.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2014. p. 804.

⁸⁰ BOITEUX, Luciana. et al. *Tráfico de drogas e constituição*. Rio de Janeiro/Brasília, DF: UFRJ/PNUD/SAL-MJ, 2009. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/main.asp?View={329D6EB2-8AB0-4606-B054-4CAD3C53EE73}>>. Acesso em: 28 jul. 2014. p. 1-125. v. 1: Série Pensando o Direito. p. 18.

⁸¹ *Ibid.*, p. 19.

⁸² BRASIL. *Lei nº. 6.368, de 21 de outubro de 1976*. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6368.htm#art46>. Acesso em: 21 jul. 2014.

entender o caráter ilícito do fato ou determinar-se de acordo com esse entendimento, o juiz deveria ordenar o encaminhamento a tratamento médico. Se frustrado o tratamento ambulatorial ou viesse a pessoa a ser processada nas mesmas condições da ação anterior, o juiz poderia determinar que o tratamento fosse feito em regime de internação hospitalar. Uma vez constatada a recuperação, o processo seria encerrado (art. 29, §§ 1 e 3)⁸³. Note-se que, desta vez, o encaminhamento para internação era condicionado à insuficiência dos tratamentos de natureza extra-hospitalar ou à reincidência, conferindo-se à medida uma natureza híbrida de cuidado e pena.

A Lei nº. 6.368/1976, regulada pelo Decreto nº. 78.992/1976, reafirmou a tendência de abordar o uso e a dependência de drogas no campo médico-psiquiátrico, assim como na lei de 1971. São indicativos dessa mudança a substituição do termo “viciado” por “dependente de drogas”, a referência à internação como forma de tratamento e a proposição de criação de estabelecimentos especializados para tanto na rede pública de saúde. Esta lei foi sancionada em período de incremento do consumo de drogas ilícitas no país, reflexo dos movimentos da década de 1960. Sobretudo o consumo de maconha deixou de ser hábito restrito aos setores marginalizados da sociedade, atingindo também pessoas da classe média, como artistas, intelectuais e universitários. A partir dos anos 70, o aumento da oferta e a redução do preço favoreceram o crescimento do consumo de cocaína⁸⁴.

Observe-se, ainda, que esta lei constituiu passo importante em direção à consolidação e ampliação do aparato jurídico-institucional de controle do uso e do tráfico de drogas. Destaque-se a criação dos centros de tratamento – que, a princípio, não atendiam os alcoolistas, o que denota a tendência brasileira em priorizar os compromissos assumidos no plano internacional para controlar e reprimir o uso de drogas ilícitas quando do estabelecimento de ações governamentais, em detrimento das necessidades reais da população – do Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e do Conselho Federal de

⁸³ BRASIL. *Lei nº. 6.368, de 21 de outubro de 1976*. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6368.htm#art46>. Acesso em: 21 jul. 2014.

⁸⁴ MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, jul.-set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v14n3/06.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2014. p. 804-805.

Entorpecentes (Confen)⁸⁵. Durante as três décadas em que esteve em vigor, para Correia Junior e Ventura, este diploma legal consolidou toda a estigmatização do uso, tratamento e repressão de drogas. Nas políticas públicas a respeito, a saúde e a dependência eram relegadas ao papel de coadjuvantes, priorizando-se as iniciativas de viés repressivo⁸⁶.

O Confen foi regulamentado pelo Decreto nº. 85.110/1980. Ele constituiu importante órgão normativo das ações programáticas governamentais sobre drogas. Com composição interdisciplinar, que reunia representantes de diversos ministérios além de um jurista e um médico psiquiátrico, inicialmente ele se dedicou ao campo das ações repressivas ao uso e tráfico de drogas. Somente após a redemocratização passaram a ser desenvolvidas práticas de prevenção, tratamento e pesquisa não totalmente dirigidas ao viés repressivo, buscando-se uma política mais equilibrada em termos de prevenção e repressão. A ampliação do campo de atuação do Confen foi introduzida por dois documentos, a “Política Nacional na Questão das Drogas” (1988) e o “Programa de Ação Nacional Antidrogas” (1996), a serem abordados mais adiante⁸⁷. Segue-se com a análise das mudanças ocorridas na abordagem legal da internação de dependentes químicos após a CRFB/1988.

2.1.1.2 A intensificação do questionamento da lógica de “guerra às drogas” após a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988

A crise econômica que assolou o Brasil nos anos 80 e os anseios de parcela majoritária da sociedade pelo encerramento do ciclo ditatorial que, por vinte anos, cerceou o exercício das liberdades políticas, civis e culturais – cristalizados pelo movimento “Diretas Já” e pela luta por uma Constituinte livre e soberana, formam a conjuntura histórica em que se deu início ao processo de democratização. Nesse mesmo cenário foi constituído o movimento da Reforma Sanitária. Em 1986, ele atingiu seu ápice com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, momento em que foi proposto um novo conceito de saúde: não mais relacionado com a

⁸⁵ MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, jul.-set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v14n3/06.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2014. p. 804-805.

⁸⁶ CORREIA JUNIOR, Rubens. VENTURA, Carla Aparecida Arena. As internações involuntárias de drogodependentes frente à legislação brasileira – uma análise em relação ao contexto histórico do tratamento de dependentes e as políticas higienistas e de profilaxia social. *Revista de Direitos Fundamentais e Democracia*, Curitiba, v. 13, n. 13, p. 250-280, jan.-jun. 2013. Disponível em: <<http://revistaeletronicardfd.unibrasil.com.br/index.php/rdfd/article/view/352/320>>. Acesso em: 08 jul. 2013. p. 270.

⁸⁷ MACHADO; MIRANDA, op. cit., p. 807.

ausência de doença, mas sim com as condições de vida da população em uma dada sociedade⁸⁸.

Desde então produziu-se uma ruptura com a forma tradicional de desenvolvimento de políticas públicas em saúde no Brasil, marcada por traços centralizadores, autoritários, privatistas, hospitalocêntricos, meritocráticos e residuais. Esta nova concepção de saúde foi abraçada pela CRFB/1988, Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) e Lei nº. 8.142/1990. Após a promulgação da Carta de 1988, ocorreram a 1ª e a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987 e 1992 respectivamente, eventos dedicados ao debate sobre a luta pela cidadania das pessoas com transtornos mentais e a reversão do modelo manicomial hospitalocêntrico⁸⁹. Considerações a respeito e sobre a conformação do movimento da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial serão feitas na segunda parte da pesquisa.

A Convenção da ONU contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes de 1988 consolidou o sistema internacional de controle. Parecia ter se estabelecido o consenso de que o fenômeno das drogas ilícitas era global e, portanto, demandava uma maior cooperação e corresponsabilidade entre os países. Para tanto, foi proposta a harmonização da definição de tráfico de entorpecentes, a incriminação da lavagem de dinheiro de origem ilícita e o reforço dos instrumentos legais já existentes. A repressão penal ganhou novos contornos em relação ao usuário, pois também a posse, compra ou cultivo para uso pessoal foram abarcadas pela noção de tráfico. Com teor eminentemente repressivo, o uso de termos bélicos é recorrente em seu texto, a exemplo de “combate” aos traficantes e “guerra às drogas”, termo este que passou a identificar e internacionalizou a política americana neste campo⁹⁰.

Esta Convenção, juntamente com as firmadas nos anos de 1961 e 1971, compõe a atual base do controle sobre as drogas ilícitas da ONU. Boiteux bem sistematiza os pontos sustentados pela política internacional de drogas das Nações Unidas:

⁸⁸ DIAS, Míriam Thaís Guterres. Os direitos dos portadores de sofrimento psíquico no contexto do neoliberalismo. *Textos & Contextos*, Porto Alegre v. 3, n. 1, p. 1-19, 2004. Disponível em: <<http://revistas.eletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/view/985/765>>. Acesso em: 21 jul. 2014. p. 11-12.

⁸⁹ *Ibid.*, p. 12.

⁹⁰ BOITEUX, Luciana. et al. *Tráfico de drogas e constituição*. Rio de Janeiro/Brasília, DF: UFRJ/PNUD/SAL-MJ, 2009. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/main.asp?View={329D6EB2-8AB0-4606-B054-4CAD3C53EE73}>>. Acesso em: 28 jul. 2014. p. 1-125. v. 1: Série Pensando o Direito. p. 19-20.

i) é um modelo uniforme de controle que submete as substâncias proibidas a um regime internacional de interdição, sendo o seu uso terapêutico bastante restrito; ii) defende-se a criminalização do uso e do comércio, com opção primordial pela pena de prisão; iii) o tratamento e a prevenção ao uso de drogas ilícitas não é priorizado; iv) rejeição de alternativas, dentre elas as medidas de redução de danos, como a troca de seringas; v) não reconhecimento de direitos das comunidades e povos indígenas em relação ao uso de produtos tradicionais, como a folha de coca, diante da meta de erradicação das plantações e da cultura tradicional⁹¹.

O Brasil incorporou as convenções, seguindo uma linha interpretativa restritiva e punitiva, muito por conta da influência norte-americana. Até mesmo a CRFB/88, que preconizou os direitos e garantias fundamentais, paradoxalmente incorporou traços da ideologia de “guerra às drogas” no que se refere à repressão ao tráfico, a exemplo do seu artigo 5º, inciso XLIII (equipara o tráfico de drogas a crime hediondo)⁹² e LI (autoriza a extradição do brasileiro naturalizado caso comprovado o seu envolvimento com o tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins). Estabelece, ainda, que serão expropriadas e destinadas à reforma agrária e programas de habitação popular, sem qualquer indenização e sem prejuízo de outras sanções legais, as propriedades rurais e urbanas em que forem localizadas culturas ilegais de plantas psicotrópicas. Os bens de valor econômico apreendidos serão confiscados e revertidos a um fundo especial (art. 243, parágrafo único).

No mesmo ano, foi publicada a “Política Nacional na Questão das Drogas”, em âmbito nacional, e a Convenção de Viena, em âmbito internacional. A primeira ampliou o campo de atuação do Confen ao propor, como uma de suas linhas, o favorecimento da criação e consolidação de centros de referência em prevenção e tratamento ao uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas. Caberia à rede do Sistema Nacional de Saúde ofertar prioritariamente tratamento ambulatorial, a ser oferecido de forma eficaz e não estigmatizante, além de providenciar a internação quando necessário, em hospitais gerais. Dentre os centros de tratamento, pesquisa e extensão reconhecidos como centros de referência pelo Confen estão: o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), sediado na Universidade Federal

⁹¹ BOITEUX, Luciana. et al. *Tráfico de drogas e constituição*. Rio de Janeiro/Brasília, DF: UFRJ/PNUD/SAL-MJ, 2009. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/main.asp?View={329D6EB2-8AB0-4606-B054-4CAD3C53EE73}>>. Acesso em: 28 jul. 2014. p. 1-125. v. 1: Série Pensando o Direito. p. 21.

⁹² A Lei nº. 8.072/1990 regulamentou e foi além do inciso XLIII do artigo 5º da CF, pois acrescentou ao tráfico de drogas a proibição de progressão de regime, liberdade provisória e indulto, além de aumentar prazos da prisão temporária e para o livramento condicional. BRASIL. *Lei nº. 8.072, de 25 de julho de 1990*. Dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do art. 5º, inciso XLIII, da Constituição Federal, e determina outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8072.htm>. Acesso em: 27 ago. 2014.

da Bahia (UFBA); e o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas (Nepad), integrado à Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)⁹³.

Estes e outros centros têm contribuído com a produção técnico-científica relacionada ao tema e inauguraram a possibilidade de práticas não moralistas nem repressivas, além do desenvolvimento de práticas de assistência ainda incipientes no país que influenciariam a política de saúde para usuários de drogas do MS⁹⁴, a ser explorada na segunda parte da pesquisa. A partir da redemocratização, o movimento da redução de danos ganhou espaço, assim como a aproximação das formulações da Luta Antimanicomial das reflexões acerca da adequação da internação contra a vontade de pessoas que usam drogas⁹⁵. A situação da atenção em saúde mental na América Latina foi avaliada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o que culminou com a realização de uma Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica em 1990⁹⁶.

Durante a avaliação foram constatadas diversas violações aos direitos das pessoas com sofrimento psíquico, tendo sido cristalizada na Declaração de Caracas do mesmo ano a substituição do modelo hospitalocêntrico por uma assistência de base comunitária⁹⁷. Na Declaração, propõe-se a revisão do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico em prol da reestruturação da rede de atenção via promoção de modelos centrados na comunidade e suas redes sociais (itens 1 e 2). É destacado, ainda, que o ajuste nas legislações nacionais deve estar comprometido com a salvaguarda da dignidade, direitos humanos e civis das pessoas com transtorno mental (item 3)⁹⁸. Porém, mesmo após a Declaração de

⁹³ MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, jul.-set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v14n3/06.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2014. p. 807-808.

⁹⁴ *Ibid.*, p. 808.

⁹⁵ CORREIA JUNIOR, Rubens. VENTURA, Carla Aparecida Arena. As internações involuntárias de drogodependentes frente à legislação brasileira – uma análise em relação ao contexto histórico do tratamento de dependentes e as políticas higienistas e de profilaxia social. *Revista de Direitos Fundamentais e Democracia*, Curitiba, v. 13, n. 13, p. 250-280, jan.-jun. 2013. Disponível em: <<http://revistaeletronicardfd.unibrasil.com.br/index.php/rdfd/article/view/352/320>>. Acesso em: 08 jul. 2013. p. 269-271.

⁹⁶ DIAS, Míriam Thais Guterres. Os direitos dos portadores de sofrimento psíquico no contexto do neoliberalismo. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 1-19, 2004. Disponível em: <<http://revistas.eletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/view/985/765>>. Acesso em: 21 jul. 2014. p. 13.

⁹⁷ *Ibid.*, p. 13.

⁹⁸ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Declaração de Caracas, de 14 de novembro de 1990*. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCUQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.abrasme.org.br%2FArquivo%2Fdownload%3FID_ARQUIVO%3D3696&ei=f9U4bTClvAS9u4CgBA&usq=AFQjCNEwSLWbgKiEzJ8q_noKqrumapT0Ow>. Acesso em: 27 ago. 2014.

Caracas, a década de 1990 revelou-se predatória em relação ao uso e tratamento das drogas⁹⁹.

Em 1991, a ONU adotou os Princípios para a Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental. Dentre eles, fica assentado que pessoas com doença mental tem o direito de viver e trabalhar no seio da comunidade, o quanto possível, deixando-se clara a ênfase em tratamentos de base comunitária, mesmo que a internação involuntária ainda seja uma possibilidade em duas circunstâncias excepcionais: a) se houver séria probabilidade de dano imediato ou iminente à pessoa ou terceiro; b) se, no caso de doença mental grave e capacidade de discernimento diminuída, o não ingresso em instituição de saúde mental possa significar desassistência e deterioração do seu estado de saúde (princípios 3 e 16)¹⁰⁰.

Após anos de aposta em medidas repressivas, o incremento do uso e do comércio das drogas ilícitas torna-se indício de sua ineficiência, iniciando-se um período de reivindicações por mudanças. Com o objetivo de rediscutir o problema e avaliar a política até então adotada, foi realizada em junho de 1998 uma Sessão Especial da Assembleia Geral da ONU (UNGASS¹⁰¹). Durante os debates, três posicionamentos se destacaram: (a) a defesa dos tratados existentes, devendo a ONU reforçar o sistema mundial de controle repressivo; (b) a proposta por um modelo de “responsabilidade compartilhada”, advinda de um grupo de países da América Latina que considerava a atual configuração injusta com os países produtores; (c) e, por fim, o questionamento da validade das políticas aplicadas, defendendo-se uma abordagem mais pragmática, na linha da redução de danos¹⁰².

A terceira proposta sofreu sérias restrições, embora a redução de danos seja um modelo recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Agência especializada da ONU para a prevenção da SIDA (UNAIDS¹⁰³). Ainda hoje há

⁹⁹ CORREIA JUNIOR, Rubens. VENTURA, Carla Aparecida Arena. As internações involuntárias de drogodependentes frente à legislação brasileira – uma análise em relação ao contexto histórico do tratamento de dependentes e as políticas higienistas e de profilaxia social. *Revista de Direitos Fundamentais e Democracia*, Curitiba, v. 13, n. 13, p. 250-280, jan.-jun. 2013. Disponível em: <<http://revistaeletronicardfd.unibrasil.com.br/index.php/rdfd/article/view/352/320>>. Acesso em: 08 jul. 2013. p. 269-271.

¹⁰⁰ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Assembleia Geral das Nações Unidas. *Resolução nº. 46, de 17 de dezembro de 1991*. Princípios para a Proteção das Pessoas com Doença Mental e para o Melhoramento dos Cuidados de Saúde Mental. Disponível em: <http://direitoshumanos.gddc.pt/3_7/IIIPAG3_7_6.htm>. Acesso em: 27 ago. 2014.

¹⁰¹ Esta sigla refere-se ao termo em inglês: *United Nations General Assembly Special Session*.

¹⁰² BOITEUX, Luciana. et al. *Tráfico de drogas e constituição*. Rio de Janeiro/Brasília, DF: UFRJ/PNUD/SAL-MJ, 2009. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/main.asp?View={329D6EB2-8AB0-4606-B054-4CAD3C53EE73}>>. Acesso em: 28 jul. 2014. p. 1-125. v. 1: Série Pensando o Direito. p. 21-22.

¹⁰³ Esta sigla refere-se ao termo em inglês: *Joint United Nations Program on HIV/AIDS*.

resistências à implantação dessas medidas, sobretudo na Comissão de Drogas Narcóticas da ONU (CND). Na Declaração oriunda da UNGASS¹⁰⁴, foi mantida a mesma linha repressiva: reafirmou-se a vigência do sistema das três Convenções e foi proposta, como meta, alcançar uma sociedade “livre de drogas” em dez anos, tendo os países se comprometido a eliminar ou reduzir a produção, venda e tráfico de drogas ilícitas, especialmente a coca, papoula e *cannabis*. Mesmo após o não cumprimento dos prazos fixados na Convenção de 1961, foram fixados novos marcos para o cumprimento deste intento. Em 2008, portanto, dever-se-ia ter alcançado um “mundo livre de drogas”, tendo sido prevista uma nova UNGASS para revisão do plano de ação da ONU para o mesmo ano. Esta meta, claramente, não foi atingida¹⁰⁵.

2.1.1.2.1 A conformação entre proibicionismo e atenção ao usuário de drogas

Em 1998, a Medida Provisória nº. 1.669 extinguiu o Confen e a Secretaria Nacional de Entorpecentes, tendo sido mantido o apoio aos centros de referência, programas de redução de danos e comunidades terapêuticas pelas instituições que substituíram aqueles. Por meio do Decreto nº. 2.362 do mesmo ano, posteriormente substituído pelo Decreto nº. 3.696/2000, foi instituído o Sistema Nacional Antidrogas (Sisnad), composto pela Secretaria Nacional Antidrogas (Senad) e pelo Conselho Nacional Antidrogas (Conad). Os dois órgãos foram vinculados não ao Ministério da Justiça (MJ), mas sim ao atualmente denominado Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República. Embora o MS integrasse a Senad, o MJ exercia uma função central¹⁰⁶.

Esse novo arranjo institucional perpetuou a duplicidade na atribuição de responsabilidades, na medida em que havia a Senad como órgão executivo das ações sanitárias destinadas aos dependentes de substâncias psicoativas no Sisnad, e um outro sistema, o Sistema Único de Saúde (SUS), responsável pela prestação de assistência integral à saúde a toda a população brasileira. Embora a competência

¹⁰⁴ Cf. UNITED NATIONS. General Assembly. *A/RES/S-20/2 – Political Declaration*. Adopts the Political Declaration annexed to the present resolution. New York, 1998. Disponível em: <<http://www.un.org/documents/ga/res/20sp/a20spr02.htm>>. Acesso em: 01 ago. 2014.

¹⁰⁵ BOITEUX, Luciana. et al. *Tráfico de drogas e constituição*. Rio de Janeiro/Brasília, DF: UFRJ/PNUD/SAL-MJ, 2009. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/main.asp?View={329D6EB2-8AB0-4606-B054-4CAD3C53EE73}>>. Acesso em: 28 jul. 2014. p. 1-125. v. 1: Série Pensando o Direito. p. 22-23.

¹⁰⁶ MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, jul.-set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v14n3/06.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2014. p. 812.

de ambos tenha pontos em comum, suas atividades permaneceram desarticuladas até 2003, quando se iniciaram esforços para a integração das diversas áreas ligadas ao tema¹⁰⁷. Para Leite, apesar dos esforços empreendidos, há um grave problema de comunicação entre as políticas e ministérios. Um grande exemplo é justamente a questão da internação compulsória: enquanto o MS se manifesta contra o MJ financia a abertura de novos leitos (informação verbal)¹⁰⁸. Este conflito será retomado em momento posterior.

A Senad, em 1998, formulou a Política Nacional Antidrogas, em cumprimento ao compromisso assumido na 20ª Assembleia Geral da ONU, a qual ocorreu em junho do mesmo ano. Para tanto, foi realizado o 1º Fórum Nacional Antidrogas, que reuniu mais de 2.000 pessoas dos mais diversos setores relacionados a este campo, desde a polícia até os profissionais de saúde. No documento não ficou clara a articulação entre a área dedicada às drogas e a saúde pública, nem a política de redução de danos – não foi inserido posicionamento acerca do programa de troca de seringas, por exemplo. No episódio, ficou evidente a dificuldade de articulação entre a política nacional e a rede pública de saúde, o que se repetiu no 2º Fórum Nacional Antidrogas, realizado em 2001, em paralelo com a Conferência de Saúde Mental. O Fórum era tido como um espaço separado das discussões da saúde mental¹⁰⁹.

Alves aponta que as mudanças no conteúdo da legislação brasileira sobre drogas foram mais significativas a partir do ano de 2000. Embora ela permaneça alinhada ao discurso proibicionista, passa a ser conferida maior relevância às atividades de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social das pessoas que usam substâncias psicoativas¹¹⁰. Em 2001, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a campanha “Saúde Mental: Cuidar Sim, Excluir Não”, cujo objetivo era denunciar o forte estigma e discriminação ainda associados à enfermidade mental. Campanhas como essa e apelos de organismos internacionais inseriram o assunto na agenda nacional. O MS realizou, em dezembro do mesmo ano, a III

¹⁰⁷ MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, jul.-set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v14n3/06.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2014. p. 813.

¹⁰⁸ Informação coletada durante debate no Programa EspaSUS, durante fala de Aduino Leite, Coordenador do Programa Bahia Acolhe, exibido no dia 21 de agosto de 2014 pela TVT. SAÚDE E POPULAÇÃO VULNERÁVEL. *EspaSUS*. São Bernardo do Campo: TVT, 21 ago. 2014. Programa de TV. 48 min. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=OCV6Rfo19os>>. Acesso em: 21 ago. 2014.

¹⁰⁹ MACHADO; MIRANDA, op. cit., p. 813-814.

¹¹⁰ ALVES, Vânia Sampaio. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, nov. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n11/02.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2013. p. 2315.

Conferência Nacional de Saúde Mental. Tal culminou com a aprovação da Lei nº. 10.216/2001, após doze anos de debates no Congresso Nacional, que ficou conhecida como Lei Federal de Psiquiatria ou Lei da Reforma Psiquiátrica¹¹¹, também a ser estudada mais adiante.

A Lei nº 10.409/2002 foi a primeira a tratar sobre política de drogas após a redemocratização. Além de dar continuidade à repressão ao tráfico, dispunha que o tratamento a ser conferido aos usuários deveria ser multiprofissional, sempre que possível com a assistência da família, cabendo ao MS regulamentar as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde (art. 12, §§ 1º e 2º). Ainda de acordo com ela, tem-se que a internação era tida expressamente como forma de tratamento possível, embora não houvesse maiores diretrizes a respeito. Apenas era dito que, em caso de internação ou tratamento ambulatorial por ordem judicial, deveria ser feita a comunicação mensal do estado de saúde do paciente ao juízo competente, se assim fosse determinado por este (art. 12, § 5º)¹¹². Nesta época, a internação psiquiátrica era disciplinada pela Resolução nº. 1.598/2000 do Conselho Federal de Medicina (CFM), havendo quatro espécies: voluntária, involuntária, compulsória por motivo clínico e compulsória por ordem judicial (art. 15, parágrafos 3º a 4º)¹¹³.

A internação voluntária é aquela realizada conforme vontade expressa do paciente, firmado termo de consentimento livre e esclarecido. A involuntária se dá à margem da vontade do paciente, o qual não tem condições de consentir, mas não se opõe ao procedimento. A internação compulsória por motivo clínico, por sua vez, seria efetuada contrariando a vontade expressa do paciente. Esta modalidade foi revogada pela Resolução nº. 1.925/2010. Por fim, a internação compulsória por decisão judicial é aquela resultante de decisão de um magistrado. A atual Lei Federal de Psiquiatria segue essa classificação, como se verá. Em relação à internação involuntária, a Resolução nº. 1.598/2000 aponta que o médico deverá

¹¹¹ DIAS, Míriam Thais Guterres. Os direitos dos portadores de sofrimento psíquico no contexto do neoliberalismo. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 1-19, 2004. Disponível em: <<http://revistas.eletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/view/985/765>>. Acesso em: 21 jul. 2014. p. 14.

¹¹² BRASIL. *Lei nº. 10.409, de 11 de janeiro de 2002*. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/10409.htm>. Acesso em: 27 ago. 2014.

¹¹³ BRASIL. Conselho Federal de Medicina. *Resolução nº. 1.598, de 18 de agosto de 2000*. Normatiza o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2000/1598_2000.htm>. Acesso em: 27 ago. 2014.

inserir no prontuário as razões da internação e os motivos da ausência de consentimento, devendo este ser prestado pelo responsável legal (art. 16)¹¹⁴.

Todo o Capítulo III – Dos crimes e das penas (arts. 14 à 26) da Lei nº 10.409/2002 foi vetado. Em seu projeto, havia sido despenalizado o crime de porte de drogas para consumo pessoal, o que só veio a ocorrer efetivamente com a lei de 2006. A conduta de adquirir ou ter consigo uma pequena quantidade de substância ou droga ilícita que cause dependência estaria sujeita às penas arroladas no artigo 21, quais sejam: a) prestação de serviços à comunidade; b) internação e tratamento para usuários e dependentes de produtos, substâncias ou drogas ilícitas, em regime ambulatorial ou em estabelecimento hospitalar ou psiquiátrico; c) comparecimento a programa de reeducação, curso ou atendimento psicológico; d) suspensão temporária da habilitação para conduzir qualquer espécie de veículo; e) cassação de licença para dirigir veículo ou para porte de arma; f) multa; g) interdição judicial; h) suspensão da licença para exercer função ou profissão¹¹⁵.

O agente estaria isento de pena caso identificada a sua total incapacidade de compreender a ilicitude da conduta, por conta de dependência grave, devendo o magistrado encaminhá-lo para o tratamento devido. Nas razões do veto foi apontado vício de inconstitucionalidade pela ausência de limites e condições precisas à aplicação das penas elencadas, diferentemente do que ocorre na conversão de pena restritiva de liberdade em pena restritiva de direito, o que violaria os princípios da legalidade e individualização da pena (art. 5º, XXXIX e LLVI da CRFB/1988). Com o veto, aplicavam-se as suas disposições processuais, mas com os crimes e penas da Lei nº. 6.368/1976¹¹⁶.

Por meio do Decreto nº. 4.345/2002 foi instituída a nova Política Nacional Antidrogas. Foi colocada como meta: “2.1 Buscar, incessantemente, atingir o ideal de construção de uma sociedade livre do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas”. Mais uma vez é reproduzida a falácia do mundo livre de drogas,

¹¹⁴ BRASIL. Conselho Federal de Medicina. *Resolução nº. 1.598, de 18 de agosto de 2000*. Normatiza o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2000/1598_2000.htm>. Acesso em: 27 ago. 2014.

¹¹⁵ BRASIL. *Mensagem nº. 25, de 11 de janeiro de 2002*. Senhor Presidente do Senado Federal, Comunico a Vossa Excelência que, nos termos do § 1º do art. 66 da Constituição Federal, decidi vetar parcialmente, por inconstitucionalidade e por contrariar o interesse público, o Projeto de Lei no 1.873, de 1991 (no 105/96 no Senado Federal), que "Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências". Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/Mensagem_Veto/2002/Mv025-02.htm>. Acesso em: 28 jul. 2014.

¹¹⁶ Ibid.

assim como o reforço à repressão ao tráfico. Por outro lado, foi conferida atenção à perspectiva do tratamento, com destaque à proposta de experimentação de novos meios de redução de danos sem preconceitos, desde que sua eficácia fosse cientificamente comprovada (itens 2.13 e 2.16). No item 5.1.5, reconheceu-se a importância da Justiça Terapêutica como “canal de retorno do dependente químico para o campo da redução da demanda”. Destaque-se, ainda, que foi prevista a implantação do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID), responsável por estudar e reunir informações sobre o consumo de drogas lícitas e ilícitas no país (item 8.2.4)¹¹⁷.

Observe-se que a Política Nacional Antidrogas aproximava discursos antagônicos em suas diretrizes. Ao lado do discurso proibicionista, amparado em convenções internacionais e voltado à repressão e criminalização da produção, tráfico e porte de drogas ilícitas, criou-se uma maior abertura à abordagem de redução de danos¹¹⁸. Com “A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas”¹¹⁹ de 2003, reeditada em 2004, as propostas dirigidas à prevenção, tratamento e reabilitação dos usuários de drogas se tornaram mais sólidas, na linha da fundamentação teórica da Reforma Psiquiátrica. A Portaria nº. 1.028/2005 regulamenta a política de redução de danos¹²⁰. Essas e outras diretrizes do MS serão analisadas em item próprio, na segunda parte do trabalho. Passa-se ao estudo da atual Lei de Drogas.

2.1.1.2.2 A atual Lei de Drogas e as perspectivas para o futuro nos planos nacional e internacional

A Lei nº. 11.343/2006 (Lei de Drogas) parece ter seguido essa nova tendência, na linha do MS. Para Lins, a lei é condizente com a política de prevenção,

¹¹⁷ BRASIL. *Decreto nº. 4.345, de 26 de agosto de 2002*. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4345.htm>. Acesso em: 27 ago. 2014.

¹¹⁸ ALVES, Vânia Sampaio. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, nov. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n11/02.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2013. p. 2315-2316.

¹¹⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. 2. ed. rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/publicacoes/artigos/politica-do-ministerio-da-saude-para-a-atencao-integral-a-usuarios-de-alcool-e-outras-drogas/view>>. Acesso em: 25 ago. 2013.

¹²⁰ CORREIA JUNIOR, Rubens. VENTURA, Carla Aparecida Arena. As internações involuntárias de drogodependentes frente à legislação brasileira – uma análise em relação ao contexto histórico do tratamento de dependentes e as políticas higienistas e de profilaxia social. *Revista de Direitos Fundamentais e Democracia*, Curitiba, v. 13, n. 13, p. 250-280, jan.-jun. 2013. Disponível em: <<http://revistaeletronicardfd.unibrasil.com.br/index.php/rdfd/article/view/352/320>>. Acesso em: 08 jul. 2013. passim.

de redução de danos, assistência e reinserção social¹²¹. Ela instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), composto pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad), pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad) e demais órgãos e entidades públicas afins. Alves identifica que os objetivos da estrutura e o papel dos seus órgãos constituintes permaneceram os mesmos, contudo, a retirada do termo “antidrogas” torna perceptível uma mudança na forma de compreensão da questão e das respostas do Estado neste campo¹²². Entre os princípios do Sisnad está “o respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana, especialmente quanto à sua autonomia e liberdade” (art. 4º, I). Mais adiante, reitera-se o “fortalecimento da autonomia e da responsabilidade individual em relação ao uso indevido de drogas” (art. 19, III) como diretriz para a prevenção do uso de drogas.

De acordo com o artigo 28, § 7º da Lei de Drogas, será facultado ao usuário, preferencialmente, tratamento ambulatorial especializado. Em relação ao agente que houver cometido crime sob o efeito de substâncias psicoativas ou for dependente químico, há duas circunstâncias previstas: (a) o juiz poderá determinar o encaminhamento para tratamento médico em sentença absolutória imprópria, quando constatado que o agente, ao tempo do crime, o cometeu sob o efeito de drogas ou é dependente químico, o que lhe retirou inteiramente a capacidade de entender o caráter ilícito da conduta ou determinar-se de acordo com esse entendimento (art. 45, parágrafo único); (b) na sentença condenatória, por sua vez, o juiz determinará o encaminhamento para tratamento quando constatada a necessidade deste, a partir de laudo médico pericial (art. 47)¹²³.

Note-se que o parágrafo único do artigo 45 da Lei de Drogas não prevê a aplicação de internação compulsória em estabelecimento de custódia e tratamento psiquiátrico, como ocorre em relação aos imputáveis assim reconhecidos nos

¹²¹ LINS, Emmanuela Vilar. A nova Lei de Drogas e o usuário: a emergência de uma política pautada na prevenção, na redução de danos, na assistência e na reinserção social. In: NERY FILHO, Antônio et al. *Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas*. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2009. p. 243-267. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/qk/pdf/nery-9788523208820.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2013. passim.

¹²² ALVES, Vânia Sampaio. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, nov. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n11/02.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2013. p. 2317.

¹²³ BRASIL. *Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006* [Lei de Drogas]. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm>. Acesso em: 24 ago. 2013.

moldes dos artigos 26 e 28, § 2º do CP, sujeitos à medida de segurança (arts. 96 à 99 do CP). Nem no artigo 45 referido e nem no artigo 47 o texto legal indica a espécie, forma ou natureza do tratamento a ser aplicado ao inimputável. Também não há qualquer prescrição legal a respeito do tempo mínimo ou máximo de internação, caso seja este o tratamento indicado. Para Leal e Leal, ainda, caso o agente não seja dependente químico, mas apenas usuário que agiu sob os efeitos da substância psicoativa, não seria necessário e nem admissível aplicar a ele qualquer forma de tratamento¹²⁴.

Outra mudança introduzida pela Lei de Drogas diz respeito à penalidade cominada ao porte de drogas para consumo pessoal. A conduta deixa de ser apenada com pena restritiva de liberdade e passa a sê-lo por penas alternativas que assumem caráter autônomo, quando tradicionalmente elas têm o papel de pena substitutiva à prisão. São elas: a) advertência sobre os efeitos das drogas; b) prestação de serviços à comunidade; c) medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo (art. 28, I à III). O plantio para consumo pessoal (*growers*) foi equiparado ao porte com essa finalidade (art. 28, § 1º). De acordo com o Supremo Tribunal Federal (STF), em julgamento de questão de ordem no RE 430.105-9/RJ, ainda assim a conduta constitui crime, tendo ocorrido *in casu* a sua despenalização¹²⁵. Observe-se que a internação ou tratamento ambulatorial compulsório não foi inserido como pena, como chegou a ser proposto no projeto da lei anterior.

A criminalização do porte de drogas para consumo pessoal é alvo de diversas críticas. Doutrinadores, como Lins¹²⁶, não vislumbram qualquer violação à saúde pública, pois o uso de drogas configura uma autolesão, matéria afeita à liberdade de escolha que não justifica a tutela penal¹²⁷. Também é fortemente

¹²⁴ LEAL, João José; LEAL, Rodrigo José. Controle penal das drogas: estudos dos crimes descritos na Lei 11.343/06. Curitiba: Juruá, 2010. p. 355-358.

¹²⁵ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. *Questão de Ordem em Recurso Extraordinário nº. 430.105-9/RJ*. Recorrente: Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. Recorridos: Juízo de Direito do X Juizado Especial Criminal da Comarca do Rio de Janeiro; Juízo de Direito da 29ª Vara Criminal do Rio de Janeiro. Relator: Ministro Sepúlveda Pertence. Brasília, DF, 13 de fevereiro de 2007. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=443566>>. Acesso em: 28 ago. 2014.

¹²⁶ LINS, Emmanuela Vilar. A nova Lei de Drogas e o usuário: a emergência de uma política pautada na prevenção, na redução de danos, na assistência e na reinserção social. In: NERY FILHO, Antônio et al. *Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas*. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2009. p. 243-267. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/qk/pdf/neri-9788523208820.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2014. p. 266-265.

¹²⁷ Não será feita análise aprofundada sobre a política de drogas no que se refere à possibilidade de descriminalização ou legalização da produção, comercialização e/ou porte para uso pessoal, por se tratar de ponto que está além do corte proposto para este trabalho, como já salientado na introdução.

criticada a ausência de um critério objetivo para a diferenciação entre o consumo pessoal e o tráfico de pequenas quantidades. De acordo com o artigo 28, § 8º da lei em comento, para aferir se a droga apreendida se destinava ao consumo pessoal, o juiz deve levar em conta a natureza e quantidade da substância, o local e as condições em que se desenvolveu a ação, bem como as circunstâncias pessoais, sociais, conduta e antecedentes do agente. Para o Senador Antonio Carlos Valadares (PSB-SE), relator do PLC 37/2013 que propõe mudanças à Lei de Drogas, a expressão “circunstâncias sociais e pessoais” é extremamente discriminatória e preconceituosa¹²⁸.

Maronna identifica um caráter dúplice na Lei de Drogas: ela abrandou o tratamento conferido ao porte de drogas ilícitas para consumo pessoal, crime não mais sujeito a pena restritiva de liberdade, mas agravou a punição ao tráfico. Tal denotaria uma clara opção pelo proibicionismo, ainda que velada. A adoção dessa postura gera reflexos diretos no tratamento dos dependentes químicos, conforme salienta o próprio MS¹²⁹. De acordo com a “Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas”, o rigor da lei penal se revela uma condição desfavorável ao acesso à saúde, à participação e organização dos usuários de drogas. Determinar que uma conduta é proibida, além de estigmatizar aquele que nela incorre, estimula a ocultação desses sujeitos e ações. Além disso, classificar as substâncias psicoativas em lícitas e ilícitas gera a falsa impressão de que aquelas qualificadas como lícitas são menos perigosas à saúde¹³⁰.

Dentre os princípios assinalados pela Comissão Global de Políticas de Drogas, em relatório publicado em 2011, está a necessidade de se pôr fim à estigmatização e marginalização das pessoas que usam drogas, tratando-as como pacientes e não como criminosos. Muitas medidas de saúde pública, que são

¹²⁸ No PLC, o dispositivo referido é substituído pela presunção da destinação da droga para consumo pessoal, desde que a quantidade apreendida seja suficiente para o consumo médio individual por cinco dias, de acordo com limites a serem estabelecidos pelo Poder Executivo. APOIO à descriminalização do porte de droga para consumo pessoal prevalece em debate. *Portal Agência Senado*, Brasília, 20 maio 2014. Disponível em: <http://www12.senado.gov.br/noticias/materias/2014/05/20/apoio-a-descriminalizacao-do-porte-de-droga-para-consumo-pessoal-prevalece-em-debate?utm_source=midias-sociais&utm_medium=midias-sociais&utm_campaign=midias-sociais>. Acesso em: 22 maio 2014. Texto postado no link Portal de Notícias, Matérias, Comissões.

¹²⁹ MARONNA, Cristiano Ávila. *Nova lei de drogas: retrocesso travestido de avanço*. *Boletim* – Publicação Oficial do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM), São Paulo, v.14, n°. 167, p. 4, out. 2006. Disponível em: <http://www.neip.info/downloads/cristiano/cris_novalei.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2014.

¹³⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. 2. ed. rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/publicacoes/artigos/politica-do-ministerio-da-saude-para-a-atencao-integral-a-usuarios-de-alcool-e-outras-drogas/view>>. Acesso em: 25 ago. 2013. p. 23.

reconhecidamente eficazes na redução dos riscos associados ao uso de substâncias psicoativas, como as políticas de redução de danos, não são adotadas por governos porque acreditam que parecerão coniventes com o uso de drogas. O proibicionismo termina por demandar dos governantes uma postura rígida e opressiva ao lidar com o tema das drogas, em sacrifício do cuidado e proteção da vida de todos aqueles afetados pelo fenômeno. A imposição de penas severas é insuficiente se comparado com um maior acesso a serviços de tratamento, este sim um fator responsável pela redução dos crimes, melhorias de saúde e superação da dependência¹³¹.

Atente-se, ainda, para os malefícios de uma abordagem indiscriminada do tráfico de drogas. Muitos que fazem parte das engrenagens do tráfico estão ali por razões de violência, intimidação ou por entenderem ser a única forma de alimentar o vício. Citem-se as “mulas” como exemplo: são pessoas que exercem as atividades mais perigosas e que comumente só o fazem para garantir o acesso à substância enquanto usuárias, dependentes químicas. Portanto, no mesmo relatório referido é destacado não ser razoável tratar os presos por tráfico como igualmente culpados, pois muitos foram coagidos ou levados a medidas desesperadas por conta da dependência ou situação econômica. Não seria apropriado penalizá-los da mesma forma que aos integrantes de organizações criminosas que controlam o mercado. Vê-se, portanto, que além de afastar os usuários das formas de tratamento, os obstáculos se tornam quase que intransponíveis nos casos do dependente traficante¹³².

Em 2008, como já indicado, a meta internacional de um mundo “livre de drogas” não foi alcançada. Desde a primeira UNGASS sobre política de drogas e até então, observa-se que sobretudo os países europeus deram novos rumos às suas práticas internas, dado o excesso do modelo vigente. Buscou-se um maior equilíbrio entre as ações de prevenção e repressão, com destaque à implantação de políticas de redução de danos e de alternativas ao encarceramento do usuário. Por outro lado, os EUA, a China, países asiáticos e alguns países da América Latina continuaram a adotar fielmente o modelo internacional, com todas as suas consequências adversas. Em relatório mundial sobre drogas publicado neste mesmo

¹³¹ COMISSÃO GLOBAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. *Guerra às Drogas*. Relatório da Comissão Global de Políticas sobre Drogas. [S.l.]: Comissão Global de Política sobre Drogas, 2011. Disponível em: <http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_Portuguese.pdf>. Acesso em: 01 set. 2014. p. 5.

¹³² *Ibid.*, p. 6.

ano e produzido pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC¹³³), afirmou-se que, embora os problemas com o abuso de drogas não tenham sido resolvidos, pelo menos haviam sido contidos, o que é questionado por especialistas¹³⁴.

Mesmo diante da insistência de alguns países em reproduzir o proibicionismo, já há elementos suficientes que permite dizer que a “guerra às drogas” fracassou por completo. Além de não ter conseguido proteger a saúde pública da expansão do uso de drogas, essa lógica contribuiu com o agravamento da pandemia de SIDA e outras doenças, tendo acentuado também as desigualdades e a exclusão social, sobretudo nos países ditos em desenvolvimento. Na Reunião anual da CND de 2009, cujo objetivo era rever os resultados da UNGASS de 1998 e redigir uma nova declaração sobre a política oficial da ONU sobre drogas para os próximos 10 anos (Plano de Ação para 2019), as falhas atribuídas ao modelo vigente foram atribuídas à falta de vontade política dos Estados na implantação das Convenções anteriores¹³⁵.

Esta reunião foi precedida por uma reunião pública na qual os representantes dos Estados expuseram sobre as suas políticas nacionais de drogas. O representante do Brasil, General Jorge Armando Felix, então no cargo de Ministro-Chefe do Gabinete de Segurança Institucional, chamou a atenção por conta das suas colocações, que bem retratam pontos fulcrais sobre os efeitos deletérios da “guerra às drogas” no país. De forma assertiva, afirmou que a meta de um mundo “livre de drogas” é inalcançável e o quão alarmantes são as consequências sociais dessa ideologia: aumento da violência, da população carcerária, da mortalidade dos jovens e da exclusão social. Atestou a necessidade de revisão da política de drogas, sobretudo quanto às práticas de redução de danos, de modo a se garantir os direitos humanos dos usuários e se chegar a um investimento equilibrado tanto na redução da demanda e da oferta, quanto nas ações de prevenção e acesso a tratamento, sobretudo para as populações mais vulneráveis¹³⁶.

Contudo, o Plano de Ação para 2019 não refletiu as experiências compartilhadas nesta reunião, apenas ratificou a posição conservadora das

¹³³ Esta sigla refere-se ao termo em inglês: *United Nations Office on Drugs and Crime*.

¹³⁴ BOITEUX, Luciana. et al. *Tráfico de drogas e constituição*. Rio de Janeiro/Brasília, DF: UFRJ/PNUD/SAL-MJ, 2009. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/main.asp?View={329D6EB2-8AB0-4606-B054-4CAD3C53EE73}>>. Acesso em: 28 jul. 2014. p. 1-125. v. 1: Série Pensando o Direito. p. 24.

¹³⁵ *Ibid.*, p. 25.

¹³⁶ *Ibid.*, p. 26-27.

potências hegemônicas – sobretudo os EUA, a Rússia e a China. Dentre os pontos mais debatidos estava a inclusão do termo “redução de danos” em nota de rodapé à expressão “outros serviços relacionados” (*other related services*), dizendo-se que em alguns países se entende a redução de danos como outras formas de serviço possíveis. Houve uma apertada votação¹³⁷ e, por fim, o termo foi retirado do documento. Em episódio marcante ocorrido já no encerramento da reunião e quando já anunciada a aprovação do Plano de Ação e Declaração Política, a representante do Governo da Alemanha pediu a palavra e leu uma “declaração interpretativa”, assinada por 25 países, na qual consta que o trecho referido seria interpretado como “redução de danos” pelos países signatários. Exposto de forma escancarada, pela primeira vez, o dissenso entre as nações sobre a política de drogas¹³⁸.

A próxima UNGASS seria realizada em 2019, quando chegado o termo do último Plano de Ação pactuado no âmbito das Nações Unidas. Contudo, a partir de requerimentos dos presidentes da Colômbia, Guatemala, México e Costa Rica, a sessão foi antecipada para o ano de 2016. Estes países latino-americanos se engajaram para retomar as discussões sobre a atual política internacional de drogas, com vistas ao desenvolvimento de respostas mais efetivas baseadas na saúde pública, direitos humanos e redução de danos¹³⁹. Do ponto de vista da geopolítica mundial, uma mudança oficial a respeito da política de drogas parece pouco provável, haja vista que as organizações internacionais tendem a legitimar os posicionamentos das potências hegemônicas. Por outro lado, observa-se que as convenções têm se tornado obsoletas, pois muitos países vêm adotando medidas que não se compatibilizam com as suas disposições¹⁴⁰.

A Organização dos Estados Americanos (OEA), por meio da Declaração de Antigua aprovada em 2013, ratifica a importância da implantação plena das três convenções internacionais das Nações Unidas que constituem a base do sistema internacional de fiscalização de drogas, diferentemente da tendência verificada na

¹³⁷ Votaram a favor os Países Baixos, Alemanha, Reino Unido, Suíça, Portugal, Espanha, Noruega, Eslovênia, Polônia, Canadá, Argentina e Equador (12 países). Foram contrários ao texto os Estados Unidos, Rússia, Paquistão, Irã, Malásia, Índia, Sudão, Nigéria, Filipinas, Japão, Indonésia, Colômbia e Itália (13 países). Os demais Estados não se manifestaram. BOITEUX, Luciana. et al. *Tráfico de drogas e constituição*. Rio de Janeiro/Brasília, DF: UFRJ/PNUD/SAL-MJ, 2009. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/main.asp?View={329D6EB2-8AB0-4606-B054-4CAD3C53EE73}>>. Acesso em: 28 jul. 2014. p. 1-125. v. 1: Série Pensando o Direito. p. 27.

¹³⁸ *Ibid.*, p. 28-29.

¹³⁹ INTERNATIONAL DRUG POLICY CONSORTIUM. *The UN General Assembly Special Session on Drugs (UNGASS) 2016*. Disponível em: <<http://idpc.net/policy-advocacy/the-un-general-assembly-special-session-on-drugs-ungass-2016>>. Acesso em: 01 ago. 2014.

¹⁴⁰ BOITEUX, op. cit., p. 29.

Europa (item 9). Por outro lado, é colocada a necessidade de incorporação da saúde pública, educação e inclusão social às medidas preventivas para enfrentamento da criminalidade e fortalecimento das instituições democráticas (item 1). Pode-se dizer, ainda, que foi aberto um espaço para novos enfoques na abordagem do problema das drogas, com base em conhecimento e evidência científicos (item 2)¹⁴¹. Vê-se, mais uma vez, a confirmação da aposta no proibicionismo e repressão no continente americano, ainda que haja indícios de que esse discurso passa a conviver com outras formas de abordagem, sobretudo em relação ao usuário de drogas, que privilegiam a saúde e bem-estar.

Do exposto até aqui, pode-se dizer que, no Brasil, apesar da despenalização do crime de porte de drogas para consumo pessoal, a perspectiva predominante é a da repressão, do combate, da “guerra às drogas”. Essa mesma lógica termina por se reproduzir nas ações dos gestores públicos no tocante ao tratamento oferecido aos usuários de drogas. A linha de raciocínio de alguns gestores poderia ser descrita da seguinte forma: se a produção e comércio de drogas ilícitas é crime e o usuário, ao consumir, “financia” esse mercado e prejudica a própria saúde, então seriam adequadas políticas que apostam na internação psiquiátrica como caminho à abstinência, ainda que haja outras formas de abordagem, como a redução de danos, e que a própria Lei Federal de Psiquiatria e o MS tratem a internação como medida excepcional. Essa questão é complexa e envolve diversos fatores. Por ora, tentou-se evidenciar a relação entre proibicionismo e internação psiquiátrica. É esta a mensagem passada por algumas iniciativas adotadas no país, a serem exploradas em seguida juntamente com o detalhamento da disciplina legal da internação psiquiátrica.

2.1.2 O CENÁRIO BRASILEIRO ATUAL: AVANÇOS E RETROCESSOS

O modelo atualmente adotado no Brasil se aproxima daquele hoje predominante na Europa continental, sobretudo por conta da despenalização do porte para consumo pessoal e do reconhecimento oficial da política de redução de danos, embora ela ainda não tenha sido implantada na escala desejada. Pode-se dizer que, no Brasil, há dois sistemas simultâneos: (a) o proibicionismo clássico no

¹⁴¹ ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. Assembleia Geral. Declaração de Antígua, de 06 de junho de 2013. Por uma política integral frente ao problema mundial das drogas nas Américas. Disponível em: <https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/Declaracao_antigua_guatemala_PT.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2014.

que se refere ao tráfico; (b) um proibicionismo moderado em relação ao usuário de drogas. Apesar de ser signatário de todas as Convenções sobre o controle de drogas, Boiteux sugere que o Brasil repense a sua própria política mesmo fora dos limites destes tratados, por meio de uma interpretação compatível com os direitos humanos. Do ponto de vista constitucional, é inaceitável que medidas penais previstas em normas internacionais possam se sobrepor aos direitos e garantias individuais, devendo prevalecer o respeito à Constituição dos Estados-parte¹⁴².

Em relatório publicado em 2011, a Comissão Global de Política sobre Drogas (*Global Commission on Drug Policy*) concluiu que a guerra contra as drogas fracassou, fazendo-se urgente uma revisão completa das leis e políticas de controle de drogas nos planos nacional e mundial. Durante décadas, muitos recursos foram empregados na erradicação da produção, repressão ao tráfico e criminalização dos usuários, estratégias que não foram eficazes na redução da oferta e consumo de drogas. Em relação aos usuários, a criminalização do uso ou porte de drogas se tornou obstáculo importante ao acesso a serviços de saúde¹⁴³. Em novo relatório lançado em 2014, a comissão sinaliza o surgimento de debates mais qualificados sobre novas formas de abordagem no campo da política de drogas¹⁴⁴.

A comissão defende uma política que priorize a saúde pública, a segurança da comunidade, os direitos humanos e o desenvolvimento. Sinaliza, ainda, que a UNGASS 2016 é uma oportunidade histórica para que sejam discutidas as deficiências do atual regime de controle de drogas e sejam identificadas alternativas possíveis, que se coadunem com os direitos humanos e com as discussões sobre a agenda de desenvolvimento pós-2015. As políticas repressivas devem ser substituídas por políticas mais humanas e eficazes, baseadas em evidências científicas e nos princípios de saúde pública¹⁴⁵. Alves já observa mudanças nos debates sobre drogas. Estas deixam de ser referidas exclusivamente como ameaças

¹⁴² BOITEUX, Luciana et al. *Tráfico de drogas e constituição*. Rio de Janeiro/Brasília, DF: UFRJ/PNUD/SAL-MJ, 2009. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/main.asp?View={329D6EB2-8AB0-4606-B054-4CAD3C53EE73}>>. Acesso em: 28 jul. 2014. p. 1-125. v. 1: Série Pensando o Direito. p. 106-107.

¹⁴³ COMISSÃO GLOBAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. *Guerra às Drogas*. Relatório da Comissão Global de Políticas sobre Drogas. [S.l.]: Comissão Global de Políticas sobre Drogas, 2011. Disponível em: <http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_Portuguese.pdf>. Acesso em: 01 set. 2014.

¹⁴⁴ Id. *Sob controle: caminhos para políticas de drogas que funcionam*. [S.l.]: Comissão Global de Política sobre Drogas, 2014. Disponível em: <http://static.squarespace.com/static/53ecb452e4b02047c0779e59/t/540da750e4b042802a384995/1410180944062/global_commission_PT.pdf>. Acesso em: 19 set. 2014. p. 3-4.

¹⁴⁵ COMISSÃO GLOBAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. *Sob controle: caminhos para políticas de drogas que funcionam*. [S.l.]: Comissão Global de Política sobre Drogas, 2014. Disponível em: <http://static.squarespace.com/static/53ecb452e4b02047c0779e59/t/540da750e4b042802a384995/1410180944062/global_commission_PT.pdf>. Acesso em: 19 set. 2014. p. 4-5.

e passam a ser reconhecidas como um problema social complexo, que demanda políticas intersetoriais e cooperação internacional capazes de reprimir a produção/tráfico e oferecer assistência à saúde aos dependentes químicos¹⁴⁶.

No Brasil, caminha-se paulatinamente para a criação de uma rede de cuidados em saúde mental voltada às pessoas dependentes de drogas. Porém, sobretudo a partir da disseminação da existência de uma epidemia, governantes passaram a apostar em ações violentas, a exemplo de operações realizadas nas regiões denominadas de “cracolândia” nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro. Grande parte dos moradores de rua já foi internada em comunidades terapêuticas que, comprometidas com o higienismo, não possuem qualquer projeto terapêutico consistente, que preveja a continuidade do acompanhamento após a alta. Iniciativas deste viés ferem a metodologia dos profissionais de saúde que desenvolvem, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um trabalho baseado no vínculo continuado, no cuidado à saúde e na redução de danos¹⁴⁷.

Nos julgados sobre internação compulsória, é apontada como base legal da medida três diplomas legais: Lei nº. 10.216/2001, Decreto nº. 24.559/1934 e Decreto-lei nº. 891/1938. Para Correia Junior e Ventura, estes decretos foram revogados por total incompatibilidade ideológica com a nova lei e por utilizarem conceitos ultrapassados não amparados pela CRFB/1988. Os autores questionam, ainda, o fato de se considerar a dependência química como um típico transtorno mental¹⁴⁸. Contudo, entende-se, pelas razões já expostas, que os decretos sequer foram recepcionados pela nova ordem constitucional, prestando-se a fundamento jurídico da internação de pessoas que usam substâncias psicoativas somente a Lei nº 10.216/2001. Passada a compreensão da evolução histórica e modelo atual de disciplina jurídica da política de drogas brasileira, será estudado o papel ocupado pela internação psiquiátrica no cenário brasileiro atual, sobretudo as internações involuntária e compulsória.

¹⁴⁶ ALVES, Vânia Sampaio. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, nov. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n11/02.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2013. p. 2317.

¹⁴⁷ LANCETTI, Antônio. de. Desmistificação da existência de epidemia de álcool e outras drogas e medidas higienistas. In: GRUPO DE TRABALHO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS. (Org.) *Drogas e cidadania*: em debate. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2012. p. 29-33. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/02/Drogas-e-cidadania.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2014. p. 30-31.

¹⁴⁸ CORREIA JUNIOR, Rubens. VENTURA, Carla Aparecida Arena. As internações involuntárias de drogodependentes frente à legislação brasileira – uma análise em relação ao contexto histórico do tratamento de dependentes e as políticas higienistas e de profilaxia social. *Revista de Direitos Fundamentais e Democracia*, Curitiba, v. 13, n. 13, p. 250-280, jan.-jun. 2013. Disponível em: <<http://revistaeletronicardfd.unibrazil.com.br/index.php/rdfd/article/view/352/320>>. Acesso em: 08 jul. 2013. p. 272.

2.1.2.1 O papel da internação contra a vontade nas ações e políticas de tratamento de dependentes químicos

A despeito da ausência de previsão na Lei de Drogas, as internações involuntária e compulsória de dependentes químicos têm sido realizadas com fulcro na Lei nº 10.216/2001 (Lei Federal de Psiquiatria)¹⁴⁹. De acordo com ela, as pessoas com transtorno mental têm direito ao tratamento menos invasivo e, preferencialmente, ele deve ser prestado em serviços comunitários de saúde mental (art. 2º, VIII e IX). Nessa linha, a internação somente pode ser indicada caso demonstrada a insuficiência dos recursos extra-hospitalares. É vedada a internação em locais com características asilares e ao paciente deve ser garantida a presença médica para esclarecimento da (des)necessidade da hospitalização, quando involuntária (art. 4º, *caput*, e § 4º)¹⁵⁰. O artigo 2º da Portaria GM nº 2.391/2002, do MS, acrescenta que a internação deve ter a menor duração temporal possível¹⁵¹.

Há três espécies¹⁵² de internação psiquiátrica, de acordo com a Lei 10.216/2001: voluntária, involuntária e compulsória. Independentemente do tipo, a internação está condicionada a laudo médico circunstanciado (art. 6º). A internação psiquiátrica voluntária se dá com o consentimento do paciente, mediante assinatura de uma declaração em que afirma a sua opção por este regime de tratamento, no momento da admissão. Seu término pode se dar por solicitação escrita do paciente

¹⁴⁹ Para Coelho e Oliveira, a Lei nº 10.216/2001 não poderia ser aplicada aos dependentes químicos, pois não consideram a dependência como transtorno psíquico. Ademais, no artigo 9º da lei, restringe-se a internação compulsória aos casos previstos na legislação vigente. Para as autoras, somente há autorização legal nas hipóteses dos artigos 99 a 101 da LEP, ou seja, internação compulsória de pessoas com transtorno mental que cometeram crime (medida de segurança). Contudo, à revelia do princípio da legalidade, a lei vem sendo aplicada aos dependentes químicos e em situações não autorizadas pela lei. Além de ilegal, a internação compulsória seria inconstitucional por violar o direito à saúde e a dignidade humana. COELHO, Isabel; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, abr.-jun. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0359.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2014. p. 360-365.

¹⁵⁰ BRASIL. *Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001* [Lei Federal de Psiquiatria]. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 24 ago. 2013.

¹⁵¹ Id. Ministério da Saúde. *Portaria nº. 2.391/GM, de 26 de dezembro de 2002*. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2391.htm>>. Acesso em: 18 maio 2014.

¹⁵² A Resolução CFM nº 1.598/2000 previa quatro modalidades de internação psiquiátrica: voluntária, involuntária, por ordem judicial e por motivo clínico. Esta última ocorreria sempre que contrariada a vontade expressa do paciente, enquanto a involuntária se dava a margem da vontade do paciente, quando ele não tivesse condições de consentir mas não se opusesse ao procedimento. A quarta modalidade foi revogada pela Resolução nº 1.952/2010 do CFM. Id. Conselho Federal de Medicina. *Resolução nº 1.598, de 18 de agosto de 2000*. Normatiza o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2000/1598_2000.htm>. Acesso em: 18 maio 2014.

ou por determinação médica (art. 6º, I e art. 7º)¹⁵³. De acordo com o artigo 3º, § 3º da Portaria GM nº 2.391/2002, a internação voluntária poderá se tornar involuntária quando o paciente, já internado, externar discordância sobre a manutenção da internação, daí a indicação de uma quarta espécie de internação em relação à Lei Federal de Psiquiatria – a internação psiquiátrica voluntária que se torna involuntária¹⁵⁴.

A internação involuntária, por sua vez, é desencadeada a pedido de terceiro, sem o consentimento do paciente. A medida deverá ser comunicada ao Ministério Público Estadual (MPE), no prazo de setenta e duas horas, pelo responsável técnico do estabelecimento, o mesmo devendo ocorrer quando houver alta (art. 6º, II, art. 8º, § 1º)¹⁵⁵. Seu término se dará por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista (art. 8º, § 2º)¹⁵⁶. Conforme a Portaria GM nº 2.391/2002, além de comunicação ao MPE, deve ser notificada também a Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias, constituída pelo gestor estadual do SUS, através de formulário próprio instruído com laudo médico do especialista pertencente ao estabelecimento de saúde responsável pela internação. Tal comissão terá composição multidisciplinar e contará com participação de integrante designado pelo MPE (art. 4º, 5º e 10º)¹⁵⁷.

¹⁵³ BRASIL. *Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001* [Lei Federal de Psiquiatria]. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 24 ago. 2013.

¹⁵⁴ Id. Ministério da Saúde. *Portaria nº. 2.391/GM, de 26 de dezembro de 2002*. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2391.htm>>. Acesso em: 18 maio 2014.

¹⁵⁵ Britto, após realizar pesquisa de campo, constatou que a comunicação da internação involuntária ao MP reduz-se a uma burocracia. A presença do MP não é sentida na rotina hospitalar. Foi apontado pelos profissionais da saúde entrevistados que o MP não tem condições de atuar efetivamente pelo crescente número de internações, bem como pela falta de estrutura para o controle e fiscalização. BRITTO, Renata Corrêa. *A internação psiquiátrica involuntária e a lei 10.216/01*. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental, 2004. 210f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://thesis.icict.fiocruz.br/pdf/brittorcm.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2014. p. 161.

¹⁵⁶ BRASIL. *Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001* [Lei Federal de Psiquiatria]. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 24 ago. 2013.

¹⁵⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº. 2.391/GM, de 26 de dezembro de 2002*. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2391.htm>>. Acesso em: 18 maio 2014.

Ainda de acordo com a dita portaria, a comissão referida efetuará a revisão de cada internação psiquiátrica involuntária no prazo de sete dias, emitindo laudo de confirmação ou suspensão do tratamento (art. 12)¹⁵⁸. É necessária uma constante fiscalização das internações involuntárias e também compulsórias. Para Fortes, o MPE deve seguir uma rotina de trabalho que permita uma eficiente monitoração dos estabelecimentos que acatam internações psiquiátricas. Essa necessidade se torna ainda mais preeminente ao se ter em vista que não há sanção penal para os casos de descumprimento legal quanto à notificação de internações involuntárias, o que ainda requer normatização legal específica¹⁵⁹.

Para que seja realizada uma internação involuntária, deve ser constatada a existência de um transtorno mental grave, o qual represente um risco iminente ao próprio paciente ou para outrem. Além disso, deve ser patente a impossibilidade de tratamento em regime ambulatorial e a recusa ao tratamento proposto pelo médico. Somente nessas circunstâncias poderá o médico psiquiatra, com aval da família ou responsável legal do paciente, promover a internação involuntária. Embora o paciente, acometido por transtorno mental, esteja com sua capacidade reduzida ou sem condições de se expressar, a situação de risco em que se encontra justificaria a medida, que preza pelo seu melhor interesse¹⁶⁰. Não se pode perder de vista que o tratamento deve preservar e aumentar a autonomia do paciente, conforme estampado no princípio 9, item 4, dos “Princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental” aprovados pela Assembleia Geral da ONU em 1991¹⁶¹.

A realização de tratamento psiquiátrico sem o consentimento do paciente é uma das questões mais complexas da psiquiatria. De acordo com o artigo 6º da Resolução nº 1.598/2000 do CFM, tal somente se faz possível quando as condições clínicas não permitirem a obtenção desse consentimento, e em situações de

¹⁵⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº. 2.391/GM, de 26 de dezembro de 2002*. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2391.htm>>. Acesso em: 18 maio 2014.

¹⁵⁹ FORTES, Hildenete Monteiro. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 10, suppl. 2, p. 321-330, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000600009>. Acesso em: 21 jul. 2013. p. 328-329.

¹⁶⁰ *Ibid.*, p. 327.

¹⁶¹ BRASIL. Conselho Federal de Medicina. *Resolução nº. 1.407, de 15 de junho de 1994*. Adota os “Princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental”, aprovados pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 17.12.91. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1994/1407_1994.htm>. Acesso em: 18 maio 2014.

emergência, para evitar danos imediatos ou iminentes ao paciente ou a outras pessoas, devidamente justificadas em prontuário. O parágrafo único do mesmo dispositivo diz que, não sendo possível a manifestação do consentimento do paciente, deve-se buscar o consentimento de um responsável legal. Da mesma forma, seu artigo 16 reforça que, na ausência do consentimento do paciente, deve haver o consentimento de um responsável legal para que seja possível a internação involuntária¹⁶².

De acordo com Fortes, a internação visa intervir em um episódio de crise, a fim de controlá-lo e estabilizar a saúde dos pacientes que se encontram em um estado mais grave, garantindo-se por conseguinte a sua própria segurança e a das outras pessoas. Se constatada a necessidade de internação, para a autora, constitui obrigação do médico informar ao paciente sobre a conduta proposta, em sinal de respeito ao seu direito de livre arbítrio, ainda que não possa, supostamente, compreender o fato. Observa, ainda, que mesmo quando voluntária, a medida de internação não deixa de consistir em certo confinamento, podendo ferir a autonomia do paciente¹⁶³. Disposições do Código de Ética Médica (CEM) são ainda mais rigorosas em relação a procedimentos sem o consentimento do paciente. De acordo com seus artigos 22 e 31, o dever de obter o consentimento do paciente somente pode ser excepcionado quando houver risco de morte¹⁶⁴.

Já a internação compulsória é identificada como aquela determinada pelo Poder Judiciário. Deverá ser determinada por juiz competente, que levará em consideração as condições de segurança do estabelecimento quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários (art. 6º, III, art. 9º)¹⁶⁵. A Portaria GM nº 2.931/2002 não se aplica a este tipo de internação, conforme previsto expressamente em seu artigo 3º, § 4º. Essa modalidade causa preocupações entre

¹⁶² BRASIL. Conselho Federal de Medicina. *Resolução nº 1.598, de 18 de agosto de 2000*. Normatiza o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2000/1598_2000.htm>. Acesso em: 18 maio 2014.

¹⁶³ FORTES, Hildenete Monteiro. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 10, suppl. 2, p. 321-330, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000600009>. Acesso em: 21 jul. 2013. p. 327.

¹⁶⁴ BRASIL. Conselho Federal de Medicina. *Código de Ética Médica: Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso)*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010. Disponível em: <http://www.cremers.org.br/pdf/codigodeetica/codigo_etica.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2014. p. 47-49.

¹⁶⁵ Id. *Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001* [Lei Federal de Psiquiatria]. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 24 ago. 2013.

os médicos, em face da denominada judicialização do ato médico¹⁶⁶. A interferência de instituições jurídicas na área da saúde mental tem gerado desconfortos e é tida como desrespeito à autonomia do paciente, fragilizando-se a relação médico-paciente. Para Fortes, o estreitamento do diálogo entre os profissionais de saúde e o Poder Judiciário deve ser o caminho para que se chegue a um consenso, visando o bem-estar do paciente, sem que seja diminuída a responsabilidade das instituições envolvidas¹⁶⁷. A seguir, tabela que sistematiza as diferenças e a base legal das espécies de internação psiquiátrica no ordenamento jurídico brasileiro.

Quadro 1 – Disciplina jurídica da internação psiquiátrica no Brasil

Espécie	Conceito	Base legal por espécie	Base legal em comum
Voluntária	A internação conta com o consentimento do paciente, mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) no momento da admissão no estabelecimento.	<u>Lei nº. 10.216/2001</u> Arts. 6º, I e 7º <u>Portaria GM nº 2.391/2002 do MS</u> Art. 3º, § 3º	<u>Lei nº. 10.216/2001</u> Arts. 2º, VIII e IX; 6º e 4º <u>Portaria GM nº 2.391/2002 do MS</u> Art. 2º
Involuntária	O pedido não parte do paciente, mas sim de familiares ou do responsável legal.	<u>Lei nº. 10.216/2001</u> Arts. 6º, II; 4º, § 4º e 8º, §§ 1º e 2º <u>Portaria GM nº 2.391/2002 do MS</u> Arts. 4º, 5º e 10º	- Dar preferência aos serviços comunitários de saúde; - Insuficiência dos meios extra-hospitalares;
Compulsória	A internação é determinada pelo Poder Judiciário.	<u>Lei nº. 10.216/2001</u> Arts. 6º, III e 9º	- Pressupõem laudo médico circunstanciado.

Fonte: Elaborado pela autora.

Há mais de uma década que o Brasil vem implantando a Reforma Psiquiátrica. A partir da Lei nº 10.216/2001, inicia-se um processo constante de redução de leitos psiquiátricos, com vistas ao fechamento dos manicômios.

¹⁶⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº. 2.391/GM, de 26 de dezembro de 2002*. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2391.htm>>. Acesso em: 18 maio 2014.

¹⁶⁷ FORTES, Hildenete Monteiro. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 10, suppl. 2, p. 321-330, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000600009>. Acesso em: 21 jul. 2013. p. 328-329.

Contudo, há iniciativas no âmbito dos três poderes que atribuem à internação compulsória um papel não excepcional. No Poder Legislativo, tem-se o exemplo do PL nº 7.663/2010¹⁶⁸. Apresentado pelo Deputado Federal Osmar Terra (PMDB-RS) à Câmara em julho de 2010, ele propõe alterações à Lei de Drogas. Pinho observa que a proposta foi considerada um verdadeiro retrocesso, pois não menciona a excepcionalidade da medida de internação compulsória e reforça a lógica de “guerra às drogas”¹⁶⁹. Por conta da repercussão desse projeto e das polêmicas em torno do seu texto, ele será analisado naquilo que toca a internação de pessoas que usam substâncias psicoativas.

2.1.2.1.1 Considerações sobre o PL nº 7.663/2010: entre a proteção da saúde pública e o controle dos “elimináveis”

O PL nº 7.663/2010 propõe uma séria de mudanças na atual Lei de Drogas. Dentre elas está a introdução da obrigatoriedade da classificação das drogas conforme suas características farmacológicas e capacidade de causar dependência, o agravamento das penas para o crime de tráfico e disposições sobre as condições de atenção aos usuários e dependentes de drogas. Em sua redação original, o artigo 10 do PL acrescenta três parágrafos e incisos ao artigo 23 da Lei de Drogas, cujo tema é o desenvolvimento de programas de atenção ao usuário e ao dependente de drogas. O § 1º determina a avaliação do usuário por equipe técnica multidisciplinar e multissetorial, a qual deverá elaborar e executar um plano de atendimento individual tendo em vista o padrão de uso da droga e os riscos à saúde física e mental. De acordo com o § 2º, diante da inexistência de programa público que ofereça o tratamento indicado, o juiz competente poderá determinar que este seja realizado em estabelecimento privado, às expensas do Poder Público¹⁷⁰.

O § 3º do artigo 23 do projeto dispõe que os programas de atenção ao usuário ou dependente de drogas devem ser organizados em etapas que permitam: (a) a articulação com ações preventivas; (b) a oferta de leitos para internação; (c) a

¹⁶⁸ TERRA, Osmar. *Projeto de lei da câmara nº 7.663, de 2010*. Acrescenta e altera dispositivos à Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para tratar do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas, dispor sobre a obrigatoriedade da classificação das drogas, introduzir circunstâncias qualificadoras dos crimes previstos nos arts. 33 a 37, definir as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e dá outras providências. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=BBA552D54AB1027DFED9F87C0A71D90A.proposicoesWeb2?codteor=789804&filename=Tramitacao-PL+7663/2010>. Acesso em: 03 set. 2014.

¹⁶⁹ PINHO, Leonardo. *Retrocessos do projeto de lei 7.663/2010*. Disponível em: <<http://saudeecosol.org/wp-content/uploads/2013/03/Retrocessos-no-Projeto-de-Lei-7663-2010.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2013. p. 9.

¹⁷⁰ TERRA, op. cit., p. 21-22.

brevidade no período de internação e sua evolução para uma etapa em que sejam oferecidas opções de trabalho, cultura, educação e interação social; (d) o acompanhamento pelo SUS; (e) a reinserção social dos usuários por meio de programas que respeitem as suas habilidades e projetos pessoais; (f) o acompanhamento dos programas no âmbito municipal. O artigo 11 do PL inclui na Lei de Drogas o artigo 23-A, onde se concentra a disciplina legal sobre a internação de usuários ou dependentes de drogas¹⁷¹. Hoje, como já se viu, a Lei de Drogas apenas faz menção ao encaminhamento a tratamento adequado, no contexto do Direito Penal, sem mencionar expressamente a medida de internação, ficando a cargo da Lei Federal de Psiquiatria a base jurídica para a realização da internação de pessoas que usam substâncias psicoativas.

De acordo com o artigo 23-A, inciso I, a internação será realizada por médico registrado no Estado onde se localiza o estabelecimento no qual se dará a internação, com base em avaliação da equipe técnica. O inciso II vislumbra três situações: (a) internação voluntária – quando há consentimento da pessoa a ser internada; (b) internação involuntária – ocorre sem consentimento, a pedido de terceiro; (c) e internação compulsória – aquela determinada pelo Poder Judiciário. No projeto original foram mantidas, portanto, as três espécies de internação psiquiátrica constantes na Lei nº. 10.216/2001. Todas as internações e altas seriam registradas no Sistema Nacional de Informações sobre Drogas, também criado pelo PL, às quais teriam acesso apenas o MP, Conselhos de Políticas sobre Drogas e outros órgãos de fiscalização, além dos cadastrados (§§ 4º e 5º)¹⁷².

Na justificção do PL, é dito que as disposições apresentadas superam o modelo estritamente assistencial e caminham na direção da responsabilização da pessoa pelo dano que produz a si próprio e àqueles que estão mais próximos. Em seguida, é dito: “Explicitamos que é necessário mostrar desaprovação quanto ao uso de drogas como orientação do sistema e tornamos obrigatória a articulação de ações intersetoriais para atingir esse objetivo”¹⁷³. As diretrizes gerais do programa de

¹⁷¹ TERRA, Osmar. *Projeto de lei da câmara nº 7.663, de 2010*. Acrescenta e altera dispositivos à Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para tratar do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas, dispor sobre a obrigatoriedade da classificação das drogas, introduzir circunstâncias qualificadoras dos crimes previstos nos arts. 33 a 37, definir as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e dá outras providências. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=BBA552D54AB1027DFED9F87C0A71D90A.proposicoesWeb2?codteor=789804&filename=Tramitacao-PL+7663/2010>. Acesso em: 03 set. 2014. p. 22.

¹⁷² *Ibid.*, p. 22-23.

¹⁷³ *Ibid.*, p. 28.

atenção ao usuário ou dependente são assim delineadas: (a) ações preventivas que cheguem às residências; (b) breve período de internação para desintoxicação; (c) após este período de internação, evolução para fase em que se ofereça trabalho, educação, esporte, cultura e outras dimensões para que haja maiores chances de sucesso do tratamento¹⁷⁴.

Na justificativa do PL, Lemos observa que a legitimação da medida de internação compulsória permanece assentada na lógica de contenção repressiva pelo risco gerado pelo dependente. Ignora-se o fato de que o próprio sistema criminal passou a rejeitar esse argumento, ao ter sido despenalizado o crime de porte de drogas para consumo pessoal. No Direito Penal é sabida a impossibilidade de criminalizar atos preparatórios ou qualquer estado interno que ainda não represente um perigo concreto a terceira pessoa. A possibilidade de o usuário se tornar violento e praticar delitos por conta da sua dependência é um fator alheio ao fundamento do controle. Além disso, entende que as restrições à liberdade somente podem ser realizadas no âmbito penal, único campo em que são asseguradas uma série de garantias em torno da pena de prisão. Internação é restrição de liberdade e ela não deveria ser engendrada no campo administrativo se a própria lei penal rejeitou essa medida em 2006¹⁷⁵.

Embora o foco do trabalho seja a política de tratamento da dependência química, faz-se imperativo observar que o objetivo do projeto, conforme a justificação do mesmo, é composto por duas vertentes: melhorar a estrutura de atendimento aos usuários e familiares, bem como tratar com mais rigor os crimes que envolvam drogas com grande potencial de causar dependência química¹⁷⁶. Busse assinala que, além de manter a criminalização do usuário de drogas, o PL prevê aumento da pena para traficantes, sem diferenciá-los dos primeiros de forma adequada, e institui a internação involuntária como prática básica. Para ele, o PL referido está na contramão do que vem sendo discutido na comunidade científica

¹⁷⁴ TERRA, Osmar. *Projeto de lei da câmara n° 7.663, de 2010*. Acrescenta e altera dispositivos à Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para tratar do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas, dispor sobre a obrigatoriedade da classificação das drogas, introduzir circunstâncias qualificadoras dos crimes previstos nos arts. 33 a 37, definir as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e dá outras providências. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=BBA552D54AB1027DFED9F87C0A71D90A.proposicoesWeb2?codteor=789804&filename=Tramitacao-PL+7663/2010>. Acesso em: 03 set. 2014. p. 28-29.

¹⁷⁵ LEMOS, Clécio. Tratamento compulsório: droga, loucura e punição. *Sistema Penal & Violência*, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 319-337, jul.-dez. 2013. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/sistema_penaleviolencia/article/view/15000/10780>. Acesso em: 26 ago. 2014. p. 324-326.

¹⁷⁶ TERRA, op. cit., p. 25.

internacional a respeito do uso problemático de substâncias psicoativas e formas de tratamento¹⁷⁷.

Em parecer sobre o projeto, o CFP observou que a redação original do artigo 23-A, no que toca às espécies de internação, repete aquilo que já consta na Lei Federal de Psiquiatria. Por se entender, majoritariamente, que a drogadição é um problema de saúde mental, questionam porque a internação de dependentes não poderia ser feita pela lei já existente. Entendeu-se que esta foi uma forma de driblar as garantias asseguradas na lei referida, a qual é resultado de um movimento que se insurgiu contra o modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde mental. No parecer, chega-se a afirmar que o projeto pretende internar inclusive os usuários que não são dependentes, o que não seria possível no marco da Lei Federal de Psiquiatria. Essa suspeita se confirmaria pela ausência das garantias desta, como a comunicação ao MP e esgotamento das formas extra-hospitalares de tratamento¹⁷⁸.

Na Câmara, o PL foi primeiramente analisado pela Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF). A Deputada Elcione Barbalho (PMDB-PA), enquanto relatora, apresentou parecer com voto favorável que foi aprovado em 15 de junho de 2011. Entendeu-se que o PL apresenta uma proposta louvável, com iniciativas modernas e criativas para o enfrentamento do uso abusivo de drogas e políticas orientadas pelo enfoque da redução de danos (embora ações de redução de danos não tenham sido expressamente abordadas em nenhuma parte do texto). No que toca à matéria aqui analisada, foi proposta emenda que suprime o § 3º do artigo 23-A a ser acrescentado à Lei de Drogas, de forma que ele deixaria de tratar sobre internação compulsória, deixando-se esse tema para outro diploma legal¹⁷⁹.

Ao passar pela Comissão de Seguridade Pública e Combate ao Crime Organizado, o projeto foi aprovado juntamente com emenda que exclui a previsão da internação compulsória, conforme parecer do relator apresentado em setembro de 2011. Entendeu-se que a exclusão conferirá maior celeridade à efetuação da

¹⁷⁷ BUSSE, Diogo. A epidemia da falta de conhecimento. *Gazeta do Povo*, Londrina, 07 out. 2013. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/opiniaio/conteudo.phtml?tl=1&id=1414754&tit=A-epidemia-da-falta-de-conhecimento>>. Acesso em: 23 nov. 2013. Texto postado no link Opiniões, Artigos.

¹⁷⁸ CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Parecer do Conselho Federal de Psicologia sobre o Projeto de lei nº. 7.663/2010, de 13 de março de 2013*. Disponível em: <<http://drogasedireitoshumanos.files.wordpress.com/2013/03/parecer-cfp-sobre-o-pl-7663.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2014.

¹⁷⁹ BARBALHO, Alcione. Comissão da Seguridade Social e Família (CSSF). *Parecer do Relator (PRL) nº. 4, de 08 de junho de 2014*. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=693CE1B21F7151E807BC31A553299869.proposicoesWeb1?codteor=884425&filename=Tramitacao-PL+7663/2010>. Acesso em: 03 set. 2014.

internação, devendo o controle judicial ser realizado *a posteriori*. Nesse sentido, vide passagem do parecer: “Não vemos em que a abertura de um processo judicial para internação de uma pessoa possa contribuir para esse ato”¹⁸⁰. Reis, Guareschi e Carvalho assumem posição contrária. De acordo com eles, a aprovação do PL representaria delegar aos médicos o poder de punir e segregar, de suspender a autonomia e liberdade dos sujeitos, em nome da promoção da saúde. Além disso, cria-se um espaço para a legitimação de novas técnicas higienistas cujo objetivo exclusivo é manter a ordem social¹⁸¹.

Após requerimento de inclusão da Comissão de Trabalho, Administração e Serviço Público na distribuição do PL¹⁸², a Mesa Diretora da Câmara dos Deputados, convencida de que o PL versa sobre matéria que atinge a competência de mais de três comissões da casa, decidiu pela criação de uma Comissão Especial¹⁸³. O PL foi recebido pela Comissão Especial em maio de 2012, juntamente com diversos outros projetos a ele apensados. Em outubro do mesmo ano, a Secretaria-Geral da Presidência da República se manifestou sobre o projeto. Dentre as considerações realizadas, foi feita crítica ao artigo 23-A. Embora haja previsão de que deverá ser observada a Lei nº 10.216/2009, identificou-se que há abertura para o uso ampliado da internação involuntária, medida que deve ser mantida como algo *excepcional*. Por isso, entendeu-se que o projeto não se coaduna com a política nacional de saúde e nem com a lei referida¹⁸⁴. O MS, através de formulário de posicionamento sobre proposição legislativa, observou que o texto do projeto foi concebido para priorizar a internação em detrimento das outras formas de atenção. É reforçada a necessidade

¹⁸⁰ FONSECA, Ronaldo. Comissão de Segurança Pública e Combate ao Crime Organizado (CSPCCO). *Parecer do Relator (PRL) nº. 1, de 14 de setembro de 2014*. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=693CE1B21F7151E807BC31A553299869.proposicoesWeb1?codteor=919231&filename=Tramitacao-PL+7663/2010>. Acesso em: 03 set. 2014.

¹⁸¹ REIS, Carolina dos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima; CARVALHO, Salo. Sobre jovens drogaditos: as histórias de ninguém. *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, n. 6, p. 68-78, 2014. Disponível em: <https://www.academia.edu/7821501/Sobre_Jovens_Drogaditos_as_historias_de_ninguem>. Acesso em: 01 out. 2014. p. 76.

¹⁸² LOPES, Reginaldo. *Requerimento nº. 3.453, de 2011*. Requer revisão da distribuição do Projeto de Lei nº 7.663, de 2010, que “acrescenta e altera dispositivos à Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para tratar do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas, dispor sobre a obrigatoriedade da classificação das drogas, introduzir circunstâncias qualificadoras dos crimes previstos nos arts. 33 a 37, definir as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e dá outras providências.” Para incluir a Comissão de Trabalho, Administração e Serviço Público. *Diário da Câmara dos Deputados*, Brasília, DF, nº. 178, 11 out. 2011. Seção I, p. 56079-56080. Disponível em: <<http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD11OUT2011.pdf#page=133>>. Acesso em: 03 set. 3014.

¹⁸³ Ibid.

¹⁸⁴ BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. *Nota Técnica nº 0023/2012/GLMP/AL/DAI/SE/SG/PR, de 18 de outubro de 2012*. Substitutivo ao Projeto de Lei nº 7.663/2010. Disponível em: <<http://drogase.direitoshumanos.files.wordpress.com/2013/03/nt-sg-pl-7663-2010.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2014.

de que a internação se mantenha como última opção, na linha da Lei Federal de Psiquiatria¹⁸⁵.

Em 17 de dezembro de 2012, foi publicado o parecer do relator da Comissão Especial, o Deputado Givaldo Carimbão. Em comparação com o quanto comentado sobre a redação original do PL nº. 7.663/2010, foram feitas mudanças no artigo 23-A. Unidades do SUS ou instituições privadas habilitadas poderão receber pessoas para internação, em duas modalidades: (a) voluntária – antecedida pelo consentimento da pessoa a ser internada; (b) involuntária – aquela que se dá sem o consentimento do usuário, a pedido familiar ou, na falta deste, de servidor público que identifique a necessidade da medida. Foi retirada a previsão de internação compulsória, como sugerido pela CSSF e CSPCCO¹⁸⁶. Também foi inserido prazo máximo de 180 dias para a internação involuntária, colocando-se expressamente que a medida deve perdurar o tempo necessário para a desintoxicação. O substitutivo ainda veda a realização de qualquer modalidade de internação em comunidades acolhedoras, como definidas no artigo 1º-A, § 4º¹⁸⁷.

No corpo do voto, a respeito da exclusão da internação compulsória, foi dito que se partiu do pressuposto de que esta modalidade de internação é desnecessária na maioria dos casos de utilização de substâncias psicoativas, a despeito de se ter considerado que, nos casos de uso de crack e de alcoolismo severo, há um consenso técnico de que a internação compulsória é um recurso que deve estar disponível para o tratamento. De resto, a internação seguiria o modelo da Lei Federal de Psiquiatria¹⁸⁸. Logo após a publicação desta última versão, foi enviada à Câmara uma carta aos Deputados, assinada por mais de sessenta entidades e movimentos que atuam na defesa dos direitos humanos das

¹⁸⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Assessoria para assuntos parlamentares. *Formulário de posicionamento sobre proposição legislativa, de 17 de outubro de 2010*. Disponível em: <<http://drogas.edireitoshumanos.files.wordpress.com/2013/03/nt-ms-pl-7663-2010.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2014. p. 3-4.

¹⁸⁶ Para Coelho e Oliveira, saber que a previsão da internação compulsória foi retirada no texto aprovado pela Câmara dos Deputados é motivo de alívio, embora o uso distorcido que se tem feito da Lei nº 10.216/2001 seja motivo para preocupações. COELHO, Isabel; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, abr.-jun. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0359.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2014. p. 366.

¹⁸⁷ CARIMBÃO, Givaldo. Comissão Especial do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas. Parecer do Relator, de 18 de dezembro de 2012. *Diário da Câmara dos Deputados*, Brasília, DF, nº. 212, 18 dez. 2011. Seção I, p. 44141-44168. Disponível em: <<http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD18DEZ2012.pdf#page=143>>. Acesso em: 03 set. 2014. p. 44162.

¹⁸⁸ *Ibid.*, p. 44148.

peessoas em situação de rua e militantes da Luta Antimanicomial¹⁸⁹.

Por meio da carta, foi solicitada a não aprovação do PL nº. 7.663/2010, pois sua redação apresentaria contradições e violações de direitos humanos. Além de o projeto possibilitar internações forçadas, são reconhecidos serviços que focam somente na abstinência, inclusive como condição ao acesso aos programas de reinserção social. É colocado, ainda, que a sua aprovação provocaria um retorno a práticas higienistas, desumanas e arbitrárias, a exemplo das operações de recolhimento forçado de pessoas em situação de rua que vem ocorrendo no país. Dar base jurídica a essas operações, este seria o objetivo do PL¹⁹⁰. Após a apresentação de emendas e deliberação em plenário, chegou-se à redação final do PL na Câmara em 28 de maio de 2013. A redação do artigo 23-A foi assumindo contornos mais precisos e incorporando garantias constantes na Lei Federal de Psiquiatria. No “caput”, fica explicitada a prioridade às modalidades de tratamento ambulatorial, sendo excepcionais as formas de internação. Sendo o caso, ela deveria ocorrer em unidades de saúde e hospitais gerais, dotados de equipes multidisciplinares. Somente permaneceram duas espécies de internação no texto, a voluntária e involuntária, esta última com prazo máximo de 90 dias¹⁹¹.

Foi feita a remessa do processo legislativo ao Senado Federal em junho de 2013. A Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ) apresentou relatório favorável ao projeto, com alguns ajustes. No tocante à internação de pessoas que usam drogas, o relator observou que o PL oferece uma disciplina mais detalhada, que prevê mais garantias ao paciente do que a atual Lei Federal de Psiquiatria, a exemplo do prazo máximo para a internação involuntária. Ao reconhecer a ineficácia do tratamento contra a vontade, é ratificada a excepcionalidade da internação em face do cuidado extra-hospitalar. Somente poderá ser internado contra a vontade pessoas que, ao estarem com suas funções cognitivas seriamente prejudicadas, poderiam agir em prejuízo de si próprias ou terceiros. Do contrário, se estaria violando os mais caros direitos fundamentais¹⁹².

¹⁸⁹ CENTRO NACIONAL DE DEFESA DOS DIREITOS HUMANOS DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E CATADORES DE MATERIAL RECICLÁVEL (CNDDH) et al. *Carta aos Deputados Federais*. Belo Horizonte, 06 mar. 2013. Disponível em: <<http://drogasedireitoshumanos.files.wordpress.com/2013/03/carta-retirada-do-pl-7663-e-seu-substitutivo1.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2014.

¹⁹⁰ Ibid.

¹⁹¹ CARIMBÃO, Givaldo. *Redação final*. Projeto de lei nº. 7.663-C, de 2010. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=BA80CF75522254458F9B89F1B55F9AB7.proposicoesWeb2?codteor=1095141&filename=Tramitacao-PL+7663/2010>. Acesso em: 03 set. 2014.

¹⁹² VALADARES, Antônio Carlos. *Relatório, de 04 de dezembro de 2013*. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getTexto.asp?t=142310&c=PDF&tp=1>>. Acesso em: 03 set. 2014. p. 24-25.

O uso indiscriminado da internação involuntária contraria a própria Lei de Drogas, que institui o fortalecimento da autonomia dentre os seus princípios (art. 19, III). Ainda de acordo com o relator da CCJ, o texto do PLC ainda daria margem a abusos, pois nele consta que a internação involuntária será indicada “na hipótese comprovada da impossibilidade” de utilização de outras alternativas terapêuticas, sem ser exigido que essas outras alternativas sejam realmente tentadas. Neste caso, deveria ser seguida a redação do artigo 2º da Portaria nº. 2.391/2002 do MS, a qual inscreve que a internação psiquiátrica somente ocorrerá “após a utilização” das demais possibilidades terapêuticas. O segundo ajuste é o reforço à possibilidade da família interromper a internação involuntária e a extensão dessa competência a servidores públicos da área de saúde ou assistência social¹⁹³.

Ainda no âmbito da CCJ foram apresentadas emendas ao texto apresentado pelo relator do agora denominado PLS nº. 37/2013, de autoria do Senador Romero Jucá (PMDB/RR). Através da Emenda nº. 8, o parlamentar quis retomar a redação anterior no que toca à exigência de esgotamento dos dispositivos terapêuticos alternativos à internação. Como posto pelo relator, a decisão médica fica condicionada à efetiva realização dessas tentativas. Na emenda, propõe-se que o médico deve levar em consideração as tentativas de tratamento anteriores, mas a sua realização não seria obrigatória para que houvesse a determinação da internação involuntária. De outro modo, a análise do médico seria restringida, devendo ela ser preponderantemente baseada na situação clínica atual do dependente ou usuário de drogas. Além disso, deve-se pressupor que o médico agirá de boa-fé, que seguirá as regras da profissão no momento da avaliação¹⁹⁴.

Após apreciação das emendas apresentadas, o relator da CCJ apresentou novo relatório e substitutivo em julho de 2014. A emenda nº. 8 foi acolhida, tendo o par. 6º do artigo 23-A assumido enunciado idêntico ao do artigo 4º da atual Lei federal de Psiquiatria: “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.”¹⁹⁵ Em junho de 2014 se deu o envio do projeto ao relator geral da Comissão Temporária – Segurança Pública, o então Senador Pedro Taques. Em dezembro do mesmo

¹⁹³ VALADARES, Antônio Carlos. *Relatório, de 04 de dezembro de 2013*. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getTexto.asp?t=142310&c=PDF&tp=1>>. Acesso em: 03 set. 2014. p. 26-27.

¹⁹⁴ JUCÁ, Romero. *Emenda nº. 8-CCJ, de 19 de março de 2014*. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/DocsComissao.asp?p_cod_mate=113035>. Acesso em: 04 set. 2014.

¹⁹⁵ VALADARES, op. cit., p. 27.

ano as atividades desta Comissão foram encerradas sem aprovação do relatório, tendo sido enviado ao Presidente do Senado documento sugerindo a tramitação regimental da matéria¹⁹⁶. Observe-se que o projeto, durante a tramitação, foi assumindo contornos mais condizentes com as orientações do MS, com as reivindicações da Luta Antimanicomial e com a própria Lei Federal de Psiquiatria, chegando a incrementar o rol de garantias a favor do usuário, a exemplo da previsão de um prazo máximo de internação involuntária. Este PL é a principal matéria em andamento no Congresso Nacional que toca a questão da internação contra a vontade. Passa-se às iniciativas do Poder Executivo neste campo.

2.1.2.1.2 A heterogeneidade das políticas públicas sobre drogas no Brasil: o papel da internação contra a vontade nas iniciativas do Poder Executivo

Têm sido alvo de preocupações algumas iniciativas de entes públicos, políticas que privilegiam as internações involuntária e compulsória como medida de combate às drogas. Em São Paulo, por exemplo, foi estabelecida uma parceria entre o MP, Tribunal de Justiça (TJ) e Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) para oferecimento de atendimento diferenciado em regime de plantão no Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD). O objetivo é tornar o processo de internação compulsória mais célere, protegendo-se principalmente aqueles desprovidos de recursos e que perderam seus laços familiares (o que inviabiliza a internação involuntária). A indicação desse tipo de tratamento é feita por agentes de saúde sempre que identificado que o indivíduo corre risco e não tem domínio sobre sua condição física e patológica¹⁹⁷.

Este convênio tem sido criticado por instalar, em uma unidade que presta atendimento médico a dependentes químicos, um aparato que representa o poder coercitivo do Estado. Tal poderia prejudicar a busca por tratamento por parte dos usuários (informação verbal)¹⁹⁸. Ele foi desenvolvido no âmbito do Programa

¹⁹⁶ Esta foi a última movimentação identificada em consulta realizada no dia 28 de dezembro de 2014. BRASIL. Senado Federal. *Projeto de Lei do Senado nº 37 de 2013 - Tramitação*. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=110816&p_sort=DESC&p_sort2=A&p_a=0&cmd=sort>. Acesso em: 04 set. 2014.

¹⁹⁷ SÃO PAULO. Entenda o que é a internação compulsória para dependentes químicos – Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania preparou perguntas e respostas sobre ação do Governo do Estado. *Portal do Governo do Estado de São Paulo*, São Paulo, 04 dez. 2013. Disponível em: <<http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/lenoticia.php?id=225660>>. Acesso em: 23 ago. 2013.

¹⁹⁸ Informação coletada em conferência realizada pela Profa. Dra. Andrea Gallassii, intitulada “Saúde Pública e Política de Drogas”, ocorrida no dia 30 de abril de 2014 durante o Fórum Além da Guerra às Drogas: o desafio de novas políticas para usos de substâncias psicoativas, organizado pelo Laboratório de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos (LEIPSI) na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Recomeço, iniciativa do estado de São Paulo. Dentre as medidas está o investimento na ampliação de leitos para internação e oferta do chamado “Cartão Recomeço”, benefício de R\$ 1.350,00 para custear o tratamento de dependentes químicos que buscarem ajuda voluntariamente¹⁹⁹. Também essa medida, chamada popularmente de “bolsa crack”, é alvo de críticas por incentivar o acesso a serviços privados em detrimento do fortalecimento da rede de assistência do SUS (informação verbal)²⁰⁰.

A prefeitura de São Paulo, por sua vez, implantou em 2014 o Programa “De Braços Abertos”. Consiste no oferecimento a cerca de 300 pessoas que montaram “barracos” na Rua Dino Bueno, região conhecida como “cracolândia”, da possibilidade de serem hospedadas em hotéis da região e remuneradas para prestar serviços de zeladoria à Prefeitura no centro da cidade. Também é prevista a disponibilização de tratamento médico ambulatorial e treinamento profissional. Para Silveira, o programa abandona a abordagem repressiva e higienista, respeitando os direitos fundamentais e conferindo dignidade a essas pessoas, que poderão reorganizar as suas vidas. Esta iniciativa não exige a abstinência dos participantes, agindo na causa do problema – a situação de miserabilidade social, e não na sua consequência – o consumo abusivo de drogas, sobretudo o álcool²⁰¹.

Após o primeiro mês do programa, as equipes de saúde da prefeitura aferiram que houve uma redução do consumo de drogas pelos participantes de até 70%. Estima-se que 89% dos participantes mantêm frequência regular nas frentes de trabalho, porém, a adesão aos cursos de qualificação permanece baixa. Tal é atribuído, pela Secretaria Municipal de Assistência Social, ao cansaço após as 4 horas de varrição, pelas quais recebem 15 reais por dia²⁰². Lancetti destaca que a implantação do programa foi antecedida por reuniões com os usuários instalados na

¹⁹⁹ RIBEIRO, Bruno; DANTAS, Tiago. ‘Bolsa crack’ de R\$ 1.350 vai pagar internação de viciados do Estado de SP. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 07 maio 2013. Disponível em: <<http://sao-paulo.estadao.com.br/noticias/geral,bolsa-crack-de-r-1350-vai-pagar-internacao-de-viciados-do-estado-de-sp,1029486>>. Acesso em: 31 jul. 2014.

²⁰⁰ Informação coletada em conferência realizada pela Profa. Dra. Andrea Gallassii, intitulada “Saúde Pública e Política de Drogas”, ocorrida no dia 30 de abril de 2014 durante o Fórum Além da Guerra às Drogas: o desafio de novas políticas para usos de substâncias psicoativas, organizado pelo Laboratório de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos (LEIPSI) na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

²⁰¹ ENTENDA a ação da Prefeitura de São Paulo na região da Cracolândia. *Programa CBN São Paulo*. São Paulo: CBN, 15 janeiro de 2014. Entrevista em rádio com o Dr. Dartiu Xavier da Silveira (Unifesp). 13 min. e 45 s. Disponível em: <<http://www.capital.sp.gov.br/portal/noticia/635>>. Acesso em: 21 maio de 2014.

²⁰² BRITO, Gisele. Participantes do programa de braços abertos reduzem consumo de drogas em até 70%. *Rede Brasil Atual*, [S.l.], 14 fev. 2014. Disponível em: <<http://www.redebrasilatual.com.br/cidadania/2014/02/em-media-participantes-do-programa-de-bracos-abertos-em-sp-reduziram-consumo-de-drogas-em-ate-70-4065.html>>. Acesso em: 04 ago. 2014.

região e movimentos sociais, descrevendo-o como uma grande lição de cidadania. Também observa que a Secretaria de Saúde do estado está intensificando a construção da Rede de Assistência Psicossocial, sobretudo CAPS e unidades de acolhimento²⁰³.

Azevedo, por outro lado, traçou fortes críticas a esta iniciativa da prefeitura paulista. O programa, uma vez restrito aos moradores de rua que construíram barracos no logradouro referido, só atingiu 15% do total de pessoas que vivem na região da “cracolândia”, estimado em 2.000. Para ele, o oferecimento de emprego, comida e moradia é o mesmo que conferir um “prêmio” àqueles que se instalaram ali indevidamente. Aponta que o valor mensal a ser pago é superior àquele do “Bolsa Família”, de modo que ser viciado parece ser moralmente superior do que ser pobre. A ausência de prazo para que as pessoas deixem os hotéis é outro ponto criticado. Para o autor, isso estimulará a permanência e a vinda de pessoas de outras cidades e estados, não havendo mais a possibilidade de revitalizar a região. Destaque-se, também, as críticas tecidas à não obrigatoriedade de tratamento, *in verbis*²⁰⁴:

O aspecto mais deletério — e eticamente asqueroso — do programa de Haddad é que os viciados não serão obrigados a se tratar. [...] Isso tudo é música — macabra! — para os ouvidos do que chamo de “militantes da cultura da droga”. No Brasil e em várias partes do mundo, considera-se, no fim das contas, que consumir tais substâncias é uma questão de escolha e de direito individual. Posso até flertar com essa ideia; aceito discuti-la. O que me pergunto, então, é por que a sociedade tem de arcar com as consequências e com os custos quando, digamos, algo dá errado? Se estamos tratando de uma escolha individual, que cada um faça a sua! Mas não pode morar no logradouro público. Não pode receber um salário por isso. Não pode comer de graça por isso. Não pode morar de graça por isso. Se, no entanto, o estado tiver de arcar com as consequências, então ele tem o direito de fazer exigências²⁰⁵.

Em seguida, Azevedo demonstra apoio ao formato do Programa “Recomeço” do estado de São Paulo, pois, neste, o valor vai diretamente para a clínica terapêutica e o tratamento é obrigatório. Entende ser o crack um tipo de droga que

²⁰³ LANCETTI, Antonio. Cada táuba que caía não doía no coração. *Brasil 247*, São Paulo, 16 jan. 2014. Disponível em: <<http://www.brasil247.com/pt/247/artigos/127216/Cada-t%25C3%25A1uba-que-ca%25C3%25ADa-n%25C3%25A3o-do%25C3%25ADa-no-cora%25C3%25A7%25C3%25A3o.htm>>. Acesso em: 04 ago. 2014.

²⁰⁴ AZEVEDO, Reinaldo. Os detalhes macabros da Bolsa Crack do PT. Ou: Em SP e no Brasil, ser viciado é moralmente superior a ser pobre. Ou: Haddad consolida parte de sua herança maldita: o Centro foi entregue para sempre a viciados e traficantes. *Veja*, São Paulo, 15 jan. 2014. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/blog/reinaldo/geral/os-detalhes-macabros-da-bolsa-crack-do-pt-ou-em-sp-e-no-brasil-ser-viciado-e-moralmente-superior-a-ser-pobre-ou-haddad-consolida-parte-de-sua-heranca-maldita-o-centro-foi-entregue-para-sempre-a/>>. Acesso em: 04 ago. 2014. Texto postado no link Blogs e Colunistas, Blog Reinaldo Azevedo.

²⁰⁵ Ibid.

demanda esse tipo de intervenção, pois não há forma digna de se conviver com o consumo dessa substância. “Ela rouba a vontade, os valores, a ética, a moral, tudo”²⁰⁶. Silveira apresenta entendimento oposto a respeito do uso de crack. Enquanto médico psiquiatra que atende usuários de crack desde 1993, entende que a internação involuntária ou compulsória somente deve ser indicada para situações muito específicas, em que o usuário apresente transtorno mental grave associado, como psicose, delírio, alucinações ou risco de suicídio. Em entrevista, criticou o fato do governo de São Paulo ter concentrado o mote de sua política de drogas na internação compulsória²⁰⁷.

Uma semana depois do início do Programa “De Braços Abertos”, foi realizada uma ação policial considerada desastrosa, iniciativa do Governo do estado de São Paulo. Antecedida pela “Operação Limpa” (2005), “Operação Centro Legal” (2009) e “Operação Sufoco” (2012), esta ação da polícia civil se distingue pela intensificação da repressão policial e pela tentativa de instituir internações involuntárias e compulsórias²⁰⁸. Policiais do Departamento Estadual de Prevenção e Repressão ao Narcotráfico (Denarc) realizaram esta operação sem comunicação prévia à Prefeitura nem à Polícia Militar (PM). Cerca de 10 viaturas cercaram o grande aglomerado de pessoas não inseridas no programa assistencial da prefeitura, concentradas na Rua Barão de Piracicaba. Os policiais atiraram balas de borracha, jogaram bombas de efeito moral e gás lacrimogêneo. Houve correria e forte sensação de revolta. Uma mulher, dependente química e grávida que ali estava declarou: “Que hotel que nada, eles querem é matar a gente”²⁰⁹.

Em nota pública de repúdio a esta ação policial, 59 pesquisadores que estudam o fenômeno das drogas no Brasil assumiram como inaceitável este tipo de

²⁰⁶ AZEVEDO, Reinaldo. Os detalhes macabros da Bolsa Crack do PT. Ou: Em SP e no Brasil, ser viciado é moralmente superior a ser pobre. Ou: Haddad consolida parte de sua herança maldita: o Centro foi entregue para sempre a viciados e traficantes. *Veja*, São Paulo, 15 jan. 2014. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/blog/reinaldo/geral/os-detalhes-macabros-da-bolsa-crack-do-pt-ou-em-sp-e-no-brasil-ser-viciado-e-moralmente-superior-a-ser-pobre-ou-haddad-consolida-parte-de-sua-heranca-maldita-o-centro-foi-entregue-para-sempre-a/>>. Acesso em: 04 ago. 2014. Texto postado no link Blogs e Colunistas, Blog Reinaldo Azevedo.

²⁰⁷ SAYURI, Juliana. Misérias fora de ordem. *Estado de São Paulo*, São Paulo, 26 jan. 2013. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/geral,miserias-fora-de-ordem,989156>>. Acesso em: 04 set. 2014. Texto postado no link Geral.

²⁰⁸ RUI, Taniele; FRÚGOLI JR., Heitor; FELTRAN, Gabriel de Santis; FROMM, Deborah. “Braços Abertos” e “Sufoco”: sobre a situação na “Cracolândia” em janeiro de 2014. *Associação Brasileira de Antropologia*, Brasília, 06 fev. 2014. Disponível em: <http://www.portal.abant.org.br/images/Noticias/nota_ABAv4.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2014.

²⁰⁹ RIBEIRO, Bruno; CASTRO, Laura Maia de. Em ação surpresa, Polícia Civil reprime com bombas dependentes na Cracolândia. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 23 jan. 2014. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/cidades,em-acao-surpresa-policia-civil-reprime-com-bombas-dependentes-na-cracolandia,1121973,0.htm>>. Acesso em: 04 ago. 2014.

operação, na medida em que ela retroalimenta um quadro intolerável de violência e é completamente incompatível com um contexto democrático. Observam que a imagem socialmente construída do usuário de crack – tidos como seres repugnantes, semelhantes a zumbis – gera na população a sensação de que essas pessoas não têm valor, o que as tornam sujeitas a toda sorte de arbitrariedade. Assistiu-se a uma grave violação dos direitos individuais e coletivos, de modo que se faz urgente a superação do modelo repressivo. Declarou-se, ainda, apoio a ações políticas de cunho social, focadas no sujeito e na promoção do resgate da cidadania deste grupo que é vítima de uma série de iniquidades sociais diariamente²¹⁰.

O MPE de São Paulo instaurou inquérito policial para investigar se houve excessos nesta operação. O órgão considera que deve ser estendida à Polícia Civil a decisão judicial que proibiu a PM de empregar ações “vexatórias, degradantes ou desrespeitosas” contra os dependentes, fruto de ação ajuizada também pelo MPE/SP após episódio semelhante ocorrido em janeiro de 2012²¹¹. Nesta operação anterior, grupos que ocupavam a região da “cracolândia” foram dispersados por policiais militares para que, uma vez enfrentando situações de dificuldade, as pessoas buscassem ajuda, a ser oferecida em forma de internação precipuamente. Contudo, a ação somente dificultou o acesso a essa população por parte dos agentes de saúde, além de ter feito surgir pequenas “cracolândias” em diversos outros pontos da cidade de São Paulo. A operação foi considerada desastrosa por todos os setores que lidam com a questão²¹².

Em nota publicada em fevereiro de 2013, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), instância máxima de controle social do SUS, repudiou as ações em São Paulo que utilizaram as internações involuntária e compulsória como mecanismo para lidar com os usuários de drogas em situação de rua. As ações criticadas foram comparadas a um tribunal de exceção, no qual é distorcida a lógica dos serviços de saúde e cuja finalidade seria “limpar” as cidades. Foi constada a violação de direitos humanos e sociais e prejuízo à implantação da rede de serviços territoriais

²¹⁰ GIRARDI, Giovana. Pesquisadores fazem manifesto contra ação policial na Cracolândia. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 29 jan. 2014. Disponível em: <<http://sao-paulo.estadao.com.br/noticias/geral,pesquisa-dores-fazem-manifesto-contra-acao-policial-na-cracolandia,1124467>>. Acesso em: 04 ago. 2014.

²¹¹ MACIEL, Camila. Ministério Público vai investigar ação da Polícia Civil na Cracolândia. *EBC Agência Brasil*, 25 jan. 2014. Disponível em: <<http://agenciabrasil.etc.com.br/geral/noticia/2014-01/ministerio-publico-vai-investigar-acao-da-policia-civil-na-cracolandia>>. Acesso em: 04 ago. 2014. Texto postado no link Geral.

²¹² PRATES, Adriana. O crack pode melhorar a sociedade. *Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos – Neip*, São Paulo, [2012?]. Disponível em: <<http://www.neip.info/index.php/content/view/2469.html>>. Acesso em: 19 jul. 2014. p. 5-6.

qualificada para atenção aos usuários de drogas. Por fim, convoca os governantes e a sociedade para efetivar políticas que assegurem o acesso à cidadania e a superação das fragilidades e sofrimentos decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas²¹³.

No município do Rio de Janeiro ocorreu ação semelhante. Também em fevereiro de 2013 foi realizada uma operação de internação compulsória de adultos usuários de crack. O número de pessoas recolhidas não foi divulgado e a ação contou com força policial²¹⁴. A internação compulsória de crianças e adolescentes já havia sido instituída pela Resolução SMAS nº. 20/2011 (art. 5º, § 3º), a qual prevê um sistema de abrigo compulsório de crianças e adolescentes em situação de rua, não sendo a justificativa restrita ao uso de drogas²¹⁵. Um ano depois, em fevereiro de 2014, a Secretaria de Trabalho e Renda (Setrab) e a Secretaria de Prevenção à Dependência Química (Sepredeq), ambas do estado do Rio de Janeiro, assinaram termo de cooperação para a criação de oportunidades de emprego, oferecimento de cursos de qualificação profissional, emissão de carteiras de trabalho e outros documentos aos usuários acolhidos pela rede estadual e seus familiares²¹⁶. Observe-se que, tanto no Rio de Janeiro quanto em São Paulo, misturam-se iniciativas que se pautam em premissas diversas, que denunciam a falta de harmonia entre as perspectivas do governo estadual e municipal.

Em audiência pública realizada na Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa de Minas Gerais em dezembro de 2013, o grande número de internações compulsórias e involuntárias realizadas no estado foram alvo de críticas. De acordo com Rosimeire da Silva, então conselheira do CNS e membro da

²¹³ CARNEIRO, Ayana. CNS repudia prática da internação compulsória e involuntária. *Conselho Nacional de Saúde*, Brasília, DF, 01 fev. 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/02_fev_cns_repudia.html>. Acesso em: 06 ago. 2014.

²¹⁴ OPERAÇÃO no Rio dá início a internação compulsória de adultos usuários de crack. *Uol*, 19 fev. 2013. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2013/02/19/operacao-no-rio-da-inicio-a-internacao-compulsoria-de-adultos-usuario-de-crack.htm>>. Acesso em: 21 maio 2014. Texto postado no Link Notícias, Cotidiano.

²¹⁵ RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Assistência Social. *Resolução SMAS nº. 20, de 27 de maio de 2011*. Cria e regulamenta o protocolo do serviço especializado em abordagem social, no âmbito das ações da proteção social especial de média complexidade da Secretaria Municipal de Assistência Social, assim como institui os instrumentos a serem utilizados no processo de trabalho. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fxa.yimg.com%2Fkq%2Fgroups%2F13802133%2F2039611138%2Fname%2FRESOLU%25C3%2587%25C3%2583O%2BSMAS%2BN%25C2%25BA%2B20%2BDE%2B27%2BDE%2BMAIO%2BDE%2B2011.docx&ei=02R9U_HEONTTsASC5oHYBQ&usq=AFQjCNHFIZBGFnMEfQpAmkFcZ7uGokxgQ&sig2=FaL9wyc5iKAjJimxdwDrTw&bvm=bv.67229260,d.b2k>. Acesso em: 21 maio 2014.

²¹⁶ SETRAB assina convênio para reinserção social de dependentes químicos. *Governo do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, 14 fev. 2014. Disponível em: <<http://www.rj.gov.br/web/setrab/exibeconteudo?article-id=1962681>>. Acesso em: 04 ago. 2014. Texto postado no link Secretaria de Estado de Trabalho e Renda – SETRAB, Trabalho e Renda, Notícias.

Comissão de Direitos Humanos do CFP: “Em um ano, foram solicitadas cerca de 450 internações involuntárias e compulsórias só para os hospitais Galba Veloso e Raul Soares, ambos em Belo Horizonte, gerando uma lista de espera de mais de 100 pessoas nas duas unidades”. Para Guilherme de Melo, representante da Frente Mineira de Drogas e Direitos Humanos, a medida tem sido aplicada de forma indiscriminada e não como recurso excepcional. Foram apontadas dificuldades no diálogo com o Poder Judiciário, no intuito de se reduzir o número de internações, por parte das representantes da Secretaria de Estado de Saúde, Andréa Rocha e Raquel Veloso: “Temos chamado representantes do Judiciário para termos essa conversa. Nós não estamos tendo sucesso nesse diálogo”²¹⁷.

Amarante observa que as operações realizadas no Rio de Janeiro e em São Paulo, a rigor, não podem ser consideradas internação compulsória nem involuntária. Na ausência de decisão judicial e de pedido familiar acompanhado de parecer médico indicando a internação como forma de tratamento, não há que se falar em nenhuma destas modalidades. O que tem ocorrido é uma “internação involuntária coletiva”, sem a observância de critérios de avaliação psiquiátrica. Trata-se de uma abordagem inadequada que foca na substância em lugar de se perquirir as determinações sociais que estão por detrás desses comportamentos²¹⁸. De fato, nas políticas de recolhimento forçado relatadas, não se pode falar em internação involuntária ou compulsória, pois não são observadas as condições para tanto, constantes na Lei Federal de Psiquiatria. Traçado o cenário da medida de internação nos Poderes Legislativo e Executivo, no próximo item, será abordada a determinação da internação compulsória pelo Poder Judiciário.

2.1.2.2 Internação compulsória: análise das condições em que o Poder Judiciário participa do encaminhamento de dependentes químicos à internação

Viu-se que, de acordo com a Lei Federal de Psiquiatria, a internação compulsória é aquela determinada pelo Poder Judiciário. Portanto, cabe esclarecer em que circunstâncias isto se faz possível. A partir de consulta à jurisprudência do TJ do Rio Grande do Sul, verificou-se que a internação compulsória aparece, no

²¹⁷ ESPECIALISTAS criticam internação compulsória em Minas. *Portal Assembleia de Minas – Poder e voz do cidadão*, Minas Gerais, 04 dez. 2013. Disponível em: <http://www.almg.gov.br/acompanhe/noticias/arquivos/2013/12/04_comissao_direitos_humanos_internacao_compulsoria.html>. Acesso em: 21 maio 2014. Texto postado no link Notícias.

²¹⁸ NA contramão da internação compulsória. *Informe ENSP*, Rio de Janeiro, 15 mar. 2013. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/32156>>. Acesso em: 02 set. 2014.

âmbito cível, nas seguintes circunstâncias: ela é requerida por meio de ação autônoma de internação compulsória ou ação de interdição civil cumulada com pedido de internação compulsória, e impugnada por meio dos recursos processuais disponíveis ou pela ação de *habeas corpus*. Em matéria penal, a internação compulsória tem figurado como possível medida cautelar, medida protetiva para crianças e adolescentes e, também, como alternativa à prisão nas hipóteses formuladas pelo Programa de Justiça Terapêutica²¹⁹, a ser abordado no item seguinte.

Em regra, as prescrições da Lei Federal de Psiquiatria constituem a base legal do pedido de internação compulsória. Contudo, há quem entenda por sua inaplicabilidade. Em decisão interlocutória proferida por juíza do Rio de Janeiro, na qual foi revogada a internação compulsória determinada anteriormente em sede de antecipação de tutela, foram elencados argumentos contrários à internação de usuários de drogas com base na lei referida. Para a magistrada, o fato do artigo 9º da Lei nº. 10.216/2001 dispor que a internação compulsória será determinada de acordo com a legislação vigente e pelo juiz competente, depreende-se que deve haver outra lei que autorize a internação compulsória no ordenamento jurídico. Atualmente, ela vislumbra essa autorização legal apenas nos artigos 99 da Lei de Execuções Penais (LEP) e artigo 319, VIII do Código de Processo Penal (CPP), os quais versam sobre a aplicação da medida de segurança de internação provisória nos casos em que pessoa semi ou inimputável houver cometido crime²²⁰.

O fato de existir PL que visa alterar a Lei de Drogas para inserir a possibilidade de internação contra a vontade de usuários de drogas seria outro indício de que, atualmente, não há qualquer dispositivo legal que o autorize. Por isso, a magistrada entende ser ilegal qualquer pedido nesse sentido, pois inexistente base legal para que se autorize a internação compulsória de um dependente químico que não tenha cometido um crime ou não tenha sido interdito para esse

²¹⁹ Esta pesquisa foi realizada no sítio eletrônico do TJRS, na página destinada à pesquisa de jurisprudência. Os termos utilizados na ferramenta de busca foram: “internação compulsória”, “internação compulsória e interdição”, “internação compulsória justiça terapêutica”. RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. *Jurisprudência*. Disponível em: <[http://www.tjrs.jus.br/busca/?tb=jurisnova&partialfields=tribunal%3ATribunal%2520de%2520Justi%25C3%25A7a%2520do%2520RS.\(TipoDecisao%3Aac%25C3%25B3rd%25C3%25A3o|TipoDecisao%3Amonocr%25C3%25A1tica|TipoDecisao:null\)&t=s&pesq=ementario.#main_res_juris](http://www.tjrs.jus.br/busca/?tb=jurisnova&partialfields=tribunal%3ATribunal%2520de%2520Justi%25C3%25A7a%2520do%2520RS.(TipoDecisao%3Aac%25C3%25B3rd%25C3%25A3o|TipoDecisao%3Amonocr%25C3%25A1tica|TipoDecisao:null)&t=s&pesq=ementario.#main_res_juris)>. Acesso em: 07 out. 2014.

²²⁰ RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça. Juizado Especial Adjunto Cível. Comarca de Queimados. *Decisão. Processo nº 8592-07/2012*. Autor: Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. Réu: Município de Queimados. Juíza de Direito: Isabel Teresa Pinto Coelho. Queimados, 12 de setembro de 2013. Disponível em: <http://ajd.org.br/decisoos_ver.php?idConteudo=44>. Acesso em: 07 out. 2014.

fim²²¹. Há, portanto, quem entenda que a ausência de previsão da internação compulsória na Lei de Drogas inviabiliza a ação autônoma de internação compulsória de dependente químico. Contudo, trata-se de uma demanda aparentemente comum no universo de julgados pesquisado e que tem sido processada normalmente. Em muitas destas ações o MP figura como autor. Sua legitimidade ativa é alvo de controvérsias, inclusive o STF e o Superior Tribunal de Justiça (STJ) possuem entendimentos diversos a respeito.

No STF, em julgado de 2008, prevaleceu o entendimento de que o MP não tem legitimidade ativa para requerer a internação compulsória para tratamento de saúde de pessoa acometida por alcoolismo. Havendo Defensoria Pública (DP) organizada no local, seria desta instituição a competência para tanto. O relator, Ministro Marco Aurélio, teve seu voto vencido. Entendeu que, após a CRFB/1988 (art. 127), a competência do MP adquiriu maior envergadura, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis. Por isso, mesmo havendo DP, por se tratar de um tratamento a ser realizado contra a vontade da pessoa, o MP teria competência por se tratar de um direito indisponível. Também destacou que, a rigor, o indivíduo deveria estar interditado, mas não adentrou a questão porque a decisão a respeito caberia ao juízo de primeiro grau²²².

Nesta oportunidade, a Ministra Carmen Lúcia se manifestou de forma contrária, sustentando que ninguém pode ser forçado a se internar para atender os interesses da coletividade. O relator havia mencionado que os incidentes provocados pelo destinatário da internação extrapolam o âmbito de sua residência. O aspecto fronteiro da questão em relação à ordem pública foi ponto levantado por todos os Ministros(as) que participaram da sessão. Para o Ministro Menezes Direito, pedir a internação compulsória de uma pessoa não faz parte da competência do MP, sendo algo a ser providenciado pela família ou, não havendo, pela rede de assistência social. Destacou, ainda, que foi a esposa do sujeito que buscou o MP com vistas à internação. A competência, portanto, seria da DP, órgão que poderia

²²¹ RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça. Juizado Especial Adjunto Cível. Comarca de Queimados. *Decisão. Processo nº 8592-07/2012*. Autor: Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. Réu: Município de Queimados. Juíza de Direito: Isabel Teresa Pinto Coelho. Queimados, 12 de setembro de 2013. Disponível em: <http://ajd.org.br/decisoes_ver.php?idConteudo=44>. Acesso em: 07 out. 2014.

²²² BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Primeira Turma. *Recurso Extraordinário nº 496.718-9/RS*. Recorrente: Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul. Recorrido: Estado do Rio Grande do Sul. Ministro relator: Carlos Alberto Menezes Direito. Brasília, 12 de agosto de 2008. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/pagina_dorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=558659>. Acesso em: 08 out. 2014. p. 4-5.

recorrer aos órgãos administrativos, inclusive à Brigada Militar, se assim considerado necessário, da mesma forma. Também o Ministro Ricardo Lewandowski acompanhou o voto divergente²²³.

No STJ, por sua vez, em 2006 foi acolhido à unanimidade o entendimento de que o MP tem competência para a defesa de direitos individuais indisponíveis mesmo quando a ação visa a tutela de uma pessoa individualmente considerada. No caso, o MP ajuizou ação pedindo a internação compulsória de uma adolescente que, em gestação, usava drogas e corria o risco de sofrer um aborto repentino. A tutela foi justificada pela proteção dos direitos à saúde e à vida de ambos²²⁴. Essa divergência não é de simples solução. Seu ponto nodal parece ser a extensão da legitimidade ativa do MP na defesa dos interesses individuais indisponíveis, papel que lhe é conferido pelo artigo 127 da CRFB/1988²²⁵. A partir deste dispositivo e das funções institucionais elencadas no artigo 129, Sampaio observa que o MP, além da tradicional função de titular da ação penal pública, está vocacionado à salvaguarda dos direitos difusos e coletivos²²⁶.

Em termos de hermenêutica constitucional, entende-se que os interesses individuais indisponíveis abrangem os objetos que não estão à disposição de seus titulares em duas circunstâncias: quando houver uma especial necessidade de tutela, como no caso dos incapazes, bem como nas situações em que estiver em jogo direitos individuais homogêneos. Em ambos os casos, deve estar presente a nota de relevância social ou comunitária, de modo que nem todo interesse individual homogêneo estará sob a tutela do MP²²⁷. Cabe observar, ainda, que ao MP é permitido o ajuizamento de ação de interdição, nos moldes dos artigos 1.768 e 1.769

²²³ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Primeira Turma. *Recurso Extraordinário nº 496.718-9/RS*. Recorrente: Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul. Recorrido: Estado do Rio Grande do Sul. Ministro relator: Carlos Alberto Menezes Direito. Brasília, 12 de agosto de 2008. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/pagina_dorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=558659>. Acesso em: 08 out. 2014. p. 7-16.

²²⁴ Id. Segunda Turma. *Recurso Especial nº 856.194/RS*. Recorrente: Estado do Rio Grande do Sul. Recorrido: Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul. Ministro relator: Humberto Martins. Brasília, 12 de setembro de 2006. Disponível em: <https://ww2.stj.jus.br/revistaeletronica/Abre_Documento.asp?sSeq=646317&sReg=200601262633&sData=20060922&formato=PDF>. Acesso em: 08 out. 2014.

²²⁵ Além desse aspecto, caberia abordar as transformações na função do MP ao longo da história brasileira, tendo-se como marco os períodos pré e pós-CRFB/1988, o que não foi feito por razões de corte epistemológico. Neste ponto, sugere-se a leitura das obras de Hugo Nigro Mazzilli. Cf. MAZZILLI, Hugo Nigro. A atuação do Ministério Público no Processo Civil. *Revista Síntese Direito Civil e Processual Civil*, São Paulo, v. 73, set.-out. 2011. Disponível em: <<http://www.mazzilli.com.br/pages/artigos/mpnopc2.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

²²⁶ SAMPAIO, José Adércio Leite. Capítulo IV – Das funções essenciais à Justiça. Seção I – Do Ministério Público. Art. 129. In: CANOTILHO, J. J. Gomes et al. *Comentários à Constituição do Brasil*. São Paulo: Saraiva/Almedina, 2013. p. 1532.

²²⁷ Id. Capítulo IV – Das funções essenciais à Justiça. Seção I – Do Ministério Público. Art. 127. In: CANOTILHO, J. J. Gomes et al. *Comentários à Constituição do Brasil*. São Paulo: Saraiva/Almedina, 2013. p. 1520-1521.

do CC, mas não há previsão legal quanto ao pedido de internação compulsória. Entende-se que o *parquet* deverá figurar como *custos legis* no processo de internação compulsória, por ser matéria que envolve interesse de possível incapaz. Já a sua legitimidade para interpor a ação encontra-se na zona cinzenta entre o que constitui ou não um interesse individual indisponível, bem retratada pela divergência entre o STF e o STJ.

Outro ponto controverso que emanou da pesquisa jurisprudencial foi o do afastamento de determinados requisitos legais prejudiciais à internação compulsória ou involuntária por conta da urgência em se colocar o usuário de drogas sob contenção, supervisão e tratamento. Cite-se, como exemplo, julgado do TJRJ de 2013 no qual a internação compulsória foi considerada legal mesmo diante da inexistência de exame médico atestando a sua necessidade:

Pretensão de genitora em obter a interdição de filha maior de idade, em razão do agravamento de seu quadro de dependência química. Alegação de dificuldade em prosseguir com o tratamento ambulatorial, observando-se que a interditanda se apresenta arredia a qualquer medida que importe no afastamento do vício, apresentando episódios de crises cada vez mais graves e frequentes. *Avaliação psiquiátrica que se viu frustrada por residir a paciente em área de risco e de difícil acesso. Não seria crível exigir-se nas situações emergenciais, como a dos autos, em que a própria genitora promove a interdição de sua filha, que toda e qualquer internação seja precedida de avaliação médica, considerando-se a notória e irrefutável carência de profissionais da saúde para atender à vultosa e crescente população que apresenta dependência em relação à substância entorpecente conhecida como "crack".* Deferimento da curatela provisória lastreada pela presença dos requisitos autorizadores do artigo 273 do CPC. Necessidade da internação compulsória que se justifica, com o intuito de resguardar a paciente e seus familiares dos efeitos devastadores decorrentes do agravamento do quadro clínico da paciente pela descontinuidade do tratamento médico ambulatorial. *Inviolabilidade da Lei nº 10.216/01 devidamente preservada diante da determinação no sentido de que, tão logo efetivada a internação, seja realizado o exame médico da paciente, com a remessa ao Juízo.* Inexistência da alegada ilegalidade sustentada pelo Ministério Público de primeiro grau (grifos nossos)²²⁸.

A impossibilidade de avaliação psiquiátrica prévia justificada por residir a paciente em área de risco e de difícil acesso e, também, pela carência de profissionais diante da crescente população de usuários de crack, foram as razões pelas quais foi permitida a internação compulsória sem laudo médico circunstanciado, exigência do artigo 6º da Lei Federal de Psiquiatria. Fez-se a

²²⁸ RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça. Décima Câmara Cível. *Agravo de Instrumento nº. 0049163-27.2012.8.19.000*. Relator: Desembargador Jose Carlos Varanda dos Santos. Rio de Janeiro, 18 de julho de 2013. Disponível em: <<http://www4.tjrj.jus.br/ejud/ConsultaProcesso.aspx?N=2012.002.35002>>. Acesso em: 08 out. 2014.

ressalva de que essa relativização da necessidade do exame psiquiátrico deve ser excepcional. De acordo com julgado proferido pelo STJ em sede de *habeas corpus*, extrai-se que na ausência de conclusões médicas sobre a saúde psíquica da pessoa e necessidade da internação, esta não poderá ser determinada pelo juízo, sob pena de constrangimento ilegal²²⁹.

Outra exigência da Lei Federal de Psiquiatria que tem sido relativizada é a necessidade de demonstração de insuficiência da rede de assistência extra-hospitalar antes de proposta a internação. Julgados recentes do STJ apresentam o entendimento de que o artigo 4º da Lei nº. 10.216/2001 contém uma ressalva que dispensa a aplicação dos recursos extra-hospitalares se demonstrada a efetiva insuficiência de tais medidas (HC 135.271-SP²³⁰, HC 169.172-SP²³¹ e HC 130.155-SP). No voto do relator proferido no terceiro *habeas corpus* citado, fica claro que o juízo de adequação da internação é feito exclusivamente a partir do que consta no laudo médico pericial. Entendeu-se que houve, nos autos, demonstração efetiva da insuficiência dos recursos extra-hospitalares: “[...] acredita-se, ser esta a situação dos presentes autos. Isso porque, como bem detectou o acórdão denegatório, o ora paciente ‘tem histórico de agressividade, com maldade, acima do comum’”²³².

Observe-se que esta questão foi alvo de preocupação por parte dos Senadores, ao refletirem sobre a redação do PLS 37/2013. Optou-se por redação idêntica à do artigo 4º da Lei Federal de Psiquiatria justamente por se entender que, antes de se indicar a internação, meios de tratamento alternativos devem ser efetivamente tentados. Em muitos locais, infelizmente, esta tentativa é de logo abortada por não haver a oferta de tratamentos alternativos, por conta da

²²⁹ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Terceira Turma. *Habeas Corpus nº 35.301/RJ*. Impetrante: Odilson Araújo Palma. Impetrado: Primeira Câmara Criminal do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. Paciente: J. de M. G. Ministra relatora: Nancy Andrighi. Brasília, 03 de agosto de 2004. Disponível em: <https://ww2.stj.jus.br/revistaeletronica/Abre_Documento.asp?sSeq=486536&sReg=200400630133&sData=20040913&formato=PDF>. Acesso em: 08 out. 2014.

²³⁰ Id. Superior Tribunal de Justiça. Terceira Turma. *Habeas Corpus nº. 135.271-SP (2009/0082035-2)*. Impetrante: Lúcio Mota do Nascimento – Defensor Público. Impetrado: Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Paciente: F. A. S. (internado). Relator: Ministro Sidnei Beneti. Brasília, DF, 17 de dezembro de 2013. Disponível em: <https://ww2.stj.jus.br/revistaeletronica/Abre_Documento.asp?sSeq=1292099&sReg=200900820352&sData=20140204&formato=PDF>. Acesso em: 18 maio 2014.

²³¹ Id. Superior Tribunal de Justiça. Quarta Turma. *Habeas Corpus nº. 169.172-SP (2010/0067246-5)*. Impetrante: Adolpho Daltin Assis. Impetrado: Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Paciente: R. A. A. C. (internado). Relator: Ministro Luis Felipe Salomão. Brasília, DF, 10 de dezembro de 2013. Disponível em: <https://ww2.stj.jus.br/revistaeletronica/Abre_Documento.asp?sSeq=1288362&sReg=201000672465&sData=20140205&formato=PDF>. Acesso em: 18 maio 2014.

²³² Id. Superior Tribunal de Justiça. *Habeas Corpus nº. 130.155-SP (2009/0037260-7)*. Impetrante: Maria Fernanda dos Santos Elias Maglio – Defensora Pública e outro. Impetrado: Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Paciente: G. F. C. (internado). Relator: Ministro Massami Uyeda. Brasília, DF, 04 de maio de 2010. Disponível em: <https://ww2.stj.jus.br/revistaeletronica/Abre_Documento.asp?sSeq=967681&sReg=200900372607&sData=20100514&formato=PDF>. Acesso em: 18 maio 2014. p. 84.

desarticulação ou até inexistência de uma rede de atenção psicossocial. Diante do exposto até aqui, tem-se que garantias da Lei Federal de Psiquiatria têm sido relativizadas pelos tribunais do país. Isto é intolerável, sobretudo porque se trata de restrição à liberdade de uma pessoa. Pela justificativa do “cuidado” ou “urgência” não se pode desobedecer a legislação em vigor. Apresentadas as fragilidades da disciplina jurídica sobre internação compulsória, vai-se explorar o movimento da Justiça Terapêutica e, após, será destacada circunstância em que a internação compulsória parece atender a finalidades que extrapolam o objetivo de cuidado e tratamento.

2.1.2.2.1 Apresentação e crítica à Justiça Terapêutica no Brasil: até que ponto há efetivamente uma escolha entre prisão e tratamento

Conforme o artigo 36b da Convenção Única sobre Drogas da ONU (1961) as pessoas que usam drogas de forma abusiva devem ser submetidas a medidas de tratamento, educação, reabilitação e reintegração social. De acordo com a tríade de convenções da ONU a respeito, essas medidas deveriam ser consideradas alternativas ao sistema da justiça criminal. Nessa esteira, para o UNODC, as pessoas com dependência química que tenham cometido crime relacionado com drogas devem ser encorajadas a aderir a um tratamento como alternativa à punição criminal, opção que tem se mostrado mais eficaz do que o aprisionamento. Também podem ser beneficiados aqueles que cometeram crime sob forte influência da droga, a exemplo de crimes patrimoniais para possibilitar a compra da substância. O tratamento deve ser provido em consonância com os direitos fundamentais do usuário, a quem deve ser permitido decidir sobre sua adesão e a melhor forma de tratamento. A pressão legal pode motivar o empenho no tratamento, mas a decisão de ingressar e sair dele permanece com o indivíduo²³³.

Na Declaração de Antígua (2013), os Estados membros são encorajados a fortalecer as suas ações e políticas destinadas a reduzir a superlotação carcerária, com a promoção de maior acesso à justiça e apoio a penas alternativas ao encarceramento, sobretudo através do aumento do acesso à reabilitação, cuidado

²³³ UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. *From coercion to cohesion: treating drug dependence through health care, not punishment*. New York: United Nations, 2010. Disponível em: <http://www.unodc.org/docs/treatment/Coercion_Ebook.pdf>. Acesso em: 30 set. 2014. p. 5.

integral à saúde e programas de reintegração social²³⁴. Sob a influência do apelo internacional pela substituição da sanção penal por tratamento, vê-se o fortalecimento da Justiça Terapêutica no Brasil. Estados como Alagoas, Goiás, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul já adotam esta política, cada um com suas peculiaridades. Em Alagoas o projeto foi implantado em junho de 2014, fruto da parceria entre o MPE e o TJ. Desde então, os usuários de drogas que praticarem delitos de pequeno potencial ofensivo têm, como alternativa de transação penal, aderir voluntariamente a círculos de conversas e internações como formas de tratar a dependência química. Caso ele não aceite participar no programa, caberá ao MPE ofertar denúncia perante o Poder Judiciário²³⁵.

Em Goiás, o programa foi implantado em 2010, inspirado pelo modelo concebido no Rio de Janeiro em 2002²³⁶. Ele abrange toda e qualquer pessoa que cometeu um delito que tenha vínculo com o uso abusivo de drogas (crime cometido sob seus efeitos ou para manter o vício). O agente poderá participar nas seguintes hipóteses: (a) nos crimes de menor potencial ofensivo, o suposto autor do delito poderá escolher entre responder ao processo ou se submeter à intervenção terapêutica (autônoma ou cumulada com penas alternativas); (b) após a condenação, a proposta poderá ser apresentada de forma autônoma ou cumulada em caso de substituição das penas privativas de liberdade pelas restritivas de direito, ou ainda como condição para a concessão de benefícios como livramento condicional, suspensão da pena, regime aberto domiciliar dentre outros; (c) quando cabível o benefício da liberdade provisória, a intervenção terapêutica poderá ser aplicada como substitutivo da prisão provisória; (d) para todo aquele que demonstrar interesse no tratamento, mesmo não havendo vinculação com o processo²³⁷.

²³⁴ ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. Assembleia Geral. *Declaração de Antígua, de 06 de junho de 2013*. Por uma política integral frente ao problema mundial das drogas nas Américas. Disponível em: <https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/Declaracao_antigua_guatemala_PT.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2014.

²³⁵ BARRETO, Rafael Cavalcanti. Ministério Público e Tribunal de Justiça implantam justiça terapêutica em Alagoas. *Ministério Público do Estado de Alagoas*, Maceió, 10 jun. 2014. Disponível em: <http://www.mp.al.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1558:ministerio-publico-e-tribunal-de-justica-implantam-justica-terapeutica-em-alagoas&catid=27:noticias-geral&Itemid=6>. Acesso em: 30 set. 2014. Texto postado no link Notícias, Geral.

²³⁶ Cf. RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça. *Justiça Terapêutica – Apresentação e Justificativa*. Rio de Janeiro, [2002?]. Disponível em: <<http://www.tjrj.jus.br/web/guest/institucional/vep/apre-justificativas>>. Acesso em: 04 out. 2014.

²³⁷ GOIÁS. Tribunal de Justiça do Estado de Goiás. Secretaria de Gestão Estratégica. *Programa Justiça Terapêutica*. Goiânia: Tribunal de Justiça do Estado de Goiás, [2010?]. Disponível em: <http://www.tjgo.jus.br/docs/institucional/projetoseacoes/justicaterapeutica/DOC_cartilha_divulgacao.pdf>. Acesso em: 30 set. 2014. p. 2-6.

O projeto de Justiça Terapêutica foi originariamente concebido pelo MPE do Rio Grande do Sul e implantado em 1999 no estado. Destinado ao usuário de drogas ou dependente químico que tenha cometido um delito de menor potencial ofensivo, o programa visa resolver o processo e a causa dele, qual seja, o envolvimento com drogas. Sua principal premissa é o princípio da atenção integral, inspirado no ECA e estendido a todo infrator nessas condições. O objetivo é evitar que a prisão aconteça, substituindo-a por tratamento que faça o agente abandonar o comportamento ou curar a enfermidade que o leva a delinquir. Nesse caso, o sistema judiciário e o sistema de saúde precisam trabalhar juntos. O tratamento é conduzido pelo profissional de saúde sob o monitoramento judicial, por meio do constante fluxo de informação entre saúde e justiça. Dessa forma, haveria maior aderência do infrator ao tratamento e, conseqüentemente, melhores resultados²³⁸.

A aderência ao programa poderá ocorrer em três fases durante o processo: (a) na fase pré-julgamento, por meio da transação penal; (b) na fase de julgamento, quando o tratamento poderá ser associado ao cumprimento da pena de prisão ou pena alternativa; (c) na fase pós-julgamento, quando o tratamento pode ser posto como condição para a concessão de benefícios ao apenado. Se o tratamento for concluído com sucesso, o processo judicial é arquivado. Dentre as vantagens elencadas está a redução do custo social decorrente do encarceramento, pois este é mais caro do que o tratamento, a redução do uso de drogas e da reincidência criminal²³⁹.

A partir de 2000, o programa foi assumido pela Corregedoria-Geral da Justiça do Rio Grande do Sul, que lhe ampliou a abrangência. Além do Direito Penal, ele foi estendido ao Direito de Família e à Justiça da Infância e da Juventude. Através dele, é ofertada um tipo de pena alternativa, uma medida de tratamento ou uma medida protetiva, respectivamente. Dentre as possibilidades, está a internação compulsória²⁴⁰. Também em 2000, formou-se a Associação Nacional de Justiça Terapêutica (ANJT), organização não-governamental sem fins lucrativos que reúne Promotores de Justiça, Juizes de Direito, Defensores Públicos, advogados, policiais,

²³⁸ SILVA, Ricardo de Oliveira; FREITAS, Carmen Có. Justiça terapêutica: um programa judicial de redução do dano social. *Instituto Innovare*, ed. V., 2008. Disponível em: <<http://www.premioinnovare.com.br/praticas/justica-terapeutica-um-programa-judicial-de-reducao-do-dano-social-2127/>>. Acesso em: 02 out. 2014.

²³⁹ Ibid.

²⁴⁰ RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. *Justiça terapêutica*. Porto Alegre, [20--]. Disponível em: <http://www1.tjrs.jus.br/site/poder_judiciario/tribunal_de_justica/corregedoria_geral_da_justica/projetos/projetos/justica_terapeutica.html>. Acesso em: 27 maio 2014.

profissionais da saúde e voluntários dedicados ao encaminhamento do infrator usuário de drogas para tratamento. Seus objetivos principais são divulgar o Programa de Justiça Terapêutica, esclarecer dúvidas a respeito, promover eventos para a troca de experiências e publicar artigos sobre o tema²⁴¹.

De acordo com o UNODC, o tratamento, por ter sido oferecido no âmbito da justiça criminal, não deve ser considerado compulsório e não implica na privação da liberdade do indivíduo. Este ainda terá a chance de escolher entre aceitar o tratamento ou ser aprisionado (ou outra sanção penal cabível). O paciente não é forçado a cumprir nenhum tratamento sem o seu consentimento. A espécie de pressão que há para que escolha o tratamento seria significativamente diferente de um tratamento compulsório, quando não lhe é dada a chance de recusá-lo ou escolher que tipo de tratamento deseja seguir. As alternativas às sanções penais, de ordem educativa e clínica conforme as convenções da ONU, podem ser oferecidas sem que haja a violação do direito dos dependentes de recusar o tratamento, atingindo-se um equilíbrio entre o desejo da sociedade de reduzir os crimes relacionados com drogas e os direitos do indivíduo de receber tratamento²⁴².

Ademais, algum grau de pressão é utilizado para encorajar dependentes a iniciar um tratamento ou mantê-los sob acompanhamento, desde uma pressão informal oriunda da família e amigos, até uma pressão formal e legal para que se engaje no tratamento como alternativa ao encarceramento ou outras sanções. A depender do modo com que essa escolha é apresentada, o tratamento como alternativa ao sistema de justiça criminal não fere o direito do paciente em aceitar ou recusar o tratamento. Há, ainda, situações em que o agente do delito não teria condições de pagar um tratamento ou enfrenta obstáculos ao acesso à rede pública de assistência à saúde. Por isso, ao lhe ser oferecida a possibilidade de ingressar em um tratamento efetivo, humano e acessível como alternativa às sanções penais, muitos deles irão escolher o tratamento voluntariamente. Trata-se de algo positivo,

²⁴¹ SILVA, Ricardo de Oliveira; FREITAS, Carmen Silvia Có. Justiça Terapêutica: um programa judicial de redução de dano social. *Associação Brasileira de Justiça Terapêutica*, Porto Alegre, 20 maio 2008. Disponível em: <<http://www.abjt.org.br/index.php?id=99&n=158>>. Acesso em: 27 maio 2014. Texto postado no link Artigos.

²⁴² UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. *From coercion to cohesion: treating drug dependence through health care, not punishment*. New York: United Nations, 2010. Disponível em: <http://www.unodc.org/docs/treatment/Coercion_Ebook.pdf>. Acesso em: 30 set. 2014. p. 2.

na medida em que o tratamento tem sido mais eficaz na redução da criminalidade neste campo do que o encarceramento²⁴³.

Para Karam, por sua vez, tratamentos médicos obrigatórios determinados através do sistema penal são penas ilegítimamente impostas. Tal viola o direito do paciente à intimidade e o dever de sigilo ao qual o médico e demais profissionais da saúde devem obediência. O sigilo protege a intimidade do paciente e sustenta a relação de confiança estabelecida entre ele e o profissional. No contexto que ora se analisa, o médico é instado a informar ao Poder Judiciário sobre os comportamentos reservados de seu paciente, transformando-se em um delator ao arrepio do imperativo ético de sigilo profissional. A obrigatoriedade do tratamento e sua integração ao sistema penal coloca o juiz em uma posição de controle do indivíduo, controle que é perpetrado através das informações prestadas por aqueles encarregados de realizar o tratamento. A prioridade dos profissionais de saúde deve ser o bem-estar do seu paciente, e não os interesses do sistema penal²⁴⁴.

Também para Bravo a Justiça Terapêutica não respeita a autonomia do usuário. Pelo contrário, o projeto ignora que a iniciativa e voluntariedade do paciente é essencial para qualquer tipo de tratamento sério. Essa demanda por parte do dependente pode ser provocada ou alimentada de diversas maneiras, desde que ao final ele possa exercer sua liberdade de escolha livremente. Não é assim que acontece na Justiça Terapêutica, pois o consentimento é prestado por um sujeito a quem está sendo imputada a autoria de um crime e cuja outra opção seria sofrer uma sanção penal mais gravosa. Logo, a dita “escolha” é realizada em um ambiente de chantagem e coerção²⁴⁵. O autor, ao retomar o surgimento dos tribunais terapêuticos (*drug courts*) nos EUA, os atribui uma finalidade diferente daquelas apresentadas no documento do UNODC.

Bravo explica que, nos anos 80, as políticas neoliberais colocaram fim ao Estado de Bem-Estar Social nos EUA. As políticas de proteção social cedem lugar a um estado mínimo e punitivo, cuja finalidade última é a criminalização da miséria,

²⁴³ UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. *From coercion to cohesion: treating drug dependence through health care, not punishment*. New York: United Nations, 2010. Disponível em: <http://www.unodc.org/docs/treatment/Coercion_Ebook.pdf>. Acesso em: 30 set. 2014. p. 5-9.

²⁴⁴ KARAM, Maria Lúcia. Parte II – Capítulo 1: Internações: aspectos jurídicos, políticos e sua interface com a saúde mental. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Comissão de Direitos Humanos. (Org.) *Drogas, direitos humanos e laço social*. Brasília, DF: CFP, 2013. p. 148-156. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/Drogas-Direitos-Humanos-e-Laco-Social.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2014. p. 149-150.

²⁴⁵ BRAVO, Omar Alejandro. Tribunales terapéuticos: vigilar, castigar y/o curar. *Psicología & Sociedad*, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 148-162, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v14n2/v14n2a08.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2014. p. 152.

colocando sob os excluídos a culpa por sua própria situação. Para atingir esse objetivo, este novo modelo precisava de um formato teórico-prático para justificar as suas ações, sobretudo em matéria penal. Assim surgiram as políticas de “Tolerância Zero”. Com elas, um indivíduo deixa de ser castigado pelo que fez para ser castigado pelo que é, por ser intrinsecamente malvado, inimigo do corpo social. Este novo arranjo jurídico-repressivo afetou fortemente a política de drogas, sobretudo no que se refere ao aumento das penas para traficantes e usuários. Foi nesse contexto que surgiram os tribunais terapêuticos²⁴⁶.

As semelhanças entre o discurso que sustenta a criação dos Tribunais Terapêuticos e a política de “Tolerância Zero” são alarmantes. Bravo chega a dizer que o discurso dos tribunais terapêuticos se inscreve no de Tolerância Zero, enquanto formação discursiva maior. Ambos são justificados pela situação de crise social originada pela ameaça que representa um inimigo, no caso, o delinquente, do qual os usuários de drogas ilegais são um subproduto que deve ser combatido da mesma forma. Por conta do contexto de crise, a urgência de se tomar uma atitude permite desconsiderar questões de ordem sociológica, ética ou legal. O usuário de drogas é visto como um ser essencialmente perigoso para a sociedade, imaginário mantido pelo reforço de afirmações como dizer que o consumo inicial levará necessariamente à dependência química²⁴⁷.

A Justiça Terapêutica seria uma quarta via em relação às interações voluntária, involuntária e compulsória. Bravo destaca a fala de um promotor do Distrito Federal ao se manifestar sobre a possibilidade de instalação da Justiça Terapêutica no local: por um lado, isso resolveria o problema da superlotação carcerária e, por outro, manteria os usuários dentro de um sistema de vigilância e controle. O autor questiona, ainda, a base ética deste programa, tendo em mente o potencial de lucro para setores privados (uma possível fonte de corrupção) e o caráter religioso de muitas das organizações que recebem internos, o que vulnera a laicidade das ações do Estado. A política de redução de danos é o que se contrapõe a essas práticas pois, além de buscar tratamento genuinamente, o paciente elege

²⁴⁶ BRAVO, Omar Alejandro. Tribunales terapéuticos: vigilar, castigar y/o curar. *Psicología & Sociedad*, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 148-162, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v14n2/v14n2a08.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2014. p. 152-154.

²⁴⁷ *Ibid.*, p. 157.

como e até onde deseja se envolver com ele, desempenhando desta forma um papel ativo e reconhecendo-se como sujeito de direito²⁴⁸.

Para Ribeiro e Ribeiro, as *Drug Courts* não passam de um estratagema processual a serviço da manutenção da política proibicionista concebida para evitar o colapso do sistema penitenciário. Com ele, mantém-se a criminalização do usuário ao mesmo tempo em que se torna a punição mais aceitável por estar revestida de finalidades médico-sanitárias²⁴⁹. Scisleski e Maraschin, ao estudarem a internação compulsória de adolescentes usuários de drogas ilícitas, constataram que a ordem judicial exerce uma dupla função: é estratégia de acesso ao serviço de saúde e, ao mesmo tempo, uma espécie de punição. O encaminhamento para internação serve como recurso auxiliar à disciplinarização dos adolescentes, conjugando as ações de medicar e punir. Em regra, a internação psiquiátrica é realizada previamente à internação na Fundação de Atendimento Sócio-Educativo (FASE), de modo que a primeira acaba funcionando como um castigo ou tratamento moral que, se falhar, poderá ser substituído por uma intervenção mais rigorosa²⁵⁰.

É sabido que o sistema penitenciário brasileiro está a beira de um colapso, sendo a política repressiva contra as drogas uma das principais causas do aumento da população carcerária nos últimos dez a vinte anos. A Justiça Terapêutica teria o efeito denunciado por Bravo, portanto. A despeito da despenalização do porte de drogas para consumo pessoal, a atual Lei de Drogas agravou as penas para o tráfico (art. 33) sem ter indicado critérios legais claros para a diferenciação entre usuário e traficante (vide o já comentado art. 28, § 2º). Tal prejudica a defesa do acusado e o deixa a mercê da discricionariedade da autoridade policial. A redação do tipo correspondente ao delito de tráfico intenta, claramente, encobrir todas as condutas possíveis que compõem a cadeia de produção, distribuição, comércio e consumo de drogas. A despeito da grande variedade de condutas e de danos

²⁴⁸ BRAVO, Omar Alejandro. Tribunales terapéuticos: vigilar, castigar y/o curar. *Psicología & Sociedad*, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 148-162, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v14n2/v14n2a08.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2014. p. 156-159.

²⁴⁹ RIBEIRO, Maurides de Melo; RIBEIRO, Marcelo. Política mundial de drogas ilícitas: uma reflexão histórica. *Boletim Eletrônico ABEAD*, São Paulo, 41 ed., 10 out. 2008. Disponível em: <http://www.abead.com.br/boletim/arquivos/boletim41/ribeiro_e_ribeiro_politica_mundial_de_drogas.pdf>. Acesso em: 01 out. 2014. p. 19.

²⁵⁰ SCISLESKI, Andrea Cristina Coelho; MARASCHIN, Cleci. Internação psiquiátrica e ordem judicial: saberes e poderes sobre adolescentes usuários de drogas ilícitas. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 3, p. 475-465, jul.-set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000300006>. Acesso em: 01 out. 2014. p. 459-460.

causados à saúde pública, a escala penal é única, o que prejudica a individualização da pena²⁵¹.

A única possibilidade de moderação da pena do tráfico de drogas está prevista no § 4º do artigo 33, o qual prevê a redução da pena em se tratando de réu primário ou quando o agente não seja participante de uma organização criminosa. É evidente a preferência do poder legislativo pela pena de prisão, notadamente para os pequenos traficantes. A eles, para os quais o juiz pode reconhecer a pouca relevância da sua participação no comércio ilegal de drogas, não é possível a substituição por pena alternativa por força legal. As prisões brasileiras, tradicionalmente ocupadas por pessoas que cometeram crimes contra o patrimônio, em sua maioria, veem o número de presos por tráfico de entorpecentes crescer exponencialmente²⁵².

De acordo com dados do InfoPen Estatística, vinculado ao MJ, em dezembro de 2012 o número total de presos por tráfico de entorpecentes era de 138.198, ou seja, 25% do total da população carcerária aproximadamente (548.003). Em junho de 2006, pouco antes da publicação e entrada em vigor da atual Lei de Drogas, o cenário era bastante diferente. O número total da população prisional era de 267.975. Os presos por tráfico de entorpecentes somavam 44.014, o que representa aproximadamente 16%²⁵³. Rodrigues destaca que, na maioria das vezes, é preso o pequeno traficante, pertencente aos grupos socioeconomicamente mais desfavorecidos da sociedade, reproduzindo-se o sistema seletivo e injusto de atuação do sistema penal. Insiste-se na adoção de uma política de drogas destinada ao fracasso ou ao êxito de objetivos não declarados de intensificação do controle social repressivo das classes mais pobres da população, sujeitas à violação de seus direitos e a tratamento degradante nos cárceres brasileiros²⁵⁴.

No que se refere àquele que incorre exclusivamente no artigo 28 da Lei de Drogas, a imposição de tratamento médico obrigatório, antes de violar o princípio da

²⁵¹ RODRIGUES, Luciana Boiteux de Figueiredo. Drogas y prisión: la represión contra las drogas y el aumento de la población penitenciaria en Brasil. In: METAAL, Pien; YOUNGERS, Coletta. (Eds.) *Sistemas sobrecargados: leyes de drogas e cárceles en América Latina*. Amsterdam: Transnational Institute; Washington: Washington Office on Latin America, 2010. Disponível em: <https://www.academia.edu/5267166/Drogas_y_prision_la_represion_contra_las_drogas_y_el_aumento_de_la_poblacion_penitenciaria_en_Brasil_2010_#>. Acesso em: 29 set. 2014. p. 35.

²⁵² Ibid., p. 35-38.

²⁵³ BRASIL. Ministério da Justiça. InfoPen Estatísticas. *Relatórios Estatísticos/Analíticos do Sistema Prisional Brasileiro*. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/data/Pages/MJD574E9CEITEMIDD82B764AE8544DC2A018450D0D1009C7PTBRIE.htm>>. Acesso em: 29 set. 2014.

²⁵⁴ RODRIGUES, op. cit., p. 38.

culpabilidade, o direito à intimidade, o dever de sigilo e a ética profissional, constitui grave violação à liberdade individual. Tal se deve porque o porte de drogas para consumo pessoal ou até o consumo em circunstâncias que não envolvam perigo concreto, direto e imediato a terceiros não atingem ou ameaçam os direitos de ninguém. De acordo com Karam, qualquer ação do Estado nessas circunstâncias representará uma desautorizada intervenção na vida privada do usuário. Não existe o dever de se submeter a tratamento médico para se pôr fim a uma prática que apenas gera danos para si, tampouco de buscar a cura²⁵⁵.

Ainda conforme a autora, não há espaço para o sistema penal no campo dos transtornos mentais. A atuação do Poder Judiciário deve ser guiada pela garantia dos direitos fundamentais e se dar no juízo cível, como controlar a legalidade de restrições à prática de atos da vida civil (interdição) e/ou análise do cabimento de tratamentos compulsórios quando requeridos pela família, MP ou profissionais de saúde, observadas as disposições da Lei Federal de Psiquiatria. Se o tratamento é imposto no âmbito da criminalização de ações relacionadas às drogas ilícitas, além de não proteger a saúde como se alega, o sistema penal produzirá uma série de danos²⁵⁶.

Pode-se dizer mais: a internação compulsória, quando determinada no âmbito do Direito Penal, pode assumir funções que fogem à perspectiva terapêutica. No item seguinte, um episódio em que isto parece ocorrer será analisado. Embora o agente, adolescente com transtorno psíquico que cometeu crime contra a vida, não seja dependente químico, o caso será importante para demonstrar como a internação compulsória tem operado como dispositivo de extensão da medida socioeducativa de internação. Interna-se para conter, e não tratar e ressocializar o indivíduo. Passa-se à análise do caso, precedida por considerações a respeito da patologização e judicialização da juventude.

²⁵⁵ KARAM, Maria Lúcia. Parte II – Capítulo 1: Internações: aspectos jurídicos, políticos e sua interface com a saúde mental. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Comissão de Direitos Humanos. (Org.) *Drogas, direitos humanos e laço social*. Brasília, DF: CFP, 2013. p. 148-156. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/Drogas-Direitos-Humanos-e-Laco-Social.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2014. p. 150-151.

²⁵⁶ *Ibid.*, p. 151-154.

2.1.2.2.2 Funções da internação compulsória na Justiça da Infância e da Juventude: entre tratar, controlar e punir

Scisleski e Maraschin alertam para o processo de patologização e judicialização de determinadas categorias sociais da juventude por meio da articulação dos saberes médico e jurídico. O encaminhamento à internação via decisão judicial seria o retrato fiel deste fenômeno. Esses saberes se articulam no intuito de constituir e legitimar um consenso em torno da intervenção sobre uma dada categoria social. Embora se refiram a adolescentes em situação de marginalidade, essas considerações podem ser estendidas a todo usuário de drogas em situação de vulnerabilidade social. O encaminhamento judicial parece se sustentar em uma legitimação social anterior, que os coloca em uma posição socialmente desacreditada e faz emergir a necessidade de internação e contenção. Com frequência esses jovens voltam a ser internados, o que demonstra a ineficácia da medida²⁵⁷.

Reis, Guareschi e Carvalho também identificam um crescente processo de judicialização do cuidado em saúde mental de jovens usuários de drogas, sobretudo por ser a internação compulsória frequentemente utilizada como ferramenta de segurança pública e prevenção da violência. A internação compulsória de adolescentes não se dá apenas no contexto de cometimento de ato infracional. O ECA prevê a utilização de medidas protetivas como forma de salvaguardar o bom desenvolvimento da criança e do adolescente (art. 98). Dentre as medidas possíveis estão a “requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial” (art. 101, V) e a “inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos” (art. 101, VI). Os autores questionam como é construída essa necessidade de proteção e a quem se quer proteger por meio da internação psiquiátrica forçada²⁵⁸.

Ao analisarem processos judiciais de adolescentes aos quais foi decretada a medida protetiva de internação psiquiátrica para tratamento da dependência química, os autores identificaram como os saberes – principalmente a Psicologia e o

²⁵⁷ SCISLESKI, Andrea Cristina Coelho; MARASCHIN, Cleci. Internação psiquiátrica e ordem judicial: saberes e poderes sobre adolescentes usuários de drogas ilícitas. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 3, p. 475-465, jul.-set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-7372008000300006>. Acesso em: 01 out. 2014. p. 462-463.

²⁵⁸ REIS, Carolina dos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima; CARVALHO, Salo. Sobre jovens drogaditos: as histórias de ninguém. *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, n. 6, p. 68-78, 2014. Disponível em: <https://www.academia.edu/7821501/Sobre_Jovens_Drogaditos_as_historias_de_ninguem>. Acesso em: 01 out. 2014. p. 69.

Direito – se articulam na produção de verdades legitimadas pela ideia de proteção. O uso de drogas é o principal fundamento utilizado para justificar a necessidade de intervenção do Estado, associado a outras condutas relacionadas a faltas morais praticadas pelos jovens ao longo de sua vida. Essas narrativas culminam com a construção de uma biografia do adolescente, edificada a partir das faltas por ele cometidas. Tais biografias, por sua vez, produzem um discurso de patologização e criminalização que recai sobre o indivíduo e seu comportamento, em um âmbito muito além do uso de drogas ou ato infracional efetivamente cometido²⁵⁹.

Os fundamentos extraídos dos laudos dos profissionais da saúde recaem sobre o psiquismo, ao fazerem referência à estrutura das relações familiares e aos traços de personalidade do adolescente, sobre a sua constituição genética e neurológica, quando citam o histórico familiar de doença mental e as vivências do indivíduo em seus primeiros anos de vida, e ainda sobre o aspecto social, sobretudo a exposição à pobreza e demais condições de vida. Nas palavras dos autores: “[...] práticas legitimadas como científicas e, portanto, supostamente neutras, acabam por psicologizar e naturalizar formas de ser e estar no mundo como desviantes e necessitadas de tratamento”²⁶⁰. Vê-se, portanto, como o saber científico produz verdades que inscrevem no indivíduo um perfil que justifique a adoção de medidas de controle e normalizadoras. O biopoder, na forma como concebido por Foucault, nunca se fez tão atual e operante.

As lógicas de patologização e criminalização referidas se articulam em torno da aparente oferta de proteção social. A internação compulsória encerra em si uma grande contradição, pois é apresentada como consonante a uma lógica de cuidado enquanto parece servir a estratégias centrais utilizadas na ação penal. Tal se faz evidente a partir da leitura daquilo que justifica a necessidade de internação nos processos judiciais. Reis, Guareschi e Carvalho notaram que a medida se fundamenta mais na lógica de controle dos comportamentos do que de tratamento em saúde. Em alguns casos, a internação foi solicitada para afastar o indivíduo das ruas ou por ele apresentar uma conduta agressiva. Em uma das sentenças acessadas, o magistrado afirmou que a internação compulsória é aplicada quando

²⁵⁹ REIS, Carolina dos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima; CARVALHO, Salo. Sobre jovens drogaditos: as histórias de ninguém. *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, n. 6, p. 68-78, 2014. Disponível em: <https://www.academia.edu/7821501/Sobre_Jovens_Drogaditos_as_historias_de_ninguem>. Acesso em: 01 out. 2014. p. 70-72.

²⁶⁰ *Ibid.*, p. 72.

houver necessidade de tratamento ou quando for conveniente à ordem pública, devendo ela perdurar até quando presentes os sintomas²⁶¹.

Ora, internação compulsória por razões de ordem pública não encontra amparo no ordenamento jurídico brasileiro atual. O último diploma normativo que previa a internação de “alienados” por razões de ordem pública foi o Decreto-lei nº. 891, datado de 1938! Esta já deixou de ser uma possibilidade, na medida em que tinha por função dar vazão aos interesses higienistas do Estado. Porém, ainda quando permeadas por controvérsias e arbitrariedades, os saberes que instruem o processo conseguem manter a legitimidade das justificativas oferecidas para a internação dos adolescentes, isto porque se coadunam com outros interesses sociais e com a manutenção de certos estatutos de verdade. A internação de certa parcela da população é “interessante” para, por exemplo, diminuir os índices de criminalidade e “limpar” as ruas antes dos grandes eventos esportivos internacionais a serem sediados no país, situações que se não controladas evidenciarão os alarmantes níveis de desigualdade social²⁶².

“Essas e outras tantas questões contribuem para a emergência de um terreno fértil para a sustentação de saberes que produzam uma desigualdade naturalizável como verdade [...]”²⁶³, ainda que haja quem coloque em xeque todas as contradições deste discurso supostamente científico. Passou-se muito tempo investindo em um poder orientado para potencializar a vida, o que acarretou o desenvolvimento de múltiplas formas de controle, normatizações e medicalizações, mecânica que será estudada mais adiante com base na obra de Foucault. Para uma possível mudança, Reis, Guareschi e Carvalho apostam em práticas de liberdade, que sejam capazes de propiciar a abertura para outros modos de ser e viver na contemporaneidade²⁶⁴. É esta possibilidade de abertura que será buscada, em momento futuro deste trabalho, pelo estudo da alteridade na esteira de Levinas e Dussel. Enquanto o Outro restar encoberto por determinados discursos, o ciclo de verdade-estigmatização-exclusão não terá fim.

²⁶¹ REIS, Carolina dos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima; CARVALHO, Salo. Sobre jovens drogaditos: as histórias de ninguém. *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, n. 6, p. 68-78, 2014. Disponível em: <https://www.academia.edu/7821501/Sobre_Jovens_Drogaditos_as_historias_de_ninguem>. Acesso em: 01 out. 2014. p. 74-75.

²⁶² *Ibid.*, p. 75.

²⁶³ *Ibid.*, p. 75.

²⁶⁴ *Ibid.*, p. 76-77.

A internação compulsória, uma vez utilizada como mecanismo de controle, punição e aumento da vulnerabilidade social dos adolescentes, contraria os ditames dos direitos humanos, sobretudo o direito à saúde, os quais compõem a base de sua justificação formal paradoxalmente. O uso que se faz desta alternativa terapêutica faz com que ela assuma papéis que vão além de situações de saúde. Na maioria das vezes ela é realizada de forma isolada, não contando o paciente com uma rede de apoio, sobretudo quando após alta. Impera, ainda, uma lógica normatizadora que fixa a abstinência como única meta e possibilidade de sucesso, colocando qualquer recaída como fracasso do tratamento. A internação foca no sujeito enquanto corpo biológico e psíquico exposto aos efeitos de uma dada substância psicoativa. Ela pode gerar melhora nesse aspecto, mas deve ser capaz de fortalecer o sujeito para que possa dar prosseguimento a outras formas de cuidado após a internação, tendo em vista que a dependência química é um problema multifacetado²⁶⁵.

Através do “caso Champinha” pode-se perceber muito claramente o desvio de função da internação compulsória. Champinha é o apelido de um jovem que, aos 16 anos, juntamente com outras três pessoas já adultas, cometeu e participou de uma sucessão de crimes em 2003. O resultado das ações foi a morte de um casal de adolescentes que acampavam na zona rural da cidade de Embu-Guaçu, São Paulo. Por ser menor de idade à época, Champinha foi processado perante a Justiça da Infância e da Juventude, tendo sido a ele cominada a medida socioeducativa de internação²⁶⁶. De acordo com o ECA, o tempo máximo para cumprimento da medida de internação é de três anos. Caso o internado complete 21 anos, deverá ser colocado imediatamente em liberdade (art. 121, §§ 3º e 5º)²⁶⁷. De acordo com esses prazos legais, Champinha deveria ser posto em liberdade em novembro de 2006, pois só completaria 21 anos em dezembro do ano seguinte.

Os julgamentos dos demais envolvidos ocorreu em 2006, o que reacendeu o interesse da mídia pelo caso e pelo destino do adolescente, que estava há poucos

²⁶⁵ REIS, Carolina dos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima; CARVALHO, Salo. Sobre jovens drogaditos: as histórias de ninguém. *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, n. 6, p. 68-78, 2014. Disponível em: <https://www.academia.edu/7821501/Sobre_Jovens_Drogaditos_as_historias_de_ninguem>. Acesso em: 01 out. 2014. p. 69.

²⁶⁶ CARLOS, Juliana de Oliveira. *Experimento de exceção: política e direitos humanos no Brasil contemporâneo*. 2011. 145 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8132/tde-12092012-103245/pt-br.php>>. Acesso em: 03 out. 2014. p. 13.

²⁶⁷ BRASIL. Lei nº. 8.069, de 13 de julho de 1990. *Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 03 out. 2014.

meses de ser colocado em liberdade. Em julho deste ano, o MP paulista solicitou ao Instituto Médico Legal (IML) uma nova avaliação psiquiátrica. O diagnóstico, até então de retardo mental, sofreu uma importante alteração: o IML entendeu ser ele portador de transtorno orgânico de personalidade. Sua alta periculosidade passou a ser razão para que a Justiça passasse a desenvolver expedientes para que, findo o prazo da internação, ele não fosse libertado. De acordo com seu advogado de defesa, desde o início do processo foram produzidos 11 laudos sobre sua condição psiquiátrica por assistentes sociais, médicos e psicólogos cujas conclusões eram divergentes entre si²⁶⁸.

Em nenhum momento, desde os relatórios técnicos elaborados na antiga Fundação Estadual para o Bem Estar do Menor (FEBEM), foi indicada a internação compulsória como medida que poderia favorecer o seu quadro. A internação psiquiátrica foi sugerida em alguns deles, mas em caráter voluntário. A maioria, contudo, não indicava a necessidade de internação ou contenção de Champinha. Esta recomendação foi feita pela primeira vez no laudo de autoria do IML em 2006. Diante desta sequência de acontecimentos, Carlos observa que, somente na iminência de ser colocado em liberdade e após diversas avaliações psiquiátricas que lhe diagnosticavam como portador de retardo mental, Champinha se tornou um indivíduo de alta periculosidade. Com base no novo diagnóstico, o MP pediu a substituição da medida socioeducativa de internação por uma medida protetiva de internação compulsória com contenção. A primeira, portanto, foi suspensa e substituída pela internação em local que assegurasse tratamento e contenção²⁶⁹.

Surgiu um problema: não havia um estabelecimento capaz de oferecer tratamento e contenção. Em novembro de 2006, a direção da FEBEM chegou a solicitar a imediata liberação do jovem. Contudo, o magistrado da Vara da Infância e da Juventude determinou que a FEBEM continuasse custodiando Champinha sob o argumento de que a substituição da medida socioeducativa por medida protetiva foi realizada ainda dentro do prazo legal de três anos. Portanto, o jovem ali deveria permanecer até que a Secretaria de Saúde indicasse um local adequado para o cumprimento da demanda de tratamento. Na ausência de estabelecimento

²⁶⁸ CARLOS, Juliana de Oliveira. *Experimento de exceção: política e direitos humanos no Brasil contemporâneo*. 2011. 145 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8132/tde-12092012-103245/pt-br.php>>. Acesso em: 03 out. 2014. p. 34-37.

²⁶⁹ *Ibid.*, p. 39-40.

adequado, foi criada a Unidade Experimental de Saúde (UES), ligada à FEBEM, através da Portaria Administrativa nº. 1.219/2006²⁷⁰. Champinha, portanto, foi internado compulsoriamente para receber tratamento psiquiátrico em uma instituição criada para recebê-lo²⁷¹.

O Conselho Regional de Psicologia (CRP) de São Paulo se manifestou diversas vezes contra a criação e funcionamento da UES, pois os procedimentos adotados não são claros. Trata-se de uma unidade que não compõe o organograma da Secretaria de Saúde e não está inscrita no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Seus prontuários nunca são apresentados aos jovens, seus familiares ou defensores, sendo alegadas razões de sigilo profissional. A segurança interna fica a cargo de agentes penitenciários. As poucas informações conhecidas sobre o dia-a-dia na UES são obtidas com os advogados dos internos. Embora a unidade esteja na pasta da Secretaria de Estado da Saúde, existe um termo de cooperação entre esta e a Secretaria de Administração Penitenciária. O caráter de aprisionamento parece se sobrepor ao caráter terapêutico²⁷².

Também em 2006, o MP ajuizou uma nova ação contra Champinha, desta vez de interdição civil cumulada com a determinação da internação compulsória, com pedido liminar de antecipação de tutela. No CC (art. 1.777), há previsão de recolhimento do interdito quando este não se adaptar ao convívio familiar. Não era este o caso. A família de Champinha se manteve presente durante todo o período de internação na Fundação Casa, visitando-o, mantendo diálogo com seus defensores e traçando planos para quando fosse posto em liberdade. A família estava disposta a recebê-lo no convívio doméstico, portanto. Porém, a internação compulsória foi solicitada com base no novo diagnóstico e foi concedida em novembro de 2006²⁷³. Esta decisão de antecipação de tutela e a anterior, que converteu a medida socioeducativa em medida protetiva de internação compulsória com contenção permaneceram sobrepostas por um ano, aproximadamente²⁷⁴.

Em novembro de 2007 a primeira decisão foi confirmada em sentença: Champinha foi judicialmente interditado e internado compulsoriamente, sendo sua

²⁷⁰ CARLOS, Juliana de Oliveira. *Experimento de exceção: política e direitos humanos no Brasil contemporâneo*. 2011. 145 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8132/tde-12092012-103245/pt-br.php>>. Acesso em: 03 out. 2014. p. 48.

²⁷¹ Ibid., p. 14.

²⁷² Ibid., p. 48-51.

²⁷³ Ibid., p. 41-42.

²⁷⁴ Ibid., p. 54.

mãe sua curadora. Houve recurso, cujo provimento foi negado pelo TJ de São Paulo em setembro de 2008. A rapidez do julgamento e a fundamentação insuficiente foram alvos de críticas da defesa, para a qual o caso foi tratado com discricionariedade e de acordo com alinhamento com outras instâncias do poder²⁷⁵. Como se viu, a UES foi criada para aliar requisitos médicos e contenção física. A necessidade de manter Champinha recluso somente foi possível com o deslocamento do campo da Justiça para o da Saúde²⁷⁶. Ele, que estava na iminência de completar o prazo máximo de internação previsto no ECA, teve de enfrentar duas novas frentes jurídicas que visavam mantê-lo internado: a interdição civil com internação compulsória, pedido do MP de Embu-Guaçu, e a medida protetiva com internação e contenção, proposta pelo MP da capital paulista²⁷⁷.

Carlos observa que Champinha transitou de uma forma de intervenção estatal justificada pela perspectiva pedagógica e ressocializadora, matizes da medida socioeducativa, para uma situação de subordinação a um tratamento de saúde fundamentado em laudos psiquiátricos. Estes desempenharam um papel crucial na determinação do destino do jovem, podendo-se dizer que houve preponderância dos aspectos técnicos e médicos em relação àqueles estritamente jurídicos²⁷⁸. O saber psiquiátrico exerceu duas funções: identificar um inimigo em potencial (que deve ser contido) e diagnosticar um doente mental (que deve ser tratado). Pena e tratamento se confundem, são mesmo indistinguíveis. Neste episódio foi inaugurada uma nova forma de tratar casos de adolescentes infratores cujos atos foram intensamente expostos na mídia e mobilizaram discursos em torno de punições mais severas. Para Carlos, sem alteração legal, encontrou-se um caminho institucional para alterar o limite de privação de liberdade do jovem²⁷⁹.

A cumulação da internação com a interdição civil é uma das formas de entrada na UES. Porém, nenhum dos jovens ali internados foi encaminhado para a unidade diretamente. Todos eles já haviam cumprido medida socioeducativa na Fundação Casa até 2011. Eles têm em comum o fato de terem cometido atos infracionais graves, de grande repercussão na mídia e que geraram grande comoção

²⁷⁵ CARLOS, Juliana de Oliveira. *Experimento de exceção: política e direitos humanos no Brasil contemporâneo*. 2011. 145 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8132/tde-12092012-103245/pt-br.php>>. Acesso em: 03 out. 2014. p. 54-55.

²⁷⁶ *Ibid.*, p. 93.

²⁷⁷ *Ibid.*, p. 44.

²⁷⁸ *Ibid.*, p. 14.

²⁷⁹ *Ibid.*, p. 56.

na localidade – justamente os casos em que os operadores do Direito julgam insuficientes as medidas legalmente previstas²⁸⁰. Para Carlos, a UES foi criada para oferecer aquilo que a Reforma Psiquiátrica buscou abolir: tratamentos compulsórios de saúde mental, com necessidade de contenção física dos internados²⁸¹. A internação compulsória prestou-se, portanto, a estender a contenção do jovem para além do limite legal, indefinidamente. As manobras jurídicas que conduziram o instituto a cumprir essa finalidade somente foram possíveis por terem sido amparadas no discurso médico, que o atribuiu alta periculosidade. É esta simbiose entre discurso médico e jurídico que cria verdades sobre o sujeito e justifica a internação contra a vontade, questão que será estudada a seguir.

2.2 BIOPODER, NORMALIZAÇÃO E VERDADE: A TRANSFORMAÇÃO DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM USO DE DROGAS

Como já anunciado, para abrir cada item secundário foram escolhidas situações reais que tocam o tema diretamente, cujos elementos permearão o capítulo respectivo. Para este, foi selecionada uma denúncia de maus-tratos cometidos em uma comunidade terapêutica divulgada em maio de 2014. Eis o caso. Um jovem de vinte e seis anos, casado e com um filho recém-nascido, usa maconha há dez anos. De acordo com sua família, ele mantinha o vício e trabalhava, sem agir de forma prejudicial em relação a si ou terceiros. Preso por tráfico de entorpecentes, passou sete dias detido. Por não possuir antecedentes criminais, o juiz lhe deu a opção de ser submetido ao tratamento de desintoxicação em clínica terapêutica, em substituição à pena restritiva de liberdade. Decidiu se submeter ao tratamento em uma clínica indicada por sua tia que havia recebido boas recomendações em relação ao padrão de atendimento fornecido pela unidade. Ali ficou por sessenta dias. Ao chegar ao local, foi-lhe dada a primeira orientação: “Aqui, você não tem direito algum [...]”²⁸².

Após o período de internação, apoiado por sua família, o jovem relatou ao MPE de Goiás episódios de tortura psicológica e física. De acordo com ele, caso

²⁸⁰ CARLOS, Juliana de Oliveira. *Experimento de exceção: política e direitos humanos no Brasil contemporâneo*. 2011. 145 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8132/tde-12092012-103245/pt-br.php>>. Acesso em: 03 out. 2014. p. 57.

²⁸¹ Ibid., p. 92.

²⁸² RODRIGUES, Divania. Centro terapêutico é denunciado ao MP. *Diário da Manhã*, Goiânia, 28 de maio de 2014. Disponível em: <<http://www.dm.com.br/texto/178501>>. Acesso em: 05 jun 2014.

desobedecidas as regras, os internados permaneciam cinco dias amarrados em uma maca. Seriam utilizadas armas de fogo para coagir os episódios de desobediência e tentativas de fuga, além da excessiva administração de medicamentos antipsicóticos. Os internos que conquistavam a confiança dos coordenadores se tornavam monitores, cujo ofício era relatar as possíveis fugas ou comportamentos indevidos. Perdeu doze quilos, relatando ser a alimentação inadequada. Nesse tocante, o diretor da instituição indicou uma outra razão para a perda brusca de peso: afirmou que o uso de drogas gera inchaço, sendo comum casos como esse²⁸³.

Os episódios descritos pelo ex-interno estão sendo apurados pelo MP de Goiás. Conforme o diretor do centro, denúncias como essas são comuns porque 99% dos oitenta internados, entre adultos e adolescentes, foram levados ao local contra a sua vontade, por decisão judicial, pedido da família ou casos provenientes do MP. Pela ausência de adesão voluntária, todos eram expostos a disciplinas e normas rígidas. Um funcionário justificou as grades e cadeados por terem a função de contenção, de evitar a fuga, ainda que fosse necessário o uso de remédios sedativos. O tratamento tinha a duração de nove meses, mas poderia ser interrompido pela família. Contudo, nesse caso, era cobrada uma taxa pela rescisão contratual, de modo que o interno não recebia alta imeditamente. A direção, justificando tal cláusula, informou que sua finalidade era a de evitar que os familiares se sensibilizassem com o pedido dos internos e pensassem mais a respeito²⁸⁴.

Este é um dos cenários produzidos pela lógica da “guerra às drogas”: um ambiente supostamente terapêutico ao qual se atribui a função de contenção, aprisionamento e expiação. Para tanto, vale abordagens agressivas, castigos inspirados em seções de tortura, sedar os internos sempre que necessário, criar uma rede de controle composta pelos internos mais obedientes. A ausência de adesão voluntária ao tratamento daqueles conduzidos para a clínica justifica as disciplinas e normas rígidas. Este caso é um dentre tantos outros que estão sendo apurados no Brasil. Aos efeitos químicos produzidos pelas substâncias psicoativas no organismo, poderia ser adicionado um efeito de ordem social: estigmatização e negação de direitos fundamentais. Compreender a rede de saber-poder que

²⁸³ RODRIGUES, Divania. Centro terapêutico é denunciado ao MP. *Diário da Manhã*, Goiânia, 28 de maio de 2014. Disponível em: <<http://www.dm.com.br/texto/178501>>. Acesso em: 05 jun 2014.

²⁸⁴ Ibid.

perpassa o cenário referido é o objetivo deste item secundário, recorrendo-se às obras de Foucault como principal referencial teórico para tanto.

2.2.1 Biopoder e medicalização da vida

O biopoder, tal como delineado por Foucault, constituirá as lentes com as quais será analisado o fenômeno da internação contra a vontade de dependentes químicos, desde seu tratamento jurídico-normativo até as suas implicações éticas, jurídicas e sociais. Ao descortinar a incidência de poder sobre a vida, Foucault permitirá uma abordagem crítica das representações sociais sobre o uso de drogas e da medida de internação como mecanismo de controle e normalização nos âmbitos individual e coletivo. O poder disciplinar, a biopolítica, a anormalidade, a verdade, o racismo, dentre outras noções trabalhadas pelo autor serão apresentadas daqui em diante no intuito de se descortinar as finalidades que a internação contra a vontade tem atendido, para além do discurso oficial de cuidado. Isto somente será possível uma vez compreendidas as relações de poder que atravessam o fenômeno.

A sociedade, ao longo da história, se forma e se transforma por relações de poder. Em Foucault, o poder não é atributo de um conjunto de instituições, tampouco é sinônimo de sujeição e violência. Ele não é compreendido como um sistema de dominação exercido por um grupo sobre o outro, nem tem como pressuposto a soberania do Estado, a lei ou qualquer outro tipo de unidade global. Todos estes elementos são formas terminais de poder. Para o autor, o poder deve ser compreendido como a multiplicidade de correlações de força, jogos que as transforma, reforça ou inverte, formando uma cadeia cuja cristalização institucional toma forma nos aparelhos estatais, na formulação da lei e nas hegemonias sociais²⁸⁵.

O poder é onipresente, não porque consiga agrupar tudo em sua unidade, mas porque se produz a todo instante, em toda relação entre um ponto e outro. Dizer que o poder está em toda parte não significa que ele englobe tudo, e sim que ele provém de todos os lugares. O poder, portanto, não é uma estrutura, uma instituição, nem uma potência, é o nome dado a uma situação estratégica complexa que permeia uma série de relações desiguais e móveis, sendo-lhes endógeno e

²⁸⁵ FOUCAULT, Michel. *A história da sexualidade I: a vontade de saber*. 13. ed. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999. Disponível em: <<http://www.filoczar.com.br/foucault/Historia-da-Sexualidade-I-A-VONTADE-DE-SABER.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2014. p. 91-92.

constitutivo²⁸⁶. Tem-se que: “[...] dentro de uma sociedade existem relações de poder – extraordinariamente numerosas, múltiplas, em diferentes níveis, onde umas se apoiam sobre as outras e onde umas contestam as outras”²⁸⁷.

Deve-se ter em mente, portanto, que poder não é sinônimo de dominação²⁸⁸. Contudo, ao longo dos seus escritos, Foucault demonstrou um especial interesse pela segunda. Tendo identificado a insuficiência da teoria da soberania como meio de análise do poder, ele tomou como ponto de partida das suas pesquisas as relações de sujeição e os operadores de dominação, analisados a partir de uma abordagem empírica e histórica. Em outras palavras, tinha como objetivo explorar as relações de poder em suas especificidades, demonstrar como os diferentes operadores de dominação se articulam entre si, positiva e/ou negativamente. Os grandes aparelhos de poder estariam fundados nestes dispositivos de dominação²⁸⁹, dentre eles, o Direito.

O sistema jurídico é um campo permanente de múltiplas formas de dominação e de técnicas de sujeição. Na busca por suas manifestações, Foucault adotou cinco precauções de método: a) apreender o poder em suas extremidades, nas instituições mais locais, nas práticas que vão além das regras do direito; b) estudá-lo quando em relação direta com o seu alvo, quando se produzem os seus efeitos reais; c) ter em mente que o poder não é um fenômeno de dominação homogêneo, mas sim algo que circula, que funciona sempre em cadeia, transitando pelos indivíduos que, por ele constituído, ora estão na posição de exercê-lo e ora se submetem a ele; d) fazer uma análise ascendente do poder, partindo-se dos níveis mais locais para se identificar como esses procedimentos se deslocam e são anexados aos fenômenos globais; e) perceber que as técnicas de poder pressupõem a produção de um saber²⁹⁰.

²⁸⁶ FOUCAULT, Michel. *A história da sexualidade I: a vontade de saber*. 13. ed. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999. Disponível em: <<http://www.filoczar.com.br/foucault/Historia-da-Sexualidade-I-A-VONTADE-DE-SABER.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2014. p. 92-93.

²⁸⁷ Id. *A verdade e as formas jurídicas*. Tradução Eduardo Jardim e Roberto Machado. Rio de Janeiro: Nau, 2013. p. 147.

²⁸⁸ Assim como Oksala, entende-se que nas análises desenvolvidas por Foucault sobre poder a dominação é apenas um aspecto deste. Enquanto as relações de poder são essencialmente fluidas e reversíveis, o que usualmente caracteriza a dominação é que suas relações se tornaram estáveis por meio de aparatos institucionais como cortes, códigos e outros. Essa estabilização significa que a mobilidade das relações de poder é limitada, de modo que a tendência é a perpetuação do vetor de poder entre o dominador e o dominado. OKSALA, Joanna. Resistance. In: LAWLOR, Leonard; NALE, John. (Ed.) *The Cambridge Foucault Lexicon*. New York: Cambridge, 2014. p. 434.

²⁸⁹ FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. Tradução Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 51-52.

²⁹⁰ *Ibid.*, p. 32-36.

Frise-se, a respeito do penúltimo ponto, que Foucault considera ser muito fácil partir de uma análise descendente do poder, ou seja, justificar a exclusão do “louco” a partir da dominação da classe burguesa por se tratar de um sujeito inútil ao sistema de produção industrial, por exemplo. Ele entende ser mais adequado o caminho inverso, o da análise ascendente do poder: perceber como os mecanismos de controle puderam intervir no que se refere à exclusão da loucura, à repressão da sexualidade, dentre outros fenômenos, no nível mais local da sociedade, buscando-se identificar os seus agentes reais – a família, os pais, o médico. Quando esses mecanismos de poder se tornaram lucrativos e politicamente úteis, passaram a ser sustentados por mecanismos globais e pelo Estado. A aparelhagem de vigilância, a medicalização da loucura, essa micromecânica do poder foi o que despertou o interesse da burguesia, e não a exclusão em si²⁹¹. Embora a exclusão seja um dos resultados desses mecanismos de poder, não foi a sua produção que despertou o interesse da classe burguesa, mas sim o potencial de gerar lucro e a utilidade política destes mecanismos.

Foi no poder que incide sobre os corpos, sobre a vida, que Foucault mais deteve as suas investigações. O corpo, em suas projeções individuais e sociais, constituiria o campo onde se instalam e operam os mecanismos de poder. Estes são um conjunto de práticas que permitem a criação do corpo como matéria de investigação e administração, na medida em que fabricam sujeitos ao delimitar um modo particular de percepção de si através de práticas às quais os sujeitos são induzidos. Neste item secundário será abordado o surgimento e operação do biopoder, cuja categoria central é a ideia de normalidade. Como se verá, a medicina terá papel importante na produção dos parâmetros de normalidade. A medicalização da vida será um dos fenômenos mais marcantes da biopolítica. O que a caracteriza é a generalização do risco médico em domínios não médicos. A autoridade médica rompe com as margens do saber e se torna uma autoridade social, cuja posição influencia decisões sobre meio ambiente, alimentação, higiene e outros²⁹².

A anormalidade é categoria que irá reunir tudo aquilo que se desvia da norma. A organização de um saber médico em torno desses episódios está ligada intimamente com uma série de processos sociais, instituições e práticas de saber. Já

²⁹¹ FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. Tradução Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 36-38.

²⁹² DONDA, María Cristina Solange. Biopolítica y gestión de los cuerpos. In: PORTO, Dora et al. (Org.) *Bioética: saúde, pesquisa, educação*. v. 2. Brasília, DF: CFM/SBB, 2014. p. 189-193.

no século XVIII a vida e o corpo haviam sido convertidos em objetos de poder. Antes, a referência era de sujeitos jurídicos, dos quais se poderia extrair os bens e a vida. Depois, o exercício do poder passa a ser explicado em termos de corpos e populações²⁹³. Percorrer esse caminho de mudança na economia do poder será importante na compreensão de como se chegou à figura do “usuário de drogas”, com toda a sua carga negativa e estigmatizante, bem como na identificação de como funcionam os mecanismos do biopoder no campo das drogas ilícitas.

Para a devida reflexão sobre a (in)adequação da internação contra a vontade de pessoas que usam substâncias psicoativas, deve-se buscar aquilo que a legitima e naturaliza perante a sociedade. Nesse sentido, os escritos de Foucault oferecem ferramentas importantes para desvelar o poder em operação. Há autores, como Bicalho, que atribuem os abusos cometidos na internação de usuários de drogas, sobretudo aqueles em situação de rua, a uma lógica higienista, de limpeza das cidades. De acordo com ele, é identificado o “lixo urbano” para deslocá-lo de lugar, para ser mantido isolado em outro lugar em nome da proteção e cuidado. Essa lógica é alimentada por uma epidemia forjada, que faz parecer urgentes medidas drásticas que ferem direitos fundamentais²⁹⁴. Para que se possa analisar essas denúncias e compreender o fenômeno, serão estudadas as manifestações do poder e seus efeitos sobre os ditos anormais nos itens seguintes.

2.2.1.1 A transição do poder soberano ao biopoder: considerações sobre a tomada de poder sobre os corpos

Foucault observa que a teoria da soberania conseguia abranger a mecânica geral do poder das sociedades de tipo feudal, traduzida em termos de relação soberano/súdito. Ela se revelou inoperante diante de uma sociedade que, transformada em termos políticos e econômicos, estava em acelerado processo de industrialização e explosão demográfica²⁹⁵. O modelo jurídico da soberania seria insuficiente para uma análise adequada da multiplicidade das relações de poder,

²⁹³ DONDA, María Cristina Solange. Biopolítica y gestión de los cuerpos. In: PORTO, Dora et al. (Org.) *Bioética: saúde, pesquisa, educação*. v. 2. Brasília, DF: CFM/SBB, 2014. p. 192-193.

²⁹⁴ BICALHO, Pedro Paulo Gastalho de. Capítulo 1: Em nome da proteção, do cuidado, que formas de sofrimento e exclusão temos produzido? In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org.) *Drogas, direitos humanos e laço social*. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2013. p. 17-21. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/Drogas-Direitos-Humanos-e-Laco-Social.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2014. p. 19-21

²⁹⁵ FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. Tradução Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 299.

sendo as suas principais características: (a) constitui um ciclo entre o sujeito e o sujeito, a saber, que demonstra como um sujeito naturalmente dotado de direitos e capacidades se torna um elemento sujeitado em uma relação de poder; (b) se confere uma série de poderes que, para serem transmutados em poder político, devem ser unificados na figura do monarca, do chefe de Estado; c) por fim, busca conferir legitimidade às suas leis e ações a partir de uma lei superior, fundamental²⁹⁶.

Dentre os atributos fundamentais da teoria clássica da soberania está o direito de vida e de morte, cujo titular era o soberano. Isso significa que ele poderia “fazer morrer” e “deixar viver”, sendo a vida e a morte eventos inseridos no campo do poder político. A rigor, o súdito não era vivo nem morto de pleno direito, condicionado o seu estado à vontade do soberano, cujos poderes produziam efeitos sobretudo quando ele podia matar. Essa relação desequilibrada tinha no direito de matar a sua essência: “[...] a vida e a morte dos súditos só se tornam direitos pelo efeito da vontade soberana”²⁹⁷. A teoria da soberania circunda, portanto, entre três elementos: sujeito, unidade do poder e lei²⁹⁸, que foram substituídos por Foucault por um ponto de vista tríplice – das técnicas, da heterogeneidade das técnicas e de seus efeitos de sujeição.

A insuficiência da teoria da soberania se tornou patente a partir do século XVIII, período em que tomou forma uma nova economia do poder que permite majorar os seus efeitos, diminuir os custos de seu exercício e integrá-lo aos mecanismos de produção industrial. O poder descontínuo e exercido por meio de ritos das monarquias absolutas cede lugar a um poder contínuo, cujo exercício se dá por mecanismos permanentes de vigilância e controle. Sua incidência no corpo social se tornou inevitável, daí a majoração dos seus efeitos. A nova conjuntura reduziu as possibilidades de resistência e revolta, reduzindo-se seus custos. Por fim, seus mecanismos serviram como controle da majoração permanente da produção industrial²⁹⁹.

Essa nova mecânica do poder é incompatível com as relações de soberania. Trata-se de um poder que, ao invés de incidir sobre o território e seus produtos, incide sobre os corpos, extraindo-lhes tempo e trabalho. Ele se exerce de forma

²⁹⁶ FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade*: curso no Collège de France (1975-1976). Tradução Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 49-50.

²⁹⁷ *Ibid.*, p. 286.

²⁹⁸ *Ibid.*, p. 49-50.

²⁹⁹ *Id.* *Os anormais*: curso no Collège de France (1974-1975). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010. p. 73-74.

contínua, por vigilância, demandando uma trama de coerções e uma nova economia do poder, que faça proliferar as forças sujeitadas e aquelas que as sujeitam. Este é o poder “disciplinar”. A teoria da soberania persiste como ideologia do direito, inscrita nos códigos jurídicos, sobretudo porque ela mascara os mecanismos da disciplina³⁰⁰. É entre os limites de um direito da soberania e a mecânica disciplinar que se pratica o exercício do poder³⁰¹.

A passagem da teoria da soberania para o poder disciplinar é marcada pela troca do eixo político da individualização. Nas sociedades de regime feudal, a individualização era “ascendente”. Ela se dava no âmbito em que a soberania era exercida: quanto mais poder e privilégio uma pessoa reunisse, mais era marcada enquanto indivíduo por rituais, discursos e até representações plásticas. No regime disciplinar, a individualização é “descendente”. O exercício do poder, agora mais anônimo e funcional, torna individualizado aquele sobre o qual ele incide por meio de fiscalizações, observações e medidas comparativas. Sobretudo aqueles que não se encaixam nos padrões de normalidade, como o louco e o delinquente, atrairão o sistema de disciplina em sua direção. A individualidade do homem memorável é substituída pela individualidade do homem calculável. É a partir desse momento que as ciências do homem se tornam possíveis, quando posta em funcionamento uma nova anatomia política do corpo³⁰².

Na segunda metade do século XVIII, ocorreu um segundo giro. Surgiu uma nova tecnologia de poder, que não exclui a técnica disciplinar, antes a utiliza para se implantar em outro nível. A técnica de poder disciplinar se aplica ao homem-corpo, ao homem vivo individualmente considerado que deve ser vigiado, treinado, utilizado e punido. Essa nova tecnologia se volta ao homem-espécie, a saber, ao corpo geral formado pela multiplicidade de indivíduos que está sujeito a processos próprios da vida, como o nascimento, a doença, a reprodução e a morte. À primeira tomada de poder sobre os corpos, que se deu consoante um modelo de individualização, se segue uma segunda tomada de poder, desta vez massificante, denominada por

³⁰⁰ As ações contra as usurpações do poder disciplinar tem recorrido ao direito da soberania, chegando-se a um ponto de estrangulamento, pois ambos constituem os mecanismos gerais de poder na sociedade. Uma luta efetiva contra as disciplinas pressupõe um direito novo, antidisciplinar e liberto do princípio da soberania. FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. Tradução Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 47.

³⁰¹ *Ibid.*, p. 41-45.

³⁰² *Id.* *Vigiar e punir: o nascimento da prisão*. Tradução de Raquel Ramallete. 29 ed. Petrópolis: Vozes, 2004. Disponível em: <<http://www.filoczar.com.br/foucault/Foucault-vigiar-e-punir-michel-foucault.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2014. p. 160-161.

Foucault de biopolítica da espécie humana³⁰³. O poder disciplinar e a biopolítica inaugurariam a denominada era do biopoder³⁰⁴.

O biopoder designa aquilo que tornou a vida e seus mecanismos algo calculável, tornando o saber-poder o principal agente de transformação da vida humana³⁰⁵. Nas palavras de Foucault, o biopoder seria “[...] o conjunto dos mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral de poder”³⁰⁶. Os itens seguintes se dedicarão ao estudo de como isto se deu. Antes, cabe ressaltar que as diferenças entre biopolítica e biopoder não são claras na obra de Foucault, havendo momentos em que o autor parece utilizar os dois termos indistintamente. A forma com que essas categorias foram apresentadas encontra amparo em seus textos e guiará as referências a estes fenômenos ao longo do trabalho. Para que não restem dúvidas, serão indicadas as diversas nuances com que os termos biopolítica e biopoder são utilizados por Foucault e assinaladas aquelas que serão exploradas no trabalho, por serem consideradas as que permitem uma maior aproximação com o tema.

De acordo com Mendieta, o termo biopolítica se refere a uma nova modalidade de produção, circulação e promoção do poder que sujeita e governa indivíduos através de um conjunto de disciplinas que normaliza corpos, prazeres e regulações. A biopolítica se produz e circula pelo biopoder. O termo biopolítica aparece na obra foucaultiana com diferentes ênfases, denotando os diversos aspectos das transformações das técnicas de política e poder que se desenrolaram durante mais de dois séculos. Portanto, o termo não é unívoco, havendo diversos usos e nuances. O autor identificou que o termo assume cinco conotações: (a) a designação do resultado da transformação da medicina com o surgimento do capitalismo; (b) parte e parcela da história do capitalismo; (c) nova forma de

³⁰³ FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. Tradução Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 289.

³⁰⁴ Embora apresentadas no texto de forma linear para uma maior clareza, ressalte-se que os mecanismos jurídico-legais, disciplinares e de segurança sempre se relacionaram entre si ao longo da história, havendo períodos em que um deles se fortalece e se torna mais evidente. Com o tempo, as técnicas vão se aperfeiçoando e se relacionado entre si de uma forma cada vez mais complexa. Id. *Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978)*. Tradução: Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008. p. 11.

³⁰⁵ MENDIETA, Eduardo. Biopolitics. In: LAWLOR, Leonard; NALE, John. (Ed.) *The Cambridge Foucault Lexicon*. New York: Cambridge, 2014. p. 43.

³⁰⁶ FOUCAULT, Michel. *Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978)*. Tradução: Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008. p. 3.

soberania; (d) forma de poder que é distinta da governamentabilidade neoliberal; (e) e um título de um capítulo da biohistória³⁰⁷.

O vocábulo biopoder, por sua vez, se fez presente em três momentos diferentes: (a) em termos de uma analítica do poder, ou seja, enquanto transformação do poder soberano entre os séculos XVII e XVIII; (b) em termos do que Foucault denominou história da governamentabilidade; (c) e em termos de uma ontologia histórica daquilo que ele chamou de biopoder³⁰⁸. Nesta pesquisa, dentre essas nuances da biopolítica e do biopoder, foram exploradas a transição do poder soberano para novas formas de poder, as características dessa nova mecânica e de que forma o saber científico, sobretudo médico, se tornou um instrumento a serviço desta. As demais perspectivas, embora presentes, em maior ou menor grau, não foram aprofundadas como estas ora destacadas. Entendeu-se que este seria o melhor caminho para uma imersão na obra foucaultiana de modo a se viabilizar um olhar crítico sobre a internação contra a vontade de usuários de drogas.

2.2.1.1.1 O Poder disciplinar e a produção de saber: vigilância e exame no ambiente hospitalar

No século XIX, ocorreu um fenômeno denominado por Foucault de assunção da vida pelo poder: trata-se da tomada de poder sobre os corpos, como que uma estatização do biológico. Ao longo dos séculos XVII e XVIII desenvolveram-se tecnologias de poder centradas no corpo individual, na sua distribuição espacial e na instalação de procedimentos que os insiram num campo de visibilidade. Essas novas tecnologias visavam, através de técnicas de racionalização e economia, da forma menos onerosa possível e mediante um sistema de vigilância, aumentar a força útil dos corpos através de exercícios e, ao mesmo tempo, mantê-los dóceis – é a denominada tecnologia disciplinar do trabalho³⁰⁹. Elas se instalaram empiricamente, em nível local, no âmbito de instituições como a escola, o hospital e o quartel. Esta fase é identificada por Foucault como a primeira tomada de poder sobre os corpos³¹⁰.

³⁰⁷ MENDIETA, Eduardo. Biopolitics. In: LAWLOR, Leonard; NALE, John. (Ed.) *The Cambridge Foucault Lexicon*. New York: Cambridge, 2014. p. 37.

³⁰⁸ Id. Biopower. In: LAWLOR, Leonard; NALE, John. (Ed) *The Cambridge Foucault Lexicon*. New York: Cambridge, 2014. p. 45.

³⁰⁹ FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. Tradução Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 286-288.

³¹⁰ Ibid. p. 298.

Durante a época clássica houve a descoberta do corpo como objeto e alvo de poder. Este poder que incide sobre o corpo visa torná-lo mais hábil, obediente, dócil. Um corpo é considerado dócil quando pode ser submetido, utilizado, transformado e aperfeiçoado. Essa técnica não é inteiramente nova, pois em qualquer sociedade o corpo está preso no interior de poderes que lhe impõem limitações, proibições ou obrigações. A novidade está na escala do controle, pois agora cada corpo é trabalhado individual e detalhadamente, na intensidade da coerção, exercida sem trégua e no nível dos menores gestos. Também é diferente o objeto de controle: não mais o significado do comportamento ou linguagem do corpo, mas sim a eficácia dos movimentos, sua organização interna. Essas forças que impõem ao corpo uma relação de docilidade-utilidade são chamadas “disciplinas” por Foucault³¹¹.

Embora já houvesse processos disciplinares nos conventos, exércitos e oficinas, somente nos séculos XVII e XVIII as disciplinas se tornam fórmulas gerais de dominação. Forma-se uma política de coerções que incide sobre o corpo, manipulando precisamente os seus elementos e gestos, com o fito de torná-lo tanto mais obediente quanto útil. O corpo se torna o elo coercitivo entre uma aptidão aumentada e uma dominação acentuada. Nasce uma “anatomia política”, compreendida como uma mecânica do poder: “[...] ela define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que façam o que se quer, mas para que operem como se quer, com as técnicas, segundo a rapidez e a eficácia que se determina”³¹². Essa nova anatomia política não surgiu subitamente. Ela é fruto de uma multiplicidade de processos, de origens diversas. Encontra-se em funcionamento em instituições como os colégios, a organização militar e o espaço hospitalar³¹³.

Em cada um desses domínios, as disciplinas se instalaram como resposta necessária às exigências da conjuntura, a exemplo da recrudescência de determinadas doenças epidêmicas no caso do ambiente hospitalar. Essa nova “microfísica” do poder se expandiu rapidamente, sobretudo pelo desenvolvimento de dispositivos sutis e de aparência inocente. Primeiramente, a disciplina conduz à distribuição dos indivíduos no espaço, utilizando diversas técnicas: especificando um

³¹¹ FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir*. o nascimento da prisão. Tradução de Raquel Ramallete. 29 ed. Petrópolis: Vozes, 2004. Disponível em: <<http://www.filoczar.com.br/foucault/Foucault-vigiar-e-punir-michel-foucault.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2014. p. 117-118.

³¹² *Ibid.*, p. 119.

³¹³ *Ibid.*, p. 119.

local heterogêneo aos demais e fechado em si mesmo, a exemplo do encarceramento em massa dos “vagabundos” e dos “miseráveis”; dividindo o espaço em tantas parcelas quantos corpos houver a serem vigiados e avaliados; criando um espaço útil – no caso do hospital, um espaço que permita individualizar os corpos, as doenças e os sintomas; distribuindo os corpos em uma rede de relações, cuja unidade não é o território nem o local, mas sim o lugar que se ocupa em uma dada classificação³¹⁴.

As disciplinas criaram espaços cada vez mais complexos, de matizes arquiteturais, funcionais e hierárquicos. Neles, operações conjuntas como distribuição e análise, controle e inteligibilidade, funcionam de forma solidária e, ao passo que garantem a obediência dos indivíduos, buscam uma melhor economia do tempo e dos gestos. Foucault denomina esses espaços de “quadros vivos”, onde se cruzam uma técnica de poder e um processo de saber. A base dessa microfísica do poder celular assumirá a forma de taxionomia, a saber, registros que permitem aferir a medida das quantidades e a análise dos movimentos. Em outras palavras, tal possibilita tratar a multiplicidade e extrair dela o maior número de efeitos, fazendo-se o caminho do múltiplo ao singular³¹⁵.

Uma nova exigência se impõe à disciplina: construir uma máquina que atinja seu efeito máximo a partir da articulação das suas peças elementares. Essa exigência se traduz de diversas formas: o corpo singular torna-se o elemento da cadeia, devendo exercer suas atividades com eficiência e de acordo com séries cronológicas articuladas entre si³¹⁶. Sobre a produção de individualidades pela disciplina, diz Foucault, *in verbis*:

Em resumo, pode-se dizer que a disciplina produz, a partir dos corpos que controla, quatro tipos de individualidade, ou antes uma individualidade dotada de quatro características: é celular (pelo jogo da repartição espacial), é orgânica (pela codificação das atividades), é genética (pela acumulação do tempo), é combinatória (pela composição das forças). E, para tanto, utiliza quatro grandes técnicas: constrói quadros; prescreve manobras; impõe exercícios; enfim, para realizar a combinação das forças, organiza “táticas”. A tática, arte de construir, com os corpos localizados, atividades codificadas e as aptidões formadas, aparelhos em que o produto das

³¹⁴ FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: o nascimento da prisão*. Tradução de Raquel Ramallete. 29 ed. Petrópolis: Vozes, 2004. Disponível em: <<http://www.filoczar.com.br/foucault/Foucault-vigiar-e-punir-michel-foucault.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2014. p. 119-125.

³¹⁵ *Ibid.*, p. 126-127.

³¹⁶ *Ibid.*, p. 138-140.

diferentes forças se encontra majorado por sua combinação calculada é sem dúvida a forma mais elevada da prática disciplinar³¹⁷.

A função primordial do poder disciplinar não é se apropriar e retirar, mas sim adestrar para retirar e se apropriar ainda mais e melhor. As multidões são decompostas até as singularidades necessárias para maximizar a sua utilidade. Os indivíduos são, ao mesmo tempo, objeto e instrumento do exercício do poder disciplinar. Suas técnicas são menores se comparadas com as da soberania ou do aparelho do Estado, contudo, seu potencial é tamanho que lhe permitirá modificar esses grandes mecanismos e impor-lhes seus processos. Essa invasão da técnica disciplinar irá invadir até mesmo o aparelho judiciário. O seu sucesso se deve ao uso de instrumentos simples, quais sejam: o olhar hierárquico, a sanção normalizadora e sua combinação em um procedimento que lhe é específico – o exame³¹⁸.

O olhar ou vigilância hierárquica consiste em um aparelho que permite obrigar pelo olhar, ao mesmo tempo em que os meios de coerção tornam visíveis aqueles sobre quem se aplicam. Lentamente foram sendo constituídos “observatórios” nos quais a vigilância se integra com as técnicas de sujeição e com os processos de utilização do indivíduo. Surge uma arquitetura que permite um controle interior, sobre aqueles que nela se abrigam, com vistas à sua transformação. Dessa forma foi se organizando aos poucos o hospital-edifício, de modo a se permitir uma melhor observação dos doentes e coordenação dos cuidados. Sua estrutura deixa de ser o teto em que se abrigavam os miseráveis para se transformar em um operador terapêutico. A vigilância torna-se um operador econômico decisivo, pois representa, ao mesmo tempo, peça do aparelho de produção e engrenagem específica do poder disciplinar³¹⁹.

Também na reorganização do ensino elementar se deu a integração da vigilância. Ela se tornou uma peça inerente à prática do ensino, essencial para sua maior eficiência. Cite-se os “observadores”, responsáveis por tarefas de fiscalização: devem anotar quem falta, quem conversa, quem apresenta um mal comportamento³²⁰. Nas clínicas terapêuticas esse mecanismo de vigilância se reproduz. Como se viu no caso abordado logo na abertura do item 2.2, os internos

³¹⁷ FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir*. o nascimento da prisão. Tradução de Raquel Ramallete. 29 ed. Petrópolis: Vozes, 2004. Disponível em: <<http://www.filoczar.com.br/foucault/Foucault-vigiar-e-punir-michel-foucault.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2014., p. 141.

³¹⁸ Ibid., p. 143.

³¹⁹ Ibid., p. 143-145.

³²⁰ Ibid., p. 147-148.

considerados dóceis, que cumpriam com êxito as ordens e atividades propostas pela instituição, tornavam-se monitores. Seu ofício, a partir de então, seria o de delatar as possíveis fugas ou comportamentos inadequados dos seus pares³²¹. Pode-se dizer que, nesse episódio, o poder disciplinar opera de forma ainda mais eficiente, pois o vigiado se torna vigilante, a vítima se torna algoz.

A vigilância hierarquizada não é novidade no século XVIII, mas sim o alcance de sua extensão propiciado por novas mecânicas de poder. O poder disciplinar se torna múltiplo, automático e anônimo. Seu funcionamento se articula em uma rede na qual se confundem o fiscal e o fiscalizado. Se, por um lado, ele é indiscreto por estar presente em toda parte, também é discreto, por funcionar continuamente e, na maioria das vezes, em silêncio. As técnicas de vigilância propiciaram o desenvolvimento do controle do corpo que não recorre, ao menos inicialmente, ao excesso, à força ou violência. O poder disciplinar aparenta, portanto, ser menos “corporal” justamente porque se inscreve no âmbito do “físico”. Aqueles que escapam às suas determinações estarão sujeitos à sanção normalizadora, segundo instrumento que caracteriza o poder disciplinar³²².

Em todo sistema disciplinar funciona um mecanismo “infra-penal” que não se confunde com aquele tutelado pelo aparelho estatal. Trata-se de um conjunto de leis, delitos e sanções próprios que ocupam um espaço que escapa à lei estatal por ser, para esta, indiferente. Essas micropenalidades podem ser atrasos, desatenção, comportamentos grosseiros ou manifestações inadequadas da sexualidade. As punições, por outro lado, podem ir do castigo físico leve até pequenas humilhações. Termina-se por tornar penalizáveis as frações mais tênues da conduta, vendo-se o indivíduo preso a uma universalidade punível-punidora. Tudo o quanto praticado em desconformidade com a norma se torna punível, aplicando-se o castigo disciplinar cuja finalidade é essencialmente corretiva, da ordem do exercício³²³.

Na disciplina, a punição não se dará em termos de permitido/proibido, como ocorre no Direito. A qualificação do comportamento se dá num *continuum* entre um polo positivo e um polo negativo, tal como um balanço ou contabilidade penal entre o bem e o mal. Graças a esse cálculo permanente, os aparelhos disciplinares

³²¹ RODRIGUES, Divania. Centro terapêutico é denunciado ao MP. *Diário da Manhã*, Goiânia, 28 de maio de 2014. Disponível em: <<http://www.dm.com.br/texto/178501>>. Acesso em: 05 jun 2014.

³²² FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: o nascimento da prisão*. Tradução de Raquel Ramallete. 29 ed. Petrópolis: Vozes, 2004. Disponível em: <<http://www.filoczar.com.br/foucault/Foucault-vigiar-e-punir-michel-foucault.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2014. p. 148-149.

³²³ *Ibid.*, p. 149-150.

hierarquizam os “bons” e “maus” indivíduos. Essa classificação assume um duplo papel: além de marcar os desvios e hierarquizar as qualidades, também castiga e recompensa. Tem-se, então, que a punição não visa expiação e tampouco repressão. No regime disciplinar ela põe em funcionamento cinco operações: a) relacionar os atos e desempenhos em um campo de comparação; b) diferenciar os indivíduos entre si; c) medir quantitativamente e hierarquizar valorativamente as capacidades, o nível dos indivíduos; d) fazer funcionar, com isto, a coação de uma conformidade à realidade; e) por fim, traçar o limite da fronteira externa do anormal. Em uma palavra, a penalidade normaliza no poder disciplinar³²⁴.

Essa penalidade da norma produzida pelos dispositivos disciplinares é irreduzível à penalidade judiciária em seus princípios e funcionamento³²⁵. Nas palavras de Foucault:

Opõe-se então termo por termo a uma penalidade judiciária que tem a função essencial de tomar por referência, não um conjunto de fenômenos observáveis, mas um corpo de leis e de textos que é preciso memorizar; não diferenciar indivíduos, mas especificar atos num certo número de categorias gerais; não hierarquizar mas fazer funcionar pura e simplesmente a oposição binária do permitido e do proibido; não homogeneizar, mas realizar a partilha, adquirida de uma vez por todas, da condenação³²⁶.

O exame, terceiro instrumento do poder disciplinar assinalado por Foucault, combina as técnicas da vigilância hierárquica e as sanções normalizadoras. Trata-se de uma vigilância que permite, ao mesmo tempo, qualificar, classificar e punir. Em regra, o exame é altamente ritualizado nos dispositivos de disciplina, cumulando demonstração de força e estabelecimento da verdade. Nele, a superposição das relações de poder e das relações de saber se dá de forma clarividente. A concepção do hospital como aparelho de “examinar” foi essencial à constituição epistemológica da medicina no final do século XVIII. O hospital deixa de ser um local de assistência para se tornar um local de formação e aperfeiçoamento científico. O médico, que dividia a arte de cuidar com os setores religiosos, os subordina à técnica do exame, surgindo a categoria dos enfermeiros. É o espaço privilegiado da disciplina médica³²⁷.

³²⁴ FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: o nascimento da prisão*. Tradução de Raquel Ramallete. 29 ed. Petrópolis: Vozes, 2004. Disponível em: <<http://www.filoczar.com.br/foucault/Foucault-vigiar-e-punir-michel-foucault.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2014. p. 151-153.

³²⁵ *Ibid.*, p. 153.

³²⁶ *Ibid.*, p. 153.

³²⁷ *Ibid.*, p. 154-155.

O exame inverte a economia da visibilidade no exercício do poder. Enquanto, tradicionalmente, o poder exercido é o que se vê, ficando esquecido aquele sobre o qual ele é exercido, o poder disciplinar torna obrigatoriamente visível o seu alvo enquanto permanece invisível. É a visibilidade constante que mantém sujeitado o indivíduo disciplinar. A individualidade deste é inserida num campo documentário, de anotações escritas que são resultado da vigilância constante. Nos hospitais havia a necessidade de reconhecer os doentes, acompanhar a evolução das doenças e a eficácia dos tratamentos. Com o tempo, foram sendo desenvolvidos códigos, vide a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), publicada pela OMS. Os códigos permitem transcrever e homogeneizar os traços individuais estabelecidos pelo exame³²⁸.

O desenvolvimento desse aparelho de escrita deu azo a duas possibilidades correlatas. De um lado, a constituição do indivíduo como objeto descritível, analisável, que terá traçada a sua evolução particular sob o controle de um saber permanente. De outro, a partir disto, tornar possível um sistema comparativo que permita a medida de fenômenos globais, a estimativa dos desvios dos indivíduos e sua distribuição na população. Nessa nova forma de registro, o enquadramento disciplinar é estrito. Cada vez mais, a criança, o doente, o louco e o condenado se tornarão objeto de descrições individuais e relatos biográficos. Essa transcrição de existências reais, antes reservada aos heróis, passa a funcionar como processo de objetivação e sujeição. O exame está, portanto, no centro dos processos que constituem o indivíduo como efeito e objeto de poder-saber³²⁹.

O disciplinamento dos corpos se opera através da normalização³³⁰, fenômeno capitaneado pelas ciências humanas e pelo saber clínico. Este será retomado posteriormente. Seu progresso e exercício enquanto saber-poder somente foi possível pela justaposição de dois mecanismos heterogêneos: a organização do Direito em torno da soberania e a mecânica da coerção exercida pelas disciplinas. A disciplina assume a forma de regra natural, pondo a norma em relação com fenômenos ligados ao corpo individual e à população em geral. Neste último caso,

³²⁸ FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: o nascimento da prisão*. Tradução de Raquel Ramallete. 29 ed. Petrópolis: Vozes, 2004. Disponível em: <<http://www.filoczar.com.br/foucault/Foucault-vigiar-e-punir-michel-foucault.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2014. p. 156-158.

³²⁹ *Ibid.*, p. 158-160.

³³⁰ Neste ponto, o termo “normalização” foi mantido ao se estudar o poder disciplinar por razões de fidelidade às obras citadas. Contudo, saliente-se que Foucault, em momento posterior, utiliza este termo para caracterizar os dispositivos de segurança, passando a denominar a normalização disciplinar de “normação”. Isto foi abordado na segunda parte desta pesquisa.

ela implanta e induz a biopolítica da população, por meio do controle e administração do sexo, reprodução, natalidade, mortalidade, dentre outros³³¹. Passa-se à análise desse segundo momento, dessa segunda tomada de poder sobre os corpos: a biopolítica da espécie humana.

2.2.1.1.2 *A biopolítica da espécie humana e a gestão da vida: o controle sobre fenômenos populacionais*

A prática disciplinar, enquanto técnica de gestão dos indivíduos, tinha como finalidade majorar o efeito útil do seu trabalho por meio do controle dos seus corpos. Até então, na teoria do Direito, apenas se conhecia o indivíduo contratante e a sociedade, resultante do contrato social. O surgimento de um novo personagem fez com que, ao lado do poder disciplinar, se desenvolvesse um novo fenômeno – a biopolítica. Este novo elemento é a população, a qual se apresenta como problema, a um só tempo, científico, político, biológico e de poder. Os fenômenos investigados também apresentam uma peculiaridade: são fenômenos coletivos, cujos efeitos econômicos e políticos só aparecem quando considerados em termos de massa. Individualmente, são aleatórios e imprevisíveis. Contudo, quando apresentados no plano coletivo, em uma perspectiva de longa duração, apresentam constantes que são aferíveis³³².

As funções da tecnologia de poder que caracterizam a biopolítica são distintas em relação aos mecanismos do poder disciplinar. A elaboração de previsões, estatísticas e medições desses fenômenos globais não visa modificá-los, mas sim intervir no conjunto das determinações desses fenômenos gerais, para controlar sua probabilidade e compensar seus efeitos. Trata-se de estabelecer mecanismos reguladores capazes de assegurar compensações e manter em equilíbrio o que há de aleatório nesses fenômenos. Assim como os mecanismos disciplinares, a finalidade última é a de maximizar forças e extraí-las do corpo social. Contudo, para isto não se investe num treinamento individual, mas sim em mecanismos que mantenham um nível global de regularidade. Sobre o homem-espécie, além de uma disciplina, pairará uma regulamentação³³³.

³³¹ DONDA, María Cristina Solange. Biopolítica y gestión de los cuerpos. In: PORTO, Dora et al. (Org.) *Bioética: saúde, pesquisa, educação*. v. 2. Brasília, DF: CFM/SBB, 2014. p. 191-192.

³³² FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. Tradução Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 293-294.

³³³ *Ibid.*, p. 294.

Enquanto o soberano tinha o poder de “fazer morrer” e “deixar viver”, a biopolítica se especializará em “fazer viver”. Esse poder, também denominado por Foucault de regulamentação, consiste em “fazer viver” e “deixar morrer”. As mudanças nas tecnologias de poder conduziram à desqualificação progressiva da morte. Antes, a morte era objeto de grandes ritualizações porque representava uma série de fenômenos de poder, seja a passagem do sujeito do julgo do soberano para o julgo da ordem eterna, seja a transmissão do poder do falecido aos familiares que sobreviveram, através das suas últimas recomendações. Quando o poder redireciona o seu eixo do “fazer morrer” para o “fazer viver”, concentrando-se nas formas de aumentar a vida e controlar as suas eventualidades, a morte passa a representar o termo desse poder, por isso ela se transforma em algo escondido, privado e vergonhoso³³⁴.

Os primeiros objetos de saber dessa biopolítica serão os processos de natalidade, mortalidade e longevidade, através de medições estatísticas e demografias. A partir desses dados, obtidos dos padrões naturais da sociedade, foram esboçadas as primeiras intervenções nesses fenômenos globais. Ao lado das grandes epidemias, são estudadas as endemias, a saber, a forma, natureza, extensão, duração e intensidade das doenças mais recorrentes. O interesse advém da dificuldade em eliminá-las e de se tratar de um fator permanente que subtrai as forças, diminui o tempo de trabalho e eleva os custos econômicos em dois sentidos – pela produção não realizada e pelo custo dos tratamentos³³⁵. Nessa linha, a dependência química, sobretudo a “epidemia de crack”, é um fenômeno a ser controlado pela mecânica biopolítica, pois diminui ou impede as possibilidades de labor e o tratamento, sobretudo por se tratar de uma doença crônica, é custoso e demanda acompanhamento constante. Sobre o usuário de drogas operam duas ordens de poder, portanto: o poder disciplinar (sobretudo nos locais de internação) e a medicalização do seu estado, de um lado, e a biopolítica, de outro.

Esse campo de investigação inaugurado pela biopolítica irá tornar a higiene pública a maior função da medicina, de onde derivam os organismos de coordenação dos tratamentos médicos, de centralização e normalização do saber, travestido de campanha de aprendizado e medicalização da população. Já no início

³³⁴ FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade*: curso no Collège de France (1975-1976). Tradução Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 294-295.

³³⁵ *Ibid.*, p. 290-291.

do século XIX, período em que se intensifica o processo de industrialização, o objeto da biopolítica se alarga. Agora, ela passa a se dedicar a fenômenos não só universais, como a velhice, mas também acidentais, como as enfermidades e anomalias diversas, que acarretam consequências análogas em termos de incapacidade laboral. Em relação a estes fenômenos, serão desenvolvidos mecanismos diferentes da assistência, mais sutis e economicamente mais racionais, a exemplo dos seguros, poupanças individuais e coletivas³³⁶.

Também emerge uma maior preocupação com as relações entre a espécie humana e seu meio. É posto no centro das investigações o problema da cidade. Portanto, a biopolítica inaugurou, até a segunda metade do século XIX, áreas de intervenção, de saber e de poder em torno da natalidade, morbidade e incapacidades biológicas diversas³³⁷, todas estas questões que interferem no modo de viver e “[...] intervém sobretudo nesse nível para aumentar a vida, para controlar seus acidentes, suas eventualidades, suas deficiências [...]”³³⁸. O poder disciplinar e o biopoder são tecnologias sobrepostas, capazes de se articular entre si por não se encontrarem no mesmo nível. Há duas séries, portanto: “[...] a série corpo – organismos – disciplina – instituições; e a série população – processos biológicos – mecanismos regulamentadores – Estado”³³⁹.

Na obra de Foucault, a noção de vida, em torno da qual se articulam novos domínios de saber e intervenção, não seria a da vida cotidiana, do dia-a-dia, nem a vida enquanto um fato existencial. A vida seria referência ao domínio biológico, enquanto objeto de estudo da biologia e da medicina, dos saberes denominados de ciências da vida. Em seus escritos, a construção da sociedade moderna é marcada por um processo em que a vida passa a ser investida por cálculos e estratégias de poder, momento em que o biológico passa a ser elemento privilegiado no jogo político, além de constituir espaço privilegiado para a governabilidade e gestão das populações³⁴⁰.

³³⁶ FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. Tradução Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 291.

³³⁷ *Ibid.*, p. 292.

³³⁸ *Ibid.*, p. 295.

³³⁹ Foucault alerta que, com essa sistematização, não deseja criar uma polarização entre instituição e Estado. As disciplinas, por exemplo, tendem a extrapolar o âmbito institucional, assumindo feições estatais em certos aparelhos, como a polícia. Da mesma forma, as grandes regulações globais se fazem presentes em âmbito institucional, a exemplo de hospitais, caixas de auxílio e seguros. *Ibid.*, p. 298-299.

³⁴⁰ CAPONI, Sandra. Biopolítica: entre as ciências da vida e a gestão das populações. In: PORTO, Dora; GARRAFA, Volnei; MARTINS, Gerson Zafalon; BARBOSA, Swendenberger do Nascimento. *Bioética, poderes e injustiças: 10 anos depois*. Brasília, DF: CFM/Cátedra Unesco de Bioética/SBB, 2012. p. 96-98.

Tem-se, então, dois polos entre os quais se organiza o poder sobre a vida: a disciplina do corpo e as regulações da população. O primeiro corresponde ao poder disciplinar, à anátomo-política do corpo humano, que se concentra em extrair dos corpos as suas aptidões e forças, a adestrá-los para que permaneçam dóceis e úteis enquanto integrados a um sistema de controle econômico. O segundo polo é o da biopolítica da população, voltado ao homem-espécie, à intervenção e regulação de processos biológicos. Essa tecnologia de poder, que ao mesmo tempo se volta para os desempenhos do corpo e para os processos da vida, tem como seu grande objetivo investir sobre a vida. A administração dos corpos e a gestão da vida, estes são os elementos que compõem a era de um biopoder³⁴¹.

O uso de substâncias psicoativas, mais especificamente a dependência química, parece ser um fenômeno atravessado por essas duas ordens de poder. De um lado, o poder disciplinar opera fortemente nos hospitais psiquiátricos e clínicas terapêuticas. Como visto no caso que abriu o item 2.2, as pessoas ali internadas são mantidas sob normas rígidas, chegando a sofrer coação para que se mantenham dóceis e obedientes às normas da instituição. Alguns estabelecimentos, em que é seguida a lógica do trabalho, têm sido acusados de exploração de trabalho não remunerado³⁴². Com isto, a um só tempo, são produzidos corpos úteis e são auferidas vantagens econômicas indevidas. De outro lado, a biopolítica busca controlar o fenômeno para diminuir os transtornos no âmbito populacional, como a aglomeração de usuários em espaços públicos, aumento da violência, entre outros problemas apontados pelo proibicionismo para justificar as ações emergenciais, como aquelas de internação forçada. As metas em cada nível, aparentemente distintas – abstinência e higienismo, respectivamente – conduzem à promoção de uma vida produtiva, útil, alinhada ao sistema produtivo.

Para Foucault, não restam dúvidas de que o biopoder foi um elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo. Sua prosperidade estaria diretamente relacionada com a garantia da inserção controlada dos corpos no sistema produtivo e, também, com o ajustamento de fenômenos populacionais a

³⁴¹ FOUCAULT, Michel. *A história da sexualidade I: a vontade de saber*. 13. ed. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999. Disponível em: <<http://www.filoczar.com.br/foucault/Historia-da-Sexualidade-I-A-VONTADE-DE-SABER.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2014. p. 139.

³⁴² Cf. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Comissão Nacional de Direitos Humanos. *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. 2. ed. Brasília, DF: 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: 30 ago. 2014.

processos econômicos. Mais do que isso, o capitalismo demandou o reforço da utilizabilidade e docilidade dos corpos, o aperfeiçoamento da sua força, das suas aptidões e da vida em geral, mantendo-os fáceis de sujeitar. Isto apenas foi possível após a entrada dos fenômenos da vida na ordem do saber e do poder. Além de agir no nível dos processos econômicos, o biopoder articulou o ajustamento da acumulação dos homens à acumulação do capital, produzindo desigualdades, segregação e hierarquização social³⁴³.

Foucault identificou que, desde o surgimento do discurso disciplinar, o poder se apoia em regras, não as jurídicas, derivadas da teoria da soberania, mas sim as naturais, as normas³⁴⁴. Estas definirão um código da normalização a partir do horizonte teórico das ciências humanas e apoiado na jurisprudência de um saber clínico. Com o passar do tempo, com o exercício do poder através do direito e da disciplina, nota-se que esta vem colonizando os procedimentos da lei, formando-se uma “sociedade de normalização”. Neste contexto se inscreve o fenômeno da medicalização geral do comportamento³⁴⁵.

A importância crescente da atuação da norma, em detrimento do sistema jurídico, é consequência do desenvolvimento do biopoder. Tradicionalmente a lei segue a lógica do castigo, atribuído em sua forma máxima (a morte) aos inimigos do soberano, aos súditos desobedientes. Quando o poder começa a se encarregar da vida surge a demanda por mecanismos contínuos, reguladores, corretivos, capazes de qualificar, medir, avaliar e hierarquizar no âmbito de um domínio de valor e utilidade. Cada vez mais, inclusive, as instituições judiciárias se integram a um conjunto de aparelhos com funções reguladoras, como a medicina. Cada vez mais a lei funciona como norma. O efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida é uma sociedade normalizadora³⁴⁶.

³⁴³ FOUCAULT, Michel. *A história da sexualidade I: a vontade de saber*. 13. ed. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999. Disponível em: <<http://www.filoczar.com.br/foucault/Historia-da-Sexualidade-I-A-VONTADE-DE-SABER.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2014. p. 144-145.

³⁴⁴ Nos seus estudos sobre a arqueologia do saber, a norma já aparece relacionada com a ideia de bipolaridade entre o normal e o patológico. Na analítica do poder, fase em que estão preponderantemente situadas as obras de Foucault consultadas para a redação deste primeiro capítulo, a norma ganha novas implicações: ela deixa a forma de classificação e assume a forma de ação, de constituição de objetos e sujeitos, daí se falar em “normalização”. FONSECA, Márcio Alves da. *Michel Foucault e o Direito*. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2012. p. 61-62.

³⁴⁵ FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. Tradução Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 45-47.

³⁴⁶ Id. *A história da sexualidade I: a vontade de saber*. 13. ed. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999. Disponível em: <<http://www.filoczar.com.br/foucault/Historia-da-Sexualidade-I-A-VONTADE-DE-SABER.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2014. p. 140-141.

O Direito e a lei não foram temas centrais na obra de Foucault, embora ele tenha desenvolvido aproximações no intuito de demonstrar que as mudanças na economia de poder eram algo diverso dos primeiros. De certa forma, esse contraponto está sempre presente, explícita ou implicitamente. A lei, ligada à soberania e ao Poder Judiciário, se viu deslocada do seu papel dominante de explicar as relações de força na modernidade. Em entrevista, Foucault explicou sua preocupação em compreender como as tecnologias de governo e as relações de poder tomaram a forma por ele apresentada em uma sociedade que pretende funcionar de acordo com a lei, ou até por meio da lei. Sua análise do poder partiu do não protagonismo do Direito como representação do poder, cujos objetos e instrumentos seriam demasiadamente estreitos para explicar a mecânica do poder a partir do século XVIII³⁴⁷.

Na teoria foucaultiana, portanto, a lei e o Direito não podem ser tidos como algo primário, central, do qual o poder emana. Eles são compreendidos como um dos mecanismos de inteligibilidade da ordem social, uma das formas terminais que o poder assume. A lei em sentido estrito, aquela codificada, pode ser entendida como uma forma cristalizada de poder. Como já se viu, a lei ainda estaria fortemente vinculada à teoria da soberania, calcada nas lógicas de repressão e castigo. Essa lógica foi progressivamente invadida por outros mecanismos de poder, como a emergência do biopoder e o conceito de norma. Dilts aponta que, dentre os estudiosos, predomina a “tese expulsionista” (*expulsion thesis*), ou seja, de que a lei seria fundamentalmente incompatível com o poder disciplinar e, por isso, a primeira não teria lugar em suas construções. Porém, essa leitura tem sido contestada. Em nenhum momento Foucault negou a sua existência ou atestou seu breve desaparecimento, apenas assinalou que, cada vez mais, a lei funciona como norma. Além disso, como se verá, o Direito terá papel importante na produção de sujeitos, como o anormal³⁴⁸.

Inspirado na obra de Canguilhem, Foucault desenvolveu ideias importantes sobre as noções de norma e normalização. Dentre elas, a ocorrência de um processo geral de normalização social, política e técnica durante o século XVIII, cujos efeitos se manifestam na medicina, educação e produção industrial. A norma é

³⁴⁷ DILTS, Andrew. Law. In: LAWLOR, Leonard; NALE, John. (Ed) *The Cambridge Foucault Lexicon*. New York: Cambridge, 2014. p. 243-244.

³⁴⁸ *Ibid.*, p. 245-247.

uma pretensão de poder, é o elemento no qual o exercício do poder se funda e se legitima e está sempre relacionada a uma técnica positiva de intervenção e de transformação. Seu papel de exigência e coerção a torna núcleo de um poder normativo. Ao contrário do que se imagina, esse poder é antes produtivo do que repressivo. A repressão é efeito secundário dos mecanismos de poder que criam, produzem inventivamente um saber³⁴⁹. Donda bem descreve a diferença entre norma e lei em sentido estrito:

A lei especifica atos individuais; a norma diferencia indivíduos; a lei condena; a norma compara e estabelece a linha entre o natural e o que não o é; a lei determina a linha entre o dentro e fora da lei; a norma estabelece a linha entre o normal e o anormal. A norma investe na lei e a normaliza (tradução nossa)³⁵⁰.

O elemento que irá circular entre o corpo e a população será justamente a norma, pois ela tanto se aplica a um corpo que se pretende disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar. Na sociedade de normalização se cruzam a norma da disciplina e a norma da regulamentação. Daí se dizer que, por essas duas vias, o poder tomou posse da vida no século XIX³⁵¹. A medicina, mais especificamente o conjunto formado por medicina e higiene, será um elemento muito importante de articulação entre o poder disciplinar e a biopolítica pois, além de constituir uma técnica de intervenção política com efeitos próprios, exercerá uma importante influência científica tanto sobre o corpo individual quanto sobre a população. Por isso, pode-se dizer que a medicina é um saber-poder que terá efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores³⁵².

A partir de um dado momento, a Medicina deixa de ser somente um *corpus* de técnicas de cura e passa a se debruçar ao conhecimento do homem saudável, à definição de um homem-modelo. Com isto, ela assume uma postura normativa que a torna capaz de reger as relações físicas e morais na sociedade. Até o século XVIII, ela se referia mais à saúde do que à normalidade, pois as suas análises não se

³⁴⁹ FOUCAULT, Michel. *Os anormais*: curso no Collège de France (1974-1975). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010. p. 42-45.

³⁵⁰ "La ley especifica actos individuales; la norma diferencia individuos; la ley condena; la norma compara y establece la línea entre lo natural e lo que no lo es; la ley determina la línea entre el adentro e el afuera de la ley; la norma establece la línea entre normal y lo anormal. La norma inviste la ley y la normaliza". DONDA, María Cristina Solange. Biopolítica y gestión de los cuerpos. In: PORTO, Dora et al. (Org.) *Bioética*: saúde, pesquisa, educação. v. 2. Brasília, DF: CFM/SBB, 2014. p. 192.

³⁵¹ FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade*: curso no Collège de France (1975-1976). Tradução Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 302.

³⁵² *Ibid.* p. 301-302.

apoiavam em um funcionamento do organismo considerado regular. A partir do século XIX, por sua vez, a Medicina passa a se regular preponderantemente pela noção de normalidade: é a partir de um tipo de funcionamento e estrutura orgânica que ela forma os seus conceitos e prescreve intervenções. Se instauraram, aqui, as articulações entre o normal, o anormal e o patológico³⁵³, cuja origem será explorada a seguir no intuito de se compreender como o uso de substâncias psicoativas, hábito que acompanha a história da humanidade, se transformou em “uso de drogas”, com toda a carga pejorativa que este termo carrega atualmente.

2.2.1.2 Da patologia à anormalidade: a teoria da degeneração e a construção de subjetividades

A medicina moderna surgiu ao final do século XVIII, com o aparecimento da anatomia patológica. Embora estivesse ligada a uma economia capitalista, Foucault observa que não se trata de uma medicina individualista, como se poderia imaginar inicialmente. Para o autor, trata-se de uma medicina social, cujo pano de fundo era uma determinada tecnologia do corpo social. Por valorizar as relações médico-doente em detrimento de uma dimensão global, pode-se dizer que esse modelo de medicina tem um viés individualista, mas há outros aspectos que devem ser considerados. O capitalismo do fim do século XVIII ao início do século XIX socializou o corpo enquanto força de produção e de trabalho, investindo sobre ele uma série de mecanismos de controle, dentre eles a medicina. Pode-se dizer que a medicina é uma estratégia biopolítica. É importante notar de que forma se deu essa transformação³⁵⁴, situando-se a medicina como polo de produção de verdades mais a frente.

Não foi apenas o corpo do trabalhador, do operário, o atingido pelo poder médico. Isto somente ocorreu já na segunda metade do século XIX, quando o problema da saúde se concentrou na força produtiva dos indivíduos. Foucault delineou três etapas de formação da medicina social: a medicina de estado, a medicina urbana e a medicina da força de trabalho. A primeira se desenvolveu na Alemanha e se caracteriza pelo desenvolvimento de uma polícia médica caracterizada por um sistema completo de observação da morbidade (nascimentos,

³⁵³ FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Tradução de: Roberto Machado. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. p. 37-38.

³⁵⁴ Id. *Microfísica do poder*. 4. ed. Organização de tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1984. p. 79-80.

mortes, epidemias/endemias etc.), pela normalização da prática e do saber médico (uniformização da formação médica e atribuição de diploma), e pela nomeação de médicos pelo governo, responsáveis por determinada área territorial (o médico como administrador da saúde)³⁵⁵.

A medicina de estado, essencialmente administrativa, se dirigia aos corpos não como força de trabalho, mas sim como componente de um Estado cuja força a medicina deveria aperfeiçoar e desenvolver. Já a medicina urbana pôde ser verificada na França do final do século XVIII. Seu surgimento foi impulsionado pelo fenômeno da urbanização. Antes, as grandes cidades francesas comportavam uma pluralidade de poderes senhoriais, cada um com autonomia e jurisdição próprias. Por razões de ordem econômica e política, surgiu a necessidade de unificação do poder urbano. Por outro lado, as aglomerações urbanas geravam medo na população, a exemplo do risco de proliferação de doenças. Nos casos de peste ou doença epidêmica era aplicado o modelo de quarentena: as pessoas eram obrigadas a permanecer em casa enquanto autoridades distritais coordenavam um sistema de vigilância e registro dos vivos e mortos³⁵⁶.

A quarentena é uma abordagem distinta daquela suscitada pela lepra e que se estendeu aos loucos e malfeitores até meados do século XVII: um modelo caracterizado pela exclusão, exílio e, mais tarde, internamento. Na medicina urbana o enfermo não é excluído, mas sim distribuído de forma que permaneça isolado e possa ser vigiado. Enquanto aperfeiçoamento da técnica de quarentena, a medicina urbana tem três grandes objetivos: a) analisar os lugares que podem provocar ou disseminar doenças, como cemitérios e matadouros; b) controlar a circulação dos elementos, como a água e o ar; c) organizar as distribuições e sequências de esgotos, fontes, evitando-se contaminações pela água, por exemplo. Para tanto, pela primeira vez, a prática médica entra em contato com ciências externas, como a química³⁵⁷.

Dessa forma, foi a medicina social e urbana que levou essa ordem do saber a ingressar no funcionamento geral do saber científico. Foi nesta medicina das coisas, da água e do ar, que foi cunhada a noção de salubridade, expressão que se refere à base material e social que permite uma melhor saúde. Esta se distingue da noção de

³⁵⁵ FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 4. ed. Organização de tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1984. p. 80-81.

³⁵⁶ *Ibid.*, p. 84-88.

³⁵⁷ *Ibid.*, p. 89-92.

higiene pública: controle político-científico desta base material/social. Com o tempo, a medicina urbana foi se voltando à relação das pessoas com as coisas, até se dedicar à análise do organismo já como medicina científica. O terceiro e último modelo é o da medicina do trabalho, desenvolvido na Inglaterra em um período em que os pobres representavam uma grande ameaça social, sobretudo pelas possibilidades de revolta³⁵⁸.

O marco deste modelo foi a publicação da “Lei dos Pobres”, a qual condicionava a concessão de benefícios do sistema de assistência a controle médico. Os serviços de controle foram se aperfeiçoando, como o controle de vacinação e a destruição de focos de insalubridade, tendo sido alvos de ações de resistência. A essência desta medicina desenvolvida na Inglaterra era o controle da saúde e dos corpos das classes pobres para torná-las mais aptas para o trabalho e menos perigosas às classes mais abastadas. Nesta conjuntura, permitiu-se que três sistemas médicos fossem superpostos: uma medicina assistencial, voltada aos menos favorecidos, uma medicina administrativa, de controle do corpo social, e uma medicina privada, reservada àqueles que podiam pagar por assistência à saúde privilegiada³⁵⁹.

Vê-se, portanto, que o poder médico foi incidindo progressivamente sobre o estado, sobre a cidade e sobre o corpo (primeiramente do trabalhador)³⁶⁰. Nesse processo, o hospital também sofreu modificações importantes. Antes do século XVIII, o hospital era uma instituição de assistência aos pobres. Sua função primordial era recolhê-los quando doentes, sobretudo quando em estado terminal, como forma de proteger os demais. As atividades ficavam a cargo de religiosos ou leigos, que o faziam por razões de caridade. O hospital, portanto, representava um misto de exclusão, assistência e transformação espiritual daqueles que partiam e daqueles que cuidavam. A prática médica não era hospitalar. O médico concluía sua formação sem ter prática hospitalar. Sua intervenção sobre a doença ocorria apenas nos momentos de crise, não sendo realizado um acompanhamento regular do doente. O hospital e a medicina permaneceram assim, independentes, até meados do século XVIII³⁶¹.

³⁵⁸ FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 4. ed. Organização de tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1984., p. 92-94.

³⁵⁹ *Ibid.*, p. 95-97.

³⁶⁰ *Ibid.*, p. 94.

³⁶¹ *Ibid.*, p. 101-103.

Somente após sofrer uma reordenação de ordem disciplinar o hospital se tornou um ambiente terapêutico, de intervenção sobre a doença e o doente. A medicalização do hospital foi suscitada por uma série de circunstâncias, como razões econômicas, o desejo de evitar epidemias e a morte de indivíduos, neste último caso, sobretudo, quando a sua formação profissional se tornou mais custosa para o Estado (ex. soldados). Tal foi acompanhado e propiciado pelo desenvolvimento de uma nova prática médica, caracterizada por visitas, observação sistemática e controlada. A disciplina hospitalar terá como função o esquadrinhamento, vigilância e disciplinarização do enfermo, bem como a transformação do local em que permanecem. Os doentes são colocados em espaços individualizados, sujeitos à vigília constante e registro contínuo de tudo que lhes acontece. O hospital-exclusão é substituído por um hospital com finalidade terapêutica, que visa a cura³⁶².

Também o poder no interior do hospital é transferido das mãos dos religiosos/leigos para as mãos dos médicos. Com o aumento das visitas, antes irregulares, surge o personagem do médico de hospital. A experiência hospitalar passou a compor o histórico do “grande médico” somente no final do século XVIII. Cite-se Pinel como exemplo, cujas experiências somente foram possíveis porque era o detentor do poder no hospital. O sistema de registro terminou por constituir um campo de acúmulo e formação do saber dentro do hospital. Desde então a formação normativa de um médico deveria passar necessariamente pela prática hospitalar. Além de lugar de cura, o hospital passa a ser local de formação de médicos e transmissão de saber. Esse sistema de registro permite ter como objeto de observação tanto o indivíduo (ali internado) quanto a população, na medida em que se torna possível conhecer os fenômenos patológicos mais comuns de cada região. Indivíduo e população, portanto, serão alvos de intervenção da medicina graças à tecnologia hospitalar³⁶³.

Foi a observação do curso das enfermidades nos hospitais que tornou possível a formação da noção de anormalidade. O domínio da anomalia se delineou no século XIX a partir de três figuras que se definiram ao longo do século XVIII,

³⁶² FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 4. ed. Organização de tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1984. passim.

³⁶³ *Ibid.*, p. 109-111.

quais sejam: o monstro humano, o indivíduo a ser corrigido (ou incorrigíveis)³⁶⁴ e o onanista³⁶⁵. Embora elas comecem a se comunicar desde a metade do século XVIII, a exemplo do monstro sexual, para Foucault elas permanecem ainda bem distintas até o início do século XIX. Somente foi possível se falar numa genealogia da anormalidade quando fora estabelecida uma rede regular de saber e poder que reuniu os poderes político-judiciários, o saber das técnicas pedagógicas e os poderes que investem o corpo dos indivíduos, sistemas que agiram separadamente em relação ao monstro, incorrigível e onanista, respectivamente³⁶⁶. Essa unificação se dará em torno da teoria da degeneração, como se verá.

A importância das três figuras referidas oscilou ao longo dos anos. Durante o século XVIII, o monstro era a de maior importância, na medida em que crimes monstruosos colocavam em xeque o sistema médico e o sistema judiciário. Ela foi se tornando cada vez mais modesta, até que no final do século XIX o onanista, mais especificamente a universalidade do desvio sexual, irá adquirir uma importância maior, chegando a encobrir as outras figuras e passando a constituir a essência dos problemas em torno da anormalidade³⁶⁷. Esse processo se confunde com a própria fundação da psiquiatria como saber médico e com o desenvolvimento de técnicas de normalização das condutas em geral. Hoje, essa mecânica do poder que incide sobre os anormais o faz em relação aos dependentes químicos, por alçá-los a esta condição.

Setores sociais conservadores parecem estar empenhados em atribuir a pecha de anormais aos usuários de drogas. Tal perpassa pela construção de um imaginário social que coloca esses sujeitos na condição de não humanos. Vide, por exemplo, campanha pretensamente educativa sobre o crack e seus efeitos, na qual os usuários são retratados como zumbis (“Zombie – A Origem”)³⁶⁸. Essas pessoas,

³⁶⁴ O “indivíduo a ser corrigido” aparece no âmbito familiar, seja no exercício dos seus poderes internos, seja nas suas relações com instituições vizinhas, como a escola, a rua, a paróquia, dentre outras. Diferentemente do monstro, ele é identificado na sociedade com mais frequência. Trata-se especificamente da criança indócil, do inassimilável ao sistema normativo de educação. Sua corrigibilidade incorrigível será o suporte de todas as instituições específicas para anormais que serão desenvolvidas no século XIX. FOUCAULT, Michel. *Os anormais*: curso no Collège de France (1974-1975). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010. *passim*.

³⁶⁵ A figura do onanista, da criança masturbadora, aparece num contexto mais estreito do que familiar, a saber, o entorno imediato do indivíduo e seu corpo. A prática da masturbação, alçada a segredo embora sua existência seja compartilhada por todos, é inserida como causa de muitos males pelo discurso médico no século XVIII. *Ibid.*, p. 50-51.

³⁶⁶ *Ibid.*, p. 51-52.

³⁶⁷ *Ibid.*, p. 52-53.

³⁶⁸ CURIOUS JACK STUDIOUS et al. *Zombie – A origem*. [S.l.], 2013. (7 min 23 s). Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=zaOB7hFcGkU>>. Acesso em: 18 set. 2014.

assim caracterizadas, perdem a condição de sujeito para se tornarem objetos inertes e irresponsáveis quanto aos seus próprios atos, movidos exclusivamente pelo desejo-dependência. Esse discurso encontra amparo em setores que dizem produzir formulações “científicas” e, portanto, produtoras de verdades, a exemplo de conselhos profissionais e médicos midiáticos. A força simbólica que tinha a imagem do leproso e do louco passa a atravessar, fortemente, a figura do drogado³⁶⁹.

Para Petuco, essas discursividades tão presentes na mídia, desde campanhas até o jornalismo policial, estão alimentando o extermínio de usuários de drogas (sobretudo o crack) que estaria em curso no Brasil. A forma com que são retratados terminaria por produzir efeitos de autorização da sua eliminação, o que Foucault denominou de “assassínio indireto”. Ao mesmo tempo, atribuir ao usuário a qualidade de monstro contemporâneo contribui para a realização de políticas públicas higienistas, de reclusão e exclusão. Há indícios da ocorrência dessas práticas por razões as mais diversas, como grandes eventos internacionais, investimentos imobiliários, dentre outros. Vide, por exemplo, a flexibilização das normas de regulamentação das comunidades terapêuticas e a implementação de internação compulsória em massa em algumas cidades brasileiras³⁷⁰.

Em uma sociedade cada vez mais controlada, os grupos formados por usuários de drogas que ocupam ruas e praças se tornam a gênese de um discurso de medo por tudo aquilo que escapa aos mecanismos de controle próprios do biopoder. Esse medo amplia uma gama de ações repressivas e práticas policiais, a exemplo da internação compulsória em comunidades terapêuticas³⁷¹. Para se compreender devidamente a atribuição da condição de anormal aos usuários de drogas e de que forma essa noção vem sustentando uma série de práticas questionáveis, a partir deste ponto será estudada a figura do anormal, como delineada por Foucault, passando-se pela noção de degeneração e pela presença dessa categoria nos processos judiciais, mais precisamente em laudos periciais

³⁶⁹ MERHY, Emerson. Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. In: GRUPO DE TRABALHO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS. (Org). *Drogas e cidadania: em debate*. Brasília, DF: CFP, 2012. p. 9-18. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/02/Drogas-e-cidadania.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2014. p. 9-10.

³⁷⁰ PETUCO, Dênis Roberto da Silva. A produção social do usuário de crack: desconstruindo o monstro. In: GRUPO DE TRABALHO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (Org). *Drogas e cidadania: em debate*. Brasília, DF: CFP, 2012. p. 19-26. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/02/Drogas-e-cidadania.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2014. p. 25-26.

³⁷¹ MERHY, op. cit., p. 15-16.

requeridos em processos criminais, como forma de se explicar condutas inusitadas e aparentemente incompreensíveis.

2.2.1.2.1 A construção da anormalidade: os passos da Psiquiatria para se tornar um saber médico

Era tido como “monstro” aquele cuja existência violava, não só as leis da sociedade, mas também as leis da natureza, de modo que a sua aparição se dá no âmbito jurídico-biológico. Por mais que ele represente uma infração, em seu grau máximo, tal não deflagra uma resposta legal, deixando-se o Direito (civil, canônico ou religioso) sem reação³⁷². Na Idade Média, o monstro era considerado o misto de dois reinos, dois sexos ou formas. Cite-se, como exemplo, o hermafrodita. No século XVI, os hermafroditas eram executados porque se acreditava que a presença do segundo sexo se devia às relações com Satanás. No século XVII, passaram a ser obrigados a escolher um sexo e comportar-se de acordo com ele, incorrendo em crime caso se comportassem de acordo com o sexo anexo³⁷³.

Com o passar do tempo, essa monstruosidade ligada a um desvio da natureza (jurídico-natural) se transformou numa monstruosidade da conduta (jurídico-moral), que se torna autônoma em relação à representação anterior do monstro. Sobretudo a partir de decisões judiciais proferidas em casos emblemáticos, a monstruosidade deixa o domínio da alteração somática e se instala no domínio da criminalidade. A própria monstruosidade se torna criminosa, enquanto agressão ao sistema de leis naturais e jurídicas³⁷⁴. Inicialmente, quando a monstruosidade era tida como manifestação da contranatureza, lhe era atribuída um indício de criminalidade. No século XIX essa relação se inverte, passando-se a haver uma suspeita sistemática de monstruosidade em relação a todo criminoso. O criminoso e o patológico passam a ser noções interligadas a partir das novas regras da economia do poder de punir³⁷⁵.

A partir de um dado momento, a psiquiatria criminal deixou de se debruçar prioritariamente sobre os delitos cometidos pelos grandes monstros canibais, passando a se dedicar às pequenas anomalias, perversidades e maldades. Isto

³⁷² FOUCAULT, Michel. *Os anormais*: curso no Collège de France (1974-1975). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010. p. 47-48.

³⁷³ *Ibid.*, p. 56-57.

³⁷⁴ *Ibid.*, p. 62-64.

³⁷⁵ *Ibid.*, passim.

marcou a passagem do monstro ao anormal. O personagem do anormal se consolidou propriamente quando a psiquiatria, pelos mecanismos de poder produzidos quando da dedicação à figura do onanista, fez a associação entre instinto, imaginação e prazer. Desde então ela se consolida como tecnologia geral dos indivíduos, estando presente onde houver poder: desde o núcleo familiar, as escolas, até o sistema judiciário e a prisão³⁷⁶.

Antes de se compreender como se deu essa transição, é importante explorar como se deu o encontro entre Direito e Psiquiatria. Ainda na época dos crimes emblemáticos, como o caso de Henriette Cornier³⁷⁷, a mecânica judiciária é surpreendida por delitos em que não se consegue identificar a razão do crime. Para ser deflagrada a punição, exigia-se uma afirmação explícita da racionalidade do autor e sua superposição aos interesses subjacentes ao ato. Diante do ato sem razão, o sistema punitivo se via embaraçado e impelido a recorrer ao discurso psiquiátrico, embora ele não pudesse ser inserido no aparelho penal³⁷⁸.

Dentre os objetos da psiquiatria, sempre esteve a relação entre crime e loucura. O que despertou o seu interesse pelos crimes aludidos foi a possibilidade de firmar o seu saber como exercício de poder. Os crimes sem razão são imprevisíveis, ocorrem subitamente. Nesse contexto, o saber psiquiátrico intervirá se colocando como capaz de detectar antecipadamente os sinais da doença mental e os perigos que ela implica³⁷⁹. Fica patente a complementariedade entre as limitações do sistema penal e os desejos da psiquiatria:

Por um lado, o crime sem razão é o embaraço absoluto para o sistema penal. Não se pode mais, diante de um crime sem razão, exercer o poder de punir. Mas, por outro lado, o lado da psiquiatria, o crime sem razão é o objeto de uma imensa cobiça, porque o crime sem razão, se se consegue identificá-lo e analisá-lo, é a prova de força da psiquiatria, é a prova do seu saber, é a justificação do seu poder³⁸⁰.

³⁷⁶ FOUCAULT, Michel. *Os anormais*: curso no Collège de France (1974-1975). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010. passim.

³⁷⁷ No caso Cornier, uma jovem mulher, com histórico de tentativas de suicídio e tomada por sentimento de tristeza, se ofereceu para cuidar da filha de uma vizinha, então com dezenove meses de vida. Ela levou a menina para o quarto e, com um facão, cortou-lhe o pescoço. Quando sua vizinha chegou, Henriette anunciou que a sua filha estava morta e, antes que a mãe pudesse entrar no quarto, enrolou a cabeça da criança em um avental e a jogou pela janela. Presa, foi-lhe perguntado porque agiu daquela forma, a que ela respondeu que havia tido apenas uma ideia. Foucault considera o caso intrigante porque a conduta parece não poder ser atribuída nem à razão e nem à loucura. *Ibid.*, p. 95-96.

³⁷⁸ *Ibid.*, p. 94-100.

³⁷⁹ *Ibid.*, p. 103-104.

³⁸⁰ *Ibid.*, p. 104.

Os crimes sem razão passam a ser explicados pela noção de instinto, o conjunto das pulsões, tendências, propensões e automatismos que põe as representações, paixões e afetos num plano secundário na análise de uma conduta. A psiquiatria legal “descobre” que os atos monstruosos de certos criminosos eram produzidos por uma dinâmica de instintos. Este será o vetor do problema da anomalia, que irá coordenar a monstruosidade criminal e a loucura patológica nas suas manifestações mais elementares. O instinto se torna o grande tema da psiquiatria, assumindo o lugar ocupado pelo delírio e pela demência no século XIX³⁸¹.

O instinto tornou-se elo de ligação entre os mecanismos de poder penal e psiquiátrico. Inicialmente, ele ocupava um lugar modesto na taxionomia da psiquiatria, ou seja, a resposta para um dado caso era conferida em termos de instinto somente quando descartados outros quadros, como o delírio, a demência e a alienação. De coadjuvante, o instinto se transformou em peça fundamental da extensão do domínio de ingerência do poder psiquiátrico. A generalização do saber psiquiátrico e a sua inserção nos mecanismos de poder se dará sob a pressão de três processos: a) a inscrição da psiquiatria num novo regime administrativo; b) a reorganização do requerimento familiar ao médico; c) a demanda política de psiquiatria³⁸².

Na França, uma lei de 1838 inaugurou uma nova regulação administrativa. Dentre as suas disposições estava a previsão da internação *ex officio*, a saber, da determinação da internação de um alienado que ofereça riscos à ordem e segurança públicas num hospital psiquiátrico, por ordem da administração municipal. Essa ordem é acompanhada, embora não condicionada, por atestados médicos. O estabelecimento deveria ser especializado em doentes mentais e voltado a recebê-los no intuito de que se alcançasse a cura. A lei, portanto, consagrou a psiquiatria como saber científico. Observe-se que o profissional, diferentemente de um processo de interdição, não busca a incapacidade no nível da consciência, mas sim os indícios de perigo identificáveis no comportamento³⁸³.

Neste momento surge um novo objeto ao saber psiquiátrico: “A análise, a investigação, o controle psiquiátrico vão tender a se deslocar [...] do que ele [o doente] é capaz de compreender para o que ele é capaz de cometer, do que ele

³⁸¹ FOUCAULT, Michel. *Os anormais*: curso no Collège de France (1974-1975). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010. p. 112-114.

³⁸² *Ibid.*, p. 118-119.

³⁸³ *Ibid.*, p. 119-121.

pode conscientemente querer para o que poderia acontecer de involuntário em seu comportamento³⁸⁴. A síntese entre perigo e loucura deixa de ser privilégio dos casos monstruosos e passa a ser associada a todo aquele internado *ex officio*. Sucede a figura típica do monstro outras tantas figuras, como o pequeno obcecado – aquela pessoa dócil, que identifica os instintos que lhe impelem ao crime e, por isso, solicita que a internem; e o perverso – pessoa de índole destrutiva, cujos episódios de maldade são narrados desde a infância³⁸⁵.

O segundo processo que levou à generalização do poder psiquiátrico foi a reorganização do requerimento familiar. A partir da lei francesa referida, deixa de ser necessária a participação da família para que ocorra a internação, de modo que ela deixa de dispor dos dois meios anteriores: a internação em nome do poder paterno e o procedimento de interdição. A família ainda pode requerer a internação, modalidade identificada como internação “voluntária”, desde que apresentado atestado médico. Após a internação a pedido, é obtido aval do prefeito e confirmado o exame apresentado. O contato com o saber médico passa a ser direto. No atestado médico precedente à internação já se evidenciava a mudança no objeto do saber psiquiátrico – deveria ficar patente o perigo que representa o doente no seio da sua família³⁸⁶.

O terceiro e último processo se refere ao surgimento de uma demanda política pela psiquiatria. Enquanto os dois processos anteriores configuram um deslocamento de relações já existentes, tem-se aqui um fenômeno inédito. Passou-se a demandar da psiquiatria a criação de um discriminante psiquiátrico-político entre os indivíduos, grupos e ideologias após o período de revoluções na Europa (entre os anos de 1848 e 1871), mas que não chegou a atingir importância histórica e teórica³⁸⁷. Constituíram-se, através desses processos, três novos referenciais para a psiquiatria:

[...] um referencial administrativo, que não faz a loucura aparecer mais sobre um fundo de verdade comum, mas sobre um fundo de ordem coerciva; um referencial familiar, que recorta a loucura sobre um fundo de sentimentos,

³⁸⁴ FOUCAULT, Michel. *Os anormais*: curso no Collège de France (1974-1975). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010. p. 121.

³⁸⁵ *Ibid.*, passim.

³⁸⁶ *Ibid.*, p. 124-125.

³⁸⁷ *Ibid.*, p. 130-131.

de afetos e de relações obrigatórias; um referencial político, que isola a loucura sobre um fundo de instabilidade e de imobilidade social³⁸⁸.

Essa reorganização no núcleo da psiquiatria conduziu a um “afrouxamento epistemológico”, em dois sentidos. Por um lado, ela irá tornar sintoma de doenças mentais, além dos episódios de delírio, qualquer discrepância da conduta em relação aos referenciais supramencionados. Logo, passa a integrar o seu domínio todas as condutas humanas possíveis, agora inseridas no eixo voluntário-involuntário. Por outro lado, essa mudança em seu objeto irá proporcionar uma relação direta com todos os distúrbios orgânicos e funcionais tratados pela medicina, sobretudo os neurológicos. A medicina e a psiquiatria passam a se comunicar não só no que toca aos aspectos formais de organização do saber, mas também ao conteúdo³⁸⁹.

Ao lado dos três processos mencionados, o que de fato provocou tais mudanças no objeto da psiquiatria foi a adoção da infância como centro de suas ações. A partir do momento em que ela se torna o filtro para análise do comportamento humano, para psiquiatrizar uma conduta deixa de ser necessário inscrevê-la numa sintomatologia coerente, reconhecida, correspondente a uma determinada doença. Para tanto, bastará que ela apresente qualquer vestígio de infantilidade. Com isso, resta sob a vigilância do saber e poder psiquiátrico todas as ações das crianças e todas as ações dos adultos. Através da síntese entre prazer, instinto e retardo, elementos que correspondem às figuras do onanista, monstro e incorrigível, respectivamente, a psiquiatria atinge a unificação do seu objeto³⁹⁰.

A própria percepção da infância foi alterada. Inicialmente, era indicativo de doença mental uma alteração brusca no comportamento, ou seja, o adulto em nada se parecia com a criança que fora um dia. Nesta nova forma de psiquiatria, a perpetuação de sinais de maldade identificados na infância ao longo da vida adulta será o fator determinante para identificação de um estado propício à manifestação de uma doença mental. Tem-se, ainda, que a problematização da infância permitiu uma aproximação da psiquiatria com a neurologia e a biologia geral, tornando-se possíveis correlações que farão a primeira funcionar efetivamente como saber

³⁸⁸ FOUCAULT, Michel. *Os anormais*: curso no Collège de France (1974-1975). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010. p. 133.

³⁸⁹ *Ibid.*, p. 135-138.

³⁹⁰ *Ibid.*, p. 266-268.

científico e médico. Antes, a aproximação com a medicina se dava por mera imitação da nosologia, das técnicas e formas de organização³⁹¹.

Diante deste vasto campo que se lhe apresentou como objeto de estudo, a psiquiatria irá introduzir a norma, duplamente compreendida como regra de conduta e regularidade funcional. Daí se dizer que a psiquiatria se afasta relativamente da figura do monstro e passa a se dedicar a ações mais cotidianas, às quais é atribuído o estatuto de irregularidade diante da norma, no primeiro sentido, e de disfunção patológica, no segundo sentido. Uma vez inscrita entre a descrição das normas e a análise médica das anomalias, a psiquiatria assume uma natureza médico-jurídica e ocupa um espaço patológico-normativo. Em suma, ela se torna a ciência e a técnica dos indivíduos e condutas anormais³⁹².

A partir dessas mudanças, a psiquiatria deixa de se concentrar nas doenças e processos patológicos, dedicando-se doravante aos denominados estados de desequilíbrio. As condutas não patológicas, mas tidas por anormais pelo contexto em que ocorrem passam a ser policiadas pelo aparato psiquiátrico, restando às doenças um papel secundário em relação a este fenômeno, ao estado de anomalia. A psiquiatria se estabelece, então, como instância geral das condutas e mantém o estatuto de saber médico. Paradoxalmente, a psiquiatria surgiu atribuindo à loucura o *status* de doença e, para generalizar o seu domínio e manter (além de aprofundar) os vínculos com a medicina, recorreu à despatologização do seu objeto³⁹³. Foucault bem descreve esse processo:

[...] a psiquiatria, quando se constituía como medicina da alienação, psiquiatrizava uma loucura que, talvez, não era uma doença, mas que ela era obrigada a considerar e valorizar em seu discurso como doença. Ela só pôde estabelecer sua relação de poder sobre os loucos instituindo uma relação de objeto que era uma relação de medicina com doença: você será doente para um saber que me autorizará então a funcionar como poder médico. Eis, em linhas gerais, o que dizia a psiquiatria no início do século XIX. Mas, a partir de meados do século XIX, temos uma relação de poder que só se sustenta (e que só se sustenta ainda hoje) na medida em que é um poder medicalmente qualificado que submete a seu controle um domínio de objetos que são definidos como não sendo processos patológicos. Despatologização do objeto, foi essa a condição para que o poder, médico porém, da psiquiatria pudesse se generalizar assim³⁹⁴.

³⁹¹ FOUCAULT, Michel. *Os anormais*: curso no Collège de France (1974-1975). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010. p. 264-268.

³⁹² *Ibid.*, p. 138-139.

³⁹³ *Ibid.*, p. 269-271.

³⁹⁴ *Ibid.*, p. 271.

Para manter a relação, até então heterogênea, entre o poder médico e um objeto despatologizado, a psiquiatria da segunda metade do século XIX precisou construir um novo edifício teórico por questões de exigências funcionais. Destaque-se algumas novidades em sua nosografia. Primeiramente, atribuiu aos comportamentos desviantes e aberrantes a qualidade de síndromes de anomalias. Em seguida, retornou à figura do delírio, buscando-o nos comportamentos excêntricos alçados a síndrome para tornar o anormal um objeto médico, de fato. Porém, aqui, o interesse não será pelo delírio em si, mas sim pela economia do instinto e do prazer a ele subjacente. Num terceiro momento, aparece a noção de “estado”, uma condição que já insere a pessoa na anormalidade e de onde pode advir quaisquer tipos de doença, física e/ou psicológica³⁹⁵.

Essa nova nosografia irá se formular no âmbito da teoria da degeneração. A degeneração, a grande e mais importante categoria dessa nova psiquiatria, representa a medicalização do anormal, a transformação de uma zona de perigo em patologia. A partir de então, a psiquiatria terá ingerência indefinida no comportamento humano, desde os estados de anormalidade até a manifestação de uma doença. Esse estado anormal ou de degeneração, por ser considerado hereditário e definitivo, afasta a psiquiatria da busca pela cura. Sua função primeira será a de manter a ordem e proteger a sociedade dos perigos que podem advir da conduta daqueles em estado anormal. A psiquiatria passa a ser peça-chave dos mecanismos de controle social, alcançando o auge da maximização do seu poder³⁹⁶.

Essa teoria da degenerescência bem representa o ponto de articulação entre o poder disciplinar e o poder regulamentador, sobretudo no tratamento conferido à sexualidade. Quando irregular, ela tem duas ordens de efeitos: uma sobre o corpo, pois um corpo indisciplinado estaria sujeito a ser punido por diversas doenças, e uma sobre a população, na medida em que se acreditava na hereditariedade desses traços, que seriam transmitidos à descendência indefinidamente. A essa posição entre organismo e população, Foucault atribui a intensa valorização médica da sexualidade no século XIX³⁹⁷.

³⁹⁵ FOUCAULT, Michel. *Os anormais*: curso no Collège de France (1974-1975). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010. p. 271-273.

³⁹⁶ *Ibid.*, p. 276-277.

³⁹⁷ *Id.* *Em defesa da sociedade*: curso no Collège de France (1975-1976). Tradução Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 300-301.

A partir da noção de degeneração e a sua associação à ideia de hereditariedade, a psiquiatria deu lugar a um racismo contra o anormal, contra aqueles portadores de um estado, defeito ou estigma que poderão transmitir à sua descendência, de maneira aleatória, as consequências imprevisíveis do mal que carregam consigo. Esse racismo será o móvel para a detecção, no interior de uma mesma sociedade, de todos aqueles que representam um perigo. Aqui, a psiquiatria funciona essencialmente como defesa social, deflagrando-se uma “caça aos degenerados”, aos perigosos, incuráveis e inacessíveis à pena³⁹⁸. Cabe explorar como esse discurso se faz presente nos exames psiquiátricos que integram processos judiciais e sua participação na produção de “verdades” neste âmbito. Por isso, em seguida, será apresentado como os discursos psiquiátrico e jurídico se articulam na produção de verdades no processo judicial, dinâmica que se verifica nos casos de internação compulsória de pessoas que usam substâncias psicoativas.

2.2.1.2.2 O surgimento da figura do anormal no ponto de encontro entre Medicina e Direito: evidências em laudos periciais

Referindo-se a laudos periciais psiquiátricos enquanto meios de prova no processo penal, Foucault identificou que esse discurso é dotado de três propriedades. Primeiramente, é um discurso que determina, direta ou indiretamente, uma decisão judicial que afeta a liberdade de uma pessoa, quiçá a sua vida ou a sua morte. Apresentam, em situações limites, um poder de vida e de morte. Em segundo lugar, tem-se que o poder desse discurso advém do fato de que funcionam na instituição judiciária como discursos de verdade, enquanto discursos científicos, formulados por *experts*. Por fim, além de serem discursos de verdade que podem matar, eles teriam a propriedade de fazer rir³⁹⁹.

Os laudos periciais são provas que carregam em seu âmago efeitos de poder, menos por sua estrutura racional e mais pelo sujeito que as produz. O relatório de um perito goza, perante os demais meios de prova, de certo privilégio, na medida em que o estatuto de perito está atrelado a um valor de cientificidade. Seus enunciados comportam presunções estatutárias de verdade e uma espécie de supralegalidade na produção da verdade judiciária. Em suma: no ponto em que se encontram o juiz e

³⁹⁸ FOUCAULT, Michel. *Os anormais*: curso no Collège de France (1974-1975). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010. p. 277-278.

³⁹⁹ *Ibid.*, p. 7.

o cientista, são produzidos enunciados que possuem o estatuto de discursos verdadeiros. Contudo, estes parecem alheios às regras de formação do discurso científico e também às regras do próprio direito, muitos deles chegando a ser grotescos⁴⁰⁰.

Foucault chama de “grotesco” ou “ubuesco”: “[...] o fato, para um discurso ou para um indivíduo, de deter por estatuto efeitos de poder de que sua qualidade intrínseca deveria privá-los”⁴⁰¹. Mais do que um adjetivo injurioso, para o autor se trata de uma categoria precisa que consiste na maximização dos efeitos do poder via desqualificação de quem os produz. Trata-se, portanto, de uma das engrenagens dos mecanismos de poder, facilmente identificada no âmbito do poder político enquanto procedimento essencial à soberania arbitrária, à burocracia da máquina administrativa, dentre outros cenários⁴⁰².

A função do tornar ridículo ou abjeto o detentor do poder é a de manifestar, da forma mais evidente, a inevitabilidade do poder, que funciona com todo o seu rigor mesmo quando exercido por pessoas efetivamente desqualificadas. Nos laudos periciais psiquiátricos, Foucault identificou um discurso, ao mesmo tempo, estatutário e desqualificado. Nestes, seria grotesco e faz rir a forma com que alguns são escritos. São frequentes expressões como “preguiça”, “obstinação”, “maldade”, que giram em torno da noção de “perversidade” e carregam um elemento biográfico que não se destina à explicação do ato sob julgamento, como se verá. Esses elementos caducos, até pueris, servem como ponte entre as noções médicas e o Poder Judiciário⁴⁰³. Nas palavras do autor:

[...] a junção do médico com o judiciário, que é possibilitada pelo exame médico-legal, essa função do médico e do judiciário só se efetua graças à reativação dessas categorias, que vou chamar de *categorias elementares da moralidade* [...] Em outras palavras, a junção do médico com o judiciário implica e só pode ser efetuada pela reativação de um discurso essencialmente parental-pueril, parental-infantil, que é o discurso dos pais com os filhos, que é o discurso da moralização mesma da criança. [...] E, de outro lado, é o discurso que não apenas se organiza em torno do campo da perversidade, mas igualmente em torno do problema do perigo social: isto é, ele será também o discurso do medo, um discurso que terá por função detectar o perigo e opor-se a ele. *É, pois, um discurso do medo e um discurso da moralização, é um discurso infantil, é um discurso cuja organização epistemológica, toda ela comandada pelo medo e pela*

⁴⁰⁰ FOUCAULT, Michel. *Os anormais*: curso no Collège de France (1974-1975). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010. p. 10-11.

⁴⁰¹ *Ibid.*, p. 11.

⁴⁰² *Ibid.*, p. 11-12.

⁴⁰³ *Ibid.*, passim.

*moralização, não pode deixar de ser ridícula, mesmo em relação à loucura*⁴⁰⁴ (grifos nossos).

As percepções de Foucault sobre o laudo médico pericial ultrapassam a esfera penal, na medida em que o perito representa em todo processo a força do discurso científico, muitas vezes determinante para o desfecho da causa. A linguagem referida pode ser claramente identificada em laudos médicos e periciais utilizados como meio de prova em processos de internação compulsória de pessoas que usam substâncias psicoativas. Inclusive, determinadas colocações e características se repetem de forma idêntica, mesmo em processos distintos. Cite-se, como exemplo, passagens de laudos médicos psiquiátricos citados *ipsis literis* em votos escritos pelos Ministros relatores de dois *Habeas Corpus* julgados pelo STJ em dezembro de 2013 e maio de 2014, respectivamente. O *habeas corpus* foi denegado em ambos, predominando o entendimento de que a internação compulsória se fazia cabível, entendimento este fortemente fundamentado no que fora relatado pelos médicos e peritos:

[...] Denota *agressividade latente e manifesta, pouca capacidade para tolerar contrariedade e/ou frustrações*, colocando suas necessidades e desejos imediatos pessoais acima das normas, regras e da coletividade, descaso aos *valores éticos, morais, sociais ou valorização da vida humana, incapacidade de sentir e demonstrar culpa ou arrependimento, características compatíveis com transtorno de personalidade sociopática* alianda (sic) à limitação intelectual, podendo apresentar, a qualquer momento, reações anormais com consequências gravíssimas na mesma magnitude do atos infracionais praticados, sendo indicado tratamento psiquiátrico e psicológico em medida de contenção [...] ⁴⁰⁵ (grifos nossos).

[...] Demonstra *ambivalência, agressividade latente e manifesta, pouca capacidade para tolerar contrariedades frustrações ou privações*; não denota valorização às regras e normas sociais ou consideração às demais pessoas, priorizando a satisfação pessoal, mesmo em detrimento aos princípios básicos fundamentais, descaso (embora com conhecimento) aos *valores éticos, morais, sociais ou de valorização da vida humana; incapacidade de sentir e demonstra culpa ou arrependimento, características compatíveis com personalidade anti-social*, confirmado pelas avaliações anteriores e laudo do PCL-R, sendo indicada contenção corpórea, psicoterapia, laborterapia com atividade física (visando canalizar a energia agressiva para atividade útil) em período integral e tratamento psiquiátrico medicamentoso se houver sintomas neurovegetativos e/ou

⁴⁰⁴ FOUCAULT, Michel. *Os anormais*: curso no Collège de France (1974-1975). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010. p. 30.

⁴⁰⁵ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Terceira Turma. *Habeas Corpus nº. 135.271-SP (2009/0082035-2)*. Impetrante: Lúcio Mota do Nascimento – Defensor Público. Impetrado: Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Paciente: F. A. S. (internado). Relator: Ministro Sidnei Beneti. Brasília, DF, 17 de dezembro de 2013. Disponível em: <https://ww2.stj.jus.br/revistaeletronica/Abre_Documento.asp?sSeq=1292099&sReg=200900820352&sData=20140204&formato=PDF>. Acesso em: 18 maio 2014.

psico-emocionais e manifestação frequente de irritabilidade⁴⁰⁶ (grifos nossos).

A presença de termos como “agressividade latente e manifesta” revelam a permanência, nos dias atuais, de traços identificados por Foucault em laudos periciais confeccionados há mais de dois séculos. A perícia médica ainda é pautada no resgate de categorias morais para descrever o perigo que a parte sob avaliação representa para a sociedade. No acórdão em que foi retirado o segundo excerto, o juiz relator se apoia na agressividade atribuída ao paciente do *habeas corpus* para relativizar dispositivo da Lei Federal de Psiquiatria (art. 4º) que determina ser a internação psiquiátrica uma medida excepcional. De acordo com esta disposição legal, a internação só poderá ser indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. O entendimento da corte é diverso: a aplicação destes recursos é dispensada quando houver demonstração efetiva da sua insuficiência, demonstração esta que ficou exclusivamente a cargo dos laudos médicos e periciais⁴⁰⁷, problemática já abordada.

Reis, Guareschi e Carvalho, após análise de processos judiciais em que foi determinada a internação compulsória de adolescentes usuários de drogas na qualidade de medida protetiva, observaram que as decisões judiciais dialogam com documentos que não falam de um indivíduo concreto, mas sim de um sujeito abstrato. Este é um mecanismo que auxilia na inversão das práticas protetivas em práticas punitivas. Os laudos, pareceres e outros relatórios juntados aos autos se dedicam menos a uma história singular de vida e mais à caracterização de uma categoria populacional, qual seja, “o adolescente usuário de drogas”. Assim como os excertos destacados mais acima, os autores identificaram que a linguagem técnica presente nesses documentos se caracterizam por uma padronização da escrita e utilização repetida de determinados modelos explicativos, dando a sensação de que

⁴⁰⁶ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. *Habeas Corpus nº. 130.155-SP* (2009/0037260-7). Impetrante: Maria Fernanda dos Santos Elias Maglio – Defensora Pública e outro. Impetrado: Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Paciente: G. F. C. (internado). Relator: Ministro Massami Uyeda. Brasília, DF, 04 de maio de 2010. Disponível em: <https://ww2.stj.jus.br/revistaelectronica/Abre_Documento.asp?sSeq=967681&sReg=200900372607&sData=20100514&formato=PDF>. Acesso em: 18 maio 2014. p. 7-8.

⁴⁰⁷ Id. Superior Tribunal de Justiça. *Habeas Corpus nº. 130.155-SP* (2009/0037260-7). Impetrante: Maria Fernanda dos Santos Elias Maglio – Defensora Pública e outro. Impetrado: Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Paciente: G. F. C. (internado). Relator: Ministro Massami Uyeda. Brasília, DF, 04 de maio de 2010. Disponível em: <https://ww2.stj.jus.br/revistaelectronica/Abre_Documento.asp?sSeq=967681&sReg=200900372607&sData=20100514&formato=PDF>. Acesso em: 18 maio 2014. p. 7-8.

se está falando sempre do mesmo sujeito⁴⁰⁸.

A partir destas narrativas uniformes são dadas respostas também uniformes, dentre as quais a internação psiquiátrica é a mais comum. A psiquiatria ganha especial destaque por se acreditar ser ela a detentora das técnicas científicas que possibilitam o acesso à interioridade do sujeito, sua personalidade e sua índole. Porém, no intuito de extrair essas verdades ocultas, os discursos científicos terminam por fabricar determinados modos de ser adolescente usuário de drogas, que contribuem para a sensação de que eles sejam homogêneos. Além disso, a demanda pela produção de documentos para instrução do processo judicial potencializa a produção de registros sobre os desvalores e desvios do adolescente. A exposição de suas atitudes recai numa continuidade artificial, que inter-relaciona as faltas cometidas para que, somadas, sirvam de fundamento para as medidas interventivas apresentadas como protetivas⁴⁰⁹.

Ainda se referindo à esfera penal, Foucault apontou que o exame psiquiátrico constitui um duplo psicológico-ético do delito. Ele deslegaliza a infração, da forma como posta pelo Código Penal, e faz aparecer o seu duplo, a saber, uma infração (não legal) ou uma irregularidade diante de regras que podem ser fisiológicas, psicológicas, morais, dentre outras ordens. O que há de mais grave nesse fenômeno é que o psiquiatra não propõe a explicação do crime. Suas considerações se prestam à função de legitimar a extensão do poder de punir a outra coisa, que não a infração. Ele situa, enquanto saber científico, a ação punitiva do Poder Judiciário num conjunto de técnicas de transformação do indivíduo. A dobra do delito com a criminalidade seria a primeira função do exame psiquiátrico⁴¹⁰.

Sua segunda função é dobrar o autor do crime com um personagem que surgiu no século XVIII: o delinquente. O laudo vai muito além da prática do ato infracional. Ele constantemente reconstitui, desde a infância, uma série de defeitos sem ilegalidade, no intuito de fazer parecer o indivíduo com o próprio crime, mesmo antes de tê-lo cometido. Dentre aquilo que se destaca, estão evidências parapatológicas – próximas de uma doença, mas que constituem um defeito moral

⁴⁰⁸ REIS, Carolina dos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima; CARVALHO, Salo. Sobre jovens drogaditos: as histórias de ninguém. *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, n. 6, p. 68-78, 2014. Disponível em: <https://www.academia.edu/7821501/Sobre_Jovens_Drogaditos_as_historias_de_ninguem>. Acesso em: 01 out. 2014. p. 73.

⁴⁰⁹ Ibid., p. 73-74.

⁴¹⁰ FOUCAULT, Michel. *Os anormais*: curso no Collège de France (1974-1975). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010. p. 15-17.

não criminalizado. A moral defeituosa, nem patológica, nem ilegal, é colocada sob todos os holofotes sob a forma do desejo do crime. Esse desejo é sempre correlativo a uma falha, fraqueza ou incapacidade do autor do crime, tornado delinquente e, por consequência, objeto de uma tecnologia específica de poder⁴¹¹.

Além das dobras delito/criminalidade e autor/delinquente, o exame psiquiátrico apresenta uma terceira função: conferir ao médico a possibilidade de ser, ao mesmo tempo, médico-juiz. Da forma como realiza o seu ofício, já exposto, o perito contribui decisivamente com a passagem do investigado de réu a condenado. É também juiz porque instrui o processo no nível da culpa real do sujeito, para além da sua responsabilidade jurídica. O magistrado também irá se desdobrar diante do médico pois, ao lidar com o duplo ético-moral do sujeito jurídico, ele não punirá a infração. Irá, por outro lado, impor ao indivíduo uma série de medidas corretivas, de adaptação e reinserção. É essa a alteração produzida pelo exame psiquiátrico⁴¹².

O hospital e o fórum são os dois polos de uma rede contínua de instituições cuja função é dar uma resposta não ao crime ou à doença, mas sim ao perigo. Esse conjunto institucional é voltado ao indivíduo perigoso, aquele não exatamente doente, nem necessariamente criminoso. O perigo e a perversão formariam o núcleo essencial do exame médico-legal e explicam o caráter grotesco do discurso penal. A perícia judicial assume traços tão específicos que Foucault chega a atestar a desvinculação dos exames do saber psiquiátrico, estando o primeiro abaixo do nível epistemológico da psiquiatria⁴¹³. O exame médico constitui a junção entre o médico e o judiciário, mas a rigor ele advém de um terceiro âmbito, dotado de regras próprias, que adulteram o saber médico e jurídico. Seu objeto não é o doente/sadio nem o delinquente/inocente, mas sim os anormais⁴¹⁴.

Ele pertence ao poder de normalização, sendo o encontro do saber médico com o Poder Judiciário uma de suas técnicas. Frise-se que, embora o poder de normalização se apoie na instituição médica e na judiciária, ele tem sua autonomia e regras próprias que conseguem estabelecer um jogo entre as diversas instituições, o que propiciou a sua soberania na sociedade⁴¹⁵. A sua intervenção torna o poder médico e judiciário instâncias de controle do anormal, controle este exercido sobre

⁴¹¹ FOUCAULT, Michel. *Os anormais*: curso no Collège de France (1974-1975). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010. p. 17-19.

⁴¹² *Ibid.*, p. 19-21.

⁴¹³ *Ibid.*, p. 30-32.

⁴¹⁴ *Ibid.*, p. 35-36.

⁴¹⁵ *Ibid.*, passim.

os loucos, os doentes, os criminosos, os desviantes, as crianças e os pobres⁴¹⁶. No âmbito penal e fora dele, o laudo médico psiquiátrico constitui, hoje, peça fundamental para a tomada de decisões médico-jurídicas sobre a internação contra a vontade de pessoas que usam drogas. Como se viu, há dúvidas se esses laudos descrevem um indivíduo ou um estereótipo. A despeito disso, sua força probatória em um processo judicial é inegável, força que advém da sua capacidade de produzir verdades. Porque isso se dá e de que forma serão pontos abordados a seguir.

2.2.2 AS ENGRENAGENS DO BIOPODER EM FUNCIONAMENTO

No contexto do biopoder, tem-se que o biológico passa a se refletir diretamente na política. A vida e seus fenômenos passam a ser inscritos no domínio dos cálculos do poder-saber, das técnicas que os dominam e gerem. Contudo, há de se ter em mente que essa gestão da vida não é exaustiva, pois a vida escapa continuamente aos mecanismos de controle⁴¹⁷. Foucault ressalta que o poder, enquanto marca antropológica insuperável, perpassa toda relação social, embora nenhuma relação possa ser reduzida à mera relação de poder⁴¹⁸. Embora os episódios de repressão sejam mais evidentes, viu-se que a lógica do biopoder é mais produtiva do que repressiva. Para além da repressão, deve-se ser capaz de identificar como surgem e funcionam os dispositivos de poder, de saber e de produção da verdade⁴¹⁹, pois constituem o âmago das engrenagens do biopoder.

Como já anunciado, tais engrenagens não têm mais o Direito como seu modelo primordial, ainda que a lei venha assumindo efeitos de normalização. Ao longo dos séculos, o jurídico foi perdendo espaço enquanto sistema de representação do poder, não sendo mais capaz de dar conta inteiramente da sua codificação. Superá-lo é condição para uma análise do poder em seus meandros concretos e históricos. De acordo com a analítica do poder foucaultiana, pois, os procedimentos do poder deixam de funcionar pela lógica do Direito, da lei e do castigo, passando a ultrapassar os seus limites por meio da técnica, normalização e

⁴¹⁶ FOUCAULT, Michel. *Os anormais*: curso no Collège de France (1974-1975). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010. p. 36-37.

⁴¹⁷ *Ibid.*, p. 143.

⁴¹⁸ RUIZ, Castor M. M. Bartolomé. *Os labirintos do poder*. O poder (do) simbólico e os modos de subjetivação. Porto Alegre: Escritos Editora, 2004. p. 250-251.

⁴¹⁹ FOUCAULT, Michel. *A história da sexualidade I: a vontade de saber*. 13. ed. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999. Disponível em: <<http://www.filoczar.com.br/foucault/Historia-da-Sexualidade-I-A-VONTADE-DE-SABER.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2014. p. 75.

mecanismos de controle⁴²⁰. Diante desse cenário, propõe-se uma análise da produção de discursos que se articulam em torno da internação contra a vontade de pessoas que usam substâncias psicoativas.

Ter-se-á em mente, sobretudo, os discursos que sustentam os excessos cometidos nas operações de internação forçada de pessoas em situação de rua, amparados em um discurso de terror, que reproduz uma série de mitos em relação ao uso de substâncias psicoativas no Brasil. Entre eles, está a tão divulgada epidemia de crack que o país estaria enfrentando, ao ponto de um programa do Governo Federal ter sido batizado de “Crack, é possível vencer”. Esta e outras “verdades”, a serem questionadas na segunda metade deste trabalho, terminam por reforçar a estigmatização da figura do usuário, sobretudo aqueles que se encontram em condições de extrema vulnerabilidade, em situação de rua. Para a devida compreensão desse fenômeno, será aprofundada a análise de dois aspectos que sustentam as engrenagens do biopoder: o discurso da guerra das raças e a produção de verdades.

2.2.2.1 As raízes do biopoder no discurso da guerra das raças: o elo entre “fazer viver” e “poder matar”

Foucault analisou as relações de poder e as técnicas de dominação sob a ótica da guerra. Partiu do princípio de que a política é a guerra continuada por outros meios, ideia que surgiu entre os séculos XVII e XVIII, mas que se tornou marcante a partir de Clausewitz. Ao final da Idade Média, ocorreu uma ruptura: o Estado, dotado de instituições militares, substituiu a prática cotidiana da guerra. Nesse momento de mudanças, em que a guerra foi afastada para as fronteiras, surgiu o discurso da guerra enquanto relação social permanente, como fundamento de todas as relações e instituições de poder. De acordo com ele, a lei não selou a paz, sendo-lhe a guerra subjacente⁴²¹. Esta frente de batalha permanente colocaria dois grupos em confronto, de modo que a sociedade assumiria uma estrutura binária. Estes dois conjuntos

⁴²⁰ FOUCAULT, Michel. *A história da sexualidade I: a vontade de saber*. 13. ed. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999. Disponível em: <<http://www.filoczar.com.br/foucault/Historia-da-Sexualidade-I-A-VONTADE-DE-SABER.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2014. p. 88-90.

⁴²¹ Id. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. Tradução Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 53-59.

distintos e opostos travam entre si uma guerra permanente sob as estruturas aparentemente pacíficas do Estado⁴²².

Esse discurso da guerra permanente tem algumas peculiaridades que exercem forte impacto na produção da verdade. Primeiramente, aquele que narra a história, que diz a verdade e reivindica direitos, está necessariamente em um dos lados do embate. Por isso, os direitos que pleiteia, bem como as verdades que proclama, são singulares, e não universais. A verdade que se apresenta é uma perspectiva, que só emana de um local do combate, contrariando a ideia de que a verdade é neutra e fruto da paz, própria da filosofia grega. Ela poderá desempenhar dois papéis: ser uma arma nas relações de força ou desequilibrá-las, fazendo pender a vitória para um dos dois lados⁴²³.

Em segundo lugar, trata-se de um discurso que inverte as polaridades, que demanda uma explicação “por baixo”, que parta do caos. Acima e a partir desse espaço social belicoso é construída uma racionalidade frágil, permeada por estratégias, seja para manter a vitória, inverter as relações de força ou fazer calar a guerra. Para Foucault, “[...] a verdade vai estar do lado da desrazão e da brutalidade; a razão, em compensação, do lado da quimera e da maldade; totalmente o contrário, por conseguinte, do discurso explicativo do direito e da história até então”⁴²⁴. Por fim, trata-se de um discurso que se desenvolve na dimensão histórica e quase carrega consigo uma percepção mítica, como a espera de grandes heróis ou por desforras populares⁴²⁵.

Essa guerra permanente, de estrutura binária, que se desenrola sob o manto da ordem e da paz é identificada como a guerra das raças. Suas condições de possibilidade são as diferenças – de língua, força, energia, etnia. A sociedade é percorrida por esse enfrentamento das raças, que passa a ser definido como luta de classes no século XIX. Frise-se que o discurso da guerra das raças e o discurso racista se relacionam, mas não se confundem. O racismo é um dos episódios desta luta das raças, no qual termos sócio-biológicos foram utilizados para fins conservadores e de dominação colonial⁴²⁶. Ele terá papel importante na sociedade de normalização. Na era do biopoder, cujo grande objetivo é prolongar a vida e

⁴²² FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade*: curso no Collège de France (1975-1976). Tradução Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 100.

⁴²³ Ibid., p. 60-63.

⁴²⁴ Ibid., p. 65.

⁴²⁵ Ibid., p. 65-67.

⁴²⁶ Ibid., p. 71-75.

multiplicar as suas possibilidades, surge o problema de justificar o poder de matar, de expor à morte não só os seus inimigos, mas os seus próprios cidadãos. Tal justificativa só será possível em termos de racismo⁴²⁷.

Para que possa provocar a morte, portanto, o biopoder precisará lançar mão do racismo, discurso que lhe será constitutivo. Isto se dá porque a racionalidade política do biopoder incide sobre uma população concebida como um contínuo de vida, em oposição à estrutura binária anteriormente referida, através de instituições de saúde, educação e produção. O racismo irá oferecer as condições que tornam aceitável provocar a morte em uma sociedade de normalização. Foucault chega a afirmar que o racismo é a tanatopolítica do Estado totalitário, a qual constituiria, ao lado da biopolítica, faces de uma mesma racionalidade política cujo fim é o controle sobre a vida. Por meio dessas análises, Foucault deixa mais explícita as relações entre os efeitos de verdade e o poder e vice-versa, ponto a ser explicitado nas próximas páginas⁴²⁸.

Mendieta destaca a relevância da obra de Foucault na contemporaneidade, por poder ajudar a combinar o empírico, o normativo e o crítico. Além disso, vive-se uma conjuntura histórica de expansão e sofisticação das instituições, dispositivos, conhecimentos e verdades empenhados na produção de corpos dóceis⁴²⁹. Pode-se dizer que o racismo continua a justificar e naturalizar a eliminação dos indesejados. Hart compreende o racismo como “[...] a crença de que diferenças sociais e culturais entre grupos são herdadas e imutáveis, tornando certos grupos inalteravelmente superiores a outros”⁴³⁰. O autor destaca como a crença na inferioridade racial compõe um racismo institucionalizado no campo das drogas. Refere pesquisa⁴³¹ que revela haver, nos EUA, cinco vezes mais processos contra jovens negros do que brancos, embora o número de pessoas brancas que declararam ter vendido drogas seja maior⁴³².

⁴²⁷ FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade*: curso no Collège de France (1975-1976). Tradução Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 304.

⁴²⁸ MENDIETA, Eduardo. Hacer vivir y dejar morir: foucault y la genealogía del racismo. *Tabula Rasa*, Bogotá, n. 6, p. 138-152, jan.-jun. 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=39600606>>. Acesso em: 25 set. 2014. p. 147-148.

⁴²⁹ *Ibid.*, p. 149.

⁴³⁰ HART, Carl. *Um preço muito alto*: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas. Rio de Janeiro: Zahar, 2014. p. 23.

⁴³¹ Cf. ARYA, Neelum; AUGARTEN, Ian. *Critical condition*: african-american youth in the justice system. Washington: Campaign for Youth Justice, 2008. Disponível em: <http://www.campaignforyouthjustice.org/documents/CFYJPB_CriticalCondition_000.pdf>. Acesso em: 25 set. 2014.

⁴³² HART, op. cit., p. 135.

No Brasil, há dados que retratam uma situação semelhante. A grande maioria da população carcerária cumpre pena por crimes relacionados com drogas ilícitas. De acordo com dados de pesquisa realizada pela Universidade de São Paulo (USP), aproximadamente 89% dos acusados pelo crime de tráfico de drogas no estado permanecem presos durante todo o processo, independentemente da existência de razões que justifiquem a custódia cautelar⁴³³. Nesse universo, a grande maioria é jovem, pardo ou negro (59%) e foi presa com pequena quantidade de droga. Dentre eles, 57,29% não apresentavam antecedentes criminais⁴³⁴. Diante desses dados, não se pode ignorar que o controle dos crimes relacionados com drogas é mais rigoroso com os grupos mais vulneráveis da sociedade e que apresenta viés não só racista, mas também racial. Passa-se ao estudo do racismo em Foucault e de como esta noção, que construiu a “loucura”, também pode explicar a construção social da figura do “drogado”.

2.2.2.1.1 Guerra em tempos de paz: o racismo e a eleição das vidas matáveis

Até o século XVII, a guerra era vista como o confronto de duas massas. A partir dos estudos de Boulainvilliers, percebe-se que a guerra penetra em toda relação social, subdividindo-se em mil canais diversos. A guerra é mostrada por ele como estado permanente entre grupos que se opõem ou se aliam, e, ao fim e ao cabo, terminam por civilizar uns aos outros. Os lados do embate já não são mais massas estáveis e múltiplas. A guerra é generalizada e irá percorrer todo o corpo social e a sua história. Ela, além de ruptura, inscreve um determinado princípio de inteligibilidade em determinadas relações de direito, cujos reflexos se dão na própria guerra, religião e política⁴³⁵. Boulainvilliers, pela primeira vez, teceu a história dos súditos, dos povos, passando-se ao outro lado da relação de poder. Ele recusava o modelo jurídico da soberania, descrevendo a relação de poder em termos históricos de dominação e de jogo entre as relações de força⁴³⁶.

Desde então, o discurso passa a ser um importante objeto de disputa. Quando o discurso revolucionário, na primeira metade do século XIX, passa a se

⁴³³ JESUS, Maria Gorete Marques de et al. *Prisão provisória e lei de drogas: um estudo sobre os flagrantes de tráfico de drogas na cidade de São Paulo*. São Paulo: USP, 2011. Disponível em: <<http://www.nevusp.org/downloads/down254.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2014. p. 110.

⁴³⁴ Ibid., p. 67-69.

⁴³⁵ FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. Tradução Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 194-195.

⁴³⁶ Ibid., p. 199-201.

apresentar em termos de luta de classes, de outro lado insiste-se numa codificação de luta de raças no sentido biológico e médico do termo, momento em que surge o racismo como apresentado. Ele mudará o alvo e a função da luta das raças. O seu tema originário – as batalhas, invasões e pilhagens, passa a ser de luta pela vida, de matriz biológica, que se dedica à diferenciação das espécies e à identificação das raças mais bem adaptadas. A estrutura binária da sociedade é substituída por uma estrutura monística: um corpo social uno ameaçado por elementos heterogêneos, como o estrangeiro e o transviado. Conseqüentemente, o Estado deixa de servir de instrumento de uma raça contra a outra, e passa a ser o guardião da integridade e da pureza da raça⁴³⁷.

Para Mendieta, neste momento a guerra das raças se transforma na guerra de uma raça, de uma unidade biológica, contra suas ameaças. O racismo é o meio pelo qual o poder político burguês irá perpetuar a guerra no seio da sociedade civil⁴³⁸. O racismo virou o discurso revolucionário do avesso e reverteu o discurso das raças em proveito da soberania conservadora do Estado, cuja força passa a ser assegurada por técnicas médico-normalizadoras⁴³⁹:

À custa de uma transferência que foi a da lei para a norma, do jurídico para o biológico; à custa de uma passagem que foi a do plural das raças para o singular da raça; à custa de uma transformação que fez do projeto de libertação a preocupação da pureza, a soberania do Estado assumiu, tornou a levar em consideração, reutilizou em sua estratégia própria o discurso da luta das raças. A soberania do Estado transformou-se assim no imperativo da proteção da raça, como uma alternativa e uma barragem para o apelo revolucionário, que derivava, ele próprio, desse velho discurso das lutas, das decifrações, das reivindicações e das promessas⁴⁴⁰.

O que está por trás desse movimento de expansão do racismo, como já anunciado, é a necessidade de se justificar o poder de matar em tempos de biopoder, em que o “fazer viver” é a finalidade de todos os mecanismos, sejam disciplinares ou regulamentadores. O racismo irá introduzir no domínio da vida um corte, um critério que divide o que deve viver e o que deve morrer. Esse corte se dará por meio da distinção e hierarquização das raças, sua qualificação entre boas e más, superiores e inferiores. Tal permite fragmentar o contínuo biológico da espécie

⁴³⁷ FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade*: curso no Collège de France (1975-1976). Tradução Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 94-95.

⁴³⁸ MENDIETA, Eduardo. Hacer vivir y dejar morir: foucault y la genealogía del racismo. *Tabula Rasa*, Bogotá, n. 6, p. 138-152, jan.-jun. 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=39600606>>. Acesso em: 25 set. 2014. p. 148.

⁴³⁹ FOUCAULT, op. cit., p. 95-96.

⁴⁴⁰ *Ibid.*, p. 96.

humana ao qual se dirige o biopoder, além de defasar, dentro de uma mesma população, uns grupos em relação aos outros. O racismo terá ainda uma segunda função: inscrever na sociedade, de maneira positiva, uma relação de tipo guerreira e biológica, que atribui à morte das raças inferiores, dos anormais e degenerados, o meio para que a vida em geral se torne mais sadia e mais pura⁴⁴¹.

Neste caso, o inimigo não será o adversário político, mas sim aqueles que expõem a população em geral a um perigo de ordem biológica. Portanto, o imperativo da morte só será possível em um sistema de biopoder se ligada diretamente à eliminação de um perigo à própria espécie ou raça. Em outras palavras: “A raça, o racismo, é a condição de aceitabilidade de tirar a vida numa sociedade de normalização”⁴⁴². Matar, aqui, não assume o seu sentido literal. De acordo com Foucault, encontra-se abrangida nesta noção toda forma indireta de matar, como o fato de expor ou aumentar os riscos de morte, a morte política, a expulsão, a rejeição, dentre outros.

Mais do que eliminar a raça adversa, a guerra irá se revelar uma forma de regenerar a própria raça a partir da eliminação de raças inferiores, condição atribuída ao criminoso, aos loucos, aos anormais, ao usuário de drogas ilícitas. O racismo “[...] assegura a função de morte na economia do biopoder, segundo o princípio de que a morte dos outros é o fortalecimento biológico da própria pessoa na medida em que ela é membro de uma raça ou de uma população [...]”⁴⁴³. Através dele, ocorre a reconciliação do biopoder com o poder soberano do direito de matar, cuja expressão máxima se deu no Estado nazista. Contudo, a conciliação entre “fazer morrer” e “fazer viver” estará presente em todos os Estados modernos, tanto nos de perfil capitalista quanto nos de socialista⁴⁴⁴. Para Foucault, fazer funcionar o biopoder e, ao mesmo tempo, o direito da guerra e a função de matar sem recorrer ao racismo, constituiu e ainda constitui o grande desafio⁴⁴⁵.

Portanto, o discurso de guerra das raças constituirá o elemento articulador entre as disciplinas e a biopolítica, ao conjugar a maximização das forças produtivas e da vitalidade das populações com o deixar à margem aqueles indivíduos considerados provenientes de uma raça inferior, aqueles que se pode deixar morrer.

⁴⁴¹ FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade*: curso no Collège de France (1975-1976). Tradução Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 305.

⁴⁴² Ibid., p. 306.

⁴⁴³ Ibid., p. 308.

⁴⁴⁴ Ibid., p. 309-312.

⁴⁴⁵ Ibid., p. 315.

Nessa configuração, o poder de matar não é o de propriamente provocar a morte, mas sim o de estabelecer a aceitação da morte do outro – sendo esse outro, notadamente, os anormais, os loucos, os degenerados, sob o argumento de que com seu sacrifício a vida em geral será mais saudável e pura. Os discursos médico, científico e criminológico legitimaram esse poder de morte que, ao longo do século XIX, perpassou a colonização, as guerras, a identificação de criminosos e o controle da reprodução dos anormais⁴⁴⁶. Neste trabalho, a pessoa que usa substâncias psicoativas é o “louco”, o “degenerado”, aquele de quem a sociedade deve ser protegida através do aparato científico e judicial.

O próprio “vício”, uma vez reduzido a um dado biológico implacável e quase que irreversível, termina por também reduzir o dependente químico a um estado de vida meramente biológica. Atente-se para o fato de que esta fatalidade da natureza também estava presente na ideologia nazista alemã. Acreditava-se na dominação implacável da natureza, perante a qual o homem não teria como resistir, o que conduziu à prevalência da ideia de força e violência. Como reduzir o ser humano a um animal vivo não seria suficiente, o nazismo se arvorou a determinar o que consistiria uma vida digna, devendo ser eliminadas as vidas indignas. Com isto, o totalitarismo subtraiu de diversos grupos, como os judeus, negros e outros, a condição que os identificaria com o restante da humanidade, tornando-os “sem direito”. Diante disso, Palermi aponta que reduzir o ser humano à sua condição de animal vivo não seria a melhor forma de protegê-lo contra tratamentos desumanos e degradantes⁴⁴⁷. Pelo contrário, viu-se que esse caminho torna aquilo que é considerado uma ameaça biológica à sociedade em alvo do racismo e do controle por parte do Estado.

No sítio eletrônico do OBID é feito um esclarecimento a respeito. Diz-se que o fato da dependência de drogas ser considerada uma questão de saúde não a reduz a um problema de causas exclusivamente físicas ou orgânicas. Há fatores de ordem psíquica, emocional, social, cultural e familiares envolvidos, o que demanda que este

⁴⁴⁶ CAPONI, Sandra. Biopolítica: entre as ciências da vida e a gestão das populações. In: PORTO, Dora; GARRAFA, Volnei; MARTINS, Gerson Zafalon; BARBOSA, Swendenberger do Nascimento. *Bioética, poderes e injustiças: 10 anos depois*. Brasília, DF: CFM/Cátedra Unesco de Bioética/SBB, 2012. p. 94-95.

⁴⁴⁷ PALERMINI, Patricia. *Misère de la bioéthique*. Bruxelles: Éditions Labor, 2002. (Collection Liberté j'écris ton nom). p. 25-26.

fenômeno seja abordado de maneira transdisciplinar⁴⁴⁸. E mais, esclarece-se que, apesar da dependência, a pessoa é capaz de entender, querer e decidir, ainda que essas habilidades venham a ser prejudicadas pela doença. “Mesmo com a doença manifestada conserva todas as capacidades e possibilidades de resgatar a autonomia individual, a capacidade de escolher e decidir. [...] É uma pessoa capaz de renascer e reprojeter a própria vida em direção a autonomia e liberdade.”⁴⁴⁹ Pode-se dizer mais, como se verá adiante: pessoas que usam substâncias psicoativas de forma abusiva podem ser capazes de agir racionalmente e tomar decisões a respeito da própria saúde.

Observe-se que, no discurso daqueles que argumentam que a internação forçada se justifica enquanto medida em defesa da vida do próprio dependente químico, pois ele já não é capaz de se guiar e retomar uma vida saudável, é feita uma aproximação entre o usuário e o louco. Ambos teriam em comum a perda da racionalidade, da capacidade de conduzir a própria vida, fator que constitui importante base de legitimação das práticas de reclusão. Lemos destaca que o período do grande internamento inaugurado na Europa no século XVII, embora encoberto pelo discurso da cura, tinha como mote questões de urbanização e mercantilismo. A internação representava menos cuidado e mais segregação⁴⁵⁰. Impõem-se considerações sobre a concepção da loucura e do internamento ao longo da modernidade, na medida em que tal fornecerá subsídios para se pensar a internação contra a vontade de usuários de drogas.

Pode-se dizer que foram estendidos aos drogados os valores atribuídos à imagem dos loucos que, por sua vez, herdaram dos leprosos todo seu estigma. A experiência da humanidade com o que se entende por loucura não foi uniforme ao longo dos séculos. No século XVI, a loucura era percebida como forma relativa da razão. Embora sejam estados que se recusam, uma não existia sem a outra, eram a medida e o fundamento da outra numa dialética estrita da reciprocidade. Entre o final do século XVI e o início do século XVII, a loucura se torna uma das formas da própria razão. No período clássico, ela deixa de ser considerada uma grande

⁴⁴⁸ BRASIL. Ministério da Justiça. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID). *Tratamento/Modelos/Abordagem interdisciplinar*. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11418&rastr=TRATAMENTO%2FModelos/Abordagem+interdisciplinar>. Acesso em: 15 dez. 2014.

⁴⁴⁹ Ibid.

⁴⁵⁰ LEMOS, Clécio. Tratamento compulsório: droga, loucura e punição. *Sistema Penal & Violência*, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 319-337, jul.-dez. 2013. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/sistema_penaleviolencia/article/view/15000/10780>. Acesso em: 26 ago. 2014. p. 328.

ameaça, passando a assumir formas transparentes e dóceis. O banimento/exclusão é substituído pela internação no hospital dos loucos⁴⁵¹.

A partir do racionalismo de Descartes, a loucura é excluída do projeto de razão. Esta, uma vez em plena posse de si mesma, relega a loucura a uma região de exclusão. Ainda no século XVII foram criadas diversas casas de internamento, como os hospitais gerais, as casas de força e as *workhouses*. Esse espaço não era ocupado apenas pelos loucos, mas também pelos pobres e desempregados. Na França, a fundação do Hospital Geral em 1656 é um episódio marcante. Ao contrário do que sugere seu nome, não se trata de um estabelecimento médico. Foucault o descreve como uma estrutura semi-jurídica, uma espécie de estrutura administrativa com competência para decidir, julgar e executar. Entre a polícia e a justiça, o hospital geral representava a terceira ordem de repressão. Muitos deles foram instalados no espaço dos antigos leprosários⁴⁵².

A ausência de cuidados médicos, com exceção da prescrição de visitas isoladas, coloca o Hospital Geral em situação análoga à de uma prisão. O médico ali mantido não o era para oferecer cuidados aos internos doentes, mas sim para evitar a proliferação de doenças naquele ambiente. Os cuidados médicos, portanto, eram direcionados à prevenção de alguns efeitos do internamento, não fazia parte do seu projeto finalidades terapêuticas. O hospital e a prisão eram tão similares que os loucos eram enviados para um ou para outro indistintamente. O internamento, nesse período, não era um passo na direção da hospitalização da loucura, mas sim a implantação de um regime de correição, cujo mote principal era a prática de exercícios, a obediência à lei e sua pedagogia. Porém, não se pode negar que em alguma medida a loucura assumiu feições de doença, de modo que ambas as percepções foram contemporâneas⁴⁵³.

O vazio deixado pelos leprosos é ocupado pelos “internos”. Antes, o ato de encarceramento era exclusivamente médico, para conter a doença. Nessa fase, ele adquire significações políticas, sociais, religiosas, econômicas e morais. Essa categoria logo se proliferou por toda a Europa. O internamento era efetuado com base em uma dupla justificação: a título de benefício e a título de punição, a

⁴⁵¹ FOUCAULT, Michel. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978. Disponível em: <<http://www.filoczar.com.br/foucault/Michel-Foucault-Historia-Da-Loucura-Na-Idade-Classica.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2014. passim.

⁴⁵² *Ibid.*, p. 54-57.

⁴⁵³ *Ibid.*, p. 128-131.

depender do valor moral (bom ou mau) atribuído a quem ele era imposto. A própria loucura passa a ser tratada de acordo com esta dicotomia. Tratada como problema de polícia, manter essas pessoas reclusas era um imperativo para a manutenção da ordem social. A propositura do internamento foi exigida por razões diversas à preocupação com a cura. O que a torna necessária é, antes, o imperativo do trabalho. Não se acolhia o doente, se condenava sua ociosidade⁴⁵⁴.

Em suas origens, o internamento foi concebido como resposta a uma crise econômica ocorrida no século XVII no mundo ocidental. No período, a pobreza cresceu exponencialmente. Por muito tempo, as casas de correção ou locais do Hospital Geral foram destinados à colocação de desempregados e vagabundos. Esse papel era assumido por esses estabelecimentos a cada crise e o consequente aumento do número de pobres. Fora dos períodos de crise, o internamento assume um novo sentido: sua função de repressão não se volta mais aos sem trabalho, mas sim para dar trabalho aos que foram presos. Em outras palavras, torna-se fonte de mão-de-obra barata em tempos de pleno emprego e altos salários. Em períodos de crise, se destinará à reabsorção dos ociosos e proteção social contra agitações e revoltas. Com a criação do Hospital Geral de Paris, especificamente, pensou-se mais na supressão da mendicância do que na ocupação dos internos⁴⁵⁵.

No século XIX, esses espaços passam a ser ocupados exclusivamente pelos loucos. Pela primeira vez a loucura foi percebida em termos de uma condenação ética da ociosidade. A comunidade passou a rejeitar todas as formas de inutilidade social, todo aquele que não se encaixava na ética burguesa. Neste cenário, o Hospital Geral não será apenas um refúgio para aqueles cuja velhice ou enfermidade os impedem de trabalhar. Assumirá o papel de uma instituição moral, encarregada de castigar e corrigir essa “falha moral” para a qual uma penitência não seria suficiente. Para tanto, contará com todo o aparelho jurídico e material da repressão. O imperativo da razão cartesiana e da (in)utilidade burguesa criaram um limiar com base no qual é possível banir. A loucura, que na Renascença dividia com a razão o mesmo espaço, se vê reclusa nas fortalezas do internamento⁴⁵⁶.

⁴⁵⁴ FOUCAULT, Michel. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978. Disponível em: <<http://www.filoczar.com.br/foucault/Michel-Foucault-Historia-Da-Loucura-Na-Idade-Classica.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2014. passim.

⁴⁵⁵ *Ibid.*, p. 75-77.

⁴⁵⁶ *Ibid.*, p. 83-89.

Os poderes de decisão sobre a loucura são paulatinamente transferidos ao juízo médico. Somente ele seria capaz de distinguir o normal do insano, o criminoso do alienado irresponsável. Até então, o internamento não era estruturado com base em um juízo médico, mas sim num outro tipo de consciência. Na França, ao final do século XVII, o procedimento mais frequente era a carta régia (o rei, a pedido da família, concedia a internação). Poucos pedidos eram acompanhados de avaliação médica. Já no final do século XVIII, o internamento estava condicionado ao procedimento jurídico da interdição, forma encontrada para se evitar arbitrariedades. O Direito, não a Medicina, irá apurar sobremaneira a sua análise da loucura. Foucault chega a dizer que sobre o fundo de uma experiência jurídica da alienação se constituiu a ciência médica dedicada às doenças mentais⁴⁵⁷.

A doença mental, na qualidade de objeto da arte médica, será fruto de duas perspectivas – a do sujeito juridicamente incapaz e a da pessoa tida como perturbadora da ordem social. Será confluência, portanto, dos pensamentos jurídicos, políticos e morais que povoaram os séculos XVII e XVIII⁴⁵⁸.

Tudo isso é de extrema importância para o desenvolvimento ulterior da medicina do espírito. Esta, em sua forma "positiva", é no fundo apenas a superposição de duas experiências que o Classicismo justapôs sem nunca reuni-las definitivamente: uma experiência social, normativa e dicotômica da loucura, que gira ao redor do imperativo do internamento e se formula apenas em termos de "sim ou não", "inofensivo ou perigoso", "para ser internado ou não"; e uma experiência jurídica, qualitativa, finamente diferenciada, sensível às questões de limites e gradações e que procura em todos os setores da atividade do sujeito os rostos polimorfos que a alienação pode assumir⁴⁵⁹.

Pinel terá um papel importante na produção do "louco", juntamente com outros profissionais do campo da saúde. Esse novo ícone surge quando a sociedade precisava afirmar que o fundamento da humanidade era possuir a capacidade de fazer um bom uso da razão. Com a perda de espaço da metafísica divina na determinação das relações sociais, a racionalidade passa a ser o núcleo dessa nova metafísica, calcada no agir racional do humano. Sendo este o paradigma, todo aquele que nele não se encaixasse deveria ser catalogado, vigiado e cuidado. O aprisionamento dessas pessoas em manicômios, contudo, não era tido como

⁴⁵⁷ FOUCAULT, Michel. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978. Disponível em: <<http://www.filoczar.com.br/foucault/Michel-Foucault-Historia-Da-Loucura-Na-Idade-Classica.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2014. p. 141-145.

⁴⁵⁸ *Ibid.*, p. 147.

⁴⁵⁹ *Ibid.*, p. 148.

violência ou castigo por sua condição. Pelo contrário, a internação era realizada e justificada em termos de cuidado, considerada como a boa prática perante esses novos não humanos⁴⁶⁰.

A mesma racionalidade que permitiu ao europeu pensar ser capaz de civilizar os “selvagens” do novo mundo se fez presente na medicina, tornando necessária a exclusão e aprisionamento dos sem razão em nome da proteção de si mesmo e dos outros. Merhy observa que não é a evolução dos saberes que criam esses objetos e, conseqüentemente, faz a medicina criar novos mecanismos disciplinares. Os limites entre o normal e o patológico são uma construção social, e não apenas resultado do avanço do conhecimento científico, embora este tenha papel importante nessa construção. A medicina, portanto, termina por assumir o papel de política social, de garantidora de uma certa normalidade humana, vigiando, controlando e punindo aquele que escape aos seus parâmetros. Durante os séculos XIX e XX o “louco” era a personificação do anormal por excelência, principal ícone do não humano⁴⁶¹.

A partir do século XIX a psicopatologia irá situar-se conforme parâmetros daquilo que se entende por um homem normal. Foucault aponta que esse “homem normal” é uma criação. Portanto, a condição de “louco” seria atribuída a alguém não porque a doença tenha-o afastado dos parâmetros de normalidade, mas sim porque ele foi situado culturalmente na interseção entre as determinantes do internamento e o conhecimento jurídico sobre a capacidade dos sujeitos de direito. Somente após essa síntese tornou-se possível promover o louco à categoria de ser humano. Somente no século XIX o hospital se tornará o espaço adequado para lidar com esses quadros, assim como o internamento passa a assumir a natureza de ato terapêutico. Para tanto, contudo, as múltiplas facetas da loucura sofreram uma redução, passaram a integrar uma unidade confusa⁴⁶².

Viu-se que a clausura passou a ser o meio principal para tratamento dos “loucos”, contrariamente ao método de expulsão dispensado aos leprosos. Essa nova ordem inclui para excluir. O ato de internar, mesmo quando já vinculado ao discurso médico de cura, consubstanciava um genuíno ato de segregação. A

⁴⁶⁰ MERHY, Emerson. Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. In: GRUPO DE TRABALHO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS. (Org). *Drogas e cidadania: em debate*. Brasília, DF: CFP, 2012. p. 9-18. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/02/Drogas-e-cidadania.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2014. p. 10.

⁴⁶¹ *Ibid.*, p. 11.

⁴⁶² FOUCAULT, Michel. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978. Disponível em: <<http://www.filozar.com.br/foucault/Michel-Foucault-Historia-Da-Loucura-Na-Idade-Classica.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2014. p. 150.

preocupação era, antes, o atendimento da ética do capital. Na leitura de Lemos, as vãs que recolhem os pobres usuários de drogas “[...] nos conduzem a uma prática de higienização social readaptada, a fim de tornar cada vez mais invisíveis os refugos da estrutura econômica⁴⁶³. Também para Oliveira os “drogados” ou “crackeiros” são os candidatos naturais a ocupar o posto de “interno”, assim como ocorreu com os leprosos, deficientes, pessoas com doenças venéreas e os loucos, sobretudo após a Reforma Psiquiátrica⁴⁶⁴. Para que a internação de usuários de drogas cumpra essa finalidade e conte com o apoio da sociedade, ela precisa estar amparada em marcos de verdade capazes de despertar o racismo contra os “viciados”. A seguir, será explorado como foi possível a construção social desta figura, com destaque à participação do discurso científico neste interím.

2.2.2.1.2 *Relações entre poder e discurso: a transmutação dos saberes em regimes de veridicção*

O racismo, para hierarquizar as raças entre boas e más, para detectar as ameaças (biológicas) à uma dada sociedade, se apoia na produção de verdades. O disciplinamento dos saberes, no século XIX, substituiu a regra da verdade pela regra da ciência. O discurso científico é, indubitavelmente, um produtor de verdades, como se viu na conjugação dos discursos médico e jurídico em processos criminais. O mesmo pode ser identificado em processos de internação compulsória, ocupando o usuário de substâncias psicoativas o lugar do “louco”, do anormal, independentemente da sua condição de dependente químico estar associada a um transtorno psiquiátrico ou não. Portanto, cabe aprofundar as reflexões sobre a produção de verdades nesse âmbito, o que permitirá descortinar uma série de mitos que giram em torno do uso de drogas mais adiante.

A produção de verdades pelo saber científico somente foi possível a partir da constituição de uma série de táticas de vigilância. Inspirado pelo Panopticon de Bentham, Foucault identificou um tipo de poder que chamou de panoptismo, assentado na vigilância, controle e correção. Essa forma de poder repousa sobre o exame, a vigilância constante dos indivíduos por outrem que exerce sobre eles um

⁴⁶³ LEMOS, Clécio. Tratamento compulsório: droga, loucura e punição. *Sistema Penal & Violência*, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 319-337, jul.-dez. 2013. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/sistema_penaleviolencia/article/view/15000/10780>. Acesso em: 26 ago. 2014. p. 329-335.

⁴⁶⁴ OLIVEIRA, Marcus Vinícius de. As internações, as drogas e a lei. In: GRUPO DE TRABALHO DE ÀLCOOL E OUTRAS DROGAS. (Org). *Drogas e cidadania: em debate*. Brasília, DF: CFP, 2012. p. 43-52. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/02/Drogas-e-cidadania.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2014. p. 47.

poder – o mestre-escola, o médico, o psiquiatra, o diretor de prisão. Este, enquanto vigia, tem a possibilidade de também construir um saber sobre aqueles que vigia, um saber que visa determinar se uma pessoa se conduz ou não em conformidade com a regra. Trata-se de um poder que se articula em torno da norma, do que é ou não normal, do que se deve ou não fazer. Esta é a forma de saber-poder que dará lugar às grandes ciências de observação, denominadas ciências humanas: a psicologia, a psiquiatria, a sociologia, dentre outras⁴⁶⁵.

Este saber nasce da observação dos indivíduos, da classificação, registro e análise dos seus comportamentos. Nesse sentido, os indivíduos sobre os quais se exerce poder serão: a) aquilo a partir do que se extrai o saber produzido pelos mesmos, a ser reformulado segundo novas normas; ou b) objetos de um saber que permitirá novas formas de controle. O saber psiquiátrico, por exemplo, se formou a partir de um campo de observação prático, exercido pelos médicos enquanto eram os detentores do poder no interior de um dado campo institucional fechado, qual seja, o asilo ou hospital psiquiátrico⁴⁶⁶. Nesse âmbito, o discurso de verdade é um procedimento retórico, uma forma de produzir acontecimentos e decisões⁴⁶⁷.

As instituições que possibilitaram a edificação deste saber, como a fábrica, a escola, e principalmente o hospital psiquiátrico, por força do tema do presente estudo, não teriam como finalidade primeira a exclusão dos indivíduos, mas sim fixá-los a um aparelho de produção, de transmissão do saber e de correção, respectivamente. Em outras palavras, ainda que essas instituições possam produzir, de fato, a exclusão do indivíduo, fixá-los em um aparelho de normalização do homem é sua função primeira e fundamental. A reclusão típica do século XVIII, que implicava na exclusão dos indivíduos do círculo social, é seguida por um tipo de reclusão que inclui, que tem por finalidade a normalização⁴⁶⁸.

Nas suas investigações sobre o “como do poder”, Foucault buscou apreender os seus mecanismos de funcionamento, partindo de dois pontos de referência principais: as regras de direito que delimitam o poder e os seus efeitos de verdade. A tríade poder, direito e verdade estaria por detrás das relações de poder que perpassam e constituem o corpo social. O exercício do poder pressupõe

⁴⁶⁵ FOUCAULT, Michel. *A verdade e as formas jurídicas*. Tradução Eduardo Jardim e Roberto Machado. Rio de Janeiro: Nau, 2013. p. 88-89.

⁴⁶⁶ *Ibid.*, p. 112-113.

⁴⁶⁷ *Ibid.*, p. 138.

⁴⁶⁸ *Ibid.*, p. 113.

mecanismos que produzam efeitos de verdade, discursos que todos são forçados a (re)produzir, sendo um importante meio de veiculação as regras de direito. No Ocidente, o Direito⁴⁶⁹ se formou em torno do poder régio para justificar as suas ações, em um primeiro momento, e para limitar as suas prerrogativas, em um segundo momento. Quando se volta às questões de soberania, o Direito tem como função mascarar o fato da dominação, substituindo-a por duas coisas: os direitos legítimos da soberania e a obrigação legal da obediência⁴⁷⁰.

É no discurso que se articulam poder e saber. Por isso mesmo deve-se conceber o discurso como uma série de segmentos descontínuos, cuja função em termos táticos não é uniforme nem estável. Não se pode dividir o mundo entre discursos admitido e excluído, ou discursos dominante e dominado. O que há é uma multiplicidade de elementos discursivos que poderão funcionar em estratégias diferentes. Inclusive, fórmulas idênticas podem ser utilizadas para objetivos opostos. A vulnerabilidade a que estão expostos os dependentes químicos pode justificar tanto a internação forçada quanto um tratamento que privilegie o empoderamento do usuário, por exemplo. Com isto não se quer dizer que o discurso sempre estará submetido ao poder. Essa trama pode ser compreendida como um jogo complexo e instável, em que o discurso pode ser, ao mesmo tempo, instrumento e efeito do poder, além de obstáculo e ponto de resistência. Em suma: os discursos são elementos táticos no campo das correlações de força, as quais tinham sua máxima expressão na guerra e passaram a constituir a ordem do poder político⁴⁷¹.

Determinados tipos de conhecimento, ordens de verdade ou domínios de saber pressupõem condições políticas e econômicas, as quais constituem o solo em que germinam. Para fazer uma história da verdade, Foucault recorrerá eventualmente ao modelo nietzschiano. A partir de Nietzsche, o autor pondera a colocação de que o conhecimento esquematiza, ignorando as diferenças, sem manter qualquer fundamento em verdade. Por isso, o conhecimento seria sempre um desconhecimento. Por outro lado, o conhecimento sempre visa, de forma maldosa e agressiva, indivíduos, coisas ou situações. O conhecimento seria fruto de

⁴⁶⁹ Foucault entende por direito não só a lei, mas também os aparelhos, instituições e regulamentos que aplicam o direito. FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade*: curso no Collège de France (1975-1976). Tradução Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 28-31.

⁴⁷⁰ *Ibid.*, p. 28-31.

⁴⁷¹ *Id.* *A história da sexualidade I: a vontade de saber*. 13. ed. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999. Disponível em: <<http://www.filoczar.com.br/foucault/Historia-da-Sexualidade-I-A-VONTADE-DE-SABER.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2014. p. 100-103.

um duelo entre o homem e o que ele conhece, daí a afirmação paradoxal de que o conhecimento é generalizante e singular ao mesmo tempo. Foucault assinala que este é um referencial importante para a compreensão da formação de um certo número de domínios a partir de relações de força e de relações políticas na sociedade⁴⁷².

Para se descobrir essas condições de existência, Foucault terminou por desenvolver a análise arqueológica. Sua função primordial é descobrir as continuidades até então encobertas e, em seguida, constatar sua utilidade ao longo do tempo. Tal análise o permitiu, ainda, desvendar a que sistema de poder essas bases estão vinculadas e de que modo elas podem ser abordadas. Foucault o fez, por exemplo, em relação ao saber e à instituição psiquiátricos, o que lhe permitiu perceber que o desenvolvimento da psiquiatria se deu em meio a uma série de relações econômicas, ou ao menos úteis. Para o autor, a arqueologia é uma tentativa histórico-política que se baseia em relações de continuidade e que vislumbra a possibilidade de definir, no presente, objetivos táticos de estratégia de luta⁴⁷³. Trata-se de partir da decisão de inexistência dos universais (ex. a loucura) e indagar que história se pode fazer, quais práticas se pautam neste suposto universal⁴⁷⁴.

Em suas obras, Foucault realizou mais do que um historicismo. Ele se preocupou em demonstrar através de quais interferências uma série de práticas, uma vez coordenada a um regime de verdade, pôde fazer com que aquilo que não existe – a loucura, a doença, a delinquência, a sexualidade etc. – passasse a representar uma coisa (embora ela continuasse não existindo). Nas palavras do autor, seu objetivo é “[...] mostrar como o par ‘série de práticas/regime de verdade’ forma um dispositivo de saber-poder que marca efetivamente no real o que não existe e submete-o legitimamente à demarcação do verdadeiro e do falso”⁴⁷⁵. No caso da loucura, como já se viu, Foucault estudou a gênese da psiquiatria a partir de instituições que estavam originalmente articuladas a mecanismos de jurisdição

⁴⁷² FOUCAULT, Michel. *A verdade e as formas jurídicas*. Tradução Eduardo Jardim e Roberto Machado. Rio de Janeiro: Nau, 2013. p. 33-35.

⁴⁷³ *Ibid.*, p. 149.

⁴⁷⁴ *Id.* *Nascimento da biopolítica*: curso dado no Collège de France (1978-1979). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008. p. 5-6.

⁴⁷⁵ *Ibid.*, p. 27.

(penal) e a partir de que momento estes passaram a ser sustentados ou até substituídos por processos de verificação⁴⁷⁶.

Para Foucault, dentre as práticas sociais em que é possível localizar a emergência de novas formas de subjetividade, de saber e de relações do homem com a verdade, a partir de uma análise histórica, as práticas judiciárias estão entre as mais importantes⁴⁷⁷ - vide, atualmente, a própria internação compulsória e a emergência da Justiça Terapêutica. No século XIX, desenvolveu-se em torno da instituição judiciária uma série de outras instituições, para fazer com que a primeira passasse a assumir a função de controle dos indivíduos em face da sua periculosidade. Estas outras instituições são pedagógicas, como a escola, psicológicas ou psiquiátricas, como o hospital, o asilo, a polícia. Toda essa rede de poder que extrapola o Poder Judiciário é dirigida ao cumprimento da função que ele atribuiu a si mesmo: não mais somente punir as infrações dos indivíduos, mas também corrigir as suas virtualidades. Foucault identifica esse período como idade de ortopedia social, que se inscreve na sociedade de normalização⁴⁷⁸.

Ao estudar as instituições penais, por exemplo, Foucault percebeu que a função jurisdicional passou a ser transformada ou secundada por uma questão de verificação a partir do momento em que a questão “o que você fez?” foi substituída pela questão “quem você é?”. Então, o autor passou a abordar, sob diversos ângulos, uma história da verdade, história esta que estaria acoplada a uma história do direito desde a sua origem. Em outras palavras, essa empreitada se refere à genealogia de regimes veridicionais, da constituição de certo direito da verdade a partir de uma situação de direito. A relação direito/verdade encontra sua manifestação privilegiada no discurso, pelo qual se formula o direito e aquilo que é verdadeiro ou falso. O regime de verificação não constitui uma lei da verdade, mas sim um conjunto de regras que permitem, diante de um dado discurso, caracterizar seus enunciados como verdadeiros ou falsos⁴⁷⁹. Nas palavras do autor:

⁴⁷⁶ FOUCAULT, Michel. *Nascimento da biopolítica*: curso dado no Collège de France (1978-1979). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008. p. 47.

⁴⁷⁷ Foucault entende como práticas judiciárias: “[...] a maneira pela qual, entre os homens, se arbitram os danos e as responsabilidades, o modo pelo qual, na história do Ocidente, se concebeu e se definiu a maneira como os homens podiam ser julgados em função dos erros que haviam cometido, a maneira como se impôs a determinados indivíduos a reparação de algumas de suas ações e a punição de outras, todas essas regras ou, se quiserem, todas essas práticas regulares, é claro, mas também modificadas sem cessar através da história [...]” Id. *A verdade e as formas jurídicas*. Tradução Eduardo Jardim e Roberto Machado. Rio de Janeiro: Nau, 2013. p. 20-21.

⁴⁷⁸ Ibid., p. 87.

⁴⁷⁹ Id. *Nascimento da biopolítica*: curso dado no Collège de France (1978-1979). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008. p. 49-50.

[...] quando digo que a crítica consistiria em determinar em que condições e com quais efeitos se exerce uma veridicção, vocês vêem que o problema não consistiria em dizer, portanto: vejam como a psiquiatria é opressiva, já que é falsa. Não consistiria nem mesmo em ser um pouco mais sofisticado e dizer: olhem como ela é opressiva, já que é verdadeira. Consistiria em dizer que o problema está em trazer à luz as condições que tiveram de ser preenchidas para que se pudessem emitir sobre a loucura – mas a mesma coisa valeria para a delinquência, a mesma coisa valeria para o sexo – os discursos que podem ser verdadeiros ou falsos de acordo com as regras que são as da medicina ou as da confissão ou as da psicologia, pouco importa, ou as da psicanálise⁴⁸⁰.

A partir de práticas sociais foi-se formando domínios do saber que, mais do que criar novos objetos, conceitos e técnicas, também fizeram nascer novas formas de sujeitos de conhecimento⁴⁸¹. Fiore, na esteira do ponto de vista foucaultiano, descreve os saberes como regimes de verdade, tendo o saber médico se constituído em um “[...] terreno movediço das verdades a respeito da vida e da morte, do normal e, principalmente, do patológico.”⁴⁸² Com isto, não se pretende recair em um total niilismo, devendo-se ter em mente que os saberes se articulam com a realidade em que são produzidos ao mesmo tempo que a produz. Em outras palavras, não se coloca à prova a eficácia dos saberes, a sua materialidade. O autor explica que não se trata de negar a doença, a cura ou seu alívio, mas ter em mente que estas são verdades materializadas por um corpo de discursos e práticas até então considerados eficientes na resolução dos problemas instituídos pelo próprio saber médico. Devem ser feitos questionamentos também em outro nível: sobre o que os saberes médicos problematizam⁴⁸³. A este segundo viés será dedicada a seção seguinte, ou seja: será perquirido como o uso de drogas se tornou um problema social. Em seguida, buscar-se-á no próprio saber médico questionamentos sobre algumas das verdades criadas em torno desta prática.

⁴⁸⁰ FOUCAULT, Michel. *Nascimento da biopolítica*: curso dado no Collège de France (1978-1979). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008. p. 50.

⁴⁸¹ Id. *A verdade e as formas jurídicas*. Tradução Eduardo Jardim e Roberto Machado. Rio de Janeiro: Nau, 2013. p. 18.

⁴⁸² FIORE, Maurício. Prazer e risco: uma discussão a respeito dos saberes médicos sobre o uso de “drogas”. In: LABATE, Beatriz Caiuby et. al. (Orgs.) *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: Edufba, 2008. p. 141-153. Disponível em: <http://www2.cultura.gov.br/site/wp-content/uploads/2010/03/drogas_e_cultura.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2014. p. 142.

⁴⁸³ Ibid., p. 142.

2.2.2.2 Ciência e produção de verdades: a articulação entre Direito e Medicina na produção do “usuário de drogas”

O saber científico ocupa um papel importante na produção de verdades, sobretudo porque é considerado neutro e objetivo. Porém, segundo Latour e Woolgar, o fato científico é também uma construção social. Ao observar e examinar detalhadamente o cotidiano de um laboratório, os autores observaram a importância da escrita e da persuasão em suas atividades, desde anotações de medidas e testes, até a produção de artigos científicos, tida como a principal finalidade dos cientistas. Rege o laboratório, portanto, um sistema de inscrição literária. A inscrição é mais do que ter na escrita um método de transferência de informação. Trata-se de uma operação material de criação da ordem a partir da desordem, que pressupõe a habilidade de convencer os demais da importância das atividades desenvolvidas, da verdade do que se diz, de que os enunciados proferidos são fatos⁴⁸⁴.

A partir da análise dos artigos científicos aos quais tiveram acesso, os autores identificaram cinco tipos de enunciados, de acordo com o seu grau de facticidade. De acordo com eles, há um *continuum* entre dois extremos, identificados como enunciados de tipo 5 e de tipo 1. Os primeiros se referem a elementos do saber tomados como adquiridos, o pano de fundo para a demonstração de outros fatos, enquanto os segundos consistem em conjecturas ou especulações. Essa classificação enfrenta problemas, sobretudo porque nem sempre o enunciado corresponde ao grau de facticidade que anuncia, contudo, nesses termos pode-se observar com mais clareza os movimentos de mudança dos tipos de enunciado, logo, dos seus graus de facticidade ao longo do tempo⁴⁸⁵.

É a partir da superposição de enunciados e documentos que se constroem os fatos. Eles passam a ser reconhecidos desta forma na medida em que são perdidos os seus atributos temporais, o contexto histórico e social no qual foram construídos. Este momento, no qual o enunciado se desprende das referências ao seu processo de produção, é denominado estabilização. Antes, o objeto é mero reflexo do enunciado. Assim que a estabilização se opera, surgem ao mesmo tempo o objeto e um enunciado sobre ele, ou seja, o enunciado passa a ser o espelho de uma

⁴⁸⁴ LATOUR, Bruno; WOOLGAR, Steve. *A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos*. Tradução Angela Ramalho Vianna. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997. p. 37-47.

⁴⁸⁵ *Ibid.*, p. 76-81.

realidade exterior. Esse processo produz uma inversão: o objeto torna-se a razão pela qual o enunciado foi formulado, e não o contrário. O efeito da realidade, objetividade e exterioridade é consequência do trabalho científico, e não sua causa⁴⁸⁶.

Latour e Woolgar identificam que essa mesma dinâmica pode ser percebida em outras instituições, como o hospital e a indústria. Pode-se dizer que a dependência química, enquanto doença, é igualmente fruto de uma construção social avalizada pelo saber científico. Nas décadas de 1950 e 1960, o uso abusivo de drogas, aquele digno de sanções morais e associado à degeneração, passou a ser considerado uma doença – a adição. Desde então, busca-se uma descrição nosológica e sintomática mais precisa para o quadro. Cite-se, como exemplo desse esforço, a descrição da dependência e do uso nocivo enquanto problemas médicos associados ao uso de drogas, constantes na Classificação Internacional de Doenças (CID) da OMS, cujos limites não são precisos⁴⁸⁷.

Latour observa que, ainda hoje, persiste a crença de que ciência e política guardam entre si uma relação de oposição: ciência *versus* política. Essa relação poderia ser traduzida em duas máximas: a) “a ciência trata de fatos incontroversos e incontestáveis”; b) “a ciência fornece subsídios para as políticas”. Seria nesta lógica que os políticos e a sociedade pautam as suas crenças e condutas. O limite dessa concepção é justamente a negação de qualquer conexão da ciência com a política, não necessariamente contra ela, vale salientar. Ambas, política e ciência, são descritas pelo autor como atividades mundanas e frágeis, constantemente abertas à dúvida, à revisão e sujeitas a erros, sempre que seus *standards* passem a ser contestados. E mais, não podem se permitir atuar em separado. A necessidade da relação entre esses dois mundos é sintetizada por Latour da seguinte maneira⁴⁸⁸:

[...] sem os instrumentos da ciência, o corpo político jamais saberá quantas entidades desconhecidas é preciso levar em consideração. E sem a política, o mesmo corpo político jamais saberá ordenar, selecionar e ranquear aquele número desconcertante de agências com as quais ele tem de

⁴⁸⁶ LATOUR, Bruno; WOOLGAR, Steve. *A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos*. Tradução Angela Ramalho Vianna. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997. p. 194-199.

⁴⁸⁷ FIORE, Mauricio. *Algumas reflexões a respeito dos discursos médicos sobre uso de “drogas”*. Trabalho apresentado na XXVI Reunião da ANPOCS, Caxambu, 2002. Disponível em: <<http://www.twiki.ufba.br/twiki/bin/view/CetadObserva/Obra12>>. Acesso em: 16 maio 2014. p. 12.

⁴⁸⁸ LATOUR, Bruno. Para distinguir amigos e inimigos no tempo de Antropoceno. *Revista de Antropologia*, São Paulo, v. 57, n. 1, p. 11-31, 2014. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/ra/article/view/87702/pdf_1>. Acesso em: 24 nov. 2014. p. 15-18.

compor progressivamente um mundo comum – que é a definição que propus para a política com ciência⁴⁸⁹.

Nos itens seguintes, será salientada a relação entre ciência e política na construção da figura do “drogado” no imaginário social. Conseqüentemente, será problematizada a posição da ciência enquanto *locus* de produção de verdades. Ao contrário do que se pensa, e como já demonstrado anteriormente, as considerações sobre a (in)adequação da internação contra a vontade de dependentes químicos ultrapassam a finalidade terapêutica da medida. Medidas como essa, bem como a proibição de determinadas substâncias psicoativas remontam a razões que não atendem exclusivamente à promoção da saúde da população, mas também ao controle da população carcerária, à penalização de grupos sociais tidos como indesejáveis, à inscrição de pessoas que escapam às iniciativas de normalização ao sistema produtivo. Passa-se à análise de como se produziu algumas verdades sobre o uso de drogas e as suas conseqüências em termos de exclusão social, a serem contestadas por estudos oriundos do próprio saber científico.

2.2.2.2.1 A criação social do “uso de drogas ilícitas” e a produção da exclusão

O uso de substâncias psicoativas, prática que acompanha toda a história da humanidade, foi transmutado em “uso de drogas” somente no final do século XIX. Da mesma forma que a loucura e a sexualidade, a partir de um dado momento as “drogas” se tornaram uma questão social, um problema público. Fiore destaca se tratar de uma invenção social, criada por duas vias principais: a medicalização e a criminalização do consumo de determinadas substâncias. Tal não se deu com fulcro, apenas, em normas repressivas. Uma série de poderes positivos, constituídos por práticas discursivas, fundaram o que contemporaneamente se entende como droga⁴⁹⁰. Dentre esses discursos, destaque-se o discurso médico e o jurídico. Essa mudança teve como pressuposto a associação do uso de substâncias psicoativas à degeneração e a uma profecia de autodestruição e transmissão hereditária, ratificada pelo saber médico.

⁴⁸⁹ LATOUR, Bruno. Para distinguir amigos e inimigos no tempo de Antropoceno. *Revista de Antropologia*, São Paulo, v. 57, n. 1, p. 11-31, 2014. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/ra/article/view/87702/pdf_1>. Acesso em: 24 nov. 2014. p. 18.

⁴⁹⁰ FIORE, Mauricio. *Algumas reflexões a respeito dos discursos médicos sobre uso de “drogas”*. Trabalho apresentado na XXVI Reunião da ANPOCS, Caxambu, 2002. Disponível em: <<http://www.twiki.ufba.br/twiki/bin/view/CetadObserva/Obra12>>. Acesso em: 16 maio 2014. p. 2-3.

Antes mesmo de surgir a preocupação com os efeitos da substância em si no organismo, os casos de abuso do álcool já eram associados com defeitos morais, individuais, sociais ou raciais, conforme levantamento realizado por Schwarcz em 2001 a partir de artigos do periódico carioca *Gazeta Médica*, entre os anos de 1862 e 1864. Somente no começo do século XX, esta e outras substâncias passam a ser percebidas como portadoras de potencialidades maléficas⁴⁹¹. Nesse período, em um movimento capitaneado pelos EUA, proliferaram convenções internacionais estabelecendo restrições legais à produção, venda e consumo de substâncias psicoativas, empreitada na qual se contou com o apoio do discurso médico, este último interessado na exclusividade do receituário e da manipulação daquelas, fator importante para sua consolidação enquanto ciência⁴⁹².

Desde então o uso de drogas passou a ser submetido a uma lógica de controle e disciplinamento. As orientações típicas da medicina hipocrática, relacionadas à noção de dietética, foram substituídas por uma medicina higienista, que se tornou hegemônica a partir do século XIX e que culminou com legislações de cunho proibicionista⁴⁹³. Uma vez proibidas uma série de substâncias psicoativas, toda a riqueza da medicina popular foi desde logo classificada como misticismo ou charlatanismo. O xarope de cocaína e os cigarros de maconha⁴⁹⁴, por exemplo, eram indicados para os mais diversos problemas, desde asma à depressão. Passou a ser realizado um intenso controle sobre a prática do receituário popular. Receitar medicamentos passa a ser um ato exclusivamente médico. Ao Estado, sobretudo através da sua lei penal, caberia reprimir a prática ilegal da medicina, controlando-se a circulação das substâncias banidas. Neste momento, a medicina passa a ser

⁴⁹¹ FIORE, Mauricio. *Algumas reflexões a respeito dos discursos médicos sobre uso de "drogas"*. Trabalho apresentado na XXVI Reunião da ANPOCS, Caxambu, 2002. Disponível em: <<http://www.twiki.ufba.br/twiki/bin/view/CetadObserva/Obra12>>. Acesso em: 16 maio 2014. p. 4.

⁴⁹² *Ibid.*, p. 5.

⁴⁹³ PETUCO, Dênis Roberto da Silva. *Os discursos com estatuto de verdade e o dispositivo "droga"*. [S.l., 20--?]. Disponível em: <<http://www.denispetuco.com.br/03.pdf>>. Acesso em: 24 maio de 2014. p. 2.

⁴⁹⁴ De acordo com Saad, a proibição da maconha se deu com baixo respaldo científico, tendo sido resultado da influência médica, do conservadorismo e do pânico moral. Documentos e pesquisas da época confirmam que sua criminalização constituiu meio de perseguição da população afrodescendente, cujos costumes eram considerados atrasados, incivilizados e perigosos. SAAD, Luísa Gonçalves. *"Fumo de Negro": a criminalização da maconha no Brasil (c. 1890-1932)*. 2013. 139 f. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História Social, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, 2013. Disponível em: <http://www.academia.edu/8457511/_Fumo_de_negro_a_criminaliza%C3%A7%C3%A3o_da_maconha_no_Brasil_c._1890-1932_>. Acesso em: 20 dez. 2014. p. 126-128.

responsável exclusivamente pela promoção da saúde da população, cabendo ao Estado as funções de fiscalização e controle⁴⁹⁵.

Observe-se que fatores alheios ao impacto da substância no organismo interferiram neste processo, inscrevendo as drogas no binômio permitido/proscrito. Em entrevista, Foucault declarou se sentir frustrado diante do fato de que as discussões sobre o problema das drogas sempre se dão em termos de liberdade ou de proibição. Para ele, as drogas são e deveriam ser compreendidas como elemento da cultura humana, enquanto fonte de prazer. Nesses termos e para este fim, elas deveriam ser estudadas, produzidas e consumidas. O debate a respeito estaria tomado por um puritanismo que coloca a questão de uma forma polarizada, ser a favor ou contra as drogas, o que julga ser uma atitude equivocada. Assim como há boas e más músicas, há drogas boas e más. Ele encerra sua colocação a respeito do assunto afirmando que, assim como não dá para ir “contra” a música, não se pode dizer ser “contra” as drogas⁴⁹⁶.

O significado mais usual atribuído atualmente ao termo “droga” é o equivalente ao de substância psicoativa ilícita. Na sociedade brasileira, até mundial, essa palavra carrega consigo uma gama de significados específicos. A criminalização de algumas substâncias foi decisiva nesse processo, pois justamente estas substâncias se desvincularam do sentido farmacológico original, que engloba as substâncias psicoativas lícitas e os remédios. A lei reservou a determinadas substâncias um espaço negativo que se encontra condensado no vocábulo “droga” e seus sinônimos, cujos contornos são imprecisos, como tóxico, entorpecente e narcótico⁴⁹⁷.

Do ato de usar drogas derivam as noções de “drogado”, “viciado”, “adicto” e “dependente”. Nestas adjetivações, parece ocorrer a fusão entre a identidade do indivíduo que usa substâncias psicoativas e a natureza da própria substância que consome. Os efeitos que ela provoca no organismo – estar “drogado”, são transformados em uma condição de existência – ser um “drogado”, restando marcada de forma indelével a personalidade do indivíduo⁴⁹⁸. Nas palavras de Petuco:

⁴⁹⁵ FIORE, Mauricio. *Algumas reflexões a respeito dos discursos médicos sobre uso de “drogas”*. Trabalho apresentado na XXVI Reunião da ANPOCS, Caxambu, 2002. Disponível em: <<http://www.twiki.ufba.br/twiki/bin/view/CetadObserva/Obra12>>. Acesso em: 16 maio 2014. p. 5.

⁴⁹⁶ MICHEL Foucault, uma entrevista: sexo, poder e a política da identidade. Traduzido do francês por Wanderson Flor do Nascimento. *Verve*, São Paulo, v. 5, p. 260-277, 2004. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/viewFile/4995/3537>>. Acesso em: 11 maio 2014. p. 264-265.

⁴⁹⁷ *Ibid.*, p. 9.

⁴⁹⁸ *Ibid.*, p. 10.

Identificar um jovem por sua condição efêmera em relação a esta ou aquela substância é aprisioná-lo, é roubar-lhe o direito a uma subjetividade rica e ampla. É enquadrá-lo a partir de um pequeno aspecto de sua vida. Este tipo de enquadramento, ao meu ver, é uma das piores violências às quais se pode expor uma pessoa⁴⁹⁹.

Tal reducionismo constitui a base de sustentação de políticas repressivas, tornando-as naturais aos olhos da população. Petuco observa que, durante as décadas de 1970, 1980 e 1990 foram consolidadas políticas de criminalização da miséria, de vigilância e controle do Estado sobre os vulneráveis. Essas políticas proibitivas não teriam como finalidade a salvaguarda da saúde das pessoas que consumiam drogas, mas sim a possibilidade de controle social sobre populações consideradas indesejadas⁵⁰⁰. Pode-se dizer que o “usuário de drogas” é o anormal do século XXI. A rede de saber-poder que descreve a sua condição e que o apresenta como uma ameaça social faz incidir sobre ele o racismo que hierarquiza, que torna a sua vida “matável”⁵⁰¹. São sujeitos que parecem escapar a toda tentativa de normalização, sobretudo aqueles que estão em situação de rua. A internação forçada, uma vez apresentada como resposta a essa ameaça, representa a tentativa de inscrever estes corpos no aparelho de normalização, papel que já exerceu na história em relação ao “louco”. O Biopoder pode ter surgido na modernidade, mas continua presente e se aprimora na contemporaneidade.

Às pessoas que usam substâncias psicoativas, sobretudo aquelas que se encontram em situação de rua, que têm sua personalidade reduzida à condição de “usuário de drogas”, muitas vezes apenas resta a indiferença e a exclusão. Ruiz bem delineia o funcionamento dos mecanismos de poder nesse tocante. A “normalidade”, em um sentido mais amplo do que aquele trabalhado por Foucault, é apontada pelo autor como uma categoria simbólica essencial para a legitimação da exclusão. Em um primeiro momento, ela torna a tragédia da exclusão algo aceitável, apenas mais um componente do panorama social. Sua eficiência reside em subtrair dos sujeitos a

⁴⁹⁹ PETUCO, Dênis Roberto da Silva. *Os discursos com estatuto de verdade e o dispositivo “droga”*. [S.l., 20--?]. Disponível em: <<http://www.denispetuco.com.br/03.pdf>>. Acesso em: 24 maio de 2014. p. 6.

⁵⁰⁰ *Ibid.*, p. 3.

⁵⁰¹ Petuco, ao analisar uma campanha de prevenção ao crack, identificou que os usuários são descritos como seres monstruosos, que habitam as sombras e representam um grande perigo à sociedade. Refere que esse discurso tem um efeito produtivo: o de desumanizar o usuário para que reste justificada a sua exclusão e o genocídio desta parcela populacional. O autor identifica em campanhas publicitárias como a analisada uma mecânica de gestão da vida na sociedade capitalista contemporânea. Questiona se a disseminação deste discurso produziria uma espécie de consentimento diante das mortes de pessoas “envolvidas com drogas”. *Id. Entre imagens e palavras: o discurso de uma campanha de prevenção ao crack*. 2011. 131 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, 2011. Disponível em: <<http://www.denispetuco.com.br/imagensepalavras.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2014. p. 116-126.

capacidade de pensar um modelo social diferente, imaginado sempre na condição de utopia. Além disso, a normalidade incide diretamente na produção de subjetividades, pois constitui aquilo que se considera normal. O que é considerado normal também se torna necessário, inevitável, natural e verdadeiro. A exclusão se reproduz como algo normal, na medida em que se entende ser inevitável a existência de excluídos em qualquer modelo de sociedade⁵⁰².

A normalidade é uma categoria perene em todo grupo social, ainda que sujeita a reinterpretações. Não se trata de uma construção artificial concebida para servir aos mecanismos de poder. Trata-se, antes, de uma dimensão antropológica cujo surgimento coincide com a atribuição de sentido ao mundo⁵⁰³. O espaço da normalidade é desenhado por parâmetros pré-definidos de modos de ser, cujo cumprimento ou não define o que se entende por normal ou desajustado. Seu potencial integrativo e excludente faz da normalidade um importante fator de produção da sociedade. Sua normatização pode estar regulamentada juridicamente, mas a maioria dos limites sociais circulam enquanto normas implícitas de comportamento. Fora dos seus limites, funcionam a sanção e a repressão⁵⁰⁴.

Por ser uma dimensão antropológica, toda transposição dos limites referidos leva à produção de novos limites. Ao estruturar o modo de ser da subjetividade e da sociedade, os limites da normalidade produzem efeitos de poder, os quais podem ser emancipadores ou dominadores. Não se pode perder de vista que esses limites são maleáveis, verdade que se tenta ocultar no âmbito das verdades oficiais. Os grupos sociais, cujo modo de viver é normal de acordo com os parâmetros vigentes, buscam fazer com que estes coincidam com a fronteira do natural. Porém, não há limites definitivos que não possam ser desconstruídos por novas construções simbólicas, novos valores e práticas de subjetividade e sociedade⁵⁰⁵.

O êxito dos mecanismos de poder contemporâneos reside, principalmente, na sua capacidade de apresentar os limites normais de uma subjetividade histórica como se fossem limites naturais e, por isso, universais. Desse modo, é estabelecido um controle interno sobre as subjetividades e se produz a exclusão dos modos externos e diferentes de ser. O controle interno é exercido a partir da produção de

⁵⁰² RUIZ, Castor M. M. Bartolomé. *Os labirintos do poder*. O poder (do) simbólico e os modos de subjetivação. Porto Alegre: Escritos Editora, 2004. p. 224-225.

⁵⁰³ *Ibid.*, p. 232.

⁵⁰⁴ *Ibid.*, p. 228-229.

⁵⁰⁵ *Ibid.*, p. 233-234.

formas institucionais já mencionadas, como escolas, meios de comunicação, e porque não, hospitais e clínicas terapêuticas. Estas formas institucionais almejam consolidar um modelo de subjetividade que se entenda adequado socialmente. Aqueles que integram as formas simbólicas da normalidade propostas pelos mecanismos de poder os reforçam, legitimando-os⁵⁰⁶.

Também garante a eficiência dos mecanismos de poder, a sua capacidade de estabelecer vinculações sólidas entre os valores éticos aceitáveis e os modelos de normalidade por eles representados. Quando essa conjunção simbólica com a ética não se dá de forma clara, a legitimidade dos mecanismos de poder fica exposta, estando eles sujeitos a um processo de contestação social que pode levar à sua irreversível transformação. A religião e o direito natural já ocuparam papel crucial na legitimação das práticas normalizadoras. Hodiernamente, é principalmente no âmbito dos saberes científicos e técnicos, apresentados como naturais, neutros e objetivos, em que se produzem verdades. Essa é a tese de Foucault, já abordada, desenvolvida ao perceber a vinculação da medicina, psiquiatria e psicanálise com os novos modos de controle da família, dos comportamentos individuais, da sexualidade etc⁵⁰⁷.

Nas sociedades modernas, os discursos de verdade são estabelecidos através de discursos racionais, pautados em uma argumentação científica e prova empírica. Tais discursos são capazes de conferir o estatuto de verdadeiro a qualquer discurso ou saber, sendo determinantes na fabricação de modelos de normalidade. Os limites fixados pelo discurso científico tendem a ser rígidos e, ao se inserirem como produtores de práticas, também constroem implicitamente modos de exclusão. O excluído é uma fabricação social e a exclusão é uma prática de poder que se apoia nos padrões de normalidade⁵⁰⁸.

Para Ruiz, toda forma de normalidade se legitima através da construção de verdades⁵⁰⁹. A verdade, ao se apresentar com uma validade universal e com demandas prescritivas, provoca o ajustamento da subjetividade às prescrições que dela derivam, homogeneizando-se o diferente. São as práticas sociais que moldam a

⁵⁰⁶ RUIZ, Castor M. M. Bartolomé. *Os labirintos do poder*. O poder (do) simbólico e os modos de subjetivação. Porto Alegre: Escritos Editora, 2004. p. 234-236.

⁵⁰⁷ *Ibid.*, p. 240-242.

⁵⁰⁸ *Ibid.*, p. 254.

⁵⁰⁹ Entenda-se verdade como um sentido criado para o mundo, que não o esgota, mas se soma a uma série de outras verdades enquanto perspectivas possíveis. Cabe à sociedade definir os critérios que permitirão afirmar com mais intensidade um tipo de verdade sobre outro. Neste ponto, Ruiz propõe a alteridade como critério definidor de verdade, elemento a ser explorado no quarto capítulo deste trabalho. *Ibid.*, p. 251.

subjetividade, ao passo que são sustentadas e interagem dialeticamente com as formas simbólicas de verdade. O normal, portanto, se constitui alicerçado em verdades aceitas em uma dada sociedade. O que está para além dos seus limites é o erro, o reprovável, o inaceitável. A ação do poder da verdade se dá pelo convencimento, pela argumentação, e não pela autoridade ou coação. Para que funcione, ele demanda a colaboração ativa dos indivíduos⁵¹⁰.

Tal colaboração é possível na medida em que a verdade induz a liberdade. Dessa forma, ao aceitar e pautar sua conduta de acordo com uma dada verdade, o indivíduo não se sente sujeito a uma heteronomia, mas sim no exercício pleno de sua liberdade. Chega-se a um paradoxo: quanto mais alguém se sujeita às prescrições da verdade, mais se percebe exercendo sua liberdade. O ajustamento aos limites do verdadeiro, da normalidade, gera a consciência de decisão autônoma. Tem-se que o poder da verdade é muito eficiente, pois promove a colaboração espontânea do indivíduo com os modelos institucionais, de modo que os desejos pessoais se ajustam aos objetivos estratégicos do sistema⁵¹¹.

No atual modelo de sociedade, pois, a dominação não é exercida pela força, mas sim pela indução das práticas dos indivíduos. As disciplinas permanecem na contemporaneidade, constituem a base do indivíduo moderno, mas a sua fórmula clássica já não funciona sozinha por não ser mais recebida com naturalidade pelas pessoas. O indivíduo contemporâneo apresenta resistência às formas disciplinares extremas, embora muitas delas lhe constituam a identidade, a exemplo do senso de eficiência. A imposição de algo por uma autoridade (na fábrica, na escola etc.) provoca rejeição e desenvolve pouca colaboração e baixa eficiência⁵¹². A sujeição por meio da criação de desejos é mais sólida na medida em que a realização do desejo provoca o sentimento de liberdade:

A prática que o sujeita, pelo desejo, à rede simbólica do sistema é vista como uma prática de liberdade. Paradoxalmente, o indivíduo que exerce sua liberdade perseguindo seu desejo se sujeita de modo mais estreito à estrutura quanto mais intensamente consegue realizar os desejos nele fabricados. Ou seja, quanto mais livre o indivíduo moderno se sente, mais sujeito está. Este paradoxo é que dá solidez e estabilidade aos

⁵¹⁰ RUIZ, Castor M. M. Bartolomé. *Os labirintos do poder*. O poder (do) simbólico e os modos de subjetivação. Porto Alegre: Escritos Editora, 2004. p. 248-251.

⁵¹¹ *Ibid.*, p. 243-247.

⁵¹² *Id.* Os dispositivos de poder da sociedade de controle e seus modos de subjetivação. *Filosofia Unisinos*, São Leopoldo, v. 5, n. 9, p. 63-100, jul.-dez. 2004. Disponível em: <https://www.dropbox.com/s/vd6ee50rrx24cp0/4_CASTOR_DISPOSITIVOS_PODER_SUBJETIVACAO_REV_UNISINOS_2004.pdf>. Acesso em: 25 set. 2014. p. 76-79.

mecanismos de poder que o constroem, conseguindo também uma alta eficiência no controle dos interesses e das práticas dos indivíduos⁵¹³.

Em relação ao usuário de drogas, o alinhamento da sua vontade individual com os padrões de normalidade que interessam ao sistema pressupõe a repressão do desejo de consumir substâncias psicoativas. A internação contra a vontade seria o instrumento capaz de conduzir esse sujeito à abstinência, fazendo-lhe guiar sua vida segundo valores a ele impostos. Atualmente, a dita “epidemia de crack” constitui o sustentáculo de uma série de pretensas verdades sobre o uso de drogas. Prates observa que o Brasil testemunhou cenário semelhante quando da epidemia de SIDA: o crack tem sido alvo de pânico moral, alimentado por uma mídia sensacionalista que termina por promover preconceitos e posturas retrógradas. Essa visão conta com amparo de parte da sociedade, que encontra embasamento “científico” para suas intenções higienistas e discriminatórias⁵¹⁴. Porém, no próprio discurso científico há sinais de resistência a essas verdades. No item seguinte, serão apresentados estudos que questionam uma das crenças mais consolidadas a respeito dos usuários de drogas, sobretudo os dependentes químicos: que eles não têm capacidade para agir racionalmente, tampouco para tomar decisões sobre a própria saúde.

2.2.2.2.2 *Contestação das verdades científicas sobre drogas pela própria ciência: sinais de que o dependente químico pode tomar decisões racionais*

Consumir drogas, ainda que regularmente, não implica em vício ou dependência. As relações com as substâncias psicoativas podem ser as mais diversas. Comumente as atenções se voltam para a dependência química ou síndrome de dependência (CID-10)⁵¹⁵, um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que podem se desenvolver a partir do uso recorrente de substâncias psicoativas. Ela implica no controle prejudicado sobre o uso da droga, a

⁵¹³ RUIZ, Castor M. M. Bartolomé. Os dispositivos de poder da sociedade de controle e seus modos de subjetivação. *Filosofia Unisinos*, São Leopoldo, v. 5, n. 9, p. 63-100, jul.-dez. 2004. Disponível em: <https://www.dropbox.com/s/vd6ee50rrx24cp0/4_CASTOR_DISPOSITIVOS_PODER_SUBJETIVACAO_R_EV_UNISINOS_2004.pdf>. Acesso em: 25 set. 2014. p. 78.

⁵¹⁴ PRATES, Adriana. O crack pode melhorar a sociedade. *Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos – Neip*, São Paulo, [2012?]. Disponível em: <<http://www.neip.info/index.php/content/view/2469.html>>. Acesso em: 19 jul. 2014. p. 5.

⁵¹⁵ Cf. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* (CID-10). F10-F19: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f10_f19.htm>. Acesso em: 07 maio 2014.

saber, a capacidade diminuída do indivíduo em controlar o uso daquela. Em regra, o dependente apresenta uma tolerância proeminente (diminuição da resposta a uma dada substância em virtude do seu uso continuado) e, quando reduzido ou interrompido o consumo, apresenta sintomas de abstinência, sendo recorrente uma fase de abstinência física aguda, seguida de uma abstinência protraída, quando predominam os sintomas psíquicos, como ansiedade, agitação e irritabilidade⁵¹⁶.

O dependente químico apresenta um forte desejo de utilizar a droga, a despeito das consequências prejudiciais ao seu organismo e vida social. Diz-se que o estado de desequilíbrio em que se encontra enfraquece a sua capacidade decisória e a voluntariedade das suas ações. Deve-se observar que não há um curso causal necessário entre uso de substâncias psicoativas e dependência química, tanto é que o número de usuários que desenvolvem essa patologia representa uma pequena parcela daqueles que declaram ter feito uso na vida de uma dada substância. De acordo com dados do Relatório Brasileiro sobre Drogas, em um universo de 7.939 pessoas entrevistadas em 108 cidades do país com mais de 200 mil habitantes no ano de 2005: 74,6% declarou ter feito uso de álcool na vida, 44,0% para tabaco, 8,8% para maconha, 2,9% para cocaína e 0,7% para crack. O percentual de dependência química, por outro lado, é de 12,3% para o álcool, 10,1% para o tabaco, 1,2% para a maconha e 0,2% para os estimulantes, entre eles a cocaína e o crack⁵¹⁷.

Há, portanto, diversas modalidades de uso de drogas que não a dependência química: uso experimental, uso recreativo, uso controlado e uso nocivo. O uso experimental se refere aos primeiros e poucos episódios de uso de uma droga específica, refere-se ao uso extremamente raro ou não-persistente. O uso recreativo é aquele ambientado em circunstâncias sociais, relaxantes, sem implicação com dependência ou outros problemas de saúde⁵¹⁸. Já o uso controlado implica uma

⁵¹⁶ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Glossário de álcool e drogas* (1994). Tradução e notas: J. M. Bertolote. Brasília, DF: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/327615.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2014. p. 51-52.

⁵¹⁷ BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Relatório brasileiro sobre drogas*. Brasília, DF: SENAD, 2009. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCQQFjAB&url=http%3A%2F%2Fportal.mj.gov.br%2Fservices%2FDocumentManagement%2FFileDownload.EZTsvc.asp%3FDocumentID%3D%257B6A593B20-3C35-4661-9EEE-0F2B0433C9BE%257D%26ServiceInstUID%3D%257B74624DEB-0C14-4B3A-B8F3-CD26DEF53FC1%257D&ei=YIT6U_2FIY_LsQTAsoHQCQ&usg=AFQjCNGtD0GbSqW-wieurFLFve62JPAVEw>. Acesso em: 24 ago. 2014.

⁵¹⁸ Id. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998*. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html>. Acesso em: 26 abr. 2014. passim.

regularidade, mas sem compulsão. O uso nocivo ou abusivo, por sua vez, refere-se a um padrão de uso que causa danos à saúde, de ordem física ou psicológica, havendo repercussões sociais, mas em intensidade que não justifica o diagnóstico de dependência pois não apresenta os traços de tolerância, síndrome de abstinência e compulsão. Observe-se que, mesmo considerando-se um quadro de dependência química, o grau de comprometimento das funções biológicas e mentais será variável de acordo com a reação do usuário, substância, quantidade e modo de consumo⁵¹⁹.

Hart observa que o uso controlado é prazeroso e não destrutivo. Para que esse hábito seja significativo e passe a ser encarado como uma patologia, ele deve interferir no desempenho de papéis importantes na vida, como cuidar dos filhos, trabalhar, manter relações sociais. Este quadro pode vir acompanhado de uso reiterado, com tentativas frustradas de parar, tolerância à substância e sintomas de crise de abstinência quando o uso é interrompido bruscamente⁵²⁰. O autor, após destacar que a maioria das pessoas que usam drogas não se tornam viciadas, critica o fato de haver poucos estudos sobre usuários que não perderam o controle sobre seu próprio comportamento. Sem parâmetros de normalidade é difícil tratar o abuso de uma maneira adequada⁵²¹.

O desenvolvimento de um uso problemático de substâncias psicoativas é influenciado por diversos fatores, como a substância escolhida, a história de vida de cada um, o meio e momento sociocultural em que vive, ou seja, não há um destino igual para todos, contrariamente ao que prega a “teoria da escalada” – de acordo com ela, quem consome uma droga faria uma escalada de consumo de outras, experimentando novas substâncias, cada vez mais fortes⁵²². A grande influência dos fatores sociais nesta equação foi evidenciada pela pesquisa desenvolvida por Alexander e sua equipe na década de 80, conhecida como “Parque dos Ratos”⁵²³. Nos anos 60, foram desenvolvidos muitos estudos sobre dependência química em

⁵¹⁹ BARRETO NETO, Heráclito Mota. Padrões de uso de drogas, vulnerabilidade e autonomia: uma análise jurídico-bioética sobre o art. 28, caput, da Lei n. 11.343/2006. In: SILVA, Mônica Neves Aguiar da; ENGELMANN, Wilson. (Coord.) *Biodireito*. Florianópolis: FUNJAB, 2013. p. 355-378. Disponível em: <<http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=9e69fd6d1c5d1cef>>. Acesso em: 26 abr. 2014. p. 360-361.

⁵²⁰ HART, Carl. *Um preço muito alto*: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas. Rio de Janeiro: Zahar, 2014. p. 22-23.

⁵²¹ *Ibid.*, p. 87.

⁵²² ACSELRAD, Gilberta. Drogas, a educação para a autonomia como garantia de direitos. *Revista da EMERJ*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 63, p. 96-104, out.-dez. 2013. Disponível em: <http://www.emerj.tjrj.jus.br/revista/emerg_online/edicoes/revista63/revista63.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2014. p. 100.

⁵²³ Cf. ALEXANDER, Bruce K. et al. Effect of early and later colony housing on oral ingestion of morphine in rats. *Pharmacology Biochemistry & Behavior*, v. 15, p. 571-576, 1981. Disponível em: <http://www.erowid.org/references/refs_view.php?A=ShowDocPartFrame&ID=7340&DocPartID=6509>. Acesso em: 22 ago. 2014.

ratos mantidos em jaulas individuais muito pequenas. A técnica permitia que os ratos injetassem em si pequenas doses de droga ao pressionar uma alavanca. Os resultados demonstraram que os ratos consumiam uma grande quantidade da substância, o que levava a crer que as drogas eram irresistíveis⁵²⁴.

Por muitos anos esses resultados foram utilizados para justificar a “guerra às drogas”. Para Alexander, no entanto, a metodologia empregada apresentava muitas falhas: a) os ratos estavam confinados, em um ambiente completamente não natural; b) o acesso à substância era muito fácil; c) aos animais cabia decidir entre a droga e outra substância não tóxica, como água, o que não reflete a complexidade da vida real; d) do experimento, por ter sido desenvolvido em ratos, dificilmente se extrairiam conclusões sobre a adição, um fenômeno complexo. Com o objetivo de testar as conclusões alcançadas por esses estudos, já tão consagradas à época, o autor e sua equipe desenvolveram pesquisa na Universidade Simon Fraser. Foi comparado o consumo de drogas entre dois grupos de ratos: um mantido nas típicas jaulas individuais de laboratório e outro instalado em um espaço no qual, além das substâncias, tinha-se convívio social, rodas para ginástica, espaços para descanso e outros estímulos⁵²⁵.

O consumo de drogas foi muito superior entre os ratos que estavam nas jaulas, o que foi considerado uma resposta ao isolamento. Para Alexander, embora haja muitas questões carentes de resposta sobre adição, a experiência do “Parque dos Ratos” permite a construção de uma nova visão sobre o fenômeno. Ele refere que, ao falar com pessoas dependentes, se depara com seres humanos que não têm uma vida social e cultural viável. A sociedade, que vem se demonstrando hiperindividualista, hipercompetitiva, frenética e constantemente em crise tem produzido pessoas que se sentem social e culturalmente isoladas. O isolamento crônico leva à busca por algo que o amenize. O vício seria uma das maneiras de lidar com essa sensação de deslocamento, um escape, algo para amenizar a dor. Encarar a adição como um problema exclusivamente causado por substâncias psicoativas é muito simples. Ela parece ser apenas parte de um problema muito maior⁵²⁶.

⁵²⁴ ALEXANDER, Bruce K. *Addiction: the view from rat park*. Bruce K. Alexander, Vancouver, [201-]. Disponível em: <<http://www.brucekalexander.com/articles-speeches/177-addiction-the-view-from-rat-park-2>>. Acesso em: 24 ago. 2014. Texto postado no link *Articles & Speeches, Newest Articles & Speeches*.

⁵²⁵ Ibid.

⁵²⁶ Ibid.

Ao vício ou dependência é logo associada a incapacidade de tomar decisões, de agir racionalmente. Compõe o imaginário da epidemia de crack que essas pessoas, sobretudo aquelas que consomem na rua, não têm capacidade de autorregulação, autorresponsabilidade ou autocuidado⁵²⁷. Os resultados da pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) sobre o perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil, idealizada pela SENAD no âmbito do Plano de Enfrentamento ao Crack e outras drogas infirma essa lógica. Tem-se que 78,9% dos usuários desejam receber tratamento, o que contradiz o protagonismo que se quer conferir à internação contra a vontade para lidar com a questão no país⁵²⁸. Os resultados da pesquisa capitaneada por Hart, neurocientista da Universidade de Columbia, também ajudam a desmistificar os mitos referidos, sobretudo a crença de que a dependência química é uma condição extrema que implica necessariamente em ações irracionais e imprevisíveis⁵²⁹.

O primeiro experimento foi realizado em 1999, no *Columbia-Presbyterian Hospital*, cidade de Nova Iorque. O objetivo era compreender como usuários de crack reagem diante da possibilidade de escolher entre a droga e um outro estímulo, outro tipo de recompensa – no caso, dinheiro em espécie ou vales para aquisição de mercadorias. Em outras palavras, se seriam capazes de decidir de forma seletiva e que tipo de oferta poderia alterar esse comportamento. As pessoas selecionadas como participantes da pesquisa eram usuárias regulares de crack, gastavam entre 100 e 500 dólares por semana na compra da substância. Certamente apresentavam um forte impulso para usar crack⁵³⁰. Por meio de anúncios e recomendações, foram recrutados indivíduos que deliberadamente não estavam buscando tratamento e que não apresentavam problemas de saúde que inviabilizassem a participação (como doenças cardíacas), pois seria antiético fornecer cocaína para uma pessoa que tenha manifestado o desejo de parar ou que poderia ter seu estado de saúde agravado⁵³¹.

⁵²⁷ OLIVEIRA, Marcus Vinícius. Capítulo 4: Populações de rua e consumo de drogas: vulnerabilidades associadas. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Drogas, direitos humanos e laço social*. Brasília, DF: CFP, 2013. p. 84-98. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/Drogas-Direitos-Humanos-e-Laco-Social.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2014. p. 92.

⁵²⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Ministério da Justiça. Fundação Oswaldo Cruz. *Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil – Inquérito epidemiológico*. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/13382/162/pesquisa-revela-perfil-dos-usuarios-de-crack-no-brasil.html>>. Acesso em: 06 dez. 2013.

⁵²⁹ HART, Carl. *Um preço muito alto: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas*. Rio de Janeiro: Zahar, 2014. passim.

⁵³⁰ Ibid., p. 13.

⁵³¹ Ibid., p. 257-258.

Os participantes foram mantidos em uma enfermaria por duas a três semanas, sob constante vigilância. Eram auxiliados por uma enfermeira e observados pelos pesquisadores por trás de um vidro que ocultava as suas presenças. No início de cada dia, os participantes eram autorizados a fumar a dose da substância oferecida no dia, bem como ver e segurar os vales de dinheiro ou de mercadoria que seriam oferecidos a eles mais tarde, juntamente com uma nova dose da substância. No primeiro contato com a dose eles eram vendados, para que não identificassem o tamanho da pedra ou o possível uso de placebo. Passado esse “teste de amostragem”, ao longo do dia as pessoas participavam de cinco “testes de escolha”, espaçados por quinze minutos de intervalo. A opção escolhida era registrada em um computador e, para obtê-la, os participantes deveriam pressionar a barra de espaço duzentas vezes após selecionar uma das opções: o vale ou crack⁵³².

Inicialmente, quando eram oferecidas grandes doses de cocaína, esta era a opção escolhida, o que parece ratificar a ideia de que a dependência sempre faz com que as pessoas coloquem a droga em primeiro lugar. Contudo, os dados colhidos nos dias posteriores foram surpreendentes. Embora se acredite que o dependente químico sempre irá escolher qualquer dose da substância em lugar de qualquer outra experiência, isso não foi o que ocorreu ao longo do experimento. Os participantes ofereceram resistência a doses mais baixas. Nas palavras de Hart: “Mesmo num ambiente com drogas, as pessoas viciadas não são meros escravos da ânsia. Elas fazem escolhas racionais”. Se a primeira dose causasse uma ânsia irresistível por mais e levasse a pessoa a ter uma conduta descontrolada, qualquer dose que lhes fosse apresentada seria aceita. Eles não seriam capazes de refletir que poderiam acumular uma boa soma em dinheiro ao final do estudo⁵³³.

Em um dos relatos, um dos participantes recusou uma nova dose de crack 15 minutos após ter consumido uma dose baixa da mesma substância. Preferiu receber 5 dólares em dinheiro. Este episódio, que veio a se repetir diversas vezes ao longo do tratamento, contraria todas as ideias que hoje compõem o imaginário social sobre drogas. O participante referido, que fumava quatro a cinco pedras de crack por dia, recusou calmamente uma dose legal de cocaína farmacêutica 100% pura. Hart salienta que, na “versão cinematográfica”, logo após a primeira dose o sujeito já

⁵³² HART, Carl. *Um preço muito alto*: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas. Rio de Janeiro: Zahar, 2014. p. 258-259.

⁵³³ *Ibid.*, p. 258-259.

estaria implorando por outra, com os olhos esbugalhados e em estado de desespero⁵³⁴. Houve, também, uma variação de acordo com a alternativa ofertada. Os participantes fumavam duas doses a menos de crack quando a alternativa era dinheiro, e não mercadorias. O dinheiro em espécie era, portanto, 10% mais eficaz do que os vales de compra. Mais um elemento que confirma o comportamento racional dos usuários⁵³⁵.

Tem-se que a decisão de usar drogas depende mais do contexto e da disponibilidade de alternativas do que se imagina. Nenhuma droga, até mesmo o crack, é tão quimicamente irresistível ao ponto do usuário trocar qualquer coisa por ela. A ausência de apoio social ou outras formas de recompensa são tão ou mais determinantes no desenvolvimento do uso abusivo de drogas⁵³⁶. O que explica a popularização do crack entre os pobres é menos o seu potencial de provocar o vício e mais a ausência de outras fontes de prazer, de propósitos ao alcance das pessoas, além de eventual pré-existência de transtorno mental que possa acometer a capacidade de tomar decisões. Para Hart, quanto maior o *status* econômico maior é o acesso a emprego, fontes alternativas de significado, propósito, poder e lazer. Além disso, nas classes média e alta se evita mais os estados de intoxicação, pois tal equivaleria a renegar o próprio nicho social⁵³⁷.

Os resultados da pesquisa de Hart com o crack foram alvo de algumas críticas. Afirmou-se que os usuários apenas optavam pelo dinheiro para comprar mais crack quando findo o período da pesquisa. Porém, Hart destaca que essa conclusão infirma a própria ideia convencional de que as pessoas são incapazes de resistir à substância psicoativa. Outros desacreditaram a condição de dependentes químicos das pessoas selecionadas para o estudo. De acordo com o neurocientista, as pessoas que participaram da pesquisa gastavam duzentos e oitenta dólares por semana, em média, com a aquisição de crack, tinham uma vida instável, poucos ou inexistentes laços familiares. Entende ser natural a resistência às conclusões, porque elas contrariam noções repetidas acriticamente por anos⁵³⁸. Ficou demonstrado, portanto, que a dependência química não implica em incapacidade

⁵³⁴ HART, Carl. *Um preço muito alto*: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas. Rio de Janeiro: Zahar, 2014. p. 12.

⁵³⁵ Ibid., p. 260.

⁵³⁶ Ibid., p. 99-100.

⁵³⁷ Ibid., p. 261.

⁵³⁸ Ibid., p. 260.

decisória, caindo por terra o principal argumento daqueles que pregam ser a internação contra a vontade a única saída.

A partir de 2005, nos EUA, disseminou-se pelos meios de comunicação a “epidemia de metanfetamina”, semelhante ao pavor do crack vivido na década de 80. Insatisfeito com a literatura sobre as características e efeitos da nova droga, Hart desenvolveu pesquisa para detalhar os efeitos imediatos e de curto prazo da droga, além de mensurar o funcionamento cognitivo, humor, sono, pressão arterial, batimentos cardíacos e potencial viciante⁵³⁹. Dentre os achados, não foi aferido um aumento perigoso dos sinais vitais e nem comprometimento do discernimento, contrariando-se o senso comum. Em outra série de pesquisas, Hart seguiu a mesma dinâmica da pesquisa anterior que fez com o crack, pois queria avaliar a crença já disseminada de que a metanfetamina seria altamente viciante, mais do que qualquer outra droga⁵⁴⁰. Quando oferecida aos participantes da pesquisa uma dose forte de metanfetamina (50 mg) ou 5 dólares em dinheiro, em metade das oportunidades foi escolhida a droga, em média. Quando a oferta de dinheiro foi elevada para 20 dólares, a escolha pela droga diminuiu significativamente⁵⁴¹.

Nas palavras de Hart, em referência ao estudo com a metanfetamina: “Meus resultados também demonstravam que os viciados em metanfetamina, assim como os viciados em crack, são capazes de tomar decisões racionais e efetivamente as tomam, mesmo diante das alternativas de ingerir ou não a droga [...]”⁵⁴². Os estudos até então abordados demonstram que o uso de drogas característico da dependência química, que prejudica a vivência de aspectos básicos da vida, é um comportamento que poder ser mudado como qualquer outro. Hart observa que já há literatura específica demonstrando que a oferta de reforços alternativos melhora os resultados do tratamento do vício, mais eficaz do que expedientes de caráter punitivo, como o encarceramento, que se revela inútil a longo prazo. Os tratamentos com esse perfil costumam ser mal vistos pela sociedade, pois muitos entendem que se paga aos usuários para que continuem usando drogas e que esse benefício seria injusto em relação às pessoas que se comportam de maneira adequada⁵⁴³.

⁵³⁹ HART, Carl. *Um preço muito alto: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas*. Rio de Janeiro: Zahar, 2014. p. 289.

⁵⁴⁰ *Ibid.*, p. 290.

⁵⁴¹ *Ibid.*, p. 290.

⁵⁴² *Ibid.*, p. 290.

⁵⁴³ *Ibid.*, p. 262.

Discurso semelhante foi adotado por críticos do Programa “De Braços Abertos”, do município de São Paulo. Para Azevedo, por exemplo, o programa deu início ao financiamento público do consumo de crack e, “[...] como sempre, os que trabalham, os que levam uma ‘vida careta’, passarão a financiar o consumo dos viciados, que não terão nem mesmo de se submeter a tratamento para receber salário, comida e moradia gratuitas”⁵⁴⁴. Indiscutivelmente os resultados de estudos como esses obrigam os profissionais da saúde, os operadores do direito e a sociedade em geral a repensar uma série de crenças. As reações dos participantes revelam questões importantes, até então ignoradas ou obscurecidas pelas “verdades” agora rebaixadas à condição de mito, relativas ao funcionamento do cérebro, à maneira como o prazer afeta o comportamento humano, e ao que está por trás das escolhas e dos processos decisórios em geral. E mais, como essas escolhas são influenciadas por diversos outros fatores, mesmo que as pessoas usem drogas regularmente.

⁵⁴⁴ AZEVEDO, Reinaldo. Os detalhes macabros da bolsa crack do PT. Ou: em SP e no Brasil, ser viciado é moralmente superior a ser pobre. Ou: Haddad consolida parte de sua herança maldita: o Centro foi entregue para sempre a viciados e traficantes. *Veja*, São Paulo, 15 jan. 2014. Disponível em: <[http://veja.abril.com.br/blog/reinaldo/geral/os-detalhes-macabros-da-bolsa-crack-do-pt-ou-em-sp-e-no-brasil-ser-viciado-e-moralment e-superior-a-ser-pobre-ou-haddad-consolida-parte-de-sua-heranca-maldita-o-centro-foi-entregue-para-sempr e-a/](http://veja.abril.com.br/blog/reinaldo/geral/os-detalhes-macabros-da-bolsa-crack-do-pt-ou-em-sp-e-no-brasil-ser-viciado-e-moralment-e-superior-a-ser-pobre-ou-haddad-consolida-parte-de-sua-heranca-maldita-o-centro-foi-entregue-para-sempr-e-a/)>. Acesso em: 04 ago. 2014. Texto postado no link Blogs e Colunistas, Blog Reinaldo Azevedo.

3 A INSURREIÇÃO DOS SABERES SUJEITADOS: AS VOZES QUE A HEGEMONIA PROIBICIONISTA NÃO QUER OUVIR

Na segunda parte desta pesquisa pretende-se abordar os discursos que infirmam o *status quo* da internação contra a vontade de pessoas que usam substâncias psicoativas. Este seria o espaço para a insurreição dos saberes sujeitos, como delineou Foucault. O autor denomina de “saberes sujeitos” duas ordens de discurso. A primeira se refere aos conteúdos históricos sepultados, disfarçados por conjuntos funcionais e sistemáticos, que carregam consigo a capacidade de explicar a clivagem dos enfrentamentos e lutas na sociedade. Saberes sujeitos são, em um segundo sentido, aqueles desqualificados como saberes não conceituais, ingênuos, hierarquicamente inferiores, não dotados da cientificidade requerida. É a partir deste saber particular, local, referido também como “saber das pessoas”, que se torna possível tecer a crítica e resgatar o saber histórico das lutas, de modo que se tornaria possível revogar a tirania dos discursos englobadores que, em nome de um conhecimento verdadeiro, tudo filtram, nivelam e hierarquizam⁵⁴⁵.

Com esta proposta em mente, no item 3.1 é resgatada a formação do movimento da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, *locus* discursivo de resistência a um saber psiquiátrico institucionalizador, pautado na internação de pessoas com sofrimento mental por tempo indeterminado. Na atualidade, ver-se-á que persiste a luta por uma sociedade sem manicômios, tendo sido destacadas duas bandeiras a isto diretamente relacionadas: o fechamento de leitos para internação em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, bem como as críticas aos investimentos públicos na abertura destes leitos em instituições privadas. No intuito de demonstrar a convivência entre este e outros discursos no plano de ações governamentais, foram abordadas as diretrizes do MS para a atenção integral às pessoas que usam drogas e as linhas mestras e principais resultados do Programa “Crack, é possível vencer”. Em seguida, tentou-se sistematizar os discursos a respeito da (in)adequação da internação contra a vontade como forma de tratamento, por meio da elaboração de três modelos discursivos: o de aprovação da medida (ampla ou restrita) e o de reprovação.

⁵⁴⁵ FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade*: curso no Collège de France (1975-1976). Tradução Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 11-13.

No item 3.2, é proposta uma revisão dos mitos que circundam a dependência química. Inicialmente, é abordada a situação degradante a que expostas as pessoas em situação de rua: a incipiência da rede de proteção e os detalhes da “Operação Sufoco”, realizada em São Paulo, revisitada à luz de considerações sobre o “dispositivo de segurança” feitas por Foucault. Inegavelmente, é esta parcela da sociedade que mais está exposta a abusos e a fatores de vulneração, por isso essa atenção especial. Em seguida, a alteridade é apresentada como caminho para a ruptura do processo de estigmatização e exclusão ao qual se veem presos muitos usuários de drogas. É feita uma aproximação teórica, com base em Levinas e Dussel, seguida de um exercício de alteridade, ainda que textual, a partir da descrição de cenários vivenciados por pessoas que usam drogas e por elas descritos: impressões de adolescentes internados compulsoriamente, escritos de reuniões com adolescentes realizados em um CAPS e a percepção de usuários que moram nas ruas sobre o uso de algumas substâncias psicoativas.

Ainda na segunda metade do capítulo, volta-se ao estudo do papel do Direito no que toca a um dos pressupostos da internação contra a vontade: a incapacidade do paciente em tomar decisões sobre a sua saúde. Neste sentido, é estudada a teoria das incapacidades no Direito Civil, retomando-se a disciplina normativa do CC/1916 para melhor compreensão da forma com que disciplinada a matéria no CC/2002. Este estudo é realizado à luz dos direitos da personalidade, instituto que bem representa o momento de repersonalização e despatrimonialização do Direito Civil após a promulgação da CRFB/1988. A análise da capacidade decisória das pessoas acometidas por dependência química continua com aportes da Bioética, sobretudo a respeito da autonomia e vulnerabilidade. Adotou-se como referencial teórico, notadamente, a Bioética de Proteção a partir de Kottow e Schramm. Ao longo desta parte, portanto, foram reunidos “saberes sujeitados” de ambas as ordens, chegando-se ao estudo da (in)capacidade decisória dos usuários com os saberes totalizadores, marginalizados e desqualificados devidamente apresentados.

3.1 O EMARANHADO DE DISCURSOS E PRÁTICAS DE SABER-PODER QUE ATRAVESSAM O DISPOSITIVO DE INTERNAÇÃO CONTRA A VONTADE DE DEPENDENTES QUÍMICOS NO BRASIL

Na Casa de Recuperação Valentes de Gideão, localizada no município de Simões Filho, Bahia, encontrou-se um cenário digno dos dramas vividos em

Barbacena⁵⁴⁶. À época da visita promovida pelo CFP, o número de internos ultrapassava a capacidade máxima do local. A técnica de enfermagem que ali trabalha não conseguiu descrever a proposta de cuidado. Informou que, embora a unidade pertença a um pastor e haja uma igreja em suas dependências, todas as oficinas e atividades propostas não são obrigatórias. Os internos não trabalham externa ou internamente, nem contam com atividades de qualificação profissional ou alfabetização adulta. Chega a 50% as taxas de reincidência, ou seja, de nova internação. O atendimento médico é realizado pela rede do SUS. Contudo, em situações de crise, conforme relato de um funcionário, uma das estratégias usadas é a oração, pois as crises são tidas como possessões demoníacas, como problemas que afetam a dimensão espiritual⁵⁴⁷.

Estas foram as informações passadas por pessoas que ali trabalham. O contato com os internos e a inspeção revelaram muito mais. Foi unânime a denúncia de práticas de espancamento. Há um histórico de denúncias de maus-tratos nos anos de 2009 e 2011, encaminhadas ao MPE. Há internos ali mantidos contra a sua vontade, sujeitos à permanência em locais de isolamento com grades e trancas. Há um galpão quase que inteiramente descoberto em que parte dos internos, a maioria dependentes químicos, são mantidos. Suas necessidades fisiológicas são feitas em valas de cimento, havendo restos de urina e fezes pelo espaço que causam um odor muito forte. Os casos de tuberculose são comuns pelo frio e umidade. A equipe presenciou um interno com deficiência física se arrastando pelo chão para se locomover, sem qualquer auxílio para viabilizar seu deslocamento. Em regra, a internação dura de três a quatro meses. Porém, alguns internos relatam que estão ali há cinco anos⁵⁴⁸.

Pode-se afirmar: o holocausto brasileiro não acabou. Ele se articula e se prolifera, silenciosamente. Os horrores ocorridos entre os muros do Hospital Colônia,

⁵⁴⁶ Na cidade de Barbacena, Minas Gerais, funcionou durante décadas um hospício denominado Colônia. Ali eram internados a força não apenas pessoas com transtornos mentais, mas também homossexuais, alcoólatras, mulheres que perderam a virgindade antes do casamento. Em suma: para ali eram enviados todos os “indesejáveis”. Entre seus muros imperava a violência. Contabilizam-se 60 mil mortes. Morreram de fome, de frio, de eletrochoques. Muitos corpos chegaram a ser vendidos para faculdades de medicina do país, sem quaisquer questionamentos. Basaglia, após conhecer o Colônia, declarou à imprensa: “Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como esta”. Cf. ARBEX, Daniela. *Holocausto brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial, 2013. p. 13-15.

⁵⁴⁷ CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Comissão Nacional de Direitos Humanos. *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. 2. ed. Brasília, DF: 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: 30 ago. 2014. p. 39.

⁵⁴⁸ *Ibid.*, p. 39-41.

em Barbacena/MG, não são apenas episódios de um passado distante. Eles ainda encontram eco e são reproduzidos, em maior ou menor medida, em todo o país. É crescente o número de denúncias por agressão e abusos cometidos em hospitais, clínicas ou comunidades terapêuticas. Diante deste tipo de relato é inevitável questionar os limites terapêuticos da internação contra a vontade, a que fins ela tem servido, a quem ela busca proteger. Na primeira parte deste item será estudado um movimento que enfrentou este problema, inicialmente em relação à internação de pessoas com transtornos mentais em manicômios: a Reforma Psiquiátrica. Estudá-lo será fundamental para a devida compreensão das ações governamentais relativas ao tratamento da dependência química na atualidade, com todas as suas conquistas e ambiguidades, tema da segunda metade do item.

3.1.1 Passado, presente e futuro da Reforma Psiquiátrica

A Reforma Psiquiátrica brasileira é um movimento cuja origem remonta à transição política do regime militar para uma democracia representativa, marcada pela promulgação da CRFB/1988 e retomada das eleições diretas em 1989. O confronto do modelo tradicional de assistência em saúde mental foi acompanhado pela problematização das relações entre as esferas pública e privada, que culminou com a formulação do direito social à saúde e criação do SUS por meio da Reforma Sanitária. Nos anos de 1990, a descentralização do SUS impulsionou o desenvolvimento de ações alternativas ao modelo asilar. Também houve um aumento da fiscalização de clínicas e hospitais psiquiátricos e redução do número de leitos para internação. O Movimento da Luta Antimanicomial, que reuniu profissionais, gestores, usuários e familiares, para além dos limites da reforma, passa a propor profundas redefinições⁵⁴⁹.

Mesquita, Novellino e Cavalcanti identificam duas fases no processo de Reforma Psiquiátrica: a primeira, voltada à crítica do modelo hospitalocêntrico (1978-1991), e a segunda, dedicada à implantação de uma rede de serviços extra-hospitalares (1992 até os dias atuais). A Reforma foi e é um movimento que se destaca por buscar o fim da mercantilização da “loucura” e pela construção coletiva de uma crítica ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico de assistência às

⁵⁴⁹ GOULART, Maria Stella Brandão. A construção da mudança nas instituições sociais: a reforma psiquiátrica. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, São João Del-Rei, v. 1, n. 1, p. 1-19, 2006. Disponível em: <http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapi/A_Construcao_da_Mudanca_nas_Instituicoes_Sociais...-MSB_Goulart.pdf>. Acesso em: 09 out. 2014. p. 10-11.

peças com transtornos mentais⁵⁵⁰. Fortes ressalta, contudo, que o movimento não pode ser reduzido à “desospitalização”. Por Reforma Psiquiátrica deve-se entender um processo social e complexo de “desinstitucionalização”, ou seja, de construção de estratégias teórico-práticas para desmontagem do conjunto de aparatos científicos, jurídicos e administrativos que dão suporte às relações de poder que circundam o objeto doença⁵⁵¹.

Na década de 1980 ocorreram dois marcos na história da Reforma Psiquiátrica: a inauguração do primeiro CAPS em São Paulo e a intervenção pública na Casa de Saúde Anchieta, na cidade de Santos no mesmo estado⁵⁵². Este estabelecimento era um hospital psiquiátrico privado conveniado ao extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Seus 290 leitos eram ocupados por 470 pessoas, superlotação que atingia a margem de 145% de ocupação. Os internados permaneciam ali por períodos infindáveis, perdiam seus referenciais familiares e o contato com seus grupos afetivos⁵⁵³. A intervenção foi promovida pelo poder público municipal, o que torna esse episódio peculiar dentre as intervenções frequentes à época. Além das intervenções anteriores terem ocorrido em hospitais psiquiátricos públicos, o poder municipal interviu em tempos em que a saúde era matéria a cargo da União e dos Estados. A ação foi desencadeada por denúncias anônimas de maus-tratos e por conta dos episódios de mortes violentas recorrentes na mídia local⁵⁵⁴.

O objetivo da intervenção era mais do que fazer com que os gestores observassem as normas técnicas. Pretendia-se pôr em xeque a lógica que mantinha o manicômio como instituição necessária e que prendia o paciente a um ciclo de opressão e violência. Uma das primeiras medidas, considerada emblemática à época, foi a proibição do uso das celas forte. Durante a intervenção, foram

⁵⁵⁰ MESQUITA, José Ferreira de; NOVELLINO, Maria Salet Ferreira; CAVALCANTI, Maria Tavares. A reforma psiquiátrica no Brasil: um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 17., 2010, Caxambu. *Anais eletrônicos...* Caxambu,: ABEP, 2010. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/eixo_4/abep2010_2526.pdf>. Acesso em: 09 out. 2014. p. 2-9.

⁵⁵¹ FORTES, Hildenete Monteiro. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 10, suppl. 2, p. 321-330, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000600009>. Acesso em: 21 jul. 2013. P. 324.

⁵⁵² MESQUITA; NOVELLINO; CAVALCANTI, op. cit., p. 5-7.

⁵⁵³ *Ibid.*, p. 4

⁵⁵⁴ KINOSHITA, Roberto Tykanori. Saúde mental e antipsiquiatria em Santos: vinte anos depois. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 1-8, jan.-abr. 2008. Disponível em: <<http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=interven%C3%A7%C3%A3o%20na%20casa%20de%20saude%20anchieta&source=web&cd=2&cad=rja&ved=0CC8QFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.incubadora.ufsc.br%2Findex.php%2Ffcbm%2Farticle%2Fdownload%2F1017%2F1144&ei=VDQaUoaXKYa32wWgy4HQAQ&usg=AFQjCNH1z5HxiW6TjHGRgHFfay7WCNUag&bvm=bv.51156542,d.eWU>>. Acesso em: 09 out. 2014. p. 1.

realizadas assembleias com os pacientes, profissionais e familiares para promoção do cuidado e do diálogo entre eles. A cada encontro eram estabelecidas normas provisórias a serem experimentadas até a próxima reunião, o que propiciou a construção dialética de novas práticas. Com o tempo, as enfermarias do hospital foram sendo desativadas. A equipe e os pacientes foram encaminhados para Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS) que estavam sendo implantados à época⁵⁵⁵.

Hodiernamente, a Reforma Psiquiátrica ainda se encontra em marcha. Vide, por exemplo, que a Lei nº 10.216/2001 e a política do MS para a saúde mental foram fortemente baseadas em suas lições. O movimento assumiu, na sua agenda, a problemática da internação contra a vontade de dependentes químicos, ao vislumbrar, nesta medida, um retorno às práticas manicomiais que combatem. O cenário encontrado na clínica baiana é resultado da perigosa fórmula de anulação da humanidade, da pior face do racismo e exclusão social. Em casos como esse, a internação dos degenerados, dos anormais, parece cumprir uma função primeira: afastar da sociedade aquilo que escapa à normalização e, portanto, ofereceria uma ameaça. A Reforma Psiquiátrica representa um espaço de resistência a esta lógica, daí se entender necessário o estudo da sua formação histórica e atuais bandeiras.

3.1.1.1 A formação do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil: resistência ao modelo manicomial de saúde mental

O surgimento dos manicômios e asilos se deu em um contexto bastante peculiar. A partir das formulações de Descartes, de acordo com o qual a capacidade de pensar condiciona a própria existência humana, instalou-se o consenso de que a razão é condição para uma pessoa ser capaz de cuidar de si. A loucura passou a ser encarada como um excesso ou desvio, um tipo de imoralidade que encontraria a cura através do tratamento moral das afecções ou paixões. A instituição asilar foi concebida para oferecer esse ambiente ideal de reordenação ou reeducação moral. Os manicômios, portanto, tinham como primeiro objetivo o estabelecimento da ordem social, separando as pessoas capazes para o trabalho daqueles não

⁵⁵⁵ KINOSHITA, Roberto Tykanori. Saúde mental e antipsiquiatria em Santos: vinte anos depois. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 1-8, jan.-abr. 2008. Disponível em: <<http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=interven%C3%A7%C3%A3o%20na%20casa%20de%20saude%20anchieta&source=web&cd=2&cad=rja&ved=0CC8QFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.incubadora.ufsc.br%2Findex.php%2Fcbasm%2Farticle%2Fdownload%2F1017%2F1144&ei=VDQaUoaXKYa32wWgy4HQAQ&usg=AFQjCNH1z5HxiW6TjHGRgHFfay7WCNUag&bvm=bv.51156542,d.eWU>>. Acesso em: 09 out. 2014. p. 2-7.

integrados no processo de produção⁵⁵⁶. Além de reduzir o impacto do sofrimento psíquico na sociedade, o manicômio serviu para resolver o problema da mão de obra excedente⁵⁵⁷.

O início da Revolução Industrial foi outro fenômeno que impulsionou a cruzada manicomial. As modificações no modo de produção resultaram em uma lógica burguesa de retidão moral e trabalho. Aqueles que não participavam dessa máquina – os mendigos, desviantes, ladrões, prostitutas, loucos – eram colocados em asilos, locais de depósito de todo esse grupo de seres humanos cuja presença incomodava a sociedade da época e o poder constituído. A criação de espaços de confinamento dos indesejáveis se tornou um importante instrumento de controle social. Pela primeira vez, o enclausuramento se torna o destino dos desatinados que, na Renascença, circulavam livremente pelo espaço público. Observe-se que o internamento surgiu a partir de interesses muito distintos da busca pela cura. O que o tornou necessário foi um imperativo do trabalho⁵⁵⁸.

Os manicômios eram mantidos, preponderantemente, por ordens religiosas. Seu funcionamento não era pautado em uma orientação médico-científica. Tratava-se de uma instituição que simbolizava um amparo filantrópico, um acolhimento em lugar do completo abandono. Além das pessoas com sofrimento mental, viviam nesses locais todo aquele abandonado à própria sorte pela família e sociedade⁵⁵⁹. No século XVIII, com Philippe Pinel, emergiu a Medicina Mental ou Psiquiatria a partir da transformação da diferença humana em patologia: a loucura passa a ser

⁵⁵⁶ Sobre este ponto, Ducatti observa que, no capitalismo monopolista – aquele em que o Estado se torna mais que o guardião do capital, e sim como um agente do capital que atua como conciliador de classes – para que se dê a exploração da força de trabalho é necessário que as pessoas estejam dotadas da capacidade física e moral de operar dentro do ritmo que o capital exige, ritmo este que é naturalizado pela disciplina. Há pessoas consideradas incapazes de cumprir esse papel, daí sua segregação e isolamento compulsório. Aqui, a saúde pública desempenha o papel de reprodução da força de trabalho, evitando a contaminação da classe dominante e produtiva, legitimada pelo discurso científico. Essas conclusões, embora tecidas em relação às pessoas portadoras de hanseníase na Era Vargas, podem ser aplicadas ao usuário de drogas hodiernamente, por haver indícios de que está em funcionamento esta mesma lógica. DUCATTI, Ivan. *A hanseníase no Brasil na Era Vargas e a profilaxia do isolamento compulsório*: estudos sobre o discurso científico legitimado. 2008. 199 f. Tese (Doutorado em História) – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8138/tde-09032009-171024-pt-br.php>>. Acesso em: 20 dez. 2014. p. 182.

⁵⁵⁷ DIAS, Miriam Thaís Guterres. Os direitos dos portadores de sofrimento psíquico no contexto do neoliberalismo. *Textos & Contextos*, Porto Alegre v. 3, n. 1, p. 1-19, 2004. Disponível em: <<http://revistas.eletronicas.puc.rs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/view/985/765>>. Acesso em: 21 jul. 2014. p. 5.

⁵⁵⁸ PRANDONI, Raul Fernando Sotelo; PADILHA, Maria Itayara Coelho de Souza. A reforma psiquiátrica no Brasil: eu preciso dessas palavras. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 13, n. 4, p. 633-640, out.-dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072004000400017&script=sci_artext>. Acesso em: 08 out. 2014. p. 634-635.

⁵⁵⁹ MENDES, Vanessa Correia; MENEZES, Joyceane Bezerra de. O tratamento psiquiátrico e direitos humanos: uma análise dos instrumentos de controle da internação involuntária. *Revista Direitos Fundamentais e Democracia*, Curitiba, v. 14, n. 14, p. 458-481, jun.-dez. 2013. Disponível em: <<http://revistaeletronicardf.unibrazil.com.br/index.php/rdfd/article/view/455/363>>. Acesso em: 26 set. 2014. p. 461.

concebida como uma doença a ser tratada, à época, com ocultamento e exclusão. Pinel foi o criador do Tratamento Moral, primeiro método terapêutico para tratamento da loucura na modernidade, tendo consagrado o hospital psiquiátrico, hospício ou manicômio como o local social dos loucos⁵⁶⁰.

Pinel, ao fixar os loucos em um lugar específico – o hospício – aliou o poder da clausura ao saber médico. Foi o hospício que produziu o louco como doente mental, individualizado através da instauração de relações disciplinares de poder, observado a todo instante tal como o objeto de um novo saber. Aqui, a relação entre poder e saber é deveras sinalagmática. De acordo com Prandoni e Padilha, a Medicina é uma ciência que se encontra no centro de processos sociais. Não se trata de uma ciência neutra, mas sim uma ciência política a serviço do aparelho estatal. Para os autores, em síntese, “[...] a combinação do racionalismo moderno com a revolução industrial traz como consequência a exclusão do louco para benesse da sociedade e o surgimento da psiquiatria como possibilidade de integrar poder e saber a uma especialidade”⁵⁶¹.

A despeito da loucura ter sido repensada na qualidade de doença a partir de Pinel, a opressão sobre as pessoas acometidas por transtornos mentais se perpetuou, multiplicando-se com o tempo as denúncias dos abusos cometidos no ambiente hospitalocêntrico, como maus-tratos, falta de higiene, alimentação precária, isolamento e óbitos⁵⁶². As primeiras críticas aos hospitais psiquiátricos surgiram após a Segunda Guerra Mundial, quando médicos e enfermeiros que foram prisioneiros nos campos de concentração nazistas perceberam que a internação em instituições psiquiátricas se baseava em discriminações igualmente desumanas. Também no pós-guerra, pela primeira vez, a promoção e proteção dos direitos humanos é alçada a norma de direito internacional de caráter geral através da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948)⁵⁶³.

⁵⁶⁰ FORTES, Hildenete Monteiro. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 10, suppl. 2, p. 321-330, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000600009>. Acesso em: 21 jul. 2013. p. 323.

⁵⁶¹ PRANDONI, Raul Fernando Sotelo; PADILHA, Maria Itayara Coelho de Souza. A reforma psiquiátrica no Brasil: eu preciso dessas palavras. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 13, n. 4, p. 633-640, out.-dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072004000400017&script=sci_artext>. Acesso em: 08 out. 2014. p. 635-636.

⁵⁶² MENDES; MENEZES, op. cit., p. 462.

⁵⁶³ DIAS, Míriam Thaís Guterres. Os direitos dos portadores de sofrimento psíquico no contexto do neoliberalismo. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 1-19, 2004. Disponível em: <<http://revistas.eletronicas.puc.rs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/view/985/765>>. Acesso em: 21 jul. 2014. p. 7.

O manicômio se tornou sinônimo de degradação da condição humana: a massificação do atendimento reduzia os internados a uma classificação nosológica, despersonalizando os sujeitos; não raro o motivo da internação era desconhecido; não se respeitava a privacidade e a liberdade de expressão dos internos, sendo constantes os episódios de violação da correspondência; negação da sexualidade e infantilização – estas são algumas das práticas descritas por Dias. Para a autora, mesmo após as denúncias de falência do tratamento asilar, “[...] o manicômio ainda persiste: está mais limpo, moderno e humanizado”⁵⁶⁴. O manicômio foi uma instituição necessária na fase do capitalismo industrial. Somente na fase de neoliberalismo e de intensa globalização se tornou receptiva a noção de direitos das pessoas com sofrimento psíquico, ainda não totalmente respeitados. As novas percepções sobre os direitos dessa população reverberam no lugar atribuído ao manicômio em termos de políticas de saúde, o que se faz evidente no movimento da Reforma Psiquiátrica⁵⁶⁵.

No Brasil, a assistência psiquiátrica pública foi iniciada na segunda metade do século XIX, ainda no período imperial. Era exercida por leigos em instituições de caráter asilar mantidas pela Igreja Católica. Entre os anos de 1852 e 1890, houve forte expansão do saber psiquiátrico, décadas consideradas o período de ouro do asilismo no Brasil. Já nesta época o “louco” era considerado uma ameaça à segurança pública, por isso o recolhimento era a melhor e única maneira de lidar com as pessoas acometidas por transtornos psiquiátricos. O objetivo não era oferecer tratamento, mas sim garantir segurança à sociedade⁵⁶⁶. Em 1852, foi inaugurado o Hospital Dom Pedro II no Rio de Janeiro. No início da década de 80, o Visconde de Sabóia criou a Cátedra de Psiquiatria nas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro (1881) e da Bahia (1883), as únicas existentes até então⁵⁶⁷.

Gradativamente o modelo assistencial se expandiu em todo o território nacional, consolidando-se, assim como ocorreu na Europa, o hospital psiquiátrico como o espaço social da loucura. As denúncias recorrentes de violência, maus-tratos e violações aos direitos humanos deu ensejo à formação de um movimento

⁵⁶⁴ DIAS, Míriam Thaís Guterres. Os direitos dos portadores de sofrimento psíquico no contexto do neoliberalismo. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 1-19, 2004. Disponível em: <<http://revistas.eletronicas.puc.rs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/view/985/765>>. Acesso em: 21 jul. 2014. p. 7.

⁵⁶⁵ *Ibid.*, p. 1-2.

⁵⁶⁶ FORTES, Hildenete Monteiro. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 10, suppl. 2, p. 321-330, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000600009>. Acesso em: 21 jul. 2013. p. 324.

⁵⁶⁷ DIAS, op. cit., p. 6.

em prol da preservação do direito à singularidade, à subjetividade e à diferença dos doentes mentais. As transformações na assistência psiquiátrica ocorridas na Europa passaram a ter grande influência nos programas de saúde mental do Brasil e da América Latina a partir da década de 1970. O psiquiatra italiano Franco Basaglia foi um dos protagonistas desse período de mudanças. Ele conseguiu superar o modelo asilar/carcerário do hospital pineliano e substituí-lo por uma rede diversificada de Serviços de Atenção Diária em Saúde Mental de Base Territorial e Comunitária⁵⁶⁸. Sua influência foi crucial na deflagração da reforma brasileira, como se verá a seguir.

3.1.1.1.1 *Um basta à trajetória de abusos e exclusão dos “degenerados”*

A Reforma Psiquiátrica brasileira foi inspirada no modelo da reforma italiana, liderada por Basaglia, cujas práticas inovadoras deflagrou o processo de mudanças nas políticas de saúde mental do seu país a partir de 1961. Neste ano, ele passou a dirigir o hospital psiquiátrico de Gorizia, local em que iniciou a aplicação de práticas alternativas e desinstitucionalizantes, a exemplo do tratamento *open door*, com base nos ensinamentos de Barton, Laing e Cooper. Basaglia permaneceu em Gorizia até 1968. Após passagens por Nova Iorque e Parma, assumiu a diretoria do Serviço Psiquiátrico de Trieste⁵⁶⁹. Ele compreendia a loucura como um fenômeno complexo, que não deveria ser estudado exclusivamente pelo saber psiquiátrico. Por isso, defendia uma atenção multidisciplinar e anti-isolacionista⁵⁷⁰.

Dentre as medidas desenhadas para substituir o tratamento hospitalar e manicomial estavam os serviços de atenção comunitária, como os centros de convivência. O objetivo era promover as relações sociais entre os pacientes, forma de estimular seu desenvolvimento pessoal. A influência de Basaglia, associada ao movimento social que congregava estudantes, políticos e familiares dos pacientes, conduziu à aprovação da Lei italiana nº. 180/1971 (“Lei Basaglia”). Dentre as suas disposições estava a proibição da construção de novos manicômios e o respeito aos direitos das pessoas com transtornos mentais. Assim como a Reforma Psiquiátrica

⁵⁶⁸ FORTES, Hildenete Monteiro. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 10, suppl. 2, p. 321-330, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000600009>. Acesso em: 21 jul. 2013. p. 324.

⁵⁶⁹ ABREU, Célia Barbosa; VAL, Eduardo Manuel. A experiência brasileira das internações involuntária e compulsória do dependente químico. In: ASENSI, Felipe; MUTIZ, Paula Lucia Arévalo; PINHEIRO, Roseni. (Coord.) *Direito e saúde: enfoques interdisciplinares*. Curitiba: Juruá, 2013. p. 403-404.

⁵⁷⁰ MENDES, Vanessa Correia; MENEZES, Joyceane Bezerra de. O tratamento psiquiátrico e direitos humanos: uma análise dos instrumentos de controle da internação involuntária. *Revista Direitos Fundamentais e Democracia*, Curitiba, v. 14, n. 14, p. 458-481, jun.-dez. 2013. Disponível em: <<http://revistaeletronicardfd.unibrazil.com.br/index.php/rdfd/article/view/455/363>>. Acesso em: 26 set. 2014. p. 462.

italiana e sob sua influência, a reforma brasileira tinha como meta o fim dos manicômios e a modernização da assistência psiquiátrica⁵⁷¹.

No período supramencionado, o Brasil se encontrava em plena Ditadura Militar, período em que houve uma importante expansão dos hospitais psiquiátricos privados. Diz-se que a década de 60 foi o período da “indústria da loucura”, pois o sistema assistencial havia se tornado uma importante fonte de lucro, afastado da finalidade de propiciar a recuperação da saúde da pessoa acometida por transtorno mental⁵⁷². Tal é atribuído ao fato de que, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Estado passou a utilizar os serviços psiquiátricos do setor privado⁵⁷³. Até mesmo pessoas consideradas sãs eram trancafiadas como loucas nos manicômios. A psiquiatria foi usada como técnica de repressão durante muitos anos, expondo-se as pessoas a condições desumanas por longos períodos, aniquilando-se a sua autonomia e possibilidade de desenvolvimento e reinserção na sociedade⁵⁷⁴.

Em 1973, por conta do sucesso de suas práticas, Basaglia foi credenciado pela OMS como principal referência mundial para a reformulação da assistência em saúde mental. Sua proposta era de tratar sem excluir, fora dos hospícios. Para tanto, concebeu a criação de núcleos de atenção psicossocial (NAPS) e CAPS, viabilizando o tratamento sem que haja internação. Ele esteve no Brasil entre 1978 e 1979. O trabalho efetuado na colônia de Barbacena sensibilizou os profissionais brasileiros para essa nova forma de tratar pessoas com transtornos mentais⁵⁷⁵. A situação brasileira era crítica. Estima-se que havia cerca de 80.000 leitos psiquiátricos distribuídos em mais de 500 hospitais públicos e privados pelo país que produziram, durante anos, um quadro aterrador de desassistência. Tal foi

⁵⁷¹ MENDES, Vanessa Correia; MENEZES, Joyceane Bezerra de. O tratamento psiquiátrico e direitos humanos: uma análise dos instrumentos de controle da internação involuntária. *Revista Direitos Fundamentais e Democracia*, Curitiba, v. 14, n. 14, p. 458-481, jun.-dez. 2013. Disponível em: <<http://revistaeletronicardfd.unibrasil.com.br/index.php/rdfd/article/view/455/363>>. Acesso em: 26 set. 2014. p. 462.

⁵⁷² PRANDONI, Raul Fernando Sotelo; PADILHA, Maria Itayara Coelho de Souza. A reforma psiquiátrica no Brasil: eu preciso dessas palavras. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 13, n. 4, p. 633-640, out.-dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072004000400017&script=sci_artext>. Acesso em: 08 out. 2014. p. 637.

⁵⁷³ MESQUITA, José Ferreira de; NOVELLINO, Maria Salet Ferreira; CAVALCANTI, Maria Tavares. A reforma psiquiátrica no Brasil: um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 17., 2010, Caxambu. *Anais eletrônicos...* Caxambu,: ABEP, 2010. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/eixo_4/abep2010_2526.pdf>. Acesso em: 09 out. 2014. p. 4

⁵⁷⁴ MENDES; MENEZES, op. cit., p. 462.

⁵⁷⁵ ABREU, Célia Barbosa; VAL, Eduardo Manuel. A experiência brasileira das internações involuntária e compulsória do dependente químico. In: ASENSI, Felipe; MUTIZ, Paula Lucia Arévalo; PINHEIRO, Roseni. (Coord.) *Direito e saúde: enfoques interdisciplinares*. Curitiba: Juruá, 2013. p. 404.

denunciado à sociedade por profissionais de saúde mental que organizaram o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) no Rio de Janeiro, sendo este considerado o início da Reforma Psiquiátrica brasileira⁵⁷⁶.

Em reação à crise na assistência psiquiátrica, o Ministério da Assistência e Previdência Social e o MS protagonizaram tentativas de regulamentação (ex. Programa Integrado de Saúde Mental – PISAM, de 1974), mas elas tiveram pouco impacto em face da gravidade da situação. Essas normativas enfatizavam a necessidade de prevenção, racionalização e reversão do crescimento do número de internações psiquiátricas. Somente o Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica de 1982, elaborado pelo Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), gerou repercussões importantes. Além de propor a releitura do adoecimento mental, com destaque aos seus aspectos socioculturais, foram dirigidos esforços para a reforma dos hospitais psiquiátricos da rede pública, criação de estruturas ambulatoriais extramuros e maior integração das ações nos diversos níveis administrativos⁵⁷⁷.

Na década de 70, a mobilização dos profissionais de saúde mental passou a ser identificada como Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA). Buscava-se a implantação de um novo modelo de atenção psiquiátrica, pautado no respeito aos direitos do paciente e na busca por sua reinserção social. Foram organizados diversos debates, palestras, congressos, no intuito de estimular a reflexão social e institucional sobre a atenção em saúde mental⁵⁷⁸. Havia grande resistência à mudança, especialmente por parte dos donos de hospitais psiquiátricos privados organizados na Federação Brasileira de Hospitais (FBH)⁵⁷⁹. Em 1987, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro de Trabalhadores em Saúde Mental, cujas propostas receberam o Movimento da Luta Antimanicomial⁵⁸⁰.

⁵⁷⁶ MENDES, Vanessa Correia; MENEZES, Joyceane Bezerra de. O tratamento psiquiátrico e direitos humanos: uma análise dos instrumentos de controle da internação involuntária. *Revista Direitos Fundamentais e Democracia*, Curitiba, v. 14, n. 14, p. 458-481, jun.-dez. 2013. Disponível em: <<http://revistaeletronicardfd.unibrasil.com.br/index.php/rdfd/article/view/455/363>>. Acesso em: 26 set. 2014. p. 462.

⁵⁷⁷ GOULART, Maria Stella Brandão. A construção da mudança nas instituições sociais: a reforma psiquiátrica. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, São João Del-Rei, v. 1, n. 1, p. 1-19, 2006. Disponível em: <http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapi/A_Construcao_da_Mudanca_nas_Instituicoes_Sociais...-MSB_Goulart.pdf>. Acesso em: 09 out. 2014. p. 7-8.

⁵⁷⁸ MENDES; MENEZES, op. cit., p. 462.

⁵⁷⁹ GOULART, op. cit., p. 9.

⁵⁸⁰ ABREU, Célia Barbosa; VAL, Eduardo Manuel. A experiência brasileira das internações involuntária e compulsória do dependente químico. In: ASENSI, Felipe; MUTIZ, Paula Lucia Arévalo; PINHEIRO, Roseni. (Coord.) *Direito e saúde: enfoques interdisciplinares*. Curitiba: Juruá, 2013. p. 404.

No tocante à assistência, no relatório final da conferência ficou registrada a necessidade de reversão da tendência “hospitalocêntrica e psiquiatrocêntrica”, dando-se prioridade ao sistema extra-hospitalar e multiprofissional de atendimento. Definiu-se que o setor público deixaria de credenciar ou instalar novos leitos em unidades psiquiátricas hospitalares tradicionais, reduzindo-se o número de leitos existentes e substituindo-os por leitos psiquiátricos em hospitais gerais públicos ou em serviços inovadores. Também foi proibida a construção de novos hospitais psiquiátricos tradicionais. Nas regiões que precisam de novos leitos, eles deverão ser necessariamente instalados em hospitais gerais, devendo-se observar as seguintes diretrizes: a) não haver prejuízo ao programa de reformulação do espaço do hospital psiquiátrico dentro de um programa integrado de assistência; b) implantar serviços que evitem a reprodução de práticas segregacionistas; c) lutar para que haja ruptura com a prática de internação hospitalar⁵⁸¹.

Ainda de acordo com o relatório, foi proposta a reavaliação das unidades de internação existentes quanto à sua eficácia/eficiência, condições de atendimento e tempo de permanência dos pacientes. Também foi destacada a necessidade de implantação de programa de recuperação da população internada por longos períodos, a partir da criação de espaços de habitação integrados aos serviços extra-hospitalares de saúde mental. Deve-se dar privilégio às equipes multiprofissionais, de forma a reverter o formato medicalizante e propiciar uma visão integral do usuário do serviço. A internação psiquiátrica deverá ser regulada por lei que preveja os direitos do paciente internado. Ela não é ato obrigatório do tratamento psiquiátrico, devendo sua definição (caráter e tempo de duração) ser acompanhada pela DP, comissões multiprofissionais e setores organizados da comunidade⁵⁸².

Defendeu-se, ainda, a disponibilização de mecanismos e recursos legais como garantia do direito individual contra a internação involuntária, visando-se a possível reversibilidade da internação no período máximo de 72 horas. No tocante à internação psiquiátrica de pessoas menores de idade, o relatório da I Conferência Nacional de Saúde Mental trouxe disposições específicas. De acordo com ele, devem ser adotadas normas legais que limitem as possibilidades de internação

⁵⁸¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. *I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final*. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relafinal.pdf>. Acesso em: 09 out. 2014. p. 18.

⁵⁸² *Ibid.*, p. 18-24.

psiquiátrica desta população e que garantam uma educação formal, habilitação profissional e seu direito a um espaço lúdico⁵⁸³. Também em 1987, foi realizado o II Congresso Nacional do MTSM em Bauru, São Paulo. Neste encontro foi construído o lema “por uma sociedade sem manicômios”, em torno do qual se estruturou o Movimento da Luta Antimanicomial⁵⁸⁴.

3.1.1.1.2 A busca por uma sociedade sem manicômios: a gestação da Lei da Reforma Psiquiátrica e seus frutos

A Lei Federal de Psiquiatria é uma importante conquista da Reforma Psiquiátrica. O PL (nº. 3.657) que lhe deu origem, de autoria do Deputado Paulo Delgado (PT/MG), foi apresentado ao Congresso Nacional em 1989, um ano após a criação do SUS⁵⁸⁵. Inspirado na lei italiana de 1978, o projeto previa a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, além de regulamentar a internação psiquiátrica compulsória. Seu artigo 1º proibia a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos, bem como o financiamento ou contratação de novos leitos em hospitais psiquiátricos privados por parte do governo. O artigo 2º determinava a competência das administrações de saúde regionais para instalar e pôr em funcionamento recursos não manicomiais de atendimento, de acordo com cronograma a ser executado no prazo de um ano, como unidades psiquiátricas em hospital geral, centros de atenção, centros de convivência, pensões e outros, bem como para a progressiva extinção dos leitos com características asilares⁵⁸⁶.

O artigo 3º do projeto e seus parágrafos se dedicavam a regular a internação psiquiátrica compulsória, definida como aquela realizada sem o desejo expresso do paciente. A internação deveria ser caracterizada por um médico e avisada à

⁵⁸³ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. *I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final*. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relat_final.pdf>. Acesso em: 09 out. 2014. p. 24-25.

⁵⁸⁴ MESQUITA, José Ferreira de; NOVELLINO, Maria Salet Ferreira; CAVALCANTI, Maria Tavares. A reforma psiquiátrica no Brasil: um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 17., 2010, Caxambu. *Anais eletrônicos...* Caxambu,: ABEP, 2010. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/eixo_4/abep2010_2526.pdf>. Acesso em: 09 out. 2014. p. 5-7.

⁵⁸⁵ Ibid., p. 5.

⁵⁸⁶ DELGADO, Paulo. *Projeto de lei da câmara nº 3.657, de 1989*. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, DF, nº. 127, 29 set. 2011. Seção I, p. 10696-10697. Disponível em: <<http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD29SET1989.pdf#page=30>>. Acesso em: 03 set. 2014. p. 10696-10697.

autoridade judiciária local, preferencialmente à DP, no prazo de 24 horas. Ao membro do Poder Judiciário caberia ouvir o paciente, familiares, médicos e equipe de saúde para emitir parecer sobre a legalidade da internação num prazo, também, de 24 horas. Caberia aos órgãos judiciais a realização de auditorias periódicas nos estabelecimentos psiquiátricos para identificar casos de sequestro ilegal e zelar pelos direitos do cidadão internado. Na exposição de motivos, é enfatizada a necessidade de conter a expansão do mercado manicomial para que seja possível a implantação de formas de tratamento alternativas, não violentas e compatíveis com os direitos civis dos pacientes⁵⁸⁷.

Em nível estadual, este projeto, que ficou conhecido como “Projeto Paulo Delgado”, foi inspiração para várias propostas locais encaminhadas pelo Movimento Antimanicomial em suas respectivas Assembleias Legislativas. As propostas tinham como objetivo dar visibilidade aos problemas enfrentados pelas pessoas com sofrimento psíquico e restituí-las o exercício da cidadania⁵⁸⁸. Cite-se, como exemplo, a Lei de Reforma Psiquiátrica do Rio Grande do Sul, publicada em 1992. Em seu texto, fazia-se referência a “pessoa com sofrimento psíquico” em substituição ao termo prevalente de “doente mental”, uma mudança conceitual significativa que já sinalizava um novo entendimento em relação aos transtornos psiquiátricos. Esta denominação indica que a pessoa acometida por uma doença desta natureza não deve ter a sua condição de sujeito reduzida à patologia que o acomete⁵⁸⁹.

De acordo com a lei estadual, a Reforma Psiquiátrica consistirá na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico por uma rede integrada de serviços assistenciais de atenção sanitária e social (art. 2º). Assim como no PL nacional, foi vedada a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos, mas desta vez públicos ou privados, bem como a contratação e financiamento público de novos leitos nesses hospitais. Todos os estabelecimentos passariam por uma reavaliação no

⁵⁸⁷ DELGADO, Paulo. *Projeto de lei da câmara n° 3.657, de 1989*. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, DF, nº. 127, 29 set. 2011. Seção I, p. 10696-10697. Disponível em: <<http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD29SET1989.pdf#page=30>>. Acesso em: 03 set. 2014. p. 10697.

⁵⁸⁸ GOULART, Maria Stella Brandão. A construção da mudança nas instituições sociais: a reforma psiquiátrica. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, São João Del-Rei, v. 1, n. 1, p. 1-19, 2006. Disponível em: <http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/A_Construcao_da_Mudanca_nas_Instituicoes_Sociais..._MSB_Goulart.pdf>. Acesso em: 09 out. 2014. p. 13.

⁵⁸⁹ DIAS, Miriam Thais Guterres. *A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental: uma análise a partir do serviço residencial terapêutico Morada São Pedro*. 2007. 290 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, 2007. Disponível em: <http://tede.pucrs.br/tde_arquivos/21/TDE-2007-05-08T150137Z-564/Publico/389624.pdf>. Acesso em: 08 out. 2014. p. 120.

prazo de cinco anos para aferição da compatibilidade de suas práticas com as diretrizes desta nova lei (art. 3º, § 2º). Poderão, por sua vez, ser construídas unidades psiquiátricas em hospitais gerais de acordo com as demandas loco-regionais (art. 4º). Os artigos 10 e 11 reproduzem as regras sobre internação psiquiátrica compulsória do Projeto Paulo Delgado, com a diferença de mencionar o MP como órgão competente para dar o parecer sobre a legalidade da internação quando não houver DP. Caberia ao MP, ainda, realizar as vistorias periódicas⁵⁹⁰.

A utilização da expressão sofrimento psíquico se alinha com os marcos conceituais da II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, quais sejam: atenção integral e cidadania. A atenção integral é referência ao desenvolvimento de dispositivos sanitários e socioculturais capazes de abranger várias dimensões da vida do indivíduo, em diferentes âmbitos de intervenção (educativo, assistencial, dentre outros), em substituição ao modelo manicomial. No relatório da conferência foi proposta a elaboração de mecanismos de desospitalização das pessoas com transtorno mental, por meio da intensificação dos programas públicos de lares abrigados, pensões protegidas, localizados junto à comunidade e sob o cuidado de assessoria técnica. O primeiro passo para resgatar a autonomia desses sujeitos seria mudar o modo de pensar a pessoa com transtornos mentais em sua existência, sem reduzi-la ao diagnóstico e à luz de uma ética de autonomia e singularização⁵⁹¹.

Em relação à internação de pessoas com transtorno mental, foi registrado no relatório final da conferência de 1992 que tal medida deve ser evitada ao máximo, somente sendo cabível quando esgotados todos os recursos que a possam tornar desnecessária. A internação realizada sem o consentimento expresso do paciente, desta vez denominada de internação psiquiátrica involuntária, deveria ser comunicada não só ao MP, mas também à autoridade sanitária e ao Conselho Local de Saúde no prazo de 48 horas. A avaliação dos diversos tipos de internação ficaria a cargo de uma comissão interdisciplinar, composta por representantes da

⁵⁹⁰ RIO GRANDE DO SUL. *Lei nº. 9.716, de 07 de agosto de 1992*. Dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/20120803184446lei_da_reforma_psiquiatica.pdf>. Acesso em: 10 out. 2014.

⁵⁹¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. *II Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1994. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf>. Acesso em: 10 out. 2014. p. 6-7.

administração pública, entidades profissionais, usuários e sociedade civil, à qual caberia se pronunciar sobre a necessidade e legalidade da internação⁵⁹².

Ainda de acordo com o relatório, tem-se que a regra deverá ser a obtenção do consentimento informado do paciente, garantindo-se que possa se expressar e decidir acerca do tratamento indicado. São previstas quatro exceções: a) quando o paciente for incapaz, conforme expressa previsão legal; b) havendo representante legal para consentir em nome do usuário; c) na ausência deste, uma autoridade independente, devidamente informada, poderá consentir se estiver convencida da incapacidade do usuário para recusar o tratamento ou de que o plano de tratamento atende ao melhor interesse do paciente; d) nos casos em que um profissional de saúde mental autorizado por lei determinar que o tratamento é urgentemente necessário a fim de evitar dano imediato ou iminente ao usuário ou a outras pessoas. A internação deverá durar o período estritamente necessário para este propósito⁵⁹³.

O tema das drogas aparece dentre as preocupações dos profissionais de saúde mental nesta edição da Conferência Nacional. Em relação à legislação, pede-se mudanças no enfoque punitivo e coercitivo em relação às drogas, descriminalizando-se o usuário e direcionando a ele o enfoque da assistência, tratamento e programas sociais de prevenção⁵⁹⁴. No tocante à legislação brasileira em Saúde Mental, é pedida a revogação do Decreto nº. 24.559/1934 e a regulamentação das Leis Orgânicas dos Municípios neste campo. Também foi assinalada a necessidade de se estimular os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário a incorporarem na sua prática e à legislação brasileira os “Princípios para a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental” aprovados pela ONU em 1991, bem com as diretrizes contidas no PL Paulo Delgado, que ainda estava tramitando⁵⁹⁵.

Este último, após doze anos de maturação no Congresso Nacional, foi aprovado em abril de 2001, convertendo-se na Lei nº. 10.216 (atual Lei Federal de Psiquiatria), cujo conteúdo atinente à internação psiquiátrica já foi anteriormente

⁵⁹² BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. *II Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1994. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf>. Acesso em: 10 out. 2014. p. 32.

⁵⁹³ *Ibid.*, p. 32-33.

⁵⁹⁴ *Ibid.*, p. 10.

⁵⁹⁵ *Ibid.*, p. 22-23.

abordado. As proposições antimanicomiais foram alteradas por emendas, de modo que no texto final não foi estabelecida uma estrutura clara para a progressiva extinção dos manicômios, por exemplo. Ainda assim, a lei representou um importante redirecionamento na assistência em saúde mental, preconizando o atendimento territorial de base comunitária, o respeito aos direitos das pessoas com transtorno psiquiátrico e fixando critérios para a internação contra a vontade⁵⁹⁶. Dias destaca que a lei é resultado de um processo de disputa acirrada entre as diferentes forças sociais envolvidas no processo, sobretudo o MNLA e os proprietários dos hospitais psiquiátricos. O governo, que vinha adotando ações que se aproximavam das reivindicações antimanicomiais, resistia a assumir uma postura nesse sentido perante a sociedade. A lei foi o resultado possível e negociado dessas tensões⁵⁹⁷.

A aprovação da Lei Federal de Psiquiatria foi desencadeada, dentre outros fatores, pelo fato da OPAS ter escolhido como tema para o Dia Mundial da Saúde, no ano de 2001, o lema “Saúde Mental: Cuidar Sim, Excluir Não”, no intuito de conclamar os países a revisar as suas estratégias no campo da saúde mental. Neste mesmo ano foi realizada, em dezembro, a III Conferência Nacional de Saúde Mental⁵⁹⁸. No relatório final do evento foi declarado total apoio à regulamentação, aplicação e divulgação imediata da Lei nº. 10.216/2001, devendo ser retomada a luta política pelos princípios originais da proposta do Deputado Paulo Delgado, em especial a extinção dos manicômios e regulamentação das internações voluntárias e involuntárias. No tocante à internação psiquiátrica, deve-se assegurar o direito de recorrer judicialmente contra a medida de internação involuntária em hospital psiquiátrico, estabelecer mecanismos para cumprimento da lei e encaminhar as pessoas cujo tratamento foi iniciado com internação compulsória para a rede ambulatorial, respeitado o consentimento informado⁵⁹⁹.

⁵⁹⁶ GOULART, Maria Stella Brandão. A construção da mudança nas instituições sociais: a reforma psiquiátrica. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, São João Del-Rei, v. 1, n. 1, p. 1-19, 2006. Disponível em: <http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapi/A_Construcao_da_Mudanca_nas_Instituicoes_Sociais...-MSB_Goulart.pdf>. Acesso em: 09 out. 2014. p. 15.

⁵⁹⁷ DIAS, Miriam Thais Guterres. *A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental: uma análise a partir do serviço residencial terapêutico Morada São Pedro*. 2007. 290 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, 2007. Disponível em: <http://tede.pucrs.br/tde_arquivos/21/TDE-2007-05-08T150137Z-564/Publico/389624.pdf>. Acesso em: 08 out. 2014. p. 121-122.

⁵⁹⁸ *Ibid.*, p. 122.

⁵⁹⁹ BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *III Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_mental.pdf>. Acesso em: 10 out. 2014. p. 129-131.

O relatório da III Conferência Nacional referida traz elementos importantes para se compreender como se estruturou o movimento da Reforma Psiquiátrica após a publicação da lei que redirecionou a assistência à saúde mental no país. Para a efetivação do movimento, foi requerida agilidade na superação dos hospitais psiquiátricos e concomitante criação da rede substitutiva de cuidado, com foco na inclusão social e emancipação das pessoas com transtornos mentais. Essa rede, a ser organizada pelos municípios, deve ser territorializada e integrada à rede geral de saúde, sendo capaz de realizar ações de proteção, promoção, prevenção, assistência e recuperação em saúde mental. As novas modalidades de tratamento devem ser pautadas em relações que potencializem a subjetividade, autoestima e autonomia do usuário, dando-lhe condições para o exercício da sua cidadania, eliminando-se as possibilidades de reprodução da institucionalização e/ou cronificação dos pacientes⁶⁰⁰.

Dentre as propostas aprovadas para que se atinjam esses objetivos, destaca-se: a) tornar prescindíveis os hospitais psiquiátricos até o final de 2002; b) extinguir todos os leitos em hospitais psiquiátricos no país, consolidando-se o projeto de uma “Sociedade sem Manicômios” até 2004; c) exigir agilidade na extinção dos hospitais psiquiátricos que, à época, consumia 88% dos recursos do SUS destinados à saúde mental; d) garantir que a política de saúde mental e os serviços substitutivos tenham caráter essencialmente/estritamente público, sendo possível o estabelecimento de parcerias com prestadores da sociedade civil quando necessário e sob aprovação e fiscalização pelo controle social; e) definir as unidades tipo CAPS como referência para a assistência em saúde mental; f) a ressignificação da ideia de internação, a saber, a sua compreensão como hospitalidade diurna e noturna que faz parte do projeto terapêutico do usuário⁶⁰¹.

Em relação à internação psiquiátrica, no relatório foi registrada a necessidade de revisão dos critérios de tempo de internação, criando-se meios para garantir que ela seja o mais breve possível e seja avaliada por equipe multiprofissional. A indicação deve ser feita a partir de pareceres e indicações técnicas das equipes de saúde mental, prévios à remoção do usuário para a internação hospitalar⁶⁰². Em

⁶⁰⁰ BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *III Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_mental.pdf>. Acesso em: 10 out. 2014. p. 23-24.

⁶⁰¹ *Ibid.*, p. 24-28.

⁶⁰² *Ibid.*, p. 47.

relação aos usuários de drogas, foi posta a necessidade de desenvolvimento de políticas públicas fundadas no respeito aos direitos humanos, nas diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica, sem reduzir a questão a um problema de saúde. A rede de serviços de atenção aos usuários de drogas deverá evitar a internação em hospitais psiquiátricos e em clínicas a isto destinadas. Para tanto, o MS e demais órgãos competentes devem regulamentar a assistência neste campo e promover fóruns regionais para se traçar uma política de saúde mental específica para esta questão⁶⁰³.

Outro objetivo a ser implantado no campo da atenção aos usuários de drogas é a adoção de estratégias de redução de danos, com vistas à prevenção e redução dos índices de transmissão de doenças sexualmente transmissíveis e SIDA⁶⁰⁴. A redução de danos também foi objeto de moção:

14. Moção de apoio ao Tratamento da Dependência Química em CAPS/NAPS sob a ótica da Redução de Danos. Tendo em vista os altos índices de soroprevalência do HIV entre usuários de drogas injetáveis (52%) e de hepatite C (60%), faz-se urgente: 1) a ampliação de Serviços Ambulatoriais e de Centros-dia (CAPS/NAPS) dirigidos ao tratamento da dependência química no âmbito do SUS; 2) a introdução das ações de Redução de Danos nesses serviços, tornando disponíveis preservativos, agulhas e seringas aos usuários de drogas. Tais medidas contribuirão para a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e AIDS no Brasil⁶⁰⁵.

Em caso de internação, esta deve ser realizada em hospitais gerais, e não hospitais psiquiátricos. O poder público deverá garantir, ainda, que a desintoxicação possa ocorrer em serviços de emergência e enfermarias de hospitais gerais, evitando-se a internação em hospitais psiquiátricos. Esta última fica vedada nos leitos de serviços conveniados. Nessa mesma linha, exigiu-se que o SUS promovesse o credenciamento de clínicas destinadas à internação de usuários de drogas e proibisse novos credenciamentos. Caberia ao SUS, ainda, controlar, fiscalizar e delimitar a ação das comunidades terapêuticas, com participação efetiva da vigilância sanitária⁶⁰⁶. Essas metas, que promovem os valores da Luta Antimanicomial, não foram completamente atingidas. Como se verá, o poder público tem investido na abertura de leitos para internação em instituições privadas e não

⁶⁰³ BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *III Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_mental.pdf>. Acesso em: 10 out. 2014. p. 60-61.

⁶⁰⁴ *Ibid.*, p. 61.

⁶⁰⁵ *Ibid.*, p. 166.

⁶⁰⁶ *Ibid.*, p. 61-62.

tem priorizado, a contento, a consolidação da rede de assistência psicossocial. Em torno desses dois pontos giram umas das principais metas da reforma na atualidade, como se verá a seguir.

3.1.1.2 Bandeiras da Reforma Psiquiátrica no século XXI: da institucionalização ao protagonismo dos usuários de drogas

A Lei Federal de Psiquiatria foi aprovada sem a manutenção, em seu texto, do projeto de extinção progressiva dos manicômios. Tal foi recebido com frustração, por dar margem à continuação da “indústria da loucura”, ou seja, ao funcionamento de estabelecimentos que visam exclusivamente o lucro, onde se reproduzem a miséria, violência e maus-tratos. Esse “mercado” tem como público alvo os usuários de drogas, em especial aqueles em situação marginalizada, alçados a inimigos públicos número um pela mídia. Após o fechamento de mais de 70.000 leitos nos últimos anos, substituídos por 2.000 novas unidades de atenção psicossocial de base territorial, o mercado manicomial se reaquece com a possibilidade de se apresentar as medidas de internação involuntária e compulsória como solução ao problema. Além dos hospitais psiquiátricos, surgem as comunidades terapêuticas, a maioria de orientação religiosa⁶⁰⁷.

Oliveira identifica a formação de uma aliança entre os antigos manicômios remanescentes, modernizados e hoje denominados de Hospitais Psiquiátricos, e as novas Comunidades Terapêuticas, que pode levar o Brasil a um caminho de retrocessos na forma de assistência às pessoas com transtornos mentais e usuários de drogas. As pessoas que usam drogas enfrentam um estereótipo ainda mais cruel do que aquelas com sofrimento psíquico. Estas, quando privadas da razão e da possibilidade de autodeterminação, o são pela fatalidade de terem sido acometidas por uma doença. Os dependentes químicos cometeriam uma falta moral mais grave, pois teriam a sua capacidade de autodeterminação diminuída voluntariamente por meio do consumo abusivo de substâncias psicoativas⁶⁰⁸.

A Luta Antimanicomial não acabou. Além de persistir na busca pela melhoria do tratamento e acompanhamento de pessoas acometidas por transtornos mentais,

⁶⁰⁷ OLIVEIRA, Marcus Vinícius de. As internações, as drogas e a lei. In: GRUPO DE TRABALHO DE ÂLCOOL E OUTRAS DROGAS. (Org). *Drogas e cidadania: em debate*. Brasília, DF: CFP, 2012. p. 43-52. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/02/Drogas-e-cidadania.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2014. p. 46-47.

⁶⁰⁸ *Ibid.*, p. 48-49.

torna-se ainda mais presente as preocupações com as péssimas condições a que são submetidos os usuários de drogas em unidades de internação. A persistência de práticas manicomiais nesse âmbito muito se deve à associação direta entre uso de drogas e dependência química. Parte-se do pressuposto que a pessoa é vítima da substância, do que decorre a conclusão de que somente a abstinência e a interdição do contato com a droga são viáveis como terapia. Nessa linha, para os que não buscam tratamento voluntariamente, somente a internação forçada apresentaria resultados. Iniciativas desse tipo contam com forte apoio governamental, justificado por um possível caos social, e de outros setores, como a indústria de medicamentos⁶⁰⁹.

Prova de que vem se fortalecendo esta linha de entendimento foram as operações de internação forçada realizadas em estados como São Paulo e Rio de Janeiro, já abordadas. Frente a esses episódios parece ter sido deixado de lado o que já vinha sendo construído em matéria de políticas públicas, sobretudo aquelas fundadas na Reforma Psiquiátrica. O Brasil ainda não tem uma rede de tratamentos substitutivos consolidada. Atualmente, em lugar de se investir na implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), têm sido privilegiados os investimentos públicos em instituições de cunho religioso, o que havia sido vetado na última Conferência Nacional de Saúde Mental. Está sendo feita a opção pela exclusão, mesmo depois de se ter investido em práticas e políticas públicas libertárias e cidadãs. A banalização da internação contra a vontade está conduzindo a uma nova ordem de violência contra as populações mais vulneráveis, numa reedição do higienismo social⁶¹⁰.

Para Pitta, após a publicação da Lei nº. 10.216/2001, houve avanços importantes nas prescrições e diretrizes do MS e em outras áreas relacionadas à saúde mental e ao uso de drogas. Contudo, ainda se faz predominante a desqualificação da subjetividade humana nas políticas públicas que, muitas vezes, reproduzem a negação de direitos e relegam à condição de marginalidade os usuários de instituições psiquiátricas e de substâncias psicoativas. Os governos

⁶⁰⁹ MERHY, Emerson. Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. In: GRUPO DE TRABALHO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (Org.). *Drogas e cidadania: em debate*. Brasília, DF: CFP, 2012. p. 9-18. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/02/Drogas-e-cidadania.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2014. p. 16-17.

⁶¹⁰ GOMES, Bruno Ramos; CAPPONI, Marília. Álcool e outras drogas: novos olhares, outras percepções. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 6ª REGIÃO (Org.). *Álcool e outras drogas*. São Paulo: CRPSP, 2012. Disponível em: <<http://www.crsp.org.br/portal/comunicacao/livro-alcool-drogas/crsp-alcool-e-outras-drogas.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2014. p. 11.

estaduais e municipais não têm se empenhado em promover as diretrizes nacionais, permanecendo o cenário de restrição de recursos nesta área e consequente perpetuação da exclusão. Não há consenso, de modo que o que ganha relevo na agenda nacional perde força nas demais esferas de governo. As poucas ações que chegam a ser implantadas apresentam pequena margem de resolutividade, sem contar com as equipes que flutuam conforme o prefeito em exercício⁶¹¹.

A despeito da disponibilidade de recursos financeiros para investimento nos sistemas de cuidado, sobretudo a partir do Plano de Enfrentamento ao Crack (a ser analisado em momento posterior), vê-se que há poucas iniciativas no sentido da Reforma Psiquiátrica e, onde há, são deficitárias e não atendem a demanda. Enquanto isso, no espaço não ocupado pelas alternativas públicas oficiais, multiplicam-se as comunidades terapêuticas⁶¹². A grande preocupação em relação a essas instituições é a falta de regulação e fiscalização. Muitas funcionam sem haver uma equipe técnica responsável pelo plano terapêutico de cada interno, como no caso que abriu o item 3.1. Esse ambiente parece reproduzir aquele do hospital ainda não terapêutico, liderado por religiosos/leigos. São questionadas também, por conta da estrutura dessas comunidades, as decisões judiciais que determinam a internação compulsória em comunidades terapêuticas, ponto que será retomado mais adiante.

Por meio de carta aberta, fruto do XI Encontro Nacional de Usuários e Familiares do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e X Encontro Nacional do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial realizados em 2014, o MNLA expôs suas principais bandeiras e posições, dentre as quais se destacam: a) a radicalização da bandeira de luta “Por uma Sociedade sem Manicômios”, fechando-se todos os Hospitais Psiquiátricos, acompanhado da implantação da rede substitutiva de atenção psicossocial; b) defesa do SUS público e condenação de todas as formas de terceirização e privatização da saúde; c) a legalização das drogas e o estabelecimento de uma política pautada em uma visão pluralista e de respeito aos direitos humanos, aliando-se o debate antiproibicionista à luta antimanicomial sobretudo na perspectiva das políticas de saúde; d) o fortalecimento

⁶¹¹ PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/02.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2014. p. 4587.

⁶¹² *Ibid.*, p. 4587-4588.

da rede antimanicomial de saúde mental, reafirmando-se o papel dos CAPS como serviços substitutivos à lógica manicomial⁶¹³.

Vê-se, então, que a Reforma Psiquiátrica persiste na missão de dar uma resposta não asilo-confinante ao tratamento de pessoas com transtornos psiquiátricos e dependentes químicos, reduzindo-se os danos e desvantagens sociais que fazem com que essas enfermidades sejam associadas ao confinamento. Ainda há de ser materializada uma desinstitucionalização responsável, para que o tratamento deixe de representar a exclusão e possa propiciar a criação de possibilidades concretas de subjetivação e interação social desses indivíduos com a comunidade⁶¹⁴. Dentre as frentes de atuação da Reforma Psiquiátrica, duas foram destacadas para análise mais detida por se aproximarem do tema da internação contra a vontade de dependentes químicos: o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos e o financiamento público destes e de comunidades terapêuticas privados.

3.1.1.2.1 O fechamento dos leitos em hospitais psiquiátricos: entre uma rede integrada e o perigo da desassistência

A Reforma Psiquiátrica tem avançado ao longo dos anos, mas enfrenta críticas e resistências até hoje. Uma das críticas mais recorrentes é dirigida à extinção dos leitos em hospitais psiquiátricos. Diz-se que a desinstalação das instituições psiquiátricas é ato irresponsável, deixando-se os enfermos à deriva, o que representaria ameaça à população e à ordem social. Para o médico psiquiatra Valentim Gentil Filho, a Luta Antimanicomial fechou milhares de leitos psiquiátricos sem proporcionar alternativas. Durante a sua participação no programa Roda Viva, ressaltou que o modelo dos CAPS não é suficiente para substituir o atendimento ambulatorial e as internações psiquiátricas, pois deve ser garantido tratamento na fase aguda da dependência química. Ele atribui essas ações a uma visão da medicina que tem raízes político-ideológicas e que persiste no MS. Assinalou, ainda,

⁶¹³ ANTIMANICOMIAL RIO DE JANEIRO. *Carta aberta do movimento nacional da luta antimanicomial*. Niterói, 01 jun. 2014. Disponível em: <<https://www.facebook.com/photo.php?fbid=282450961938376&set=a.121526391364168.1073741825.100005204230586&type=1&fref=nf>>. Acesso em: 11 out. 2014.

⁶¹⁴ PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/02.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2014. p. 4588.

que há muitas pessoas com transtornos mentais graves nas ruas, rejeitadas por hospitais e instituições, um cenário de franca desassistência⁶¹⁵.

De acordo com notícia veiculada em 2014 na Folha de São Paulo, estima-se que haja 27 mil leitos psiquiátricos no Brasil, estando 20 mil ocupados por doentes crônicos. Para atender a demanda, seriam necessários 70 mil leitos. Na década de 1990 eram 200 mil, contudo, as condições de tratamento eram degradantes, ficando os pacientes isolados e sujeitos a abusos e violência. Para alguns profissionais, a Reforma Psiquiátrica passou a fechar leitos psiquiátricos sem que ainda estivesse disponível uma rede eficiente de atenção à saúde mental. A nomeação de Arthur Chioro, militante da Luta Antimanicomial e cujos posicionamentos se coadunam com as atuais diretrizes do MS, para Ministro da Saúde provocou temores quanto ao aumento no corte de leitos⁶¹⁶. Para Mendes e Menezes, não se pode esquecer o quão pernicioso era o asilo psiquiátrico, sobretudo no que toca ao exercício das liberdades. Contudo, as autoras ponderam que uma redução dramática dos leitos hospitalares para a psiquiatria pode deixar desassistida a população que precisa da internação para o tratamento de surtos. A proposta da Reforma Psiquiátrica não deve implicar em desassistência, ao mesmo tempo em que não se pode admitir a continuidade de práticas asilares e manicomiais, que faziam dos hospitais e clínicas verdadeiros depósitos de excluídos⁶¹⁷.

Para Pitta, as hoje denominadas “comunidades terapêuticas” insistem na lógica de enclausuramento e, portanto, estão entre as instituições asilo-manicomiais que a Reforma Psiquiátrica almeja substituir progressivamente por ações em rede na Atenção Básica, nos Ambulatórios Especializados, nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad), Unidades Residenciais Transitórias, leitos em Hospitais Gerais etc. Há, ainda, os Pontos de Encontro, os Centros de Convivência, as Oficinas de Geração de Renda e Trabalho e o “gerenciamento de casos” nas comunidades, todas iniciativas baseadas na

⁶¹⁵ OFICIALIZAR maconha é abrir fábrica de esquizofrênicos, diz psiquiatra. *Uol*, São Paulo, 05 nov. 2013. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2013/11/05/legalizar-maconha-e-abrir-fabrica-de-esquizofrenicos-diz-psiquiatra.htm>>. Acesso em: 10 out. 2014. Texto postado no link Notícias, Saúde.

⁶¹⁶ COLLUCCI, Cláudia. País vive “apagão” no tratamento de doentes com transtornos mentais. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 10 fev. 2014. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2014/02/1409600-pais-vive-apagao-no-tratamento-de-doentes-com-transtornos-mentais.shtml>>. Acesso em: 11 out. 2014.

⁶¹⁷ MENDES, Vanessa Correia; MENEZES, Joyceane Bezerra de. O tratamento psiquiátrico e direitos humanos: uma análise dos instrumentos de controle da internação involuntária. *Revista Direitos Fundamentais e Democracia*, Curitiba, v. 14, n. 14, p. 458-481, jun.-dez. 2013. Disponível em: <<http://revistaeletronicardfd.unibrazil.com.br/index.php/rdfd/article/view/455/363>>. Acesso em: 26 set. 2014. p. 463.

redução de danos. São necessárias, também, ações intersetoriais de inclusão social no trabalho, escola, esportes e cultura, produzindo-se chances de protagonismo social para que as drogas deixem de ocupar um espaço no projeto de vida dos usuários⁶¹⁸.

A “desinstitucionalização”, maior bandeira da Reforma Psiquiátrica, parece mesmo ser ignorada em iniciativas do tipo das operações de internação forçada ocorridas em estados do Sudeste. A crença social de que a droga é a responsável pela miséria e exclusão, bem como de que o usuário representa um perigo à sociedade, pois perdeu a sua capacidade de autodeterminação, ampara as iniciativas que privilegiam a internação como meio de tratamento, inclusive a involuntária e compulsória. A veiculação massiva na mídia nacional de imagens das chamadas “cracolândias” é tida como prova irrefutável da necessidade de tais medidas. Daí a necessidade de resgate da Luta Antimanicomial, que atesta a falência desse modelo de atenção à saúde. As internações involuntária e compulsória são a antítese de toda a Reforma Psiquiátrica, pois representam o retorno ao modelo carcerário do passado⁶¹⁹.

Goulart indica três desafios que se colocam em face da concretização da Reforma Psiquiátrica neste tocante. O primeiro deles é o enfrentamento dos ainda dominantes interesses do mercado da saúde mental. Para a autora, as internações em hospitais ainda carecem de instrumentos de controle que garantam que elas estejam assentadas em critérios técnicos e que sejam efetivamente psicoterapêuticas, e não repressivas. Para a redução do número de internações, revertendo-se a tendência hospitalocêntrica, faz-se urgente a implantação de novas estruturas assistenciais que atendam às situações de crises psiquiátricas diurnas e noturnas, e que sejam capazes de dar apoio a estratégias de reabilitação e reinserção social e comunitária. O processo de desospitalização deve ser responsável, para que não se traduza em desassistência⁶²⁰.

⁶¹⁸ PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/02.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2014. p. 4586-4587.

⁶¹⁹ CASTILHO, Ela Wiecko V. de. A eficácia invertida da internação involuntária. In: GRUPO DE TRABALHO DE ÀLCOOL E OUTRAS DROGAS. (Org.) *Drogas e cidadania: em debate*. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2012. p. 35-37. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/02/Drogas-e-cidadania.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2013. p. 35.

⁶²⁰ GOULART, Maria Stella Brandão. A construção da mudança nas instituições sociais: a reforma psiquiátrica. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, São João Del-Rei, v. 1, n. 1, p. 1-19, 2006. Disponível em: <http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapi/A_Construcao_da_Mudanca_nas_Instituicoes_Sociais...-MSB_Goulart.pdf>. Acesso em: 09 out. 2014. p. 15-16.

O segundo desafio seria o desenvolvimento de estratégias de avaliação qualitativa dos novos serviços territoriais antimanicomiais. Esse monitoramento poderia apoiar iniciativas que questionassem os problemas relacionados à má distribuição de recursos. Nessa linha, impõe-se a construção de mecanismos de participação dos usuários, seus familiares e da comunidade no processo de consolidação da nova política de assistência. Além da Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica e das conferências que vem sendo realizadas, não há outros mecanismos que viabilizem uma participação continuada. Em geral, os profissionais que participam do Movimento Antimanicomial terminam por fazer essa mediação, mas corre-se o risco de que haja a transferência de responsabilidade de cuidados com as pessoas com transtornos psíquicos para a sociedade, em especial seus familiares, que poderão terminar arcando com o ônus do discurso de reintegração⁶²¹.

O terceiro desafio apontado por Goulart é o de promoção da integração das ações antimanicomiais com os programas públicos assistenciais, bem como o desenvolvimento de projetos capazes de impulsionar a reabilitação e reintegração dos usuários do serviço de saúde mental. Além do delineamento desses programas, é motivo de preocupação a formação de profissionais capazes de compreender a extensão do problema e de agir, de certa forma, inventivamente, reagindo à fragilização psíquica dos pacientes com ações e projetos que articulem atenção e esforço de emancipação. Esses profissionais devem estar empenhados na construção de modos de operar que sejam capazes de afrontar uma cultura ainda marcadamente manicomial e excludente⁶²².

No relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2010, avançar no processo de desinstitucionalização e, conseqüentemente, de fechamento dos leitos psiquiátricos foi apontado como prioridade. Para tanto, deverá ser realizado um censo dos usuários em dispositivos de longa duração, como hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia e tratamento, acompanhado de um plano emergencial e cronograma. Deve haver mais investimentos na rede de serviços substitutivos que favoreçam a inclusão e proteção das pessoas com sofrimento psíquico, a exemplo dos Centros de Convivência, Unidades de

⁶²¹ GOULART, Maria Stella Brandão. A construção da mudança nas instituições sociais: a reforma psiquiátrica. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, São João Del-Rei, v. 1, n. 1, p. 1-19, 2006. Disponível em: <http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/A_Construcao_da_Mudanca_nas_Instituicoes_Sociais..._-MSB_Goulart.pdf>. Acesso em: 09 out. 2014. p. 16.

⁶²² *Ibid.*, p. 16-17.

Acolhimento, Programa de Volta pra Casa, Programas de Geração de Renda e outros. A ampliação de ofertas de dispositivos de moradia é importante para dar suporte às pessoas em situação de rua com transtornos mentais, bem como sua articulação com programas assistenciais e de promoção dos direitos humanos⁶²³.

Em 2012, a OMS e outras 11 agências da ONU⁶²⁴ assinaram uma declaração conjunta fazendo um apelo aos países para que providenciem o fechamento de centros de internação compulsória para usuários de drogas e implantem serviços sociais de saúde baseados em evidências, de natureza voluntária e de base comunitária. Causa especial preocupação as apreensões realizadas sem qualquer tipo de avaliação prévia, que ocorrem à revelia dos limites traçados nas legislações nacionais. É destacado no documento que não há evidências quanto à eficácia dos centros de internação para o tratamento da dependência química. Uma vez sendo esta uma alternativa legal, deverá ser uma forma de tratamento excepcional, exceções estas a serem definidas de acordo com o marco dos direitos humanos⁶²⁵.

Em 2011, a OPAS já havia declarado ser prioridade os investimentos em serviços ambulatoriais de base comunitária e atenção básica que estejam integrados no sistema de saúde geral. Este é um dos objetivos constantes no Plano de Ação Sobre o Uso de Substâncias Psicoativas e Saúde Pública, para que seja alcançado o fortalecimento da prevenção, controle, intervenção antecipada, tratamento, reabilitação, reintegração social e serviços de apoio relacionados e a redução das consequências adversas do uso de substâncias psicoativas⁶²⁶. Em relatório de progresso de 2013, foi observado que em muitos dos Estados Membros a atenção primária à saúde ainda tem papel muito limitado na identificação prematura, tratamento e orientação das pessoas que usam substâncias psicoativas de forma

⁶²³ BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. *Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf>. Acesso em: 10 out. 2014. p. 77-79.

⁶²⁴ Assinaram a declaração conjunta: a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), a Comissão das Nações Unidas para os Direitos Humanos (CNUDH), o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o ONU Mulheres, o Fundo de Populações das Nações Unidas (UNFPA), o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR), a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e o Programa Alimentar Mundial (PMA).

⁶²⁵ WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. *Joint Statement*. Compulsory drug detention and rehabilitation centres. [S.l.], 2012. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/JC2310_Joint%20Statement6March12FINAL_en.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2014.

⁶²⁶ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Plano de ação sobre o uso de substâncias psicoativas e saúde pública, de 01 de agosto de 2011*. Disponível em: <http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14585&Itemid=>>. Acesso em: 02 out. 2014. p. 3-5.

abusiva. Os serviços especializados ainda são escassos e, muitas vezes, utilizam modelos terapêuticos inapropriados ou de tipo asilar⁶²⁷. Nesta conjuntura, será analisado o segundo desafio à Reforma Psiquiátrica na atualidade: o financiamento público de internações em instituições privadas.

3.1.1.2.2 *O financiamento público de internações em hospitais, clínicas e comunidades terapêuticas particulares: “a privatização do SUS”*

Pode-se dizer que a CRFB/1988 abraçou a ideia de que não é desejável que a saúde seja um âmbito de lucro, abandonado às proposições de privatização. A saúde seria um campo eminentemente público e de realização dos direitos do cidadão. Há quem entenda ser este raciocínio radical, pois ele impediria uma análise não-valorativa dos problemas do sistema de saúde para encontrar soluções técnicas que incluam uma participação relevante do setor privado. Esse discurso antiestatista se apoia na deterioração dos serviços públicos de saúde e suas limitações em termos de cobertura e qualidade. Essas posições claramente divergem sobre a política econômica e forma de atender as necessidades sociais e, também, sobre os direitos e obrigações dos cidadãos e do poder público. O diálogo entre elas se dá com alguns ruídos. Por exemplo, é comum se colocar sob a sigla “setor privado” os consultórios populares, hospitais beneficentes e empresas médicas, sem qualquer distinção⁶²⁸.

A compreensão do processo de privatização pressupõe o entendimento do que seja mercantilização, pois é fenômeno que o precede e lhe é necessário. *In casu*, ela implica em tratar os benefícios sociais na saúde como mercadoria, seguindo-se a estrita lógica mercantil. As justificativas para tanto são: a) os benefícios sociais são bens consumidos individualmente, por pessoas privadas; b) como o consumo é desigual, cada um deve arcar com os custos daquilo que usufrui, pois se o serviço fosse público criar-se-ia uma situação de injustiça social, de modo que só poderá ficar a cargo do poder público os serviços igualmente apropriados pela coletividade; c) se há pessoas dispostas a pagar significa que é possível cobrar

⁶²⁷ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. 52º Conselho Diretor. 65ª Sessão do Comitê Regional. *E. Plano de ação sobre o uso de substâncias psicoativas e saúde pública*. Washington, 22 de julho de 2013. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/4420/CD52-INF4-E-por.pdf?sequence=4>>. Acesso em: 02 out. 2014. p. 1.

⁶²⁸ LAURELL, Asa Cristina. La logica de la privatizacion en salud. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (Org.) *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/q5srn/pdf/eibenschutz-9788575412732.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2014. p. 31-32.

com base no preço de produção, como qualquer outra mercadoria. Diz-se, ainda, que a saúde é custosa demais para ser pública. Deve-se ter em vista, também, que se trata de um campo atraente para a acumulação de capital, chegando a representar entre 3 e 13% do Produto Interno Bruto (PIB), a depender do país⁶²⁹.

A tendência é que um processo de privatização da saúde seja seletivo, ou seja, atinja somente as atividades que possam ser rentáveis. Além da mercantilização, a privatização também pressupõe a criação de mecanismos para que a demanda seja efetiva, ou seja, respaldada no poder de compra⁶³⁰. Cite-se, como exemplo, os seguros de saúde e as bolsas de auxílio. Como já fora abordado, vislumbra-se, no Brasil, o crescimento de um mercado em torno da internação psiquiátrica de dependentes químicos que contam com o apoio de recursos públicos, a exemplo dos investimentos na abertura de leitos na rede privada oriundos do “Programa Crack, é possível vencer” e do “Cartão Recomeço”, em São Paulo. Para entender essas ações, justificadas pela insuficiência do SUS, é preciso compreender o contexto político-econômico do surgimento deste último.

As políticas de ajuste estrutural⁶³¹ promovidas pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) e pelo Banco Mundial (BM) nas décadas de 1980 e 1990 agravaram o estado de pobreza dos países ditos em desenvolvimento. Essas políticas levaram à redução das despesas públicas, afetando os serviços sociais de saúde. Para minimizar esses impactos negativos, os órgãos internacionais recomendaram o aumento da eficiência do setor público e mudanças na articulação entre o público e o privado nos sistemas nacionais de saúde. Esta estratégia baseia-se na convicção de que o setor público deve se concentrar nos grupos mais pobres da população. Para Possas, essa política traria mais, e não menos, gastos ao poder público, na medida em que, na maioria dos países da América Latina, os prestadores de serviço privados são fortemente subsidiados pelo governo. Além disso, haveria uma queda nos investimentos públicos diretos, porque os menos

⁶²⁹ LAURELL, Asa Cristina. La logica de la privatizacion en salud. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (Org.) *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/q5srn/pdf/eibenschutz-9788575412732.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2014. p. 32-33.

⁶³⁰ Ibid., p. 34-36.

⁶³¹ Políticas de ajuste estrutural são aquelas que envolvem empréstimos para financiar reformas econômicas em economias em desenvolvimento. Em regra são empréstimos a longo prazo, contratados com o BM. Dentre as mudanças por elas promovidas está o corte de gastos governamentais e limites aos encargos financeiros dos setores sociais. POSSAS, Cristina de A. A articulação público-privado e o cuidado com a saúde dos pobres: implicações das políticas de ajuste estrutural na América Latina. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (Org.) *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/q5srn/pdf/eibenschutz-9788575412732.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2014. p. 51.

favorecidos não teriam força suficiente para exigir mais investimentos, valores estes que seriam transferidos à iniciativa privada, que tende a concentrá-los nos grupos sociais de maior renda e influência⁶³².

Durante décadas, o Brasil permaneceu sob influência desta política reformista, recessiva, patrocinada pelos países centrais, que induzia a privatização do patrimônio público e a introdução de práticas gerenciais típicas dos negócios privados na gestão do bem público. O SUS nasceu nesta conjuntura desfavorável, fruto da capacidade política de resistência à tendência de capitalização. O Brasil foi submetido à ordem financeira internacional por muitos anos, o que lhe dava pouca margem para os investimentos necessários na promoção dos direitos sociais. Na década de 1990, sobretudo nos governos de Fernando Collor de Mello e Fernando Henrique Cardoso, a postura neoliberal ganhou força. À época, disseminou-se a impotência do governo em garantir políticas sociais, tendo sido realizado corte de gastos nesta área. Para Borges e outros, neste período o SUS viveu seus momentos mais críticos, o que repercutiu na institucionalidade do sistema, tornando-o fragmentado, mercantilizado e subfinanciado⁶³³.

Ainda assim, o SUS emergiu como projeto político e democrático, tentando implantar a medicina socializada no mesmo momento em que o imperialismo estava em busca de novos mercados no setor saúde. As deficiências do SUS foram o estopim para a formação do movimento da Reforma Sanitária, cujo objetivo é desenvolver experiências alternativas à lógica neoliberal e tentar reverter a predominância do interesse privado diante do interesse público. Dentre os efeitos danosos do neoliberalismo no campo da saúde estão o clientelismo político, o desrespeito à CRFB/1988 e à Lei Orgânica da Saúde, desvios de recursos da saúde para outras áreas e privilégio da área econômica em relação ao SUS na tomada de decisões. Ao longo dos anos, o SUS vem sendo sucateado pelo subfinanciamento e desperdício de recursos públicos por conta da sua macroestrutura neoliberal, o que acentua as desigualdades no acesso à saúde pelo país⁶³⁴.

⁶³² POSSAS, Cristina de A. A articulação público-privado e o cuidado com a saúde dos pobres: implicações das políticas de ajuste estrutural na América Latina. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (Org.) *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/q5srn/pdf/eibenschutz-9788575412732.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2014. p. 49-50.

⁶³³ BORGES, Fabiano Tonaco et al. *Anatomia da privatização neoliberal do SUS: o papel das organizações sociais*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012. Disponível em: <http://media.wix.com/ugd/7ba6db_1011e1e156c845878c0afc22e54f33b7.pdf>. Acesso em: 12 out. 2014. p. 53-55.

⁶³⁴ *Ibid.*, p. 56-59.

A Reforma Sanitária não acabou com a implantação do SUS. O movimento continua, pois ainda há muitos desafios a enfrentar. No governo do Partido dos Trabalhadores (PT), iniciado em 2003, houve a continuidade de políticas neoliberais, a despeito dos esforços a favor da distribuição de renda e maior valorização do capital nacional. O subfinanciamento do SUS continuou, o que limita a capacidade de investimento na ampliação da cobertura assistencial e sucateia as estruturas públicas. Tal impede a melhoria da gestão dos serviços e justifica a sua privatização aos olhos da sociedade. Tanto é assim que, no imaginário social, o SUS é um programa assistencial residual, destinado aos menos afortunados⁶³⁵. Trata-se de uma conjuntura oposta ao que foi consagrado na CRFB/1988, de acordo com a qual a saúde é um dever do Estado, ainda que seja livre à iniciativa privada e possam as instituições desta natureza participar do SUS de forma complementar (arts. 197 e 199, § 1º).

É importante ter em mente que, no período de emergência do Estado providência, do qual a CRFB/1988 carrega diversos traços, estava subjacente um debate que se estendeu por todo o século XIX e que polariza duas posições sobre a saúde: a) de acordo com a primeira, a caridade é e deve ser o modo de assistência aos pobres; b) já a segunda reivindicava que a assistência aos menos favorecidos deveria ser inscrita em lei e politicamente organizada. A primeira posição inviabilizava por si só qualquer intervenção nas causas da pobreza, servindo para perpetuar a desigualdade social. Palermi observa que, ainda que o Estado providência tenha sido somente uma promessa entre a burguesia e o proletariado, uma medida para manter a paz social e, com isso, o fluxo dos negócios, inegavelmente ele representa um importante progresso em relação à arbitrariedade da caridade⁶³⁶. Essa tensão parece ainda se fazer presente pois, a despeito da previsão constitucional, não se investe na saúde a contento, o que certamente iria de encontro ao interesse do mercado já instalado no setor.

Na II Conferência Nacional de Saúde Mental, foi aprovado o objetivo de exigir dos órgãos municipais, estaduais e federais o aumento do percentual de recursos financeiros do orçamento geral da saúde reservado para este campo, viabilizando-se

⁶³⁵ BORGES, Fabiano Tonaco et al. *Anatomia da privatização neoliberal do SUS: o papel das organizações sociais*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012. Disponível em: <http://media.wix.com/ugd/7ba6db_1011e1e156c845878c0afc22e54f33b7.pdf>. Acesso em: 12 out. 2014. p. 59-60.

⁶³⁶ PALERMINI, Patricia. *Misère de la bioéthique*. Bruxelles: Éditions Labor, 2002. (Collection Liberté j'écris ton nom). p. 11.

a reestruturação do modelo de assistência à saúde mental. Os recursos destinados à rede manicomial hospitalar contratada ou conveniada deveriam ser aplicados em benefício da rede extra-hospitalar, a qual compreende ações na rede geral de saúde pública, a exemplo das unidades básicas de saúde/centros de saúde; centros de convivência, oficinas terapêuticas e cooperativas; unidades ambulatoriais de tratamento intensivo (hospitais-dia, hospitais-noite, centro de atenção psicossocial, núcleo de atenção psicossocial etc.); lares abrigados e oficinas abrigadas não manicomial; bem como o atendimento de emergências psiquiátricas em hospitais gerais⁶³⁷.

Dever-se-ia, ainda, proibir o financiamento da internação em hospitais psiquiátricos ou centros especializados, garantindo-se que, quando necessário, ela ocorra em hospital geral juntamente com as ações de assistência global, estimulando-se os grupos de ajuda mútua⁶³⁸. Na terceira edição da conferência, foram publicadas moções a respeito. A primeira (nº. 54) externava indignação ante a falta de equidade na aprovação e repasse dos financiamentos (convênios) para implantação de Serviços Substitutivos por parte do MS, ampliando-se a desigualdade social no Brasil. A segunda (nº. 57) repudiou a aplicação de recursos públicos em serviços privados. Deu-se como exemplo o CAPS de Ilhéus-BA, que funciona anexo ao Hospital Psiquiátrico (privado), enquanto o Anexo Psiquiátrico (público) estava em processo de desativação⁶³⁹.

O desequilíbrio entre os investimentos na rede pública e no estabelecimento de convênios para abertura de leitos psiquiátricos em instituições particulares não refletem a política brasileira nem as diretrizes internacionais. De acordo com a Declaração de Caracas, a atenção psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, integral, descentralizada, contínua, participativa e preventiva. Se a única modalidade assistencial for o hospital psiquiátrico não será possível atingir esses objetivos, pois ele provoca o isolamento do paciente, cria condições desfavoráveis de exposição à violação dos direitos humanos e civis, absorve a maior parte dos recursos financeiros e humanos

⁶³⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. *II Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1994. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf>. Acesso em: 10 out. 2014. p. 13-15.

⁶³⁸ *Ibid.*, p. 15.

⁶³⁹ Id. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *III Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_mental.pdf>. Acesso em: 10 out. 2014. p. 181-183.

destinados à saúde mental, e ainda fomenta um ensino desvinculado das necessidades reais de saúde mental da população⁶⁴⁰.

As queixas sobre a falta de investimentos na rede pública de assistência psicossocial se multiplicam pelo Brasil. Essa falta de investimento é atribuída à predominância de políticas neoliberais, de enxugamento do Estado, que terminam por tornar precária a atuação dos serviços já existentes. Concomitantemente, vem-se repetindo que esses serviços não funcionam, o que termina por endossar a criação de um mercado privado, paralelo ao SUS, com os recursos públicos, sendo o exemplo principal deste fenômeno a multiplicação das comunidades terapêuticas⁶⁴¹. Pinho vislumbra um movimento de retorno ao mercado dos antigos manicômios, travestidos de hospitais psiquiátricos, fomentando-se o oferecimento de mais leitos numa lógica mercantil e contrária à da Reforma Psiquiátrica⁶⁴².

Silveira observa que, embora o modelo ambulatorial, com equipes multidisciplinares, seja o modelo mais eficaz para o tratamento da dependência química, os investimentos públicos nestas ações estão muito aquém do valor que é investido nas internações compulsórias. Muitos consultórios de rua são geridos por ONGs e voluntários, pois não há recursos públicos sendo destinados para esse tipo de abordagem. Os CAPSad, forma preconizada pelo MS como a mais adequada para se oferecer tratamento ao dependente químico, não recebem a atenção e apoio devidos. Para o médico psiquiatra e pesquisador, o poder público deve investir em acolhimento, e não segregação⁶⁴³. Goulart aponta que essa política de privatização, de transferência de responsabilidades para o setor privado, tem sido acompanhada de corrupção, desassistência e violência. Assiste-se a um crescimento acelerado do parque manicomial privado brasileiro, sobretudo na região Sudeste⁶⁴⁴.

⁶⁴⁰ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Declaração de Caracas, de 14 de novembro de 1990*. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCUQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.abrasme.org.br%2Farquivo%2Fdownload%3FID_ARQUIVO%3D3696&ei=f9U4bTCIvfsAS9u4CgBA&usq=AFQjCNEwSLWbgKiEzJ8q_noKqrumapTOOw>. Acesso em: 27 ago. 2014.

⁶⁴¹ NA contramão da internação compulsória. *Informe ENSP*, Rio de Janeiro, 15 mar. 2013. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/32156>>. Acesso em: 02 set. 2014.

⁶⁴² PINHO, Leonardo. *Retrocessos do projeto de lei 7.663/2010*. Disponível em: <<http://saudeecosol.org/wp-content/uploads/2013/03/Retrocessos-no-Projeto-de-Lei-7663-2010.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2013. p. 7-9.

⁶⁴³ SAYURI, Juliana. Misérias fora de ordem. *Estado de São Paulo*, São Paulo, 26 jan. 2013. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/geral,miserias-fora-de-ordem,989156>>. Acesso em: 04 set. 2014. Texto postado no link Geral.

⁶⁴⁴ GOULART, Maria Stella Brandão. A construção da mudança nas instituições sociais: a reforma psiquiátrica. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, São João Del-Rei, v. 1, n. 1, p. 1-19, 2006. Disponível em: <http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/A_Construcao_da_Mudanca_nas_Instituicoes_Sociais...-MSB_Goulart.pdf>. Acesso em: 09 out. 2014. p. 7.

Enquanto isso, as comunidades terapêuticas estão cada vez mais articuladas quanto ao recebimento de financiamento público, o que confirma a tendência histórica de se manter a atenção no campo das drogas fora do setor público de saúde. Uma vez organizadas e com vínculos junto a instituições religiosas, as comunidades terapêuticas conseguiram exercer pressão política sobre órgãos governamentais, em busca do seu estabelecimento como modelo de tratamento. São instituições que mantêm boas relações com a Senad. Já com o MS não há nenhuma articulação orgânica, pois não existe consenso sobre a eficácia do tratamento. No ministério prevalece o entendimento de que a questão das drogas deve ser abordada no âmbito do SUS. São posições que divergem não só sobre os dispositivos assistenciais que devem ser adotados no país, mas sobre a linha a seguir: o discurso antidrogas ou inaugurar uma nova proposta, focada na redução dos problemas associados ao uso de substâncias psicoativas⁶⁴⁵.

A Senad tem centrado os seus esforços, no campo da assistência, na melhoria e na busca de financiamento para as comunidades terapêuticas, serviços mais alinhados com o ideal de repressão ao uso de drogas do que com os propósitos das diretrizes do SUS⁶⁴⁶. Linha de ação bem diferente é defendida pelo MS. A seguir, será trazida a lume a rede de serviços alternativos à internação psiquiátrica. O desconhecimento dessa rede termina por gerar a falsa impressão de que, para se tratar a dependência química, a única alternativa é realizar a internação. Do contrário, restará a desassistência. Também será apresentado com mais detalhes o Programa “Crack, é possível vencer”. Estas incursões serão importantes para a análise da (in)adequação da internação contra a vontade.

3.1.2 A internação contra a vontade entre ações governamentais ambíguas e modelos discursivos plurais

Em carta aberta, fruto do I Encontro Nacional das RAPS realizado em dezembro de 2013, foi manifestada grande preocupação com o atual momento da Reforma Psiquiátrica. Na política governamental para a atenção às pessoas que usam substâncias psicoativas de forma abusiva, foram identificados elementos de

⁶⁴⁵ MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, jul.-set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v14n3/06.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2014. p. 815-817.

⁶⁴⁶ *Ibid.*, p. 817.

retrocesso, como o financiamento das comunidades terapêuticas por verbas públicas, o número crescente de internações compulsórias e a adoção de medidas higienistas. Estas ações indicariam a admissão, por parte do poder público, do discurso moralizante de guerra às drogas e retorno às concepções manicomiais, em total contradição com as práticas do cuidado em liberdade e com o direito à saúde. Portanto, reivindicou-se ao MS, em especial, a adoção de uma política decidida e coerente em relação ao uso de drogas, pautada nos princípios da Reforma Psiquiátrica e do SUS⁶⁴⁷.

Na carta da RAPS ainda foram identificados pontos frágeis na consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil: a precariedade da atenção à crise nas RAPS, o que impede o fechamento dos mais de 30 mil leitos em hospitais psiquiátricos ainda existentes no país, tornando-se inadiável o investimento nos CAPS III; as dificuldades na montagem de uma rede efetivamente territorializada e descentralizada; o descompasso entre a formação universitária e aquela requerida para os trabalhadores da rede. É preciso, ainda, valorizar e difundir equipamentos como os Centros de Convivência, voltados para a produção de arte, cultura e lazer. Também foi manifestada total oposição às formas de privatização da Saúde (OS e terceirizações). Ao final do documento, é colocada como meta a modificação das relações políticas em jogo na construção da Reforma Psiquiátrica, tornando-as favoráveis ao projeto de uma sociedade sem manicômios⁶⁴⁸.

Alves identifica uma falta de sintonia entre a política do MS e a Política Nacional sobre Drogas (PNAD). Enquanto a primeira propõe um modelo orientado pela lógica da redução de danos, a segunda admitiria e incentivaria a coexistência de distintos modelos de atenção à saúde aos usuários de droga. É apontada como razão deste descompasso a participação das federações das comunidades terapêuticas na formulação da PNAD, enquanto o MS se contrapõe a modelos baseados na internação nestas comunidades ou em hospitais psiquiátricos, onde se oferece tratamento que visa exclusivamente a abstinência. Além disso, gera tensões o conflito entre o compromisso internacional assumido pelo país em combater o tráfico e o consumo de drogas ilícitas com ações repressivas, de um lado, e as

⁶⁴⁷ CARTA ABERTA DO I ENCONTRO NACIONAL DA RAPS. Pinhais, 06 de dezembro de 2013. Disponível em: <<http://www.gerivaldoneiva.com/2013/12/carta-do-i-encontro-nacional-da-raps.html#.UqRrNhgc6cQ.twitter>>. Acesso em: 21 out. 2014.

⁶⁴⁸ Ibid.

críticas internas a essa política que restringe a abordagem do consumo de drogas ao viés jurídico-policial, ignorando ser este um problema de saúde pública, de outro⁶⁴⁹.

Ciente dessas incompatibilidades, Dias avalia que o estado da arte da Reforma Psiquiátrica brasileira é caracterizado pela redução de leitos e pelo não investimento em serviços de atenção integral em saúde mental⁶⁵⁰. Contudo, as reivindicações da Reforma Psiquiátrica têm repercutido na política legislativa, vide a despenalização do porte e cultivo de substâncias psicoativas ilícitas para consumo pessoal. Graças, em grande parte, a este movimento, a criminalização dessas condutas divide espaço com o reconhecimento crescente do direito de cidadania aos usuários de drogas e acesso aos bens e serviços públicos de saúde⁶⁵¹. Em seguida, serão apresentadas as diretrizes do MS neste campo e as principais linhas de ação do Programa “Crack, é possível vencer”, no intuito de se identificar as aproximações e diferenças entre as abordagens referidas. Ver-se-á, também, que essas tensões e diferenças encontram reflexo na multiplicidade de posições a respeito da (in)adequação da internação contra a vontade de usuários de drogas, ponto a ser abordado na segunda metade deste item.

3.1.2.1 Reações do poder público em face da dependência química

No plano internacional, a Reforma Psiquiátrica teve importantes desdobramentos. A Declaração de Caracas, de 1990, assinalou a falência da atenção psiquiátrica tradicional, qual seja, a que tem no hospital psiquiátrico a única modalidade assistencial. Notou-se que a internação das pessoas com transtornos mentais, sobretudo por longos períodos: (a) provocava o isolamento do paciente, conseqüentemente uma menor capacidade de convívio social; (b) criava condições de exposição do indivíduo a violações de seus direitos humanos e civis; (c) absorvia a maior parte dos recursos nacionais dedicados à assistência na saúde mental; (d) fomentava um ensino não suficientemente vinculado às necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores. Diante disso, o

⁶⁴⁹ ALVES, Vânia Sampaio. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, nov. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n11/02.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2013. p. 2316-2317.

⁶⁵⁰ DIAS, Miriam Thais Guterres. *A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental: uma análise a partir do serviço residencial terapêutico Morada São Pedro*. 2007. 290 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, 2007. Disponível em: <http://tede.pucrs.br/tde_arquivos/21/TDE-2007-05-08T150137Z-564/Publico/389624.pdf>. Acesso em: 08 out. 2014. p. 140.

⁶⁵¹ ALVES, op. cit., p. 2317.

documento propõe a reestruturação da atenção psiquiátrica, desta vez ligada à Atenção Primária de Saúde e nos marcos dos Sistemas Locais de Saúde, os quais permitem a promoção de modelos alternativos centrados na comunidade⁶⁵².

Os Princípios para Proteção das Pessoas com Doença Mental da ONU já foram concebidos, no ano seguinte, em consonância com esta nova abordagem. De acordo com os princípios sete à nove, extrai-se que todo paciente tem o direito de ser tratado no seio da comunidade onde vive, na medida do possível. Mesmo quando se fizer necessário o tratamento em instituição de saúde mental, o paciente terá o direito de ser tratado perto do seu domicílio ou de onde vivam os seus familiares e amigos, devendo retornar à comunidade logo que possível. Os cuidados de saúde a serem empregados devem ser adequados às necessidades e cultura do paciente e o menos restritivos possíveis, observada também a necessidade de proteção da segurança física de terceiros. O plano de tratamento deve ser individual e revisado regularmente por profissionais qualificados⁶⁵³.

No Brasil, da Reforma Psiquiátrica adveio a percepção da necessidade de construção de uma rede composta por um amplo espectro de cuidados, para que haja o efetivo acolhimento das pessoas que usam substâncias psicoativas, em conformidade com suas necessidades individuais. Historicamente, a abordagem era predominantemente realizada pela Psiquiatria ou Medicina, ficando à margem as suas implicações sociais, econômicas e políticas. No período de ausência de diretrizes claras do MS a respeito, houve a proliferação de modelos de atenção fechados, que excluem a pessoa do convívio social, e cujo objetivo principal é a abstinência. A atual “Política de Atenção Integral ao Uso de Álcool e outras Drogas” do MS (2004) tornou imperativa a estruturação de uma rede de assistência de caráter comunitário, integrada ao meio cultural do usuário, com ênfase na sua reabilitação e reinserção social. Essa rede deve ter como base dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede

⁶⁵² ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Declaração de Caracas, de 14 de novembro de 1990*. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCUQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.abrasme.org.br%2Farquivo%2Fdownload%3FID_ARQUIVO%3D3696&ei=f-f9U4bTCIvfsAS9u4CgBA&usg=AFQjCNEwSLWbgKiEzJ8q_noKqrumapT0Ow>. Acesso em: 27 ago. 2014. p. 1-2.

⁶⁵³ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Assembleia Geral das Nações Unidas. *Resolução nº. 46, de 17 de dezembro de 1991*. Princípios para a Proteção das Pessoas com Doença Mental e para o Melhoramento dos Cuidados de Saúde Mental. Disponível em: <http://direitoshumanos.gddc.pt/3_7/IIIPAG3_7_6.htm>. Acesso em: 27 ago. 2014.

de saúde, sobretudo no campo da saúde mental⁶⁵⁴.

Muitas pessoas que não compartilham da expectativa ou do desejo de abstinência têm abandonado o tratamento. Para o MS, traçar uma política sobre drogas com base neste único objetivo seria reproduzir um modo estreito de entendimento, que não atende à complexidade do fenômeno. Deve-se ter em mente que a dependência química se manifesta de forma heterogênea, de que as relações do indivíduo com as substâncias psicoativas são as mais diversas. Além disso, constantemente surgem novas substâncias e novas formas de uso. Isto demanda, da rede de assistência, o oferecimento de modalidades de prevenção e cuidado que possam se adaptar aos diferentes perfis e necessidades do paciente. O (re)pensar das estratégias de contato e de vínculo com o usuário e seus familiares deve ser constante, seja nas áreas de prevenção, educação ou tratamento. Por isso, os múltiplos programas são complementares entre si, e não concorrentes⁶⁵⁵. Vide, a seguir, as diretrizes do MS a respeito.

3.1.2.1.1 Diretrizes do Ministério da Saúde para a atenção integral às pessoas que usam drogas: a preferência pelo tratamento de base territorial e comunitária

A “Política de Atenção Integral ao Uso de Álcool e outras Drogas” do MS está em consonância com os princípios da política de saúde mental vigente, a qual tem forte respaldo nos princípios da Reforma Psiquiátrica, como se viu. Tem-se como grande referência a Lei nº. 10.216/2001, a qual está em sintonia com as concepções da OMS⁶⁵⁶. As propostas contidas em cada uma das diretrizes visam atingir os seguintes objetivos: a) alçar a questão do uso de drogas como problema de saúde pública; b) indicar a adoção da redução de danos nas ações de prevenção e tratamento; c) formular políticas voltadas à desconstrução da ideia de que o usuário de drogas requer internação, prisão ou absolvição; d) mobilizar a sociedade civil para que participe de práticas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras e para que

⁶⁵⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. 2. ed. rev. e ampl. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/publicacoes/artigos/politica-do-ministerio-da-saude-para-a-atencao-integral-a-usuarios-de-alcool-e-outras-drogas/view>>. Acesso em: 14 out. 2014. p. 6-7.

⁶⁵⁵ Ibid., p. 8-10.

⁶⁵⁶ Ibid., p. 22.

exerça seu papel de controle⁶⁵⁷. Há dois eixos principais: intersetorialidade e atenção integral.

A intersetorialidade é essencial, pois garante a integralidade das ações e a definição de papéis entre os diversos níveis de governabilidade no acolhimento e atendimento de pessoas que usam substâncias psicoativas. O uso abusivo de drogas é um problema transversal, que toca as áreas da saúde, justiça, educação, social e de desenvolvimento. Para que se desenvolva uma política integral, deve-se investir na capilaridade entre essas frentes de abordagem, além da articulação com a sociedade civil, movimentos sindicais, associações, organizações comunitárias e universidades. Somente assim será possível traçar estratégias de ampla cobertura, que atinja também as populações de difícil acesso. Para tanto, é importante que as ações sejam incorporadas na rede do SUS e que haja a capacitação dos profissionais de saúde⁶⁵⁸.

No eixo da atenção integral são abordadas diversas frentes de ação. Dentre elas está a prevenção do uso abusivo e/ou dependência de drogas por meio de múltiplas estratégias voltadas à redução dos fatores de vulnerabilidade e riscos específicos, acompanhadas do reforço de fatores de proteção. A lógica da redução de danos é tida como importante modo de se planejar propostas de ações preventivas. A participação da comunidade é essencial para a implantação destes projetos que visam promover a atenção global às pessoas, melhorar seu acesso aos dispositivos de cuidado, facilitar a sua integração comunitária, possibilitar a construção de vivências em que a participação das drogas seja nenhuma, mínima ou a menos danosa possível. Os CAPSad deverão oferecer atendimento diariamente, possibilitando um planejamento terapêutico individualizado e de evolução contínua. Esses serviços comunitários devem ser apoiados por leitos psiquiátricos em hospitais gerais e outras práticas de atenção comunitária⁶⁵⁹.

A Portaria GM nº. 36/2002 regula as modalidades de serviço dos CAPS (I, II ou III) conforme a sua complexidade e abrangência nacional. As três modalidades devem realizar o atendimento prioritário a pacientes com transtornos mentais

⁶⁵⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. 2. ed. rev. e ampl. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/publicacoes/artigos/politica-do-ministerio-da-saude-para-a-atencao-integral-a-usuarios-de-alcool-e-outras-drogas/view>>. Acesso em: 14 out. 2014. p. 24.

⁶⁵⁸ Ibid., p. 24-25.

⁶⁵⁹ Ibid., p. 23-30.

severos e persistentes em sua área territorial, nos regimes de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Os CAPS são serviços ambulatoriais de atenção diária, devendo ser mantida a sua independência de qualquer estrutura hospitalar. Além das três modalidades indicadas, são regulamentados na mesma portaria os CAPSi II, serviços para atendimento a crianças e adolescentes, e os CAPSad II, destinados aos pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. Este último deverá manter de dois a quatro leitos para desintoxicação e repouso, podendo ser realizados atendimentos individuais, em grupo ou comunitários pela equipe multidisciplinar⁶⁶⁰.

No mesmo ano, por meio da Portaria GM nº. 816, foi instituído o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas no âmbito do SUS, a ser desenvolvido de forma articulada pelo MS e Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios. Estava prevista a implantação de 250 CAPSad no período entre 2002 e 2004 por todo o Brasil⁶⁶¹. Meses depois, a Portaria nº. 305 determinou que as Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal deverão traçar um planejamento de distribuição regional dos CAPSad para facilitar o acesso dos usuários e a cobertura assistencial⁶⁶². Doze anos depois e os CAPSad disponíveis não atendem a demanda da população. O “fortalecimento da Rede de Saúde Mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack, álcool e outras drogas” é uma das metas do MS para o período de 2013 a 2015, sujeita a monitoramento anual⁶⁶³.

A Portaria nº 2.197/2004 instituiu e ampliou o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas no âmbito do SUS. Os principais componentes do programa são: atenção básica, atenção nos CAPSad, ambulatórios e unidades extra-hospitalares especializadas, atenção hospitalar de referência e rede de suporte social, a exemplo de grupos de ajuda mútua e entidades da sociedade civil de forma complementar à rede de serviços disponibilizados pelo SUS. O serviço hospitalar de referência (SHR) não exclui a obrigatoriedade da existência de leitos para

⁶⁶⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº. 36, de 19 de fevereiro de 2002*. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm>>. Acesso em: 20 out. 2014.

⁶⁶¹ BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº. 816, de 30 de abril de 2002*. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-816.htm>>. Acesso em: 20 out. 2014.

⁶⁶² Id. Secretaria de Atenção à Saúde. *Portaria GM nº. 305, de 03 de maio de 2002*. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2002/PT-305.htm>>. Acesso em: 20 out. 2014.

⁶⁶³ Id. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. *Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/Caderno.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2014. p. 74.

desintoxicação e repouso e deverá ser instalado em Hospitais Gerais. Seu objetivo é dar suporte às situações de urgência/emergência advindas dos CAPSad e da rede básica de cuidados (Programa Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde), evitando-se a internação em hospitais psiquiátricos⁶⁶⁴.

Este suporte hospitalar é voltado para internações de curta duração, indicadas quando os recursos extra-hospitalares não tenham obtido a devida resolutividade, ou nos casos de intervenção imediata em ambiente hospitalar. A portaria refere expressamente que devem ser respeitadas as determinações da Lei nº. 10.216/2001, de modo que os pacientes sejam acolhidos em regime de curtíssima e curta permanência. Também deverão fazê-lo os dispositivos comunitários de acolhida e cuidados que compõem a rede de suporte social, sobretudo aqueles que trabalham com a permanência de pacientes em regime fechado. Foram inseridos na tabela de procedimentos do SIH-SUS, ainda, os seguintes procedimentos: a) tratamento de intoxicação aguda (tempo de permanência: 24 a 28 horas); b) tratamento da síndrome de abstinência do álcool (tempo de permanência: 3 a 7 dias); c) tratamento de dependência do álcool, com presença de intoxicação aguda e evolução para síndrome de abstinência grave, possivelmente seguidos por complicações clínicas, neurológicas e psiquiátricas (tempo de permanência: 3 a 15 dias)⁶⁶⁵.

Na “Política de Atenção Integral ao Uso de Álcool e outras Drogas” são recomendadas as práticas de redução de danos, tendo-se em mente que a abstinência não é a única meta viável e possível aos usuários⁶⁶⁶. A Comissão Global de Política sobre Drogas atesta que as ações de redução de danos, além de ter um ótimo custo-benefício, contribuem efetivamente para uma melhoria significativa da saúde dos usuários e dos dependentes químicos quando adequadamente disponibilizadas. O modelo de tratamento mais adequado, com as maiores chances de dar bons resultados (o que não é sinônimo de abstinência), são aqueles decididos pelo paciente com orientação médica, sem interferências de ordem política

⁶⁶⁴ BRASIL. *Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004*. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2197.htm>>. Acesso em: 21 out. 2014.

⁶⁶⁵ Id. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004*. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2197.htm>>. Acesso em: 21 out. 2014.

⁶⁶⁶ Id. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. 2. ed. rev. e ampl. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/publicacoes/artigos/politica-do-ministerio-da-saude-para-a-atencao-integral-a-usuarios-de-alcool-e-outras-drogas/view>>. Acesso em: 14 out. 2014. p. 6-7.

ou coerção de qualquer ordem. Contudo, na maioria dos países, a gama de serviços oferecidos nesses moldes é limitada e frequentemente restrita ao modelo de abstinência, ou somente atende a pequena parcela da demanda, ou, ainda, termina por ser mal direcionada. Práticas abusivas de tratamento, como detenção arbitrária, trabalho forçado e abuso físico ou psicológico ainda são comuns⁶⁶⁷.

A demonização das substâncias psicoativas alimentada por alguns setores sociais parece desconsiderar que existem diferentes formas de consumo. O mesmo pode ser dito das campanhas educativas direcionadas à total abstinência e erradicação do uso de drogas. Essa distorção generalizada sobre o uso de drogas termina por abafar recomendações importantes sobre os riscos e danos à saúde que tais substâncias podem provocar quando consumidas em excesso, de forma descuidada ou descontrolada. Muitos profissionais, tomados por esse discurso aterrador, terminam por desconhecer ou resistir à prática de ações terapêutico-assistenciais fundadas no paradigma da redução de riscos e danos⁶⁶⁸, como a troca de agulhas e seringas, tratamento de substituição de opioides, estabelecimentos para consumo supervisionado, dentre outros fortemente sustentados por evidências científicas⁶⁶⁹.

Para Neves e Osswald, o potencial da redução de danos para salvar vidas e reduzir a propagação de doenças graves, como a SIDA, é inegável. Porém, os autores destacam aspectos menos positivos a serem levados em consideração. Essas medidas podem ser entendidas pelos usuários como sintoma de abrandamento na rejeição da droga como grave problema social ou até como medidas facilitadoras do consumo. Os tratamentos substitutivos com metadona, por exemplo, traz benefícios para o paciente, mas não pode ser o objetivo final da terapia, e sim um passo na direção da total exclusão do consumo de drogas. Afinal, o objetivo final do tratamento de um dependente químico seria “[...] libertá-lo da droga e obter a sua reinserção familiar e social”⁶⁷⁰. Trata-se de um posicionamento

⁶⁶⁷ COMISSÃO GLOBAL DE POLÍTICA SOBRE DROGAS. *Sob controle: caminhos para políticas de drogas que funcionam*. [S.l.]: Comissão Global de Política sobre Drogas, 2014. Disponível em: <http://static.squarespace.com/static/53ecb452e4b02047c0779e59/t/540da750e4b042802a384995/1410180944062/global_commission_PT.pdf>. Acesso em: 19 set. 2014. p. 19.

⁶⁶⁸ KARAM, Maria Lúcia. Parte II – Capítulo 1: Internações: aspectos jurídicos, políticos e sua interface com a saúde mental. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Comissão de Direitos Humanos. (Org.) *Drogas, direitos humanos e laço social*. Brasília, DF: CFP, 2013. p. 148-156. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/Drogas-Direitos-Humanos-e-Laco-Social.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2014. p. 154-155.

⁶⁶⁹ COMISSÃO GLOBAL DE POLÍTICA SOBRE DROGAS, *op. cit.*, p. 19.

⁶⁷⁰ NEVES, Maria do Céu Patrão; OSSWALD, Walter. *Bioética simples*. 2. ed. rev. e atual. Lisboa: Verbo, 2014. p. 201.

que, claramente, tem como pressupostos o enfrentamento das drogas, a abstinência como fim terapêutico único e o proibicionismo. São estes os pressupostos que a Reforma Psiquiátrica e a atual política do MS visam superar.

No Brasil, as ações que visam a redução de danos sociais e à saúde decorrentes do uso de substâncias que causem dependência são reguladas pela Portaria nº. 1.028/2005 do MS. De acordo com ela, tais ações devem ser dirigidas a usuários ou dependentes que não podem, não conseguem ou não querem interromper o uso da substância. Seu objetivo é reduzir os riscos associados ao uso⁶⁷¹, sem necessariamente intervir na oferta ou no consumo. As ações de redução de danos podem ter caráter preventivo, informativo ou assistencial. Ficou definido que as estratégias devem ser acompanhadas de insumos de prevenção à SIDA e hepatites. A redução de danos deve ser desenvolvida nos espaços de interesse público em que ocorra ou seja provável o uso de drogas, a exemplo do sistema penitenciário, abrigos e estabelecimentos destinados ao tratamento de usuários ou dependentes químicos. As ações devem se coadunar com a promoção dos direitos humanos e preservar a identidade e liberdade de decisão dos usuários quanto a qualquer procedimento relacionado à prevenção, diagnóstico ou tratamento⁶⁷².

Dentre os métodos possíveis de atendimento, a redução de danos tem se revelado importante na preservação da vida dos usuários de drogas, sobretudo aqueles que não têm a abstinência como meta. Pode ser definida como “estratégia de saúde pública que visa a reduzir os danos causados pelo abuso de drogas lícitas e ilícitas, resgatando o usuário em seu papel autorregulador, sem a preconização imediata da abstinência e incentivando-o à mobilização social”⁶⁷³. Neste campo, as estratégias são desenhadas de acordo com a singularidade de cada paciente, aumentando o vínculo com os profissionais e o seu grau de liberdade e de co-

⁶⁷¹ Para que se tenha ideia da gravidade da questão, o compartilhamento de equipamentos necessários ao uso de drogas injetáveis é responsável por cerca de 25% do total de casos de AIDS notificados no Brasil. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. 2. ed. rev. e ampl. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/publicacoes/artigos/politica-do-ministerio-da-saude-para-a-atencao-integral-a-usuarios-de-alcool-e-outras-drogas/view>>. Acesso em: 14 out. 2014. p. 21.

⁶⁷² BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005*. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1028_20_05_2014.html>. Acesso em: 20 out. 2014.

⁶⁷³ Id. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. 2. ed. rev. e ampl. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/publicacoes/artigos/politica-do-ministerio-da-saude-para-a-atencao-integral-a-usuarios-de-alcool-e-outras-drogas/view>>. Acesso em: 14 out. 2014. p. 24.

responsabilidade em relação ao tratamento⁶⁷⁴. Para Nunes e outros, a redução de danos é um caminho para o desenvolvimento de uma nova tecnologia de cuidado, construída em termos de atenção e acolhimento, e não de eficácia, contenção e controle⁶⁷⁵.

As políticas públicas de drogas no Brasil vêm se tornando mais permeáveis ao enfoque da redução de danos a partir de 2000. Este modelo surgiu em 1980, primeiramente na Holanda e no Reino Unido, a partir da constatação do fracasso das terapias tradicionais, voltadas à abstinência, e do aumento da incidência de doenças associadas ao uso de drogas, como as hepatites virais e SIDA. Está, dentre as suas estratégias mais populares, a distribuição de seringas esterilizadas, evitando-se a proliferação de doenças através do compartilhamento das mesmas entre os usuários de drogas injetáveis. Descrita pela OMS como estratégia de saúde que intenta prevenir ou reduzir as consequências negativas associadas a um determinado ou conjunto de comportamentos, pode-se dizer que a redução de danos constitui um dispositivo da Reforma Psiquiátrica⁶⁷⁶.

A redução de danos parte de uma concepção integral de saúde, de modo que o respeito à autonomia do paciente é indispensável. Suas estratégias devem levar em consideração a real necessidade de cada indivíduo, privilegiando-se uma lógica oposta à da internação e abstinência a qualquer custo. Vê-se na pessoa que usa substâncias psicoativas um ser ativo, capaz, protagonista de sua vida, não relegado a um papel passivo e secundário. Por isso, os profissionais buscam valorizar o saber dos usuários ao traçar o planejamento das ações de intervenção, abrindo-se a discussão sobre as formas de tratamento para além do grupo de especialistas. Cada paciente é um cidadão cujos direitos não podem ser ignorados pelo fato de fazer uso de drogas, sobretudo as ilícitas⁶⁷⁷. Mayer explica que reduzir

⁶⁷⁴ BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. 2. ed. rev. e ampl. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/publicacoes/artigos/politica-do-ministerio-da-saude-para-a-atencao-integral-a-usuarios-de-alcool-e-outras-drogas/view>>. Acesso em: 14 out. 2014. p. 10.

⁶⁷⁵ NUNES, Deise Cardoso et al. "...outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas...". In: SANTOS, Loiva Maria De Boni (Org.). *Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas*. Porto Alegre: Ideograf: Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010. p. 15-26. Disponível em: <<http://www.crprs.org.br/upload/edicao/arquivo48.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2014. p. 22.

⁶⁷⁶ SANTOS, Amanda Marques dos; MALHEIROS, Luana. Redução de danos: uma estratégia construída para além dos muros institucionais. In: NERY FILHO, Antonio; VALÉRIO, Andréa Leite Ribeiro. (Orgs.) *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua*. Brasília, DF: SENAD; Salvador: CETAD, 2010. p. 49-53. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Capa_citacao/328365.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2013. p. 49.

⁶⁷⁷ *Ibid.*, p. 50-51.

danos não implica necessariamente na redução do consumo. Significa conferir protagonismo ao usuário de drogas, transmitir a ele e seus familiares corresponsabilidade na construção de novas perspectivas e formas de lidar com sua vulnerabilidade⁶⁷⁸.

Para que essa forma de assistência seja possível, faz-se necessária uma revisão crítica do papel até então hegemônico e centralizador ocupado pelo hospital psiquiátrico na prestação de serviços de saúde, bem como a percepção de que os recursos, cuidado e tratamento neste campo devem se basear em critérios racionais e tecnicamente adequados, além de salvaguardar a dignidade, os direitos humanos e civis do paciente⁶⁷⁹. De acordo com Machado e Miranda, a política do MS e as portarias que a regulamentam inauguraram um marco teórico-político que rompe com as abordagens reducionistas ao perceber o uso de drogas como um fenômeno complexo que não pode ficar a cargo, exclusivamente, de intervenções psiquiátricas, jurídicas ou da saúde pública. Ao ter como norte as práticas de redução de danos, tenta-se superar as percepções moralistas sobre o uso de drogas, passando-se do viés repressivo para o viés do cuidado⁶⁸⁰.

3.1.2.1.2 *Estrutura e principais resultados do Programa “Crack, é possível vencer”: retrato das frentes de ação do Ministério da Justiça*

Por meio do Decreto nº. 7.719/2010, o governo federal instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas com vistas à prevenção do uso, tratamento e reinserção social dos usuários, com ênfase nos públicos vulneráveis, a exemplo de crianças, adolescentes e pessoas em situação de rua. Para tanto, é prevista a conjugação de esforços entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, os quais terão sua participação condicionada a termo de adesão. Poderão, ainda, ser firmados convênios, contratos de repasse, termos de

⁶⁷⁸ MAYER, Rose Teresinha da Rocha. A contribuição do centro de referência em redução de danos: nossas palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas. In: SANTOS, Loiva Maria De Boni (Org.). *Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas*. Porto Alegre: Ideograf: Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010. p. 87-98. Disponível em: <<http://www.crprs.org.br/upload/edicao/arquivo48.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2014. p. 97.

⁶⁷⁹ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Declaração de Caracas, de 14 de novembro de 1990*. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCUQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.abrasme.org.br%2Farquivo%2Fdownload%3FID_ARQUIVO%3D3696&ei=f-f9U4bTCIvfsAS9u4CgBA&usg=AFQjCNEwSLWbgKiEzJ8q_noKqrumapT0Ow>. Acesso em: 27 ago. 2014. p. 2.

⁶⁸⁰ MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, jul.-set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v14n3/06.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2014. p. 818-819.

cooperação, ajustes ou instrumentos congêneres com órgãos e entidades da administração pública, consórcios públicos ou entidades privadas. Dentre os seus objetivos estão a ampliação das redes de atenção à saúde e de assistência social, investimentos em capacitação profissional, promoção da participação comunitária e fortalecimento das ações de enfrentamento ao tráfico de drogas⁶⁸¹.

Entre as ações a serem implantadas imediatamente foram elencadas a ampliação do número de leitos para tratamento de usuários de crack e outras drogas, e da rede de assistência social voltada ao acompanhamento sociofamiliar e inclusão em programas de reinserção social⁶⁸². Como fruto do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas foi lançado, em 2011, o Programa “Crack, é possível vencer”. Com base nos objetivos declarados no decreto, o programa foi estruturado em três eixos: prevenção, cuidado e autoridade. Tem-se como meta, ao final de 2014, verificar que houve a expansão das redes de atenção à saúde, assistência social e ações preventivas nas escolas, que contem com profissionais e lideranças comunitárias capacitadas para lidar com o problema, bem como a revitalização de espaços urbanos em que eram comuns as cenas de uso de crack, trazendo mais segurança às comunidades⁶⁸³.

O nome atribuído ao programa tem sido alvo de duras críticas, por conta do destaque conferido ao crack no universo de substâncias psicoativas mais consumidas. Para Nery, é um equívoco concentrar a atenção em uma droga específica, ainda mais sendo o álcool e o tabaco as drogas que mais causam danos à população⁶⁸⁴. De acordo com a política do MS, é consenso mundial de que as intervenções devem se concentrar nas drogas de uso lícito, especialmente o álcool, pois são elas as mais consumidas pela população e, conseqüentemente, provocam maior impacto no âmbito da saúde pública⁶⁸⁵. Na Portaria nº 2.197/2004, dedicada à atenção integral a “usuários de álcool e outras drogas” no âmbito do SUS, foi

⁶⁸¹ BRASIL. Decreto nº. 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm>. Acesso em: 23 maio 2014.

⁶⁸² Ibid.

⁶⁸³ BRASIL. *Crack, é possível vencer*. Enfrentar o crack. Compromisso de todos. [S.l., 201-]. Disponível em: <<http://www2.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/programa/cartilha>>. Acesso em: 22 maio 2014. p. 4-6.

⁶⁸⁴ NERY FILHO, Antonio. *Dia 07 de novembro...* Salvador, 18 dez. 2011. Disponível em: <<http://conversando.comnery.wordpress.com/>>. Acesso em: 22 maio 2014. Blog: Conversando.com Antonio Nery Filho.

⁶⁸⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. 2. ed. rev. e ampl. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/publicacoes/artigos/politica-do-ministerio-da-saude-para-a-atencao-integral-a-usuarios-de-alcool-e-outras-drogas/view>>. Acesso em: 14 out. 2014. p. 18.

determinado que as ações devem ser direcionadas prioritariamente a pessoas que fazem uso prejudicial do álcool em face da magnitude epidemiológica deste quadro e de suas consequências. Em relação à internação hospitalar, essa mesma portaria declara obediência à Lei nº 10.216/2001 e que a medida deve ser de curta duração⁶⁸⁶.

Para Hart, passar a mensagem de que o crack é uma droga a ser vencida corrobora a lógica da “guerra às drogas”, como se o uso dessa substância fosse a causa dos problemas sociais e da violência, e não consequência da sistemática negação de direitos. O foco na substância deve ser redirecionado para aquilo que fez a pessoa usar drogas (informação verbal)⁶⁸⁷. Viu-se, na primeira metade do segundo capítulo, que a lógica do enfrentamento fracassou tanto na redução da oferta quanto na redução da demanda e consumo de substâncias psicoativas. Embora o programa se proponha a financiar diversas iniciativas que vão ao encontro dos princípios da Reforma Psiquiátrica, ele também aposta na repressão ao tráfico. Ele representa muito bem a ambiguidade das ações governamentais já anunciada, deixa evidente os atritos ou discordâncias entre o MJ e o MS.

No eixo “cuidado”, voltado à estruturação de redes de atenção de saúde e assistência social para o atendimento de usuários de drogas, está prevista a disponibilização aos entes federados de diretrizes técnicas e financiamento para qualificação da rede de serviços, a qual deverá acolher o usuário respeitando a sua autonomia e singularidade. A defesa da vida e a redução de danos devem guiar as ações neste campo. As instituições que compõem essa rede devem se articular para a prestação de um atendimento integrado e a longo prazo. A oferta de comunidades terapêuticas aparece duas vezes na lista de ações passíveis de implantação, uma vinculada ao MS e outra ao MJ. É curioso notar que, no primeiro caso, a adesão a este programa é condicionada à existência de uma RAPS no município ou região de saúde em questão, composta por, no mínimo, um CAPSad 24 horas, uma UA e leitos em hospitais gerais. No segundo, a condicionante indicada são as constantes

⁶⁸⁶ BRASIL. *Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004*. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2197.htm>>. Acesso em: 21 out. 2014.

⁶⁸⁷ Informação coletada em conferência realizada pelo Prof. Dr. Carl Hart, intitulada “Drogas e Sociedade – Superando mitos para a construção de novos paradigmas”, ocorrida no dia 09 de maio de 2014 na Escola de Magistratura do Estado do Rio de Janeiro (EMERJ).

em edital de chamamento público⁶⁸⁸, todas referentes às condições da instituição para prestar serviços de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo de drogas⁶⁸⁹.

No sítio eletrônico do Programa “Crack, é possível vencer”, estão disponíveis dados sobre os seus resultados. O programa, lançado em dezembro de 2011, contou com a adesão de todos os estados brasileiros em agosto de 2013. É possível ter acesso aos dados quantitativos das ações até então implantadas para fortalecer a rede de atenção à saúde e assistência social. De acordo com consulta realizada em abril de 2015, tem-se: 800 leitos em enfermarias especializadas, 7.541 vagas em comunidades terapêuticas, 59 CAPSad 24 horas, 196 Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi), 1.431 Serviços de Abordagem Social, 34 Unidades de Acolhimento Adulto (UAA) e 26 Unidades de Acolhimento Infanto-Juvenil (Uai)⁶⁹⁰. No mapa interativo que demonstra a distribuição dessas ações pelo país observa-se uma intensa desigualdade. Dos 800 leitos em enfermarias especializadas, a maior parte está concentrada nos estados do Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, enquanto apenas dois leitos foram abertos na Bahia e sete em Pernambuco⁶⁹¹.

Os altos investimentos em leitos para internação em comunidades terapêuticas têm sido fortemente criticados. Em novembro de 2013 já haviam sido ofertadas 4.000 vagas através de convênios com comunidades terapêuticas privadas, que somam um investimento de 51 milhões de reais em um ano⁶⁹². As demais ações de cuidado não experimentaram esta mesma expansão. Esses dados são forte indício de que se confere à medida de internação um papel que contraria o movimento da Reforma Psiquiátrica, invertendo-se a prioridade estabelecida nas diretrizes do MS ao se apostar em um modelo cuja insuficiência é historicamente aferível. Para Gomes e Capponi, o investimento excessivo em comunidades terapêuticas – em regra instituições religiosas que trabalham na lógica da

⁶⁸⁸ Cf. BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Edital de Chamamento Público nº 1. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº. 216, 08 nov. 2012. Seção 3, p. 136-139. Disponível em: <file:///C:/Users/Amanda/Downloads/Senad_ChamamentoPublico_01_2012.pdf>. Acesso em: 21 out. 2014.

⁶⁸⁹ Id. *Crack, é possível vencer*. Enfrentar o crack. Compromisso de todos. [S.l., 201-]. Disponível em: <http://www2.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/programa/cartilha>. Acesso em: 22 maio 2014. passim.

⁶⁹⁰ BRASIL. Observatório Crack, é possível vencer. *Balanco Programa*. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/balanco-programa.html>. Acesso em: 08 abr. 2015.

⁶⁹¹ Ibid.

⁶⁹² MJ oferta 4 mil vagas em comunidades terapêuticas. *Portal Crack, é possível vencer*, Brasília, 26 nov. 2013. Disponível em: <http://www2.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/noticias/mj-oferta-4-mil-vagas-em-comunidade-des-terapeuticas>. Acesso em 23 maio 2014. Texto postado no link Notícias.

moralidade e segregação – representa um retrocesso e expõe os direitos humanos e sociais dos usuários a violações⁶⁹³.

Não só a desproporcionalidade nos investimentos para a abertura de leitos de internação em comunidades terapêuticas tem tido uma repercussão negativa. Também é questionada a eficácia do tratamento ofertado nestas comunidades terapêuticas. De acordo com revisão bibliográfica realizada pelo instituto Cochrane em 2008, ainda há poucas evidências a respeito dos benefícios do serviço oferecido pelas comunidades terapêuticas em comparação com outros tipos de abordagem, sobretudo por uma insuficiência metodológica dos estudos internacionais realizados até então⁶⁹⁴. Na Europa, as comunidades terapêuticas tradicionais – que oferecem um modelo de tratamento genérico por longos períodos – têm sido modificadas e passam a oferecer estadias mais curtas e propostas capazes de se adequar à singularidade de cada usuário⁶⁹⁵.

Lancetti observa que as ditas comunidades terapêuticas parecem concentrar mais força política do que o Movimento Antimanicomial, o qual avançou no tratamento de pessoas com transtornos psiquiátricos mas ainda está se apropriando das especificidades do usuário de drogas. Uma vez instaladas e em operação, deverão atender as exigências sanitárias do SUS. A relação da rede de assistência com as comunidades terapêuticas ainda é heterogênea. Em Fortaleza/CE têm sido feitas parcerias – a condução dos casos é realizada pelos CAPS. Já em São Bernardo do Campo/SP se evita ao máximo a ação das comunidades terapêuticas, por exemplo⁶⁹⁶. Goulart aponta como grande obstáculo à desospitalização a escassez e má distribuição de recursos públicos em saúde. Para o autor, os recursos de internação deveriam ser convertidos para os tratamentos territoriais⁶⁹⁷.

⁶⁹³ GOMES, Bruno Ramos; CAPPONI, Marília. Álcool e outras drogas: novos olhares, outras percepções. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 6ª REGIÃO (Org.). *Álcool e outras drogas*. São Paulo: CRPSP, 2012. Disponível em: <<http://www.crsp.org.br/portal/comunicacao/livro-alcool-drogas/crsp-alcool-e-outras-drogas.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2014. p. 10.

⁶⁹⁴ SMITH, Lesley A.; GATES, Simon; FOXCROFT, David. *Therapeutic communities for substance related disorders*. Oxford: John Wiley & Sons, 2008. Disponível em: <<http://www.biblioteca.cochrane.com/pdf/CD005338.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2014.

⁶⁹⁵ VANDERPLASSCHEN, Wouter; VANDEVELDE, Stijn; BROEKAERT, Eric. *Therapeutic communities for treating addictions in Europe: evidence, current practices and future challenges*. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2014. p. 22.

⁶⁹⁶ LANCETTI, Antônio. de. Desmistificação da existência de epidemia de álcool e outras drogas e medidas higienistas. In: GRUPO DE TRABALHO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS. (Org.) *Drogas e cidadania: em debate*. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2012. p. 29-33. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/02/Drogas-e-cidadania.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2014. p. 33.

⁶⁹⁷ GOULART, Maria Stella Brandão. A construção da mudança nas instituições sociais: a reforma psiquiátrica. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, São João Del-Rei, v. 1, n. 1, p. 1-19, 2006. Disponível em: <http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapi/A_Construcao_da_Mudanca_nas_Instituicoes_Sociais...-MSB_Goulart.pdf>. Acesso em: 09 out. 2014. p. 15-16.

Neste campo permeado por controvérsias e tensões políticas, cabe reforçar que as políticas de drogas não devem ser delineadas com base nos mitos, crenças e preconceitos anunciados na primeira parte da pesquisa, reproduzindo-os. É crescente o apelo para que os agentes públicos tomem decisões fundamentadas em evidências empíricas e científicas sólidas⁶⁹⁸. Porém, no tocante à (in)adequação da internação contra a vontade como forma de tratamento para a dependência química, o consenso parece inalcançável. No item seguinte, serão apresentadas algumas posições a respeito, organizadas em três modelos discursivos principais. Trata-se de mais um passo em direção ao cumprimento do objetivo geral da presente pesquisa, qual seja, identificar as implicações éticas, jurídicas e sociais que circundam a tomada de decisões médico-jurídicas sobre a internação contra a vontade de usuários de drogas.

3.1.2.2 A multiplicidade de posicionamentos sobre a (in)adequação da internação contra a vontade de dependentes químicos

Em 2014, a Câmara dos Deputados lançou uma enquete sobre a internação compulsória de dependentes de drogas em seu sítio eletrônico. A pergunta dirigida ao internauta é a seguinte: “Você concorda com a internação compulsória de dependentes e usuários de drogas e bebidas alcoólicas pelo prazo necessário para o tratamento integral (PL 3.167/12)?”⁶⁹⁹. O PL sinalizado é de autoria do Deputado Pastor Marco Feliciano. Tal projeto acrescenta disposições ao artigo 28 da Lei de Drogas, o qual versa sobre o crime de porte de drogas ilícitas para consumo pessoal. Como uma quarta pena a ser cominada, é introduzida a internação compulsória para tratamento e desintoxicação, em instituição apropriada, pelo prazo considerado necessário para o tratamento integral. A internação poderia ser requerida por membro da família, responsável legal ou autoridade pública

⁶⁹⁸ Cf. COMISSÃO GLOBAL DE POLÍTICA SOBRE DROGAS. *Sob controle: caminhos para políticas de drogas que funcionam*. [S.l.]: Comissão Global de Política sobre Drogas, 2014. Disponível em: <http://static.square.space.com/static/53ecb452e4b02047c0779e59/t/540da750e4b042802a384995/1410180944062/global_com_mission_PT.pdf>. Acesso em: 19 set. 2014.

⁶⁹⁹ BRASIL. Câmara dos Deputados. *Internação compulsória de dependentes de drogas – resultado final*. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/internet/enquete/mostrarResultadoEnqueteAgencia.asp?strCodigoEnquete=%7BE979227A-6418-4F2C-A5CD-D7394FA389D7%7D>>. Acesso em: 29 nov. 2014.

competente⁷⁰⁰.

Na justificativa do PL, é destacada a necessidade de se garantir a possibilidade de internação compulsória e involuntária dos dependentes, a despeito das controvérsias a respeito:

Sabemos que se trata de tema controvertido, em razão da aparente afronta à liberdade do usuário de drogas e de bebidas alcoólicas. Entretanto, temos certo que as autoridades competentes, aí incluídos os profissionais de saúde e os profissionais da repressão ao crime, serão capazes de discernir quando a medida excepcional de internação compulsória é cabível, para o bem comum e do próprio dependente. Pedimos o apoio dos ilustres pares para deixarmos aberta essa possibilidade, mais um instrumento na luta diuturna para livrar o Brasil da chaga da dependência de drogas e de bebidas alcoólicas⁷⁰¹.

Para responder à enquete, há duas opções de resposta: (a) “Sim, pois se trata de um problema de saúde e de segurança pública e são necessárias ações mais firmes das autoridades”; (b) “Não, porque isso fere o direito à liberdade e repete práticas semelhantes já superadas, como a internação de doentes mentais em manicômios”. Dos 29.718 votos recebidos, 58,76% aderiu à primeira opção e 41,24% à segunda⁷⁰². Nos comentários à enquete, apareceram outros tantos elementos, que vão além do simples “sim” ou “não”. A partir destes comentários e do levantamento bibliográfico realizado, é possível delinear três modelos discursivos a respeito da (in)adequação da internação contra a vontade como forma de tratamento da dependência química. São eles: (a) modelo de aprovação ampla da internação contra a vontade; (b) modelo de aprovação restrita a situações excepcionais; (c) e modelo de reprovação à medida.

Em cada um dos modelos discursivos identificados aparecem diversas justificativas que os endossam. A pluralidade de entendimentos a respeito não é surpresa e, de certa forma, explica as ambiguidades das políticas governamentais no campo da política de tratamento da dependência química. Para sistematizar e disponibilizar de modo mais acessível as informações sobre drogas no Brasil foi

⁷⁰⁰ FELICIANO, Marco. *Projeto de lei da câmara n° 3.167, de 2012*. Altera a redação do art. 28 da Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006, que Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências”. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrar_integra?codteor=963666&filename=PL+3167/2012>. Acesso em: 03 set. 2014. p. 1-2.

⁷⁰¹ Ibid., p. 3.

⁷⁰² BRASIL. Câmara dos Deputados. *Internação compulsória de dependentes de drogas – resultado final*. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/internet/enquete/mostrarResultadoEnqueteAgencia.asp?strCodigoEnquete=%7BE979227A-6418-4F2C-A5CD-D7394FA389D7%7D>>. Acesso em: 08 abr. 2015.

fundado o OBID, em 2002, regulado pelo Decreto nº. 5.912/2006. Seu objetivo principal é o de “[...] reunir e coordenar o conhecimento disponível sobre drogas para fundamentar o desenvolvimento de programas e intervenções dirigidas à redução de demanda e oferta de drogas.”⁷⁰³ No sítio eletrônico do observatório são reunidas estatísticas, pesquisas e informações sobre o tema. Foi articulada, também, uma rede de pesquisadores em parceria com o Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) de Portugal, oferecendo-se apoio ao desenvolvimento de projetos de pesquisa e premiações a monografias, dissertações e teses de destaque sobre drogas⁷⁰⁴.

Até aqui, foi exposta de que forma se apresentam e se articulam interesses ao redor de questões relacionadas à internação contra a vontade de dependentes químicos, como sua base legal e a disponibilidade de leitos para internação. Nesta seção, pretende-se sistematizar e explicitar os principais argumentos que sustentam ou não a aprovação da internação contra a vontade como medida terapêutica dirigida aos dependentes químicos, passo importante para identificação e análise das implicações sociais, jurídicas e bioéticas deste fenômeno. Saliente-se que os modelos discursivos elaborados para este fim são resultado do esforço de reunião de diversas tendências, de posicionamentos que eventualmente podem vir a se comunicar. Em outras palavras, pode-se dizer que há uma zona grise entre os modelos, lembrando-se que a internação de que se trata é aquela realizada em instituição voltada exclusivamente para tanto – hospital psiquiátrico, clínica ou comunidade terapêutica – e por longos períodos.

3.1.2.2.1 Modelos discursivos que aprovam a internação contra a vontade de forma ampla ou restrita

O primeiro modelo discursivo acerca da (in)adequação da internação contra a vontade a ser apresentado será o modelo de aprovação ampla à medida. As declarações de Del-Campo bem ilustram esta primeira aproximação. De acordo com ele, após a promulgação da atual Constituição, a abertura democrática que sucedeu os anos de repressão militar deu ensejo a uma série de desregramentos e contestações que culminaram com a inversão de valores no país. Desde então,

⁷⁰³ BRASIL. Ministério da Justiça. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID). *Histórico*. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11173&rastro=OBID/Hist%C3%B3rico>. Acesso em: 15 dez. 2014.

⁷⁰⁴ Id. *Rede de Pesquisa*. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=12048&rastro=REDE+DE+PESQUISA>. Acesso em: 15 dez. 2014.

qualquer forma de controle social passou a ser entendida como ditatorial ou abusiva, confundindo-se democracia com liberdade total e irrestrita. Dentre as mazelas originadas por esta visão distorcida da democracia e dos direitos humanos, a proliferação do tráfico de entorpecente seria a pior delas. A droga vem consumindo o país, em especial sua juventude, sendo as aglomerações nas “cracolândias” apenas um dos cenários deste problema que não tem recebido do governo a atenção devida⁷⁰⁵.

Sobre a internação involuntária e compulsória de dependentes químicos, Del-Campo não só entende que é possível mas, também, que é algo absolutamente necessário. Em suas palavras: “Talvez a única medida verdadeiramente séria que se poderia inicialmente adotar para corrigir o triste quadro que hoje vivemos em relação aos dependentes químicos no país”. Assim entende por considerar a dependência química uma doença incapacitante, que compromete as faculdades cognitivas da pessoa, tornando-a incapaz de reagir ao vício. Nos casos mais graves, a pessoa deixaria de se importar com a própria existência, tornando-se capaz de cometer delitos para ter acesso à substância, representando um perigo à sociedade. Seria impossível falar-se em livre arbítrio, vontade própria ou autodeterminação. Aqueles que advogam a tese de que o dependente tem direito de escolha se apoiam na bandeira dos direitos humanos, a qual adjetiva de cômoda e hipócrita⁷⁰⁶.

Na mesma linha, Capez entende que a disseminação ilícita das drogas está na gênese da sensação de medo e insegurança sentida diariamente pela população brasileira. Os jovens, sobretudo aqueles de infância difícil, sujeitos a maus-tratos ou sem perspectivas de futuro, têm se entregado às drogas “baratas e mortais”, que os lançam no abismo da dependência sem volta. Uma vez viciado, sem controle sobre o seu desejo de consumir as drogas, o sujeito acabaria por se tornar um delinquente. Diante disso, o autor entende que a internação contra a vontade é um meio idôneo para afastar o usuário do ambiente nocivo e deletério em que vive. A internação é um importante instrumento de reabilitação, já que na rua a pessoa jamais poderia se libertar “da escravidão do vício”. As drogas produzem alterações cognitivas que retiram o livre arbítrio, de modo que “o dependente necessita de socorro, não de uma consulta à sua opinião”. Indica ser preciso o aumento do

⁷⁰⁵ DEL-CAMPO, Eduardo. Internação compulsória: posição favorável. *Carta Forense*, São Paulo, 01 abr. 2012. Disponível em: <<http://www.cartaforense.com.br/conteudo/artigos/internacao-compulsoria-posicao-favoravel/8669>>. Acesso em: 22 out. 2014.

⁷⁰⁶ Ibid.

número de vagas em clínicas públicas para este fim e espera que o Estado não se acomode sob o argumento do direito de ir e vir dos usuários, fazendo prevalecer o direito à vida⁷⁰⁷.

A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) declarou se posicionar favoravelmente à internação involuntária, desde que haja o acompanhamento por um psiquiatra. Entende que o dependente químico tem direito ao melhor tratamento, seja ele ambulatorial ou internação dia, noite ou integral⁷⁰⁸. Laranjeira se refere à internação compulsória de moradores de rua extremamente dependentes de crack como um ato de solidariedade. De acordo com ele, que chefiava uma clínica com leitos para internação no interior de São Paulo, a maioria das pessoas até ali conduzidas contra a sua vontade acabam aderindo ao tratamento após os primeiros dias de internação. Diz ser favorável à facilitação das internações compulsórias em casos extremos, desde que haja um plano de tratamento. Uma vez estabilizado o quadro, período médio de dois meses, a pessoa deve ser encaminhada para a rede de atendimento ambulatorial⁷⁰⁹.

Embora seja considerado um entusiasta da internação compulsória, ao se posicionar, Laranjeira parece se aproximar do modelo de aprovação restrita da internação compulsória, pois a admite apenas em casos excepcionais. Este foi o modelo consagrado na Lei Federal de Psiquiatria. De acordo com ela, a internação somente pode ser indicada quando os meios extra-hospitalares de tratamento se mostrarem insuficientes. Em carta de repúdio a episódio ocorrido na cidade do Rio de Janeiro⁷¹⁰, foi criticada a internação indiscriminada em desrespeito à Lei Federal de Psiquiatria. Diversas instituições assinaram o documento, dentre elas: CFP, Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO), Centro Nacional de Defesa dos Direitos Humanos da População

⁷⁰⁷ CAPEZ, Fernando. Drogas: internação compulsória e educação. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 19 jul. 2011. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/fz1907201108.htm>>. Acesso em: 16 nov. 2014.

⁷⁰⁸ INTERNAÇÃO compulsória de dependentes químicos. *Associação Brasileira de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, 11 jan. 2013. Disponível em: <<http://www.abp.org.br/portal/internacao-compulsoria-de-dependentes-quimicos/#>>. Acesso em: 23 out. 2014.

⁷⁰⁹ KAWAGUTI, Luis. Internação à força de viciados divide especialistas. *BBC Brasil*, São Paulo, 21 jan. 2013. Disponível em: <http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2013/01/130119_crack_internacao_1k.shtml>. Acesso em: 23 out. 2014.

⁷¹⁰ Cf. OPERAÇÃO no Rio dá início a internação compulsória de adultos usuários de crack. *Uol*, 19 fev. 2013. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2013/02/19/operacao-no-rio-da-inicio-a-internacao-compulsoria-de-adultos-usuario-de-crack.htm>>. Acesso em: 21 maio 2014. Texto postado no Link Notícias, Cotidiano.

de Rua e de Catadores de Material Reciclável (CNDDH)⁷¹¹. Nessa linha, Amarante advoga por investimentos na rede de serviços ambulatoriais e pela possibilidade de internação de pessoas em situações de crise nos CAPSad 24 horas, sem recorrer ao modelo de internação integral, involuntária e de longa duração. Acredita ser o tratamento voluntário mais eficaz, pois possibilita a criação de um vínculo e de uma relação de confiança entre o paciente e o profissional da saúde⁷¹².

Em material distribuído pela Senad aos conselheiros municipais, é dito que o usuário que se encontra frequentemente intoxicado, em um quadro de dependência grave, deverá ser encaminhado para um outro ambiente em que haja mais estrutura e segurança, tanto para si quanto para os técnicos que o atendem. A internação psiquiátrica também deverá ser indicada quando o indivíduo for agressivo, representando riscos à sua integridade física e à dos outros. Em um *check list* são elencadas as condições médicas ou psiquiátricas que justificam a indicação da internação para tratamento: a) estados psicóticos graves, ideias suicidas ou homicidas, debilitação ou abstinência grave; b) complicações orgânicas devidas ao uso ou cessação do uso da droga; c) dificuldades para se manter em abstinência, a despeito dos esforços terapêuticos; d) ausência de apoio psicossocial que possa facilitar o início do período de abstinência; e) a necessidade de interromper situação externa que reforça o uso da droga⁷¹³.

Observe-se que, sobretudo nas situações indicadas nos itens “c” e “d” do material da Senad, além de ser reproduzido o entendimento de que o sucesso do tratamento se restringe à abstinência, a insuficiência da rede de atenção psicossocial é apontada como justificativa suficiente para indicação da internação psiquiátrica. Mais uma vez, as orientações da Senad, vinculada ao MJ, divergem daquelas emanadas do MS. Este último aposta na organização da rede de atendimento, evitando-se a internação psiquiátrica ao máximo. O usuário deve ser acompanhado no seu contexto de vida, com o apoio da RAPS. Mesmo em situações de urgência/emergência a RAPS teria condições de intervir, devendo ser excluída do

⁷¹¹ CARTA de repúdio contra a internação compulsória de adultos. *Frente Nacional Drogas e Direitos Humanos*, [S.l.], 25 out. 2012. Disponível em: <<http://drogasedireitoshumanos.org/2012/10/25/carta-de-repudio-contr-a-internacao-compulsoria-de-adultos/#more-108>>. Acesso em: 23 out. 2014.

⁷¹² NA contramão da internação compulsória. *Informe ENSP*, Rio de Janeiro, 15 mar. 2013. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/32156>>. Acesso em: 22 out. 2014.

⁷¹³ PREVENÇÃO ao uso indevido de drogas: Curso de capacitação para Conselheiros Municipais. Brasília, DF: Presidência da República, Secretaria Nacional Antidrogas, 2008. Disponível em: <http://www.conselhodacrianca.al.gov.br/sala-de-imprensa/publicacoes/Livro_senasp.pdf>. Acesso em: 20 out. 2014. p. 155-156.

circuito assistencial as ofertas de leitos em hospitais psiquiátricos⁷¹⁴. Lancetti chega a afirmar que a internação não passa de uma redução de danos e só fará sentido se existir um projeto de continuidade⁷¹⁵.

Ainda de acordo com o MS, a internação psiquiátrica é uma possibilidade, mas deve ser considerada enquanto último recurso e como um dos instrumentos do projeto terapêutico singular que também inclua intervenções das quais participem as famílias e o próprio indivíduo, e não como resposta a uma dada situação. As internações devem ser realizadas prioritariamente nos CAPS, que seguem a lógica do acolhimento integral, e nos hospitais gerais, de forma articulada com a rede. Deve-se interromper imediatamente os encaminhamentos desimplicados para internação, seja em hospitais psiquiátricos ou comunidades terapêuticas⁷¹⁶. Nessa linha foi concebido o enunciado interpretativo nº 1 aprovado na I Jornada de Direito da Saúde, realizada pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) em 2014: nas demandas por internação de pacientes psiquiátricos e/ou com problemas relacionados a drogas, não se recomenda a determinação da internação psiquiátrica *a priori*, tendo-se em vista o risco de institucionalização de pacientes por longos períodos⁷¹⁷.

Para o UNODC, tratamentos compulsórios de curta duração podem ser justificáveis somente em situações de emergência, quando o indivíduo não for capaz de cuidar de si e estiver em situação de risco, para proteção da pessoa que usa drogas ou da comunidade. Este tipo de intervenção não deve exceder o máximo de alguns dias e deverá ser aplicada sob uma estrita supervisão legal. Esta suspensão temporária da autonomia pode ajudar a restabelecê-la, fazendo com que o sujeito inicie um tratamento e interrompa os comportamentos de risco. Os princípios a serem seguidos seriam os mesmos do atendimento de pessoas com transtorno mental em situações de emergência. São pressupostos do tratamento compulsório:

⁷¹⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde Mental: Cadernos de Atenção Básica nº 34*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>. Acesso em: 20 out. 2014. p. 101.

⁷¹⁵ LANCETTI, Antônio. de. Desmistificação da existência de epidemia de álcool e outras drogas e medidas higienistas. In: GRUPO DE TRABALHO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS. (Org.) *Drogas e cidadania: em debate*. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2012. p. 29-33. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/02/Drogas-e-cidadania.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2014. p. 32.

⁷¹⁶ BRASIL, op. cit., p. 111.

⁷¹⁷ BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. *Enunciados aprovados na I Jornada de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça*. São Paulo: CNJ, 2014. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/images/eventos/i_jornada_forum_saude/_ENUNCIADOS%20APROVADOS%20NA%20JORNADA%20DE%20DIREITO%20DA%20SAUDE%20-%20PLENARIA%2015-5-14_revisado%20Carmem%203.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2014.

a) avaliação clínica por, ao menos, dois profissionais da saúde; b) delimitação do tempo do tratamento em dias; c) a possibilidade de revisão judicial em situações de continuidade do tratamento; d) elaboração de um plano de tratamento individual alinhado com a melhor prática e padrões éticos⁷¹⁸.

Ainda de acordo com o UNODC, tratamentos residenciais a longo prazo são, em realidade, uma forma de aprisionamento de baixa segurança para o usuário. Ainda faltam evidências sobre a efetividade terapêutica desta modalidade. Em alguns casos, as práticas nestas instituições terminam em trabalho forçado, humilhações e métodos punitivos de tratamento. Manter o dependente químico confinado por longos períodos sem o seu consentimento fere as regras internacionais de direitos humanos e a ética médica. Com a oferta de tratamentos voluntários, encaminhamento apropriado para tratamento pela Justiça Criminal e mobilização da comunidade, é possível que a necessidade deste modo de tratamento compulsório/involuntário diminua, até não ser mais necessário⁷¹⁹.

O UNODC e a OMS, em documento conjunto, esposaram que, assim como qualquer outro procedimento, tratamentos para a dependência química não devem ser realizados contra a vontade do paciente, exceto em situações de crise em que seu estado represente risco para si ou terceiros⁷²⁰. Por meio de nota técnica emitida em 2013, a OPAS no Brasil declarou que a adoção da internação involuntária ou compulsória como estratégia central para o tratamento da dependência química por determinados estados brasileiros é inadequada e ineficaz, pois estas medidas são extremas e somente podem ser aplicadas em situações de crise, quando a pessoa ofereça alto risco para si ou terceiros. Além disso, suas condições e duração devem contar com amparo legal e sua indicação deve ser devidamente justificada. Os investimentos devem priorizar o fortalecimento da rede de atenção psicossocial, o que pressupõe a articulação de diversas estratégias de cuidado, inclusive a internação, nos moldes referidos. Do contrário, se estará indo no sentido contrário ao

⁷¹⁸ UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. *From coercion to cohesion: treating drug dependence through health care, not punishment*. New York: United Nations, 2010. Disponível em: <http://www.unodc.org/docs/treatment/Coercion_Ebook.pdf>. Acesso em: 30 set. 2014. p. 7-8.

⁷¹⁹ Ibid., p. 9.

⁷²⁰ UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME; WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Principles of Drug Dependence Treatment*. [S.l.], 2008. Disponível em: <<http://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2014. p. 10.

conhecimento científico até então produzido nesta seara, reforçando-se as condições de vulnerabilidade e exclusão social⁷²¹.

A Comissão das Nações Unidas para os Direitos Humanos (CNUDH) também demonstrou preocupação com a internação compulsória de usuários de drogas no Brasil, após visita realizada no período de 18 à 28 de março de 2013. Foram mencionados expressamente os episódios de internação de pessoas em situação de rua ocorridos em São Paulo e no Rio de Janeiro. Uma vez conduzidas coercitivamente e com a liberdade cerceada, essas pessoas são mantidas em locais desconhecidos, sendo difícil o contato com familiares e assistência jurídica. A impetração de *habeas corpus* se torna quase que impossível, pois se desconhece a identidade e o paradeiro dessas pessoas. Também foi causa de preocupação a falta de revisão judicial das internações compulsórias, no âmbito do processo penal, pois o número de pessoas encarceradas por crimes relacionados com drogas é muito alto no país⁷²².

Pode-se dizer que aqueles que aprovam a internação compulsória de forma ampla justifica o seu posicionamento na incapacidade do dependente químico de agir racionalmente e resistir ao vício, o que o tornaria uma ameaça à sociedade. Na fala de quem aprova a medida somente em situações excepcionais aparecem outros elementos. Para estes, a internação compulsória só poderá ter lugar quando: a) os meios extra-hospitalares de tratamento forem insuficientes; b) em situações de crise, quando o usuário representa um perigo para si ou para outrem; c) nos casos de dependência química grave, em que a pessoa se encontra constantemente intoxicada. Há quem pontue que a internação deve ser breve, durando tempo suficiente para a desintoxicação do organismo, e contar com amparo legal. Em seguida, o paciente seria encaminhado voluntariamente para a rede de atendimento ambulatorial conforme plano terapêutico individual. Há, ainda, um terceiro posicionamento, que condena a internação contra a vontade. As razões daqueles que assim se posicionam serão exploradas no tópico seguinte.

⁷²¹ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde. *Nota técnica da OPAS/OMS no Brasil sobre internação involuntária e compulsória de pessoas que usam drogas*, de 08 de maio de 2013. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3206:nota-tecnica-da-opasoms-nobrasil-sobre-internacao-involuntaria-e-compulsoria-de-pessoas-que-usamdrogas&catid=1016:bra-01noticias>. Acesso em: 25 ago. 2013.

⁷²² WORKING Group on Arbitration Detention statement upon conclusion of its visit to Brazil. *United Nations Human Rights*, Geneva, 28 mar. 2013. Disponível em: <<http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=13197&LangID=E>>. Acesso em: 07 ago. 2014.

3.1.2.2.2 Modelo discursivo de reprovação à internação contra a vontade de dependentes químicos

Em artigo sobre a internação compulsória de dependentes químicos, Lemos conclui: “[...] a internação compulsória não deve ser exceção, nem regra. Ela simplesmente não pode ser.”⁷²³ O autor analisou os principais argumentos declarados por aqueles que admitem a internação compulsória de forma ampla ou restrita. Um dos argumentos é o de defesa social, de manter a sociedade segura do perigo que os dependentes químicos representam por seu estado de descontrole. Este argumento é rejeitado pelos seguintes motivos: a) esta justificativa é a mesma que ampara a política criminal de “guerra às drogas”, a qual tem promovido estigmatização e violência institucional; b) o risco abstrato de condutas nocivas por parte do dependente não justifica a sua privação de liberdade; c) há evidências históricas de que a lógica repressiva é ineficaz na redução do uso de entorpecentes⁷²⁴.

Lemos identificou que as ações que privilegiam a internação forçada, como aquelas abordadas no item 2.2 da Parte I deste trabalho, são resposta à nova Lei de Drogas. Uma vez despenalizado o porte para consumo pessoal, não se poderia admitir que a liberdade do usuário seja privada por via administrativa quando a própria lei penal rejeita essa medida. O Direito Penal é a *ultima ratio* do ordenamento jurídico, reservado às condutas mais nocivas à sociedade. Se a própria lei penal indica que tal conduta não merece privação de liberdade, esta não pode ser engendrada por outro ramo do Direito. Muitas vezes a defesa da internação compulsória está ancorada em discursos repressivos e de prevenção, fundamentos típicos do setor criminal. Sendo assim, o autor entende que as ações referidas são uma forma de preservar o controle sobre os usuários sem as garantias do Direito e Processo Penal⁷²⁵.

O apoio à internação compulsória com base na suposta proteção do usuário também não se sustentaria. A história demonstra que a medicalização forçada serve a práticas higienistas, a políticas de segregação social contra as classes menos favorecidas. Além disso, o entendimento de vanguarda, daqueles que são

⁷²³ LEMOS, Clécio. Tratamento compulsório: droga, loucura e punição. *Sistema Penal & Violência*, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 319-337, jul.-dez. 2013. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/sistema_penaleviolencia/article/view/15000/10780>. Acesso em: 26 ago. 2014. p. 336.

⁷²⁴ *Ibid.*, p. 327.

⁷²⁵ *Ibid.*, p. 325-327.

representantes do movimento da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, segue uma lógica não institucionalizante. A internação compulsória não é eficaz na redução do uso de drogas, havendo outras formas de tratamento que promovem a autonomia do paciente. Por detrás do apoio à internação forçada estariam interesses neoliberais, de gestão das desigualdades sociais e controle social, que demandam por uma política emergencial de contenção física dessas populações por conta dos grandes eventos esportivos que se aproximam, a exemplo das Olimpíadas em 2016⁷²⁶.

Em sentido semelhante, Oliveira entende que estão usando a epidemia de crack para criminalizar a pobreza e conter as populações em situação de vulnerabilidade sob o rótulo do “acolhimento involuntário”. Para o autor, acolhimento contra a vontade não é acolhimento, e sim recolhimento. A dependência química é um quadro complexo, que demanda um conjunto de dispositivos adequados para cada momento e necessidade do usuário. A internação compulsória oferece o mesmo que a internação psiquiátrica, dispositivo que a política de Saúde Mental luta para combater por seu caráter repressivo e de desrespeito dos direitos humanos. Não é nada mais do que o retorno ao “tratamento moral” do século XVIII⁷²⁷. Também para Pitta, qualquer forma de intervenção que implique em enclausuramento deve ser rejeitada. De acordo com a autora, “se a vida é crônica, precisamos aprender a cuidar dos nossos usuários cronicamente, em liberdade, diuturnamente, oferecendo-lhes chances de sobrevida digna nos diversos cenários em que a vida de todos os humanos se dá [...]”⁷²⁸.

Para Castilho, tratamento compulsório é sinônimo de violência, de segregação sem o devido processo legal. Significaria a negação da liberdade, ou ainda da própria condição para o exercício da liberdade na medida em que é negada a própria capacidade de discernimento e tomada de decisões por parte do usuário-dependente como decorrência do uso de drogas em si mesmo. A internação conduz à exclusão social, processo escamoteado pelo discurso de proteção e cuidado que se apoia nas imagens de degradação humana veiculadas pela mídia como prova

⁷²⁶ LEMOS, Clécio. Tratamento compulsório: droga, loucura e punição. *Sistema Penal & Violência*, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 319-337, jul.-dez. 2013. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/sistema_penaleviolencia/article/view/15000/10780>. Acesso em: 26 ago. 2014. p. 332-336.

⁷²⁷ OLIVEIRA, Edmar. Estamos usando o crack. *Outras Palavras*, São Paulo, 05 out. 2012. Disponível em: <<http://outraspalavras.net/posts/estamos-usando-o-crack/>>. Acesso em: 22 out. 2014.

⁷²⁸ PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/02.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2014. p. 4588.

irrefutável da necessidade de intervenções proibicionistas e isolacionistas. A autora, ainda, acredita que a segregação não é a melhor solução para lidar com a dependência química, mesmo quando se trata do crack. O tratamento não voluntário não é eficaz porque não conta com o convencimento pessoal do sujeito quanto à interrupção do hábito, o que leva a recaídas e sucessivos recolhimentos forçados⁷²⁹.

Albuquerque assinala que a autonomia, inclusive da pessoa que usa e/ou é dependente química é premissa do Estado Democrático de Direito. A reprodução do mito de que o “viciado” é alguém que não sabe o que quer legitima intervenções violentas, travestindo-se o autoritarismo de salvacionismo. Nas palavras da defensora pública: “A pessoa é usada como meio ‘para o seu próprio benefício’ e em especial a socialmente vulnerável é vista como uma constante ameaça contra os outros e contra si própria, numa visão paternalista típica de regimes autoritários [...]”. Tal está na contramão do imperativo da autodeterminação do sujeito e da dignidade humana, bases de uma democracia. Presume-se a capacidade de toda pessoa para fazer escolhas, e não o contrário. O uso de drogas não implica em dependência, assim como dependência química não implica necessariamente em incapacidade, assim como a internação não deve ser a indicação terapêutica imediata (a qual sequer seria sinônimo de tratamento)⁷³⁰.

No CC, os “viciados em tóxicos” e “ébrios habituais” foram incluídos no rol de relativamente incapazes, de modo que sua liberdade poderia se estender ao limite de não ser submetido a qualquer tratamento, para Albuquerque. Outro ponto levantado pela autora é que a internação forçada pode agravar o quadro. A condução a tratamento contra a vontade do paciente poderá se traduzir em subserviência ou revolta de sua parte, reforçando-se a situação de exclusão e estigma que já marca a vida do indivíduo. O Estado, ao internar uma pessoa e a forçá-la ao isolamento poderá estar repetindo uma realidade psíquica de abandono já vivenciada no passado. Uma vez postergado o momento da promoção de maior autonomia, aumentam as chances de recaída e a indústria de internações é retroalimentada indefinidamente. A autora aponta ainda que a Lei nº. 10.216/2001

⁷²⁹ CASTILHO, Ela Wiecko V. de. A eficácia invertida da internação involuntária. In: GRUPO DE TRABALHO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (Org.). *Drogas e cidadania: em debate*. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2012. p. 35-37. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/02/Drogas-e-cidadania.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2013. p. 35-36.

⁷³⁰ ALBUQUERQUE, Daniela Skromov de. Internação compulsória: posição contrária. *Jornal Carta Forense*, São Paulo, 01 abr. 2012. Disponível em: <<http://www.carteforense.com.br/conteudo/artigos/internacao-compulsoria-posicao-contraria/8670>>. Acesso em: 31 out. 2014. Texto postado no link Artigos.

não tutela a questão suficientemente. O fosso entre norma e realidade prejudica a excepcionalidade atribuída à internação. Não seria possível provar a insuficiência dos meios extra-hospitalares de tratamento se o Estado ainda não implantou a rede de atendimento aberto suficientemente⁷³¹.

A omissão do poder público, que se estende por décadas, não pode ser resolvida em um passe de mágica, com respostas simplistas. Nas palavras de Albuquerque, “[...] na busca para uma rápida solução para a chaga exposta, qualquer solução parece servir, desde que afaste o problema de nosso campo de visão”. A dependência química demanda respostas compatíveis com a sua complexidade. A internação, uma vez transformada em regra, anula a individualidade, tratando os usuários como se constituíssem uma massa amorfa de pessoas para as quais só existe uma saída⁷³². Prates observa que, ao longo da sua experiência na Psiquiatria, tem notado que a repressão policial e a internação compulsória constituem estratégias insuficientes, até mesmo ineficazes, para lidar com o uso abusivo de drogas, fazendo-se forçosa a busca por outras referências para entender melhor a questão⁷³³.

De acordo com a Resolução nº. 1.598/2000 (art. 6º) do CFM, ao paciente psiquiátrico não poderá ser administrado nenhum tratamento sem o seu consentimento livre e esclarecido, salvo em duas circunstâncias: a) quando as condições clínicas não o permitirem manifestar a sua vontade, devendo-se buscar o consentimento do responsável legal; b) e em situações de emergência, a serem caracterizadas e justificadas em prontuário⁷³⁴. Veja-se que são situações em que a manifestação de vontade do paciente é inviável. Em guia de práticas para o tratamento da dependência de crack, o CFM orienta que os psiquiatras devem indicar a internação para desintoxicação⁷³⁵, que dura cerca de 7 a 14 dias, enquanto

⁷³¹ ALBUQUERQUE, Daniela Skromov de. Internação compulsória: posição contrária. *Jornal Carta Forense*, São Paulo, 01 abr. 2012. Disponível em: <<http://www.carteforense.com.br/conteudo/artigos/internacao-compulsoria-posicao-contraria/8670>>. Acesso em: 31 out. 2014. Texto postado no link Artigos.

⁷³² Ibid.

⁷³³ PRATES, Adriana. O crack pode melhorar a sociedade. *Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos – Neip*, São Paulo, [2012?]. Disponível em: <<http://www.neip.info/index.php/content/view/2469.html>>. Acesso em: 19 jul. 2014. p. 7.

⁷³⁴ BRASIL. Conselho Federal de Medicina. *Resolução nº 1.598, de 18 de agosto de 2000*. Normatiza o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2000/1598_2000.htm>. Acesso em: 20 out. 2014.

⁷³⁵ A desintoxicação consiste no uso de medicamentos para aliviar os sintomas provocados pela droga no organismo, evitando-se o agravamento do quadro (como a ocorrência de convulsões). *PREVENÇÃO ao uso indevido de drogas: Curso de capacitação para Conselheiros Municipais*. Brasília, DF: Presidência da República, Secretaria Nacional Antidrogas, 2008. Disponível em: <http://www.conselhodacrianca.al.gov.br/sala-de-imprensa/publicacoes/Livro_senasp.pdf>. Acesso em: 20 out. 2014. p. 156.

medida inicial⁷³⁶. Em seguida, o paciente deverá ter acesso à rede de tratamento ambulatorial e a processos integrados de tratamento⁷³⁷.

A valorização do consentimento do usuário e a redução, ao menos a limitação, do tempo de internação parecem ser uma tendência. Contudo, como foi demonstrado, o tema é controverso e isto se reflete na pluralidade de diretrizes, políticas públicas e posicionamentos a respeito. Chama a atenção a preocupação com a capacidade decisória da pessoa que é dependente química, em todos os discursos que aqui foram apresentados. Ora se entende que a dependência química retira do indivíduo a capacidade de fazer escolhas racionais, sobretudo a respeito da própria doença, ora lhe é reconhecido o protagonismo na condução da sua própria vida. Já foi questionada na primeira parte a relação entre dependência química e incapacidade decisória, sob o prisma da filosofia. A seguir, esta análise será retomada a partir de outros referenciais, com ênfase nos mitos e estigmas que circundam, sobretudo, os usuários que se encontram em situação de rua.

3.2 REVISÃO DO LUGAR COMUM QUANDO O TEMA É DROGAS: SUPERAÇÃO DOS MITOS E ANÁLISE DA CAPACIDADE DECISÓRIA DE PESSOAS QUE USAM SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Quando foi anunciada a instalação do “Ponto de Encontro” na Rua do Boqueirão, situada no bairro Nossa Senhora Além do Carmo, Centro Histórico de Salvador/BA, moradores e comerciantes do local reagiram negativamente. Para eles, o projeto atrairia usuários de crack e prejudicaria o turismo local. Fruto da parceria entre o CETAD/UFBA, o órgão assistencial “Voluntárias Sociais da Bahia”, o TJ da Bahia e as Secretarias de Saúde e Educação do estado, o “Ponto de Encontro” foi concebido para oferecer tratamento, terapia e ações de redução de danos aos usuários de drogas, sobretudo aqueles em situação de rua, sem que haja constrangimentos ou exigência de internação. A LGR Empreendimentos, *holding*

⁷³⁶ Em edital para habilitação e pré-qualificação de entidades com vistas à celebração de contrato para prestação de serviços de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, lançado no âmbito do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, é posto que esses serviços destinam-se a pessoas que necessitem de afastamento, por período prolongado, do ambiente no qual se dá o uso abusivo de substâncias psicoativas. O período máximo de acolhimento seria de doze meses, sendo vedadas ações de contenção física, isolamento ou qualquer restrição à liberdade da pessoa acolhida. BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Edital de Chamamento Público nº 1. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº. 216, 08 nov. 2012. Seção 3, p. 136-139. Disponível em: <file:///C:/Users/Amanda/Downloads/Senad_ChamamentoPublico_01_2012.pdf>. Acesso em: 21 out. 2014.

⁷³⁷ BRASIL. Conselho Federal de Medicina. *Diretrizes gerais médicas para assistência integral ao dependente de crack*. Brasília, DF: CFM, [2014?]. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/pdfs/diretrizes-medicas-integral-crack-cfm.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2014. p. 6.

carioca que atua no ramo de shoppings, hotéis e que adquiriu diversos imóveis no bairro, declarou ser favorável ao projeto, mas não no local em que ele seria implantado⁷³⁸.

Para Nery Filho, professor e pesquisador do CETAD, interesses econômicos seriam o móvel da oposição ao projeto⁷³⁹. Ele explica que o “Ponto de Encontro” não foi concebido para a internação dos usuários de drogas, mas sim para ser um lugar em que eles possam ser recebidos sem preconceitos, acolhidos sem falsa caridade ou proposta de salvação. A escolha do local foi estudada e justificada pela ausência completa de assistência aos usuários de drogas que vivem no Centro Histórico da cidade⁷⁴⁰. Em setembro de 2011, o “Ponto de Encontro” foi inaugurado. Dois anos depois, moradores se queixaram que o funcionamento do projeto naquela localidade trouxe insegurança e violência. Chegou-se a fazer um abaixo-assinado que ultrapassou 600 assinaturas, a ser entregue ao governador para que o “Ponto de Encontro” fosse dali retirado⁷⁴¹.

O Cetad e as Obras Sociais Irmã Dulce (Osid), que passou a ser responsável pela unidade, sustentam que não há relação entre o aumento da violência no bairro e o funcionamento do “Ponto de Encontro”. Lamentam, também, a desvalorização da iniciativa, pioneira no país. Um dos moradores do bairro, que ali vive há cerca de 30 anos, declarou: "Não somos contra o acolhimento. Só achamos que o trabalho deveria ser feito em um outro lugar. Eles não tratam, não têm uma ressocialização efetiva, e os usuários ficam por aqui, pelo largo, onde rolam drogas e sexo". Reuniões entre os moradores e os responsáveis pelo centro foram realizadas, mas sem sucesso. De um lado, diz-se que as reuniões acabam porque os representantes dos moradores são sempre hostis e humilham os usuários de drogas. De outro, estes se sentem desdenhados nas reuniões, julgados como preconceituosos. O centro de convivência não se encontra mais em funcionamento. Em média, eram

⁷³⁸ GUIMARÃES, Thiago. Bairro de Salvador se revolta contra instalação de centro para viciados. *iG*, Salvador, 03 set. 2011. Disponível em: <<http://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/ba/bairro+de+salvador+se+revolta+contra+instalacao+de+centro+para+viciados/n1597192040511.html>>. Acesso em: 17 nov. 2014. Texto postado no link Último Segundo, Brasil, Bahia.

⁷³⁹ *Ibid.*

⁷⁴⁰ NERY FILHO, Antonio. *Sobre o ponto de encontro no Santo Antonio Além do Carmo*. Salvador, 17 out. 2011. Disponível em: <<http://conversandocomnery.wordpress.com/2011/10/17/sobre-o-ponto-de-encontro/>>. Acesso em: 17 nov. 2014. Blog: Conversando.com Antonio Nery Filho.

⁷⁴¹ SANTOS, Luan. Centro que trata usuários de drogas gera polêmica. *A Tarde*, Salvador, 13 de setembro de 2013. Disponível em: <<http://atarde.uol.com.br/bahia/salvador/materias/1533616-centro-que-trata-usuarios-de-drogas-gera-polemica>>. Acesso em: 17 nov. 2014.

realizados 1.200 atendimentos por mês⁷⁴², de forma integrada ao SUS e ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS)⁷⁴³.

Destaque-se, nesse episódio, a problemática em torno da ocupação do espaço urbano. Os moradores e comerciantes do local, como se viu, atribuíram ao centro o aumento da violência e insegurança na região. A associação entre usuários de drogas e ameaça à sociedade já foi alvo de reflexões na primeira parte da pesquisa, quando problematizada a construção de “verdades” a respeito da figura do usuário no imaginário social. Na primeira parte deste item, serão estudadas as particularidades da população em situação de rua, mais vulneráveis a essa mecânica biopolítica, problematizando-se o espaço público, bem como a alteridade como forma de romper a reprodução dos mitos e crenças que perpetuam essa lógica excludente. Viu-se, também, que a crença de que os usuários de drogas não têm capacidade de agir racionalmente constitui a base legitimadora da internação contra a vontade e alimenta o racismo contra essas pessoas. Por isso, na segunda parte, será promovido o encontro entre Direito e Bioética com vistas à apresentação de novas perspectivas à teoria das incapacidades no Direito Civil.

3.2.1 Percepções sobre o uso de drogas que obstaculizam o exercício e respeito aos direitos fundamentais

Aos usuários de drogas, notadamente aos de crack nos últimos anos, é atribuída automaticamente a condição de dependente químico, de pessoa com transtorno psíquico, de quem representa um perigo social em virtude da perda da capacidade de autodeterminação. É a figura de uma pessoa descontrolada, que não pensará duas vezes em cometer um delito para saciar o desejo pela droga. Viu-se que esse estereótipo já tão difundido, praticamente alçado a verdade científica, constitui o núcleo do modelo discursivo que aprova, sobretudo de forma ampla, as medidas de internação involuntária ou compulsória⁷⁴⁴. Vide, como exemplo, excerto da justificativa do PL nº. 111/2010, de autoria do Senador Demóstenes Torres. Nele,

⁷⁴² SANTOS, Luan. Centro que trata usuários de drogas gera polêmica. *A Tarde*, Salvador, 13 de setembro de 2013. Disponível em: <<http://atarde.uol.com.br/bahia/salvador/materias/1533616-centro-que-trata-usuarios-de-drogas-gera-polemica>>. Acesso em: 17 nov. 2014.

⁷⁴³ Cf. PONTO DE ENCONTRO – CENTRO DE CONVIVÊNCIA PARA USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS. Sobre o ponto de encontro. Salvador, [2012?]. Disponível em: <<https://blogpontodeencontro.wordpress.com/o-que-e-o-ponto-de-encontro/>>. Acesso em: 17 nov. 2014. Blog: Ponto de Encontro.

⁷⁴⁴ CASTILHO, Ela Wiecko V. de. A eficácia invertida da internação involuntária. In: GRUPO DE TRABALHO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (Org.). *Drogas e cidadania: em debate*. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2012. p. 35-37. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/02/Drogas-e-cidadania.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2013. p. 35.

propõe-se a cominação de pena de detenção ao crime de porte e cultivo de drogas para consumo pessoal, havendo a possibilidade de substituição da pena por tratamento especializado⁷⁴⁵.

[...] é célere o tempo entre o dia em que consome a primeira pedra de crack e a constatação dos especialistas de que virou um zumbi a perambular pelas ruas 100% viciado. Ocorre em menos tempo e de forma mais avassaladora com o viciado em crack, mas os efeitos são igualmente destruidores em usuários de cocaína, maconha e outras substâncias químicas. É preciso reagir, antes que o horror se aposses de vez da juventude. Por isso, o Poder Legislativo tem de apresentar soluções à sociedade que tanto sofre ao assistir seus filhos perderem o futuro. O presente projeto de lei é uma resposta ao querer dos especialistas, à fracassada despenalização do uso de entorpecentes, à dor das famílias e ao resgate da geração que o Brasil pode perder para as drogas⁷⁴⁶.

Acselrad refere que a reprodução dessas crenças e discurso de terror são um obstáculo à educação para a autonomia sobre drogas. A reprodução de mitos, como o da dependência inexorável e da internação como ideal de tratamento, é um obstáculo epistemológico para a conscientização a respeito dos problemas que as drogas podem representar e terminam por abrir caminho para soluções violentas e imediatistas, sem credibilidade científica⁷⁴⁷. Assim como ocorreu no surgimento da SIDA, é frequente nas abordagens sobre o crack o reforço de preconceitos e estereótipos negativos. As “cracolândias” têm chamado a atenção para outros problemas, sobretudo sociais. Torna-se cada vez mais explícito que o uso de drogas não é um mal em si mesmo, sendo extremamente pernicioso a sua associação com a pobreza e exclusão social⁷⁴⁸.

De acordo com a Comissão Global de Política sobre Drogas, citando dados do UNODC, 10% das pessoas que usam substâncias psicoativas são consideradas usuárias problemáticas. Esse dado indica que a grande maioria das pessoas que usam drogas o faz sem comprometer a sua saúde ou a realização das suas atividades ordinárias. Porém, embora o uso de drogas compreenda uma pluralidade de comportamentos, ele ainda é fortemente associado a uma grave ameaça social.

⁷⁴⁵ TORRES, Demóstenes. *Projeto de lei do Senado nº 111, de 2010*. Altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006 (Lei de Drogas), para prever pena de detenção para condutas relacionadas ao consumo pessoal de droga e a sua substituição por tratamento especializado, e dá outras providências. Disponível em: <<http://legis.senado.leg.br/mateweb/arquivos/mate-pdf/76162.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2014. p. 1-2.

⁷⁴⁶ *Ibid.*, p. 3.

⁷⁴⁷ ACSELRAD, Gilberta. Drogas, a educação para a autonomia como garantia de direitos. *Revista da EMERJ*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 63, p. 96-104, out.-dez. 2013. Disponível em: <http://www.emerj.tjrj.jus.br/revista/emerj_online/edicoes/revista63/revista63.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2014. p. 96.

⁷⁴⁸ PRATES, Adriana. O crack pode melhorar a sociedade. *Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos – Neip*, São Paulo, [2012?]. Disponível em: <<http://www.neip.info/index.php/content/view/2469.html>>. Acesso em: 19 jul. 2014. p. 7.

Tanto é assim que a política de drogas ainda se encontra vinculada ao ideal de guerra às drogas. Desta generalização, que põe todo uso de drogas como um mal a ser combatido de forma repressiva, derivam ações institucionais tão disfuncionais quanto ineficazes. Estas ações decorrem de decisões tomadas à revelia de considerações sobre princípios básicos da ciência, saúde pública e direitos humanos⁷⁴⁹.

Não se nega que o uso de drogas como o crack é um problema grave, mas não há indícios de que o isolamento do usuário em clínicas terapêuticas ou hospitais psiquiátricos seja a melhor solução. Pelo contrário, a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial demonstram que o modelo institucionalizante não funciona. As medidas coercitivas, inscritas na ideologia do castigo, pressupõem a coerção e o tratamento da pessoa como sujeito passivo, sob o qual devem recair ações definidas por terceiros. Contudo, já se sabe que para o sucesso do tratamento da dependência química é essencial a adesão voluntária e a participação ativa do

sujeito⁷⁵⁰. Neste item, serão analisados os impactos desses mitos sobre as pessoas em situação de rua que usam drogas, grupo mais vulnerável que se vê impedido de exercer seus direitos fundamentais. Em seguida, a alteridade será apresentada como caminho para a ruptura deste ciclo de verdade-estigmatização-exclusão.

3.2.1.1 Pessoas em situação de rua que usam substâncias psicoativas: resultado de violações sistemáticas de direitos humanos

Sabe-se que, atualmente, a teoria dominante dos direitos humanos abraçou o reconhecimento de que seu titular é todo e qualquer ser humano, independentemente de cultura, etnia, religião, sexo, nacionalidade ou qualquer nota distintiva. Assim prescreve o artigo 5º, *caput*, da CRFB/1988. O móvel dessa transformação partiu da ideia de dignidade humana, diante da insuficiência do

⁷⁴⁹ COMISSÃO GLOBAL DE POLÍTICA SOBRE DROGAS. *Sob controle: caminhos para políticas de drogas que funcionam*. [S.l.]: Comissão Global de Política sobre Drogas, 2014. Disponível em: <http://static.squarespace.com/static/53ecb452e4b02047c0779e59/t/540da750e4b042802a384995/1410180944062/global_commission_PT.pdf>. Acesso em: 19 set. 2014.

⁷⁵⁰ CASTILHO, Ela Wiecko V. de. A eficácia invertida da internação involuntária. In: GRUPO DE TRABALHO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (Org.) *Drogas e cidadania: em debate*. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2012. p. 35-37. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/02/Drogas-e-cidadania.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2013. p. 36.

conceito liberal-individualista de ser humano⁷⁵¹. Contudo, faz-se imperativa a percepção de que a realidade contesta essa máxima diariamente. Ainda se perpetuam discursos de desumanização ou inferiorização de determinados grupos, seguindo-se a mesma lógica que sustentou o discurso colonial por séculos. A criação de estereótipos cria estigmas que passam a constituir o pano de fundo necessário para que se legitimem práticas que, embora apresentadas como benéficas, representam verdadeira violação dos direitos humanos.

Assim ocorre com os usuários de drogas, associados a “zumbis” ou outras imagens que provoquem sentimentos de rejeição perante a sociedade. O objetivo declarado de campanhas nesse sentido é fazer com que as pessoas, sobretudo os jovens, não entrem em contato com essas substâncias para que não cheguem a esse estado. Contudo, essa política de conscientização provoca o efeito colateral de provocar na população a sensação de que essas pessoas poluem a cidade, são sujas, perigosas e, por isso, não têm valor. A criação dessas imagens alimenta a produção da exclusão dos usuários e sua maior exposição a fatores de vulnerabilidade e atos arbitrários. As ações policiais para internação forçada de pessoas em situação de rua que usam drogas realizadas no Rio de Janeiro são o retrato fiel desse processo de desumanização⁷⁵².

Episódios como estes evidenciam a chancela à violação de direitos fundamentais através do enaltecimento do preconceito e estigma que recaem sobre os usuários de drogas, cujas trajetórias de vida e sofrimento são ignoradas. O contato com o crack é suficiente para justificar o uso da violência e o abuso de poder⁷⁵³. Para Karam, agentes sociais inconformados com as conquistas da Luta Antimanicomial vêm se apoiando na política proibicionista e no pânico criado em torno do crack para fazer avançar pretensões de modificação da lei com vistas ao restabelecimento da internação compulsória e, conseqüentemente, dos manicômios. Erroneamente se atribui à substância a causa de todos os males. Porém, sabe-se

⁷⁵¹ Cf. BRAGATO, Fernanda Frizzo. Direitos humanos no segundo pós-guerra: entre as respostas racionalistas da modernidade e o desafio das vulnerabilidades. In: STRECK, Lenio Luiz, ROCHA, Leonel Severo, ENGELMANN, Wilson. (Org.). *Constituição, sistemas sociais e hermenêutica*: anuário do programa de Pós-Graduação em Direito da UNISINOS: mestrado e doutorado. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012. v. 9. p. 125-126.

⁷⁵² GIRARDI, Giovana. Pesquisadores fazem manifesto contra ação policial na Cracolândia. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 29 jan. 2014. Disponível em: <<http://sao-paulo.estadao.com.br/noticias/geral,pesquisa-dores-fazem-manifesto-contra-acao-policial-na-cracolandia,1124467>>. Acesso em: 04 ago. 2014.

⁷⁵³ *Ibid.*

que o maior problema do usuário de crack não é a droga, mas sim as suas precárias condições de vida, a privação de seus direitos básicos⁷⁵⁴.

Mudar efetivamente essa realidade passa pela quebra do ciclo de desigualdade, pobreza e exclusão que marca a história brasileira⁷⁵⁵. O primeiro passo é fazer valer a dignidade humana nas práticas institucionais e governamentais. O artigo 1º, III da CRFB/1988 não deixa dúvidas quanto ao compromisso com a plena realização da pessoa humana, ao alçar a dignidade a fundamento da República Federativa do Brasil. Dentre as suas funções, destaca-se a política, enquanto referência para todo processo decisório político e jurídico, bem como a função hermenêutica e integradora, constituindo parâmetro para aplicação, interpretação e integração do ordenamento jurídico⁷⁵⁶. Portanto, desde o delineamento de políticas públicas até o julgamento de processos em que é requerida a internação compulsória de uma pessoa, a dignidade humana deve ser o farol dos gestores, profissionais da saúde e operadores do direito.

A despeito da impossibilidade de se talhar o conteúdo da dignidade humana, são importantes os esforços direcionados a uma melhor compreensão do seu teor. Sarlet, salientando que a dignidade humana é um termo vago, axiologicamente aberto e de conteúdo polissêmico, propôs uma aproximação de seu conteúdo. Embora ela não caiba em conceitos fixistas, o que seria incompatível com o pluralismo e a diversidade de valores identificados nas sociedades democráticas contemporâneas, acredita-se que deve haver um esforço na busca por um conceito jurídico-normativo cuja definição alcance pleno sentido e operacionalidade em face do caso concreto, ainda que em permanente processo de construção e desenvolvimento, evitando-se a sua aplicação arbitrária e voluntarista⁷⁵⁷. Nas palavras do autor:

[...] temos por dignidade da pessoa humana a qualidade intrínseca e distintiva reconhecida em cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que

⁷⁵⁴ KARAM, Maria Lúcia. Parte II – Capítulo 1: Internações: aspectos jurídicos, políticos e sua interface com a saúde mental. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Comissão de Direitos Humanos. (Org.) *Drogas, direitos humanos e laço social*. Brasília, DF: CFP, 2013. p. 148-156. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/Drogas-Direitos-Humanos-e-Laco-Social.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2014. p. 151-153.

⁷⁵⁵ *Ibid.*, p. 152.

⁷⁵⁶ SARLET, Ingo Wolfgang. Dignidade da pessoa humana e "novos" direitos na constituição de 1988: algumas aproximações. In: MARTEL, Leticia de Campos Velho (Org.). *Estudos contemporâneos de direitos fundamentais*. Rio de Janeiro: Lumen Jures, 2009. p. 104-106.

⁷⁵⁷ *Id.* Dignidade da pessoa humana, Parte II. In: BARRETTO, Vicente de Paulo (Coord.) *Dicionário de filosofia do direito*. São Leopoldo: Unisinos, 2006. *passim*.

assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e co-responsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos, mediante o devido respeito aos demais seres que integram a rede da vida⁷⁵⁸.

A dignidade seria, portanto, simultaneamente limite e tarefa dos poderes estatais e da comunidade em geral, assumindo uma dimensão defensiva e prestacional. Ela se manifesta simultaneamente: a) na expressão da autonomia da pessoa humana, notadamente na tomada de decisões essenciais a respeito da própria existência; b) na necessidade de proteção por parte da comunidade e do Estado, especialmente quando fragilizada. Para Sarlet, sua perspectiva assistencial poderá prevalecer em relação à dimensão autonômica, sempre que falem as condições para uma decisão própria e responsável. Além da dimensão ontológica, a dignidade também assume uma dimensão histórico-cultural, pois jamais poderá assumir um conteúdo universal e fixo, e uma dimensão comunitária ou social, já que todos são iguais em dignidade e direitos⁷⁵⁹.

A internação forçada para tratamento da dependência química, se inicialmente é realizada em nome da dignidade e do direito à saúde, põe em xeque esses mesmos referenciais e parece ignorar maiores reflexões sobre autonomia e liberdade. Em relação às pessoas em situação de rua o quadro se agrava, pois se trata de uma população à qual já são negados uma série de direitos fundamentais. Assim como constatado por Hart, acredita-se que “[...] a histeria emocional decorrente da péssima informação a respeito das drogas ilegais encobre os verdadeiros problemas enfrentados pelas pessoas marginalizadas [...]”⁷⁶⁰. Os itens seguintes serão dedicados à apresentação da rede de proteção às pessoas em situação de rua e o seu contraste com as operações de internação forçada, a partir de episódio ocorrido em São Paulo. Em seguida, a alteridade é apontada como lente necessária à superação do ciclo de estigmatização e exclusão a que se veem presos os usuários de drogas, sobretudo aqueles em situação de rua.

⁷⁵⁸ SARLET, Ingo Wolfgang. Dignidade da pessoa humana, Parte II. In: BARRETTO, Vicente de Paulo (Coord.) *Dicionário de filosofia do direito*. São Leopoldo: Unisinos, 2006. p. 223.

⁷⁵⁹ *Ibid.*, p. 219-220.

⁷⁶⁰ HART, Carl. *Um preço muito alto: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas*. Rio de Janeiro: Zahar, 2014. p. 9.

3.2.1.1.1 A incipiente rede de proteção das pessoas em situação de rua

A dura realidade das pessoas em situação de rua⁷⁶¹ é retrato fiel dos efeitos deletérios do preconceito e da exclusão. A elas são negados diariamente o exercício de direitos fundamentais, como o direito à saúde, educação, moradia, sem falar quando são sacrificados os seus direitos à vida e à liberdade de ir e vir. Suas reivindicações pouco têm reverberado na sociedade, sobretudo porque muitos acreditam que as pessoas que vivem nas ruas são responsáveis por sua própria situação, visão extremamente reducionista. Muitas das pessoas que estão nas ruas perderam seus empregos, romperam vínculos afetivos, situações que podem ser agravadas pela dependência química, dentre outras circunstâncias que tornaram a convivência em suas casas insustentável. Viver na rua é o resultado de um processo de perdas – do trabalho, da família, dos amigos, de perspectivas e esperança. A desigualdade social, alimentada pelo acúmulo de capital nas mãos de poucos e pela falta de investimento em direitos sociais, também não deixa a essas pessoas outra alternativa⁷⁶².

O preconceito (re)produz uma imagem negativa das pessoas de rua, rotulando-as como incapazes, vadias, ou até como criminosas. Os meios de comunicação reforçam esse estigma e o isolamento dessa população, ao disseminar o termo “mendigo”, por exemplo. O resultado desse processo é a exposição das pessoas em situação de rua aos mais bárbaros atos de violência e negação de direitos. Trata-se de uma manifestação evidente do racismo, do “poder matar” em tempos de “fazer viver”, da reação social a uma suposta ameaça. Esta reação pode assumir diversas formas: extermínios, espancamentos, retirada dos pertences, jatos de água, detenção por vadiagem, impedimento de acessar serviços e espaços públicos, expulsão das regiões centrais da cidade, cadastro e abrigamento

⁷⁶¹ Entende-se como população em situação de rua: “[...] o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.” (art. 1º, parágrafo único). BRASIL. *Decreto nº. 7.053, de 23 de dezembro de 2009*. Institui a política nacional para a população em situação de rua e seu comitê intersetorial de acompanhamento e monitoramento, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm>. Acesso em: 26 out. 2014.

⁷⁶² MOVIMENTO NACIONAL DA POPULAÇÃO DE RUA. *Conhecer para lutar*. Cartilha para formação política. [S.l.]: MNPR, 2010. Disponível em: <<http://www.polis.org.br/uploads/887/887.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2014. p. 7-8.

obrigatórios, apreensão de documentos e não atendimento pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)⁷⁶³.

Em reação aos episódios de violência e por repúdio às violações dos direitos fundamentais foi criado o Movimento Nacional da População de Rua (MNPR). Há notícias de articulação desde a década de 1960, mas foi somente após a chacina da Praça da Sé ocorrida em São Paulo, em 2004, que se iniciou a consolidação do movimento. O MNPR foi oficialmente lançado em 2005, durante o 4º Festival Lixo e Cidadania. Seu móvel é a reivindicação por políticas públicas que atendam às necessidades e resgatem a dignidade das pessoas em situação de rua, a partir de quatro bandeiras: a) resgate da cidadania por meio de trabalho digno; b) salários suficientes para o sustento; c) moradia digna; d) atendimento à saúde⁷⁶⁴. Uma das conquistas do MNPR é a Política Nacional para a Inclusão Social da População em Situação de Rua, lançada em 2008 e instituída pelo Decreto nº. 7.053/2009.

Este documento visa orientar a construção e execução de políticas públicas voltadas a este grupo, de modo a viabilizar a (re)integração dessas pessoas às suas redes familiares e comunitárias, bem como o acesso pleno a direitos e oportunidades de desenvolvimento social. Antes da exposição dos princípios e diretrizes, é ressaltada a necessidade de desconstruir a bipolaridade entre normal e anormal, compreendendo-se a rua como um espaço produtor de realidades cuja ocupação não representa a violação de um espaço limpo e vazio. A política nacional se estrutura em dois eixos principais: a) conjugação das ações municipais, estaduais e federais, que devem se articular de forma complementar para atender as demandas da população; b) interdisciplinaridade e intersetorialidade das estratégias, em conjunto com instituições e movimentos da sociedade civil organizada⁷⁶⁵.

Dentre os princípios que norteiam a Política Nacional para Inclusão das Pessoas em Situação de Rua estão a promoção da cidadania, dos direitos humanos, e o direito ao usufruto, permanência, acolhida e inserção na cidade. Dentre as diretrizes, destaque-se o desenvolvimento de ações intersetoriais para o desenvolvimento de três eixos – a garantia dos direitos, o resgate da autoestima e a

⁷⁶³ MOVIMENTO NACIONAL DA POPULAÇÃO DE RUA. *Conhecer para lutar*. Cartilha para formação política. [S.l.]: MNPR, 2010. Disponível em: <<http://www.polis.org.br/uploads/887/887.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2014. passim.

⁷⁶⁴ *Ibid.*, p. 28-30.

⁷⁶⁵ BRASIL. Governo Federal. *Política nacional para inclusão social da população em situação de rua*. Brasília, DF: [S.l.], 2008. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/backup/arquivos/versao_da_pnpr_para_consulta_publica.pdf>. Acesso em: 26 out. 2014. p. 3-7.

reorganização dos projetos de vida. Além de princípios e diretrizes, o plano traz uma série de ações estratégicas em oito áreas: direitos humanos, trabalho e emprego, desenvolvimento urbano e habitação, assistência social, educação, segurança alimentar e nutricional, saúde e cultura. Em saúde, é destacada a necessidade de fortalecimento das ações de atenção à saúde mental, principalmente os casos de transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, facilitando-se o acesso aos Centros de Atendimento Psicossociais (CAPS I, II, III e ad)⁷⁶⁶.

De acordo com o artigo 2º do decreto, a Política Nacional para a População em Situação de Rua será articulada entre a União e os demais entes federativos por meio de instrumento de adesão próprio, no qual serão definidas as atribuições e responsabilidades a serem compartilhadas⁷⁶⁷. A coordenadora do MNPR observa que poucos gestores conhecem essa normativa. Apesar da existência de um Comitê técnico no MS, as propostas não avançam nos Estados e Municípios, o que ela atribui ao grande preconceito contra as pessoas em situação de rua. Verbas repassadas da União para municípios investirem em programas de inclusão da população de rua retornam aos cofres federais porque não se sabe lidar com isso em termos de gestão. Também seriam desconhecidas pelos gestores e funcionários dos serviços públicos as portarias do MS voltadas à população de rua, a exemplo da Portaria nº. 940/2011 (art. 23, § 1º) que dispensa a obrigatoriedade de informar o endereço do domicílio permanente para fins de cadastramento ou atendimento no SUS (informação verbal)⁷⁶⁸.

Um dos objetivos do MNPR é transformar a Política Nacional em lei, para que os direitos ali previstos sejam assegurados⁷⁶⁹. O adoecimento é um evento comum, seja como causa ou consequência do viver na rua. De acordo com a Pesquisa Nacional sobre a População de Rua, desenvolvida pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), 35,5% dos 31.992 moradores de

⁷⁶⁶ BRASIL. Governo Federal. *Política nacional para inclusão social da população em situação de rua*. Brasília, DF: [S.l.], 2008. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/backup/arquivos/versao_da_pnpr_para_consulta_publica.pdf>. Acesso em: 26 out. 2014. p. 14-20.

⁷⁶⁷ Id. *Decreto nº. 7.053, de 23 de dezembro de 2009*. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm>. Acesso em: 26 out. 2014.

⁷⁶⁸ Informação coletada durante debate no Programa EspaSUS, durante fala de Maria Lúcia Santos Pereira, Coordenadora do Movimento Nacional da População de Rua, exibido no dia 21 de agosto de 2014 pela TVT. VULNERABILIDADE. *EspaSUS*. São Bernardo do Campo: TVT, 21 ago. 2014. Programa de TV. 48 min. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=R5BxpMNdL-Q>>. Acesso em: 21 ago. 2014.

⁷⁶⁹ BRASIL. Governo Federal. *Política nacional para inclusão social da população em situação de rua*. Brasília, DF: [S.l.], 2008. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/backup/arquivos/versao_da_pnpr_para_consulta_publica.pdf>. Acesso em: 26 out. 2014. p. 3-7.

rua entrevistados em 71 municípios pelo país declararam que o uso de álcool e/ou outras drogas constituiu a razão da ida para as ruas. Esta foi a principal causa apontada, seguida de desemprego (29,8%) e desavenças familiares (29,1%)⁷⁷⁰. As pessoas em situação de rua são expostas a diversos fatores que potencializam o risco de doença, como vulnerabilidade a violências, ingestão de alimentos e água contaminados, variações climáticas extremas e outros. Trata-se de um contexto muito particular e que merece uma abordagem específica das equipes de saúde. Infelizmente, a cobertura pelas equipes de Saúde da Família é limitada, não havendo equipes específicas para atender esse grupo social em muitos municípios⁷⁷¹.

A falta de tempo para buscar atendimento médico é outro problema. Segundo os dados do MDS, a maior parte das pessoas em situação de rua realizam atividade remunerada (70,9%), em regra no mercado informal. São catadores(as) de material reciclável, flanelinhas ou trabalham na construção civil, por exemplo⁷⁷². Por seu sustento depender dessas atividades, torna-se difícil deixar de trabalhar um turno para buscar atendimento à saúde. Os catadores, por exemplo, recebem de acordo com os quilos de material que conseguiram reunir, sendo difícil parar e se deslocar à Unidade Básica de Saúde mais próxima tendo em vista o impacto disso na sua renda. Muitos também sentem vergonha de buscar atendimento na Unidade Básica de Saúde por suas condições de higiene ou vestimentas mal cuidadas⁷⁷³. De acordo com a pesquisa do MDS, 18,4% dos entrevistados relataram que já foram impedidos

⁷⁷⁰ BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Meta Instituto de Pesquisa e Opinião. *Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua* – sumário executivo. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2008. Disponível em: <http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/31/Documentos/sum%C3%A1rio_executivo_pop_rua_pesq_censo_MDS.pdf>. Acesso em: 26 out. 2014. p. 6-7.

⁷⁷¹ Id. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf>. Acesso em: 26 out. 2014. p. 51.

⁷⁷² Id. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Meta Instituto de Pesquisa e Opinião. *Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua* – sumário executivo. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2008. Disponível em: <http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/31/Documentos/sum%C3%A1rio_executivo_pop_rua_pesq_censo_MDS.pdf>. Acesso em: 26 out. 2014. p. 10.

⁷⁷³ Id. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf>. Acesso em: 26 out. 2014. p. 51-53.

de receber atendimento na rede de saúde⁷⁷⁴.

Além do atendimento à saúde insuficiente, o desenvolvimento de estratégias mais adequadas à realidade da população de rua são alvo de resistência, pois ainda há quem entenda que essas estratégias, ao compreenderem a rua como espaço de vida dessas pessoas, estariam estimulando a sua permanência nesta condição. Contudo, o que a prática demonstra é que a criação de vínculos com a equipe e o recebimento de atenção e cuidado aumenta as chances do morador de rua desenvolver sua autonomia e deixar de viver na rua. A criação desses vínculos entre profissional e paciente, respeitando sua autonomia e evitando juízos morais, é um grande desafio. É fundamental a sensibilização do profissional, para que veja nas pessoas que vivem na rua cidadãos brasileiros portadores de todos os direitos garantidos pela ordem jurídica⁷⁷⁵.

Infelizmente, essas pessoas chegam ao SUS pelos serviços de urgência e emergência, quando sua enfermidade se tornou crônica ou atingiu quadros agudos. Dentre os problemas de saúde mais comuns na população de rua está o consumo de drogas. Por esta condição estar associada com outras vulnerabilidades, este é um quadro que desafia as equipes de cuidado a desenvolverem abordagens adequadas, capazes de diminuir danos e promover saúde. Para diminuir a distância entre as pessoas que vivem na rua e os profissionais de saúde, foram concebidos os Consultórios na Rua⁷⁷⁶. As diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua (eCR) foram definidas na Portaria nº. 122/2011 do MS. As eCR são multiprofissionais, itinerantes e desenvolvem ações de atenção básica no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial⁷⁷⁷.

O Consultório na Rua foi concebido como estratégia capaz de lidar com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua. A portaria prevê expressamente que, entre as suas atividades, está a busca ativa e o

⁷⁷⁴ BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Meta Instituto de Pesquisa e Opinião. *Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua – sumário executivo*. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2008. Disponível em: <http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/31/Documentos/sum%C3%A1rio_executivo_pop_rua_pesq_censo_MDS.pdf>. Acesso em: 26 out. 2014. p. 13.

⁷⁷⁵ Id. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf>. Acesso em: 26 out. 2014. p. 53-54.

⁷⁷⁶ *Ibid.*, p. 73.

⁷⁷⁷ Id. Ministério da Saúde. *Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011*. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html>. Acesso em: 26 out. 2014.

cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas. Fará parte da equipe um agente social que será responsável por atividades que garantam a atenção, defesa e proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social, bem como que aproximem os demais membros da equipe dos valores, modos de vida e cultura da população de rua. Esses agentes sociais terão, preferencialmente, experiência prévia em atenção a pessoas em situação de rua e/ou trajetória de vida em situação de rua. Trabalhar junto aos usuários de drogas, agregando conhecimentos básicos sobre redução de danos, está entre as suas atribuições⁷⁷⁸.

As estratégias de redução de danos têm se mostrado uma importante ferramenta para aproximação e cuidado das pessoas em situação de rua, sobretudo porque a abstinência não é imposta como meta. A motivação das pessoas dependentes químicas para interromper o uso da substância psicoativa é flutuante. Por isso, o MS orienta que os profissionais de saúde não adotem posturas extremas: nem impor o tratamento e exigir abstinência, nem aguardar passivamente que o paciente tome todas as decisões. Ambas as atitudes seriam equivocadas e improdutivas. Quando o tratamento é baseado na lógica da redução de danos, o seu objetivo, metas intermediárias e procedimentos são discutidos com o paciente. Sua participação ativa aumenta a motivação e engajamento. A interrupção do uso de drogas quase sempre é um dos objetivos, mas não deve ser o único. Devem ser buscados e valorizados outros avanços, como evitar colocar-se em risco, recuperar laços familiares, retomar o emprego⁷⁷⁹. A despeito dessas diretrizes e práticas, há gestores públicos que ainda optam por intervenções de viés repressivo, como se verá a seguir.

3.2.1.1.2 *Matizes da “Operação Sufoco”: a gestão biopolítica do espaço público às custas da população de rua*

Como se viu ao longo do item 3.1.2, o que tem prevalecido em âmbito nacional são os investimentos na abertura de leitos psiquiátricos para internação de usuários de drogas. Nessa linha, operações de internação forçada têm ocorrido à

⁷⁷⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011*. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude/legis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html>. Acesso em: 26 out. 2014.

⁷⁷⁹ Id. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_ua.pdf>. Acesso em: 26 out. 2014. p. 73.

revelia da legislação e das diretrizes do MS. Conforme a pesquisa do MDS, a maior parte da população de rua tem histórico de internação em diversas instituições, 16,7% em hospitais psiquiátricos⁷⁸⁰. Tentar-se-á explicar esses desencontros entre diretrizes e práticas, explorando-se as noções de dispositivo de segurança e governamentalidade em Foucault. Para tanto, será analisado mais de perto um dos episódios ocorridos na cidade de São Paulo em 2012, denominado “Operação Sufoco”. Trata-se de uma intervenção da PM realizada na “cracolândia” para desfazer a rede de tráfico de drogas na região e compelir os usuários a buscar tratamento. Espera-se, com isto, tornar mais claras as relações de poder que perpassam o fenômeno, relações estas que vão muito além do âmbito jurídico.

De acordo com Foucault, a preocupação com a segurança levou a sociedade a desenvolver o seguinte tipo de raciocínio: se perguntar de que forma é possível manter um tipo de criminalidade (o roubo, o porte e tráfico de drogas, por exemplo) dentro de limites social e economicamente aceitáveis, em torno de uma média considerada ótima para um funcionamento social desejável. Esse mecanismo de poder é distinto do mecanismo legal ou jurídico, que segue a divisão binária entre permitido e proibido, e do mecanismo disciplinar, que faz surgir em torno da lei uma série de mecanismos de vigilância e correção. Trata-se de uma terceira forma, denominada por Foucault de “dispositivo de segurança”. Este dispositivo irá inserir o fenômeno – *in casu*, o delito – numa série de acontecimentos prováveis, num cálculo de custo pelo qual se possa fixar uma média considerada ótima e os limites do aceitável⁷⁸¹.

Os demais mecanismos não deixam de existir, passam a funcionar sob uma nova lógica, viabilizando-a. As medidas legislativas, por exemplo, se expandem cada vez mais por constituírem formas de implantação dos mecanismos de segurança. A lei penal deixa de apontar o crime simplesmente, versando sobre o estatuto penal das crianças, dos doentes mentais e da vigilância dos indivíduos uma vez institucionalizados. Da mesma forma, as disciplinas são fortemente ativadas pelo estabelecimento dos mecanismos de segurança. Para se garantir segurança é

⁷⁸⁰ BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Meta Instituto de Pesquisa e Opinião. *Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua – sumário executivo*. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2008. Disponível em: <http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/31/Documentos/sum%C3%A1rio_executivo_pop_rua_pesq_censo_MDS.pdf>. Acesso em: 26 out. 2014. p. 8.

⁷⁸¹ FOUCAULT, Michel. *Segurança, Território, População*: curso dado no Collège de France (1977-1978). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008. p. 8-10.

necessário recorrer a uma série de técnicas de vigilância dos indivíduos, de diagnóstico e classificação da sua estrutura mental. Foucault destaca que os mecanismos legal, disciplinar e de segurança, portanto, não se sucederam ao longo da história. Cada um se fez presente em todas as épocas, embora sua mecânica tenha passado por modificações e por haver períodos em que um se destaca em relação aos outros, mas estão sempre correlacionados⁷⁸².

Enquanto a disciplina é centrípeta, circunscreve um espaço no qual seu poder e mecanismos poderão funcionar livremente, a segurança é centrífuga, tende a ampliar o seu campo de análise e operação. Enquanto a disciplina regulamenta tudo, nos mínimos detalhes, a segurança se apoia em detalhes considerados não pertinentes – não considerados bons ou ruins – para obter algo no nível daquilo que se considera pertinente, como se verá, no nível da população. O modelo disciplinar, assim como o jurídico, opera com o binômio permitido e proibido. O que se deve fazer é inteiramente regulado, restando à parcela indeterminada a proibição. No dispositivo segurança não se parte deste binômio permitido-proibido. Ele implica em um distanciamento capaz de revelar como as coisas irão se produzir, independentemente de serem desejáveis ou não. É apoiado na realidade, fazendo seus elementos atuarem entre si, que o mecanismo de segurança opera e interfere nos fenômenos populacionais. Em suma, a regulação dos elementos da realidade compõe o núcleo dos dispositivos de segurança⁷⁸³.

No campo da penalidade, esses mecanismos de segurança se dedicam a perquirir a relação econômica entre o custo da repressão e o custo da delinquência. Foucault também identificou na Medicina uma mudança de abordagem. Enquanto os leprosos foram excluídos e, diante da peste, estabeleceu-se a quarentena, os mecanismos direcionados à varíola a partir do século XVIII retratavam um outro tipo de preocupação: saber quantas pessoas foram contaminadas, com que idade, quais são os efeitos, as sequelas, os riscos e a mortalidade se realizada a inoculação para conter a disseminação da doença. Vê-se, portanto, que o problema central é o das epidemias e campanhas médicas pelas quais seja possível interferir nos fenômenos epidêmicos e endêmicos. Nestas e outras áreas, os mecanismos de segurança estariam mais em evidência. Suas características principais seriam: a) espaços de

⁷⁸² FOUCAULT, Michel. *Segurança, Território, População*: curso dado no Collège de France (1977-1978). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008. p. 10-11.

⁷⁸³ *Ibid.*, p. 59-61.

segurança; b) o problema do tratamento do aleatório; c) a forma de normalização específica da segurança, diversa da normalização disciplinar; d) a correlação entre a técnica de segurança e a população⁷⁸⁴. Tentar-se-á uma aproximação destas características com o episódio cuja análise foi proposta.

A segurança, assim com a disciplina e a soberania, lida com multiplicidades. Porém, a relação com o espaço é diferente em cada um destes mecanismos. Para explicar essas diferenças, Foucault utiliza a cidade como exemplo. No século XVIII, a cidade deixa de ser uma extensão territorial demarcada espacial, jurídica e administrativamente para se tornar um espaço de circulação. A segurança, além de se preocupar com a disposição do espaço, escoamento das águas e passagem do ar, irá trabalhar com dados materiais que possibilitem a maximização dos elementos positivos, que permitam a circulação da melhor maneira possível, e minimização do que é negativo por representar um risco ou inconveniência, como os crimes, as doenças, tendo-se a consciência de que estes nunca serão eliminados. O meio, enquanto espaço no qual se movimenta o temporal e o aleatório, ofereceria os dados que permitiriam uma estimativa de probabilidades de determinados fenômenos. Na qualidade de campo de intervenção, o meio buscará atingir a população⁷⁸⁵.

A “Operação Sufoco” foi, eminentemente, uma intervenção no espaço urbano cujo alvo era a circulação de dois elementos, usuários e traficantes, circulação esta considerada negativa por representar um risco à população em duas frentes – doença e crime. Rui relata que a operação começou no dia 3 de janeiro de 2012 e se estendeu por quase um mês. Um grande contingente de policiais militares adentrou a área no centro de São Paulo identificada como “cracolândia”, impelindo os usuários de crack a deixar o local. O esvaziamento da área era o objetivo imediato. Para a autora, o episódio materializou aquilo que tem se mostrado cada vez mais evidente: “[...] a área se tornou um dos grandes centros da questão social brasileira contemporânea”⁷⁸⁶. Sobre o ocorrido, declarou membro da DP de São Paulo: “A operação é voltada para o cuidado com o lugar, e não com as pessoas em

⁷⁸⁴ FOUCAULT, Michel. *Segurança, Território, População*: curso dado no Collège de France (1977-1978). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008. p. 12-15.

⁷⁸⁵ Ibid., p. 16-28.

⁷⁸⁶ RUI, Taniele. Depois da “Operação Sufoco”: sobre o espetáculo policial, cobertura midiática e direitos na “cracolândia” paulistana. *Contemporânea*, São Carlos, v. 3, n. 2, p. 287-310, jul.-dez. 2013. Disponível em: <<http://www.contemporanea.ufscar.br/index.php/contemporanea/article/view/144/80>>. Acesso em: 13 nov. 2014. p. 288.

estado de vulnerabilidade⁷⁸⁷. Embora levada a cabo a intervenção espacial, o modo como realizada revela um grande desconhecimento do acontecimento sob o qual se quis intervir: a venda e o uso de drogas no espaço público.

O tratamento do aleatório, a relação do governo com o acontecimento, é a segunda característica dos dispositivos de segurança. Neste ponto, Foucault utilizou o fenômeno da escassez alimentar como exemplo. Observou que as medidas jurídico-disciplinares a respeito deram lugar a uma liberdade para a ocorrência do fenômeno, o que acarretaria sua autorregulação. Deixaria de haver escassez alimentar em geral desde que houvesse, para toda uma série de pessoas, uma certa carestia, dificuldade de comprar trigo, até fome. É deixando algumas pessoas passar dificuldades que se impede que a escassez atinja toda a população maciçamente⁷⁸⁸. “A escassez-flagelo desaparece, mas a escassez que faz os indivíduos morrerem não só não desaparece, como não deve desaparecer⁷⁸⁹. O fenômeno passa a ser considerado em dois níveis: o nível da população, no qual operam as ações econômico-políticas do governo, e o nível da multiplicidade dos indivíduos, nível que só será pertinente na exata medida em que ele possibilite o que se pretende no primeiro, este sim considerado pertinente *per se*⁷⁹⁰.

Para Foucault, essa divisão não é real. Ela se desenvolve no interior do saber-poder, no interior da tecnologia e da gestão econômica. Enquanto a população é pertinente como objetivo, a multiplicidade dos indivíduos apenas o será de modo instrumental, quando for condição para obter algo no nível da população. A população não é a mera soma de indivíduos, daí se dizer que ela se tornou um novo personagem no século XVIII. Ela aparece tanto como objeto, sobre o qual recaem os mecanismos que nela incidem para que se produzam determinados efeitos, e como sujeito, pois é a ela que se demanda um determinado comportamento. Todo aquele que resiste à regulação da população, que tenta escapar dos dispositivos por meio dos quais ela existe e se mantém num nível ótimo, faz parte do povo. Esta oposição povo/população não pode ser reduzida àquela entre sujeito obediente/delinquente⁷⁹¹. A população seria um conjunto de processos que é preciso administrar naquilo que

⁷⁸⁷ MONCAL, Joana; DELMANTO, Júlio; PIMENTEL, Spensy. Crack, epidemia de desinformação. *Rede Brasil Atual*, [S.l.], 12 fev. 2012. Disponível em: <<http://www.redebrasilatual.com.br/revistas/68/saude>>. Acesso em: 13 nov. 2014.

⁷⁸⁸ FOUCAULT, Michel. *Segurança, Território, População*: curso dado no Collège de France (1977-1978). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008. p. 54-55.

⁷⁸⁹ *Ibid.*, p. 55.

⁷⁹⁰ *Ibid.*, p. 55.

⁷⁹¹ *Ibid.*, p. 56-58.

têm de natural, não se reduzindo à soma de indivíduos que vive em um território sobre os quais incide um poder soberano, de forma direta⁷⁹².

As pessoas em situação de rua que usam substâncias psicoativas seriam, à luz dessas passagens da obra foucaultiana, população ou povo? Rui assinala que a “Operação Sufoco” veio atender a uma série de demandas difusas que pedem o fim das “cracolândias”. Intervenções como essa têm sido reproduzidas com cada vez mais violência e vigor nos centros urbanos. Não há preocupação com os usuários, cuja presença ali é indesejável⁷⁹³. Logo, vê-se que a intervenção foi um instrumento para se atingir um objetivo a nível de população, âmbito em que operam as ações de cunho político e econômico do governo. Os usuários de droga seriam, portanto, povo, multiplicidade de indivíduos que serve de massa de manobra à razão governamental para que objetivos que lhes são anteriores sejam alcançados. No caso em tela, essas pessoas precisariam ser removidas dali já. Como bem salienta Rui, esse intento terminou por não ser alcançado: a ação policial provocou a dispersão dos usuários e a reocupação de outros espaços da cidade⁷⁹⁴.

A região da Luz, onde está localizada a “cracolândia”, é alvo de disputas imobiliárias há décadas, elemento que não poder ser ignorado. Não foi a primeira vez que são concretizadas propostas de intervenção urbana para afastar o usuário de crack da visibilidade pública. Rui, que estuda a região, refere perceber uma crescente articulação entre mercado imobiliário, violência policial e desrespeito a direitos⁷⁹⁵. Seja para atender os interesses do mercado imobiliário, dos comerciantes da região ou dos moradores incomodados com a presença dos usuários de crack na via pública, certo é que operações como esta nunca visam proteger o interesse dele, do usuário em situação de rua. Durante o período em que a “Operação Sufoco” foi realizada, era anunciado pela mídia a todo instante o balanço das intervenções: número de presos, de pessoas encaminhadas para os serviços de saúde, de apreensão de drogas, enfim, dados estatísticos que mediam o seu impacto e que

⁷⁹² FOUCAULT, Michel. *Segurança, Território, População*: curso dado no Collège de France (1977-1978). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008. p. 92-93.

⁷⁹³ RUI, Taniele. Depois da “Operação Sufoco”: sobre o espetáculo policial, cobertura midiática e direitos na “cracolândia” paulistana. *Contemporânea*, São Carlos, v. 3, n. 2, p. 287-310, jul.-dez. 2013. Disponível em: <<http://www.contemporanea.ufscar.br/index.php/contemporanea/article/view/144/80>>. Acesso em: 13 nov. 2014. p. 289.

⁷⁹⁴ *Ibid.*, p. 290.

⁷⁹⁵ *Ibid.*, p. 307.

tentavam, de certa forma, justificar a abordagem⁷⁹⁶. Isto bem ilustra como se dá a normalização no dispositivo segurança.

A normalização se manifesta de modo diferente nos dispositivos de segurança, não se confundindo com aquela identificada por Foucault ao estudar o poder disciplinar. A normalização disciplinar decompõe os gestos em elementos suficientes para percebê-los e modificá-los: classifica os elementos em função de objetivos determinados, estabelece as sequências ou coordenações ótimas de uma ação, estabelece mecanismos de adestramento progressivo e controle permanente e, ao fim, demarca aqueles considerados aptos ou inaptos para uma dada atividade (ser soldado, ser operário, dentre outros exemplos que aparecem na obra de Foucault). O fundamental na normalização disciplinar não é o normal ou o anormal, mas sim a norma. Seu caráter prescritivo é o que possibilita a identificação dos primeiros. É por essa centralidade da norma que Foucault passa a denominar a normalização disciplinar de “normação”⁷⁹⁷.

Para explicar a normalização característica da segurança, o autor retoma o exemplo da epidemia de varíola no século XVIII. Na época, a varíola era uma doença amplamente endêmica, ao ponto de que toda criança tinha duas chances em três de contrair a doença. A mortalidade era elevada e os períodos de surto eram particularmente intensos. Desde 1720, com a inoculação e, após, a vacina em 1800, havia técnicas preventivas à disposição (ainda não inscritas na racionalidade médica), cuja eficácia era certa e que poderia ser disponibilizada a toda a população. Essas características possibilitaram que o fenômeno pudesse ser tratado em termos estatísticos, por cálculo de probabilidades, tornando a inoculação e a vacinação técnicas a serviço dos dispositivos de segurança. A partir deste episódio, as doenças deixam de ser identificadas com um determinado tempo e local, passando-se a pensar na distribuição de casos em uma população, nos seus riscos (por idade, por gênero), perigos (zonas de maior ou menor risco), e possíveis crises (fenômeno circular de multiplicação dos casos de uma doença e deflagração de outras a ela relacionadas)⁷⁹⁸.

⁷⁹⁶ RUI, Taniele. Depois da “Operação Sufoco”: sobre o espetáculo policial, cobertura midiática e direitos na “cracolândia” paulistana. *Contemporânea*, São Carlos, v. 3, n. 2, p. 287-310, jul.-dez. 2013. Disponível em: <<http://www.contemporanea.ufscar.br/index.php/contemporanea/article/view/144/80>>. Acesso em: 13 nov. 2014. p. 290.

⁷⁹⁷ FOUCAULT, Michel. *Segurança, Território, População*: curso dado no Collège de France (1977-1978). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008. p. 74-75.

⁷⁹⁸ *Ibid.*, p. 76-81.

Estas noções permeiam uma série de intervenções que não tem como objetivo anular a doença em todos os sujeitos acometidos por ela, ou impedir o contato dos doentes com os saudáveis, como se intentou ao isolar os leprosos. A meta é chegar a um coeficiente de mortalidade provável em uma dada população, no *continuum* de doentes e não-doentes. Para tanto, se estabeleceram uma série de estatísticas, para que se pudesse ter uma ideia da morbidade ou mortalidade “normal”. Essa normalidade geral será, ainda, fracionada de acordo com a localidade, idade, profissões, de modo que essas diversas curvas possam ser mantidas próximas à curva geral de normalidade. Nas disciplinas, a identificação do anormal parte da norma. Aqui, em lugar de se identificar o normal e o anormal, serão calculadas curvas de normalidade e a operação de normalização consistirá em fazer com que essas diferentes distribuições de normalidade funcionem uma em relação às outras, de modo que as mais desfavoráveis se aproximem das mais favoráveis. Essas distribuições é que irão constituir a norma, fazendo-se o caminho inverso ao disciplinar, portanto⁷⁹⁹.

Já se viu que o uso de drogas, sobretudo o crack, tem sido considerado um fenômeno fora de controle. Basta recordar a divulgação intensa da informação de que o Brasil está vivendo uma epidemia de crack. Trata-se de um fenômeno, portanto, que atende mal à distribuição de normalidade. Analisando-se especificamente o uso de drogas em espaços públicos, sobretudo nas grandes capitais, pode-se dizer que se está diante de uma circunstância que escapa quase que completamente a essa normalização dos dispositivos de segurança. Sabe-se que anular o fenômeno não é possível, que a insistência internacional em fixar metas para um “mundo livre de drogas” é menos um desejo genuíno e mais uma falácia de bases frágeis, cujo intuito é sustentar as abordagens proibicionistas e repressivas. A circulação das substâncias psicoativas ilícitas, dos atores sociais envolvidos, é este o fenômeno a ser controlado pelos dispositivos de segurança. É a cidade, no final das contas, que está no cerne das preocupações destes dispositivos, mais precisamente o problema de como as coisas devem ou não circular⁸⁰⁰.

⁷⁹⁹ FOUCAULT, Michel. *Segurança, Território, População*: curso dado no Collège de France (1977-1978). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008. p. 81-83.

⁸⁰⁰ Foucault faz referência a “circulação” em sentido amplo: “[...] como troca, como contato, como forma de dispersão, como forma de distribuição [...]”. Ibid., p. 84.

Diferentemente do poder soberano, cuja preocupação primordial era a segurança do (soberano que reina no) território, os dispositivos de segurança se dedicam à segurança da população e, conseqüentemente, de quem a governa. Para tanto, as circulações são controladas, mantendo-se as boas e anulando-se os possíveis perigos. O mecanismo de segurança tampouco está conectado ao eixo da relação soberano-súdito. Como já indicado, ele recai sobre a forma com que os elementos de realidade se relacionam uns em relação aos outros. Diferentemente da lei e das disciplinas, esses mecanismos não visam repercutir a vontade de uns sobre os outros. Trata-se de fazer surgir um certo nível de pertinência das ações governamentais, tornando-as necessárias e suficientes aos olhos do próprio governo e dos governados. O governo das populações, portanto, é uma economia de poder completamente distinta do exercício da soberania⁸⁰¹.

Esse governo da população não é da ordem da obediência ou revolta em face de um soberano. A população depende de tantas variáveis que ela deixa de ser transparente à ação do soberano, escapando da ação direta de seu poder na forma da lei. Por isso, Foucault chega a dizer que a população se apresenta como um fenômeno da natureza, que não se pode mudar por decreto, mas que também não é impenetrável. É a forma de intervenção que muda: deixa de ser pautada na obediência à vontade do soberano para se voltar a elementos que, embora aparentemente distantes da população (ex. fluxos de moeda, importações, exportações), podem efetivamente agir sobre ela, o que se sabe através de cálculos, análise e reflexão. O motor de ação da população é o desejo, ponto em que também age essa nova forma de governamentalidade⁸⁰². Dentre os mecanismos de gestão da população está o jogo do desejo, formas de fazê-la agir dentro de certos limites, o que termina por produzir um interesse coletivo. Inaugura-se uma nova série: segurança – população – governo⁸⁰³.

A despeito das severas críticas à “Operação Sufoco”, pesquisa realizada pelo Datafolha indicou que a intervenção militar na “cracolândia” contou com grande aprovação popular. De acordo com a pesquisa referida: 82% dos paulistanos

⁸⁰¹ FOUCAULT, Michel. *Segurança, Território, População*: curso dado no Collège de France (1977-1978). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008. p. 83-87.

⁸⁰² Essa nova razão de governar foi identificada pelos economistas diante dos exageros do poder de polícia/disciplinar, demonstrado por Foucault a partir do exemplo da escassez de cereais. A razão econômica deu forma a uma nova razão de Estado, cuja racionalidade se desenvolve em meio à naturalidade da sociedade, pensada a nível de população. A economia se torna conhecimento científico essencial à prática do governo, deixando-se evidente as relações entre saber e poder. *Ibid.*, p. 468-470.

⁸⁰³ *Ibid.*, p. 92-99.

concordaram com a ação da PM, embora mesmo percentual tenha declarado acreditar que as pessoas dali retiradas irão buscar droga em outras regiões da cidade. Neste mesmo universo, 57% não acredita em uma ação definitiva para acabar com o tráfico de drogas e 36% culpam o governo, seguidos de 24% que culpam os usuários e 22% que culpam os traficantes⁸⁰⁴. O mesmo governo que é responsabilizado pela situação caótica nas “cracolândias” é aquele que recebe apoio popular ao intervir nesse espaço para retirar dali os usuários de drogas, os anormais, aqueles que representam uma ameaça não só em termos de segurança como também de matriz biológica, base do racismo que os torna inimigos da sociedade. Esta rejeição explica a aprovação de intervenções militares como a referida.

O objetivo central dessa nova governamentalidade, que surgiu em meados do século XVIII⁸⁰⁵, será o de garantir a segurança dos fenômenos naturais da sociedade, quais sejam, os processos econômicos ou os processos intrínsecos à população⁸⁰⁶. Justamente para atingir os objetivos do governo, desenvolveu-se uma limitação interna à ação governamental, a saber, uma limitação de fato (não de direito), geral, que divide as coisas a fazer e não fazer, que, se desobedecida, não tornará o governo ilegítimo, mas indicará se tratar de um governo inábil, que não faz o que convém. Esse tipo de cálculo que permite à razão governamental se autolimitar não é o Direito. A prática judiciária passou a constituir um limite externo à razão governamental nos séculos XVI e XVII, forma de impor limites à extensão indefinida da razão de Estado de polícia⁸⁰⁷. O Direito, portanto, do exterior da prática governamental, a impõe limites em termos de violação de direitos e liberdades fundamentais, com previsão de sanções. Não é mais o abuso da soberania que se irá objetar, mas sim o excesso do governo, a racionalidade de suas práticas⁸⁰⁸.

⁸⁰⁴ MARINHEIRO, Vaguinaldo. 82% dos paulistanos apoiam ação policial na cracolândia. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 29 jan. 2012. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/poder/22794-82-dos-paulistanos-apoiam-acao-policial-na-cracolandia.shtml>>. Acesso em: 13 nov. 2014.

⁸⁰⁵ Essa nova arte de governar Foucault denomina de “liberalismo”. A liberdade deixa de ser apenas um direito individual oposto ao poder para se tornar um elemento indispensável à própria governamentalidade, que agora se apresenta como o sistema da razão do Estado mínimo ou frugal. FOUCAULT, Michel. *Segurança, Território, População*: curso dado no Collège de France (1977-1978). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008. p. 474-475.

⁸⁰⁶ *Ibid.*, p. 474-475.

⁸⁰⁷ Foucault denominou de “Estado de polícia” uma forma de organização da razão de Estado voltada à “[...] regulamentação indefinida do país de acordo com o modelo de uma organização urbana densa”. O Estado de polícia estaria correlacionado, no âmbito econômico, com o mercantilismo. Cf. FOUCAULT, Michel. *Nascimento da biopolítica*: curso dado no Collège de France (1978-1979). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008. p. 8.

⁸⁰⁸ *Ibid.*, p. 11-18.

Seria a “economia política” a responsável por essa limitação interna⁸⁰⁹ da governamentalidade, enquanto espécie de reflexão sobre a organização, distribuição e limitação dos poderes em uma dada sociedade. Isto se fez possível, sobretudo, porque, diferentemente do Direito, a economia política se formou no âmbito dos objetivos que a razão de Estado havia estabelecido para a arte de governar – a saber, o enriquecimento do Estado e a garantia de uma concorrência proveitosa com os demais Estados. A economia política não questiona a prática governamental em termos de direito ou legitimidade. Ela não foca em suas origens, mas sim nos seus efeitos, ou seja, identificar quais são os efeitos de uma dada prática governamental independentemente dela estar pautada em um direito legítimo ou não. A avaliação em termos de sucesso ou fracasso substituirá o critério da legitimidade ou ilegitimidade, acompanhada por um regime de verdade⁸¹⁰.

Utilizando-se essas noções para avaliar a “Operação Sufoco”, chega-se à conclusão de que seja a análise realizada pelas lentes do Direito ou da economia política, a dita operação foi um desastre. No Direito, é evidente a sua ilegitimidade – por ferir a dignidade humana, a liberdade de ir e vir, e todo o arcabouço jurídico-normativo referente ao tratamento a ser dispensado a pessoas com dependência química, em especial aquelas em situação de rua. Tanto é assim que o MP ajuizou ação civil pública contra o estado de São Paulo⁸¹¹. Em relação aos usuários, o *parquet* constatou que as pessoas internadas já haviam voltado para as ruas uma semana depois da operação. Além dos meios utilizados serem inaceitáveis, a operação representou um custo vultoso ao estado e sequer atingiu a sua finalidade, revelando-se completamente ineficiente⁸¹². Na ação, pediu-se liminarmente a proibição de ações da PM na região que conduzam a situações de caráter vexatório,

⁸⁰⁹ A limitação interna à arte de governar referida, ainda que distinta do limite externo tradicionalmente exercido pelo Direito, não é inteiramente diferente deste, na medida em que surge a necessidade de formular o respeito que o governo dedica ao regime de verdades que emana do mercado em termos de lei a cumprir. FOUCAULT, Michel. *Nascimento da biopolítica*: curso dado no Collège de France (1978-1979). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008. p. 51-52.

⁸¹⁰ *Ibid.*, p. 18-26.

⁸¹¹ Cf. MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Promotoria de Justiça de Direito Humanos-Inclusão Social. Promotoria de Justiça de Direitos Humanos-Saúde. Promotoria de Justiça de Direitos Difusos e Coletivos da Infância e Juventude. Promotoria de Justiça de Habitação e Urbanismo. *Ação civil pública nº. 0023977-42.2012.8.26.0053*. Requerente: Ministério Público do Estado de São Paulo. Requerido: Fazenda Pública do Estado de São Paulo. Promotores: Arthur Pinto Filho, Eduardo Ferreira Valerio, Luciana Bergamo Tchorbadian, Maurício Antônio Ribeiro Lopes. São Paulo, 12 de junho de 2012. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/noticias/publicacao_noticias/2012/junho_2012/acp%20cracol%C3%A2ncia%20-%20C3%BAltima%20vers%C3%A3o%20-%2030%20maio.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2014.

⁸¹² RUI, Taniele. Depois da “Operação Sufoco”: sobre o espetáculo policial, cobertura midiática e direitos na “cracolândia” paulistana. *Contemporânea*, São Carlos, v. 3, n. 2, p. 287-310, jul.-dez. 2013. Disponível em: <<http://www.contemporanea.ufscar.br/index.php/contemporanea/article/view/144/80>>. Acesso em: 13 nov. 2014. p. 293-299.

degradante ou desrespeitoso, pedido concedido em junho de 2012⁸¹³, e a condenação do estado a pagar indenização de 40 milhões de reais por dano moral coletivo em prejuízo dos dependentes químicos e dano moral difuso em relação à população de São Paulo em geral⁸¹⁴.

Também em termos de economia política, a despeito da aprovação popular, não se pode dizer que a “Operação Sufoco” foi um sucesso. Além dos seus resultados, sua concepção foi completamente desarticulada. O MP constatou que a operação foi inteiramente concebida e planejada pelo Governo Estadual, por meio da PM, sem consulta ou participação dos órgãos assistenciais e de saúde. Um dos impactos da ação repressiva foi a busca por assistência e tratamento para fugir da violência, o que sobrecarregou a RAPS⁸¹⁵. O resultado foi a dispersão e retorno, tempos depois, dos usuários à mesma região, onde o tráfico permaneceu ativo. Para Rui, a operação ora analisada somente pode ser tida como eficiente em um sentido: para demonstrar o controle e a atuação estatal sobre a área da crackolândia. Entende-se, contudo, que essa demonstração de força veio acompanhada de um atestado de inabilidade do governo em lidar com a natureza do fenômeno, na medida em que a intervenção se revelou inútil até mesmo para os seus interesses imediatos⁸¹⁶.

3.2.1.2 A alteridade como caminho para a ruptura do ciclo de estigmatização e exclusão dos usuários de drogas

Reitere-se que este tipo de política pública, de condução forçada de pessoas a abrigos e clínicas de internação, somente é possível porque a sociedade foi rendida por um discurso de terror a respeito dos usuários de drogas em situação de rua. Essas pessoas são reduzidas à sua dependência química, tidas como delinquentes em potencial por conta do vício. O perfil dessa população que povoa o imaginário social não encontra reflexo na pesquisa realizada pela FIOCRUZ sobre o

⁸¹³ SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Comarca de São Paulo. 7ª Vara da Fazenda Pública. *Decisão. Processo nº 0023977-42.2012.8.26.0053*. Requerente: Ministério Público do Estado de São Paulo. Requerido: Fazenda Pública do Estado de São Paulo. Juiz de Direito: Emílio Migliano Neto. São Paulo, 31 de julho de 2012. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/noticias/publicacao_noticias/2012/julho_2012/2012%2007%2031%20DECIS%C3%83O%20CRACOL%C3%82NDIA.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2014.

⁸¹⁴ RUI, op. cit., p. 293-299.

⁸¹⁵ MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO, op. cit., p. 40-44.

⁸¹⁶ RUI, Taniele. Depois da “Operação Sufoco”: sobre o espetáculo policial, cobertura midiática e direitos na “cracolândia” paulistana. *Contemporânea*, São Carlos, v. 3, n. 2, p. 287-310, jul.-dez. 2013. Disponível em: <<http://www.contemporanea.ufscar.br/index.php/contemporanea/article/view/144/80>>. Acesso em: 13 nov. 2014. p. 306.

perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil, já referida. Para Girardi, pesquisas como essa desnudam que nas “cracolândias” não há uma epidemia de crack, mas sim de desigualdade social, pobreza, falta de acesso a direitos básicos, dentre eles o direito à saúde e o direito à moradia⁸¹⁷.

Ainda de acordo com a autora, a realidade retratada na pesquisa é fruto do projeto excludente de vida nos grandes centros urbanos. O uso abusivo de drogas é apenas um sintoma da exclusão e do fracasso de escolhas políticas que privilegiaram o proibicionismo e a repressão, e não causa das mazelas sociais das quais a população de rua padece. As políticas públicas revelam muito sobre a forma com que se olha para o usuário. Urge que os gestores levem em consideração as condições sociais e culturais dessas pessoas ao delinear intervenções que visem reduzir a sua exposição a fatores de vulnerabilidade. O programa “De Braços Abertos”, realizado pela prefeitura de São Paulo, é um exemplo de intervenção que respeita a voluntariedade e foca no cerne do problema – a pobreza, a falta de moradia, de emprego – e não no sintoma, qual seja, o uso abusivo de drogas⁸¹⁸.

Os dados da pesquisa da FIOCRUZ indicam que o uso de crack e/ou drogas similares se concentra entre pessoas menos favorecidas. Nos municípios pesquisados, foi estimado o número de 370.000 pessoas. Tal corresponde a 0,81% da população e, destes, 0,11% são crianças e adolescentes que fazem uso da droga regularmente. Os usuários de drogas ilícitas em geral somam 2,28% da população pesquisada, aproximadamente 1.000.000 de pessoas. Neste universo, os usuários de crack representam 35%. O sudeste é a região com maior proporção de usuários e onde, também, há maior concentração para o consumo em locais públicos, sendo o fenômeno mais visível. Porém, em termos quantitativos, embora as capitais do Nordeste apresentem proporções similares às capitais da região Sul, nas primeiras há um maior número de usuários regulares de crack e/ou similares: 148.000 pessoas. No Sul, esse número é de 37.000⁸¹⁹.

Busse, analisando os dados da pesquisa, destaca que, contrariamente ao que se imaginava, a região de maior prevalência não é o Sudeste, região em que se

⁸¹⁷ GIRARDI, Giovana. Pesquisadores fazem manifesto contra ação policial na Cracolândia. *O Estado de São Paulo*, 29 jan. 2014. Disponível em: <<http://sao-paulo.estadao.com.br/noticias/geral,pesquisadores-fazem-manifesto-contra-acao-policial-na-cracolandia,1124467>>. Acesso em: 04 ago. 2014.

⁸¹⁸ Ibid.

⁸¹⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Ministério da Justiça. Fundação Oswaldo Cruz. *Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil* – Livreto Domiciliar. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/13382/162/pesquisa-revela-perfil-dos-usuarios-de-crack-no-brasil.html>>. Acesso em: 06 dez. 2013. p. 4-7.

concentram as denominadas “cracolândias”, mas sim o Nordeste, onde o uso é pulverizado e a desigualdade social é mais acentuada. Desses dados, poder-se-ia concluir que as políticas voltadas à internação contra a vontade são desnecessárias, devendo-se focar em ações de redução de danos capazes de humanizar o cuidado dessa população tão vulnerável. Pode-se inferir, ainda, que os problemas relacionados ao uso de crack são complexos e estão presentes antes mesmo do uso da substância ter sido iniciado⁸²⁰. Outro dado importante é que os usuários de crack e/ou similares também consomem outras substâncias, ou seja, são poliusuários. Foi identificada uma forte superposição do uso de crack/similares e drogas lícitas, sendo o álcool e o tabaco consumidos por 80% dos usuários no Brasil. Para Amarante, isto confirma ser um equívoco centrar as políticas públicas em uma só droga, pois o problema não estaria na droga, mas sim nas condições objetivas e subjetivas de existência das pessoas⁸²¹.

O perfil predominante é de adultos, jovens, com idade média de 30 anos, do sexo masculino, não-brancos, solteiros e com escolaridade até a 8ª série do ensino fundamental. No relatório, os usuários são identificados como uma população invisível, de difícil acesso ou oculta. Porém, um dos resultados da pesquisa é que 80% dos usuários de crack em todas as regiões do país consome a droga em espaços públicos, de interação e circulação de pessoas, ou em locais de fácil visualização e visitação. Em relação à moradia, 40% são pessoas em situação de rua, que ali fazem sua morada ou passam a maior parte do tempo. Nas capitais o índice aumenta para 47,3%⁸²². Nesse tocante, Amarante refere ser curiosa a expressão “invisíveis”, pois há milhares de pessoas que circulam pelas regiões mais pobres das cidades, vítimas do esquecimento por parte do Estado e da sociedade. Para ele, isso coloca em xeque a capacidade da sociedade de ver e de se sensibilizar⁸²³.

⁸²⁰ BUSSE, Diogo. A epidemia da falta de conhecimento. *Gazeta do Povo*, 07 out. 2013. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/opiniaop/conteudo.phtml?tl=1&id=1414754&tit=A-epidemia-da-falta-de-conhecime>nto>. Acesso em: 23 nov. 2013. Texto postado no link Opiniões, Artigos.

⁸²¹ AMARANTE, Paulo. Crack: sujeitos invisíveis e abandonados pela cidadania. *Cebes – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*, Rio de Janeiro, 23 set. 2013. Disponível em: <<http://cebes.com.br/2013/09/crack-sujeitos-invisiveis-e-abandonados-pela-cidadania/>>. Acesso em: 02 set. 2014.

⁸²² BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Ministério da Justiça. Fundação Oswaldo Cruz. *Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil – Inquérito epidemiológico*. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/13382/162/pesquisa-revela-perfil-dos-usuarios-de-crack-no-brasil.html>>. Acesso em: 06 dez. 2013. p. 7-12.

⁸²³ AMARANTE, op. cit.

O principal mito a respeito dos usuários de crack é que, ao primeiro contato com a droga, a pessoa se torna dependente e perde a capacidade de decidir e optar ou não pelo tratamento. Daí advém a justificativa para a suposta necessidade de realizar a internação compulsória, referida por Amarante como sequestro. Os dados da FIOCRUZ desconstruem essa crença. De acordo com a pesquisa, 78,9% dos usuários afirmaram desejar se tratar para o uso de drogas. Ao mesmo tempo, há um baixo acesso aos equipamentos disponíveis. O CAPSad foi o serviço mais procurado, ainda que por apenas 6,3% dos usuários, nos trinta dias que antecederam a pesquisa. No universo dos equipamentos de atenção em regime residencial ou internação, as Comunidades Terapêuticas foram as mais acessadas (4,2%). Ao serem perguntados sobre o que consideram importante, foi referido o acesso aos serviços de saúde e de assistência social, como distribuição de alimentos e apoio para conseguir emprego⁸²⁴.

Para Amarante, em lugar dos investimentos em repressão e em métodos autoritários e ineficazes de tratamento que apenas atendem aos interesses dos empresários do setor (como a internação contra a vontade, fonte de lucro para comunidades terapêuticas e clínicas de reabilitação), deve-se pensar no estabelecimento de uma rede efetiva de assistência, com instalação de novos CAPS, CAPSad, Consultórios na Rua, Saúde na Família, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centros Especializados de Assistência Social (CREAS), que tenham como foco estratégias de redução de danos. Tal deve ser acompanhado de investimentos socioeconômicos na melhoria da qualidade de vida da população, retomando-se os Pontos de Cultura, os Centros de Convivência e projetos de lazer, esporte, transporte público dentre outras áreas. O autor é contrário às internações compulsórias, pois identifica ser este um meio de mercantilização da questão da dependência química pelas ditas “comunidades terapêuticas” e clínicas de tratamento em regime de isolamento involuntário⁸²⁵.

Entende-se que a superação desses mitos, a interrupção desse processo de desumanização/inferiorização do usuário de drogas que sustentam as políticas de

⁸²⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Ministério da Justiça. Fundação Oswaldo Cruz. *Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil* – Inquérito epidemiológico. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/13382/162/pesquisa-revela-perfil-dos-usuarios-de-crack-no-brasil.html>>. Acesso em: 06 dez. 2013. p. 25.

⁸²⁵ AMARANTE, Paulo. Crack: sujeitos invisíveis e abandonados pela cidadania. *Cebes* – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Rio de Janeiro, 23 set. 2013. Disponível em: <<http://cebes.com.br/2013/09/crack-sujeitos-invisiveis-e-abandonados-pela-cidadania/>>. Acesso em: 02 set. 2014.

internação contra a vontade pressupõe a alteridade. Na esteira de Ruiz, acredita-se que o confronto dos discursos legitimadores de exclusão com a dimensão de alteridade do Outro faz com que o primeiro se esvaia, perca a sua legitimidade social⁸²⁶. Somente assim será possível uma reflexão adequada sobre as implicações éticas, jurídicas e sociais da internação contra a vontade de usuários de drogas. Buscou-se em Levinas e Dussel o aporte teórico necessário para a compreensão de como a alteridade pode ser capaz de romper o ciclo de estigmatização e exclusão que expõe pessoas que usam substâncias psicoativas a situações de vulnerabilidade e abuso. Posteriormente, tentar-se-á uma aproximação deste Outro, a partir de relatos sobre experiências de usuários de drogas em situação de rua, bem como de pessoas que foram internadas compulsoriamente e atendidas pela RAPS.

3.2.1.2.1 *A desconstrução dos mitos em torno do uso de drogas pela via da alteridade*

Levinas descreve a relação entre o Mesmo⁸²⁷ e o Outro⁸²⁸ enquanto discurso. Ela se dá na linguagem e pressupõe a transcendência, a separação radical, a estranheza dos interlocutores que antecede a expressão do Outro. A liberdade que lhes é comum é o que os separa, inscrita na ideia do infinito (aquilo que excede o pensamento). O Outro “[...] só está em relação comigo na medida em que está inteiramente em relação a si, [...] ser que se coloca para além de todo o atributo, o qual teria justamente como efeito qualificá-lo, ou seja, reduzi-lo ao que lhe é comum com outros seres [...]”. O Outro não apenas se revela diante do Mesmo, se expressa enquanto rosto, ultrapassando qualquer ideia que o Mesmo faz de si⁸²⁹. Essa relação entre o Mesmo e Outro auxilia a pensar a relação entre profissionais de saúde/operadores do Direito e os usuários de drogas, sujeitos à internação involuntária ou compulsória.

⁸²⁶ RUIZ, Castor M. M. Bartolomé. *Os labirintos do poder*. O poder (do) simbólico e os modos de subjetivação. Porto Alegre: Escritos Editora, 2004. p. 261.

⁸²⁷ Em Levinas, o “Mesmo” se refere ao “Eu” (identidade) enquanto permanência no mundo. A possibilidade de suspender a própria alteridade daquilo que só é outro à primeira vista e em relação à mim é a maneira do Mesmo, é o concreto do egoísmo. LEVINAS, Emmanuel. *Totalidade e infinito*. Tradução de José Pinto Ribeiro. Lisboa: Edições 70, 1980. p. 26.

⁸²⁸ O Outro é a heterogeneidade absoluta, a alteridade anterior a qualquer iniciativa imperialista do Mesmo, que forma o conteúdo do Outro enquanto Outrem. Essa antecipação é o que permite a relação entre o Mesmo e o Outro. *Ibid.*, p. 26.

⁸²⁹ *Ibid.*, passim.

Primeiro ponto a ser destacado é que esta relação pressupõe a não redução do Outro a qualquer atributo que tenha como efeito qualificá-lo. Abordar um usuário de drogas pressupondo que ele não é capaz de tomar decisões sobre sua saúde é reduzi-lo a uma categoria, prendê-lo a uma ideia previamente formulada sobre seu ser. A partir do momento que o Outro ultrapassa qualquer ideia que se pode ter sobre ele, o exercício do poder sobre ele se torna inviável. Por isso, na tradição ocidental, quando a relação entre o Mesmo e o Outro deixa de ser afirmação da supremacia do Mesmo, ela é reduzida a uma relação impessoal inserida numa ordem universal e totalizadora⁸³⁰. A alteridade permite a superação desse universalismo formal da moralidade. A estruturação de alternativas viáveis pressupõe descartar a aplicação de modelos em situações ideais, bem como a imposição de um determinado modo de vida. Tal deverá ser uma descoberta responsável, guiada pela busca de uma resposta à interpelação do Outro⁸³¹. Esta seria uma via, portanto, de ruptura do racismo intra-social noticiado por Foucault, que torna a vida dos anormais descartável em tempos de uma gestão biopolítica da vida.

Na relação referida, o Outro se manifesta com verdade. Essa experiência não se traduz em termos de desvelamento, mas sim de revelação. Trata-se da manifestação de um rosto para além da forma previamente concebida a seu respeito, desfazendo-a constantemente⁸³². Em Levinas, o rosto que se revela em sua nudez é súplica, “a penúria do pobre”, o estrangeiro. O acolhimento do Outro é o começo da consciência da moral e põe em questão a liberdade do Mesmo. Nessa relação, em que a liberdade se descobre e se esconde na vergonha ao se perceber arbitrária e violenta, o Outro revela resistência ao poder de poder. Essa responsabilidade pode ser assumida de diversas formas, mas a liberdade do Mesmo não comporta a rejeição daquela⁸³³. A responsabilidade em face de um rosto

⁸³⁰ LEVINAS, Emmanuel. *Totalidade e infinito*. Tradução de José Pinto Ribeiro. Lisboa: Edições 70, 1980. p. 74.

⁸³¹ DUSSEL, Enrique. *Filosofia da libertação: crítica à ideologia da exclusão*. Tradução de Georges I. Maissiat. São Paulo: Paulus, 1995. p. 118-119.

⁸³² LEVINAS, op. cit., p. 52-53.

⁸³³ É de conhecimento da autora que este tópico poderia ser desenvolvido também à luz dos escritos de Foucault, pois há em sua obra momentos em que estuda a resistência ao poder enquanto fenômeno interno às relações de poder. A resistência seria o ponto cego, o limite de evasão das relações de poder, sendo-lhes constitutiva. Pode-se dizer que os saberes sujeitados são um *locus* de resistência, por exemplo. Contudo, entendeu-se necessário abordar a alteridade nos moldes como foi feito por constar, neste referencial, o imperativo da responsabilidade perante o Outro. Acredita-se que neste ponto está o giro para efetivas mudanças no *status quo* da internação contra a vontade. Viu-se, ainda, que há pontos de interseção entre este referencial teórico e alguns elementos abordados na primeira parte, a despeito de eventual incompatibilidade entre os autores. Cf. OKSALA, Joanna. Resistance. In: LAWLOR, Leonard; NALE, John. (Ed.) *The Cambridge Foucault Lexicon*. New York: Cambridge, 2014. p. 432.

absolutamente estranho constitui o fato original da fraternidade. É no acolhimento do rosto que se instaura a igualdade⁸³⁴.

A Filosofia Ocidental, na maioria das vezes, incorre na redução do Outro ao Mesmo, mediante a intervenção de um termo médio e neutro que pré-define e aprisiona a compreensão do ser do Outro. Nessa operação o Outro é neutralizado, englobado por uma totalidade, tornando-se tema ou objeto do Mesmo. Enquanto conhecer é arrebatado a alteridade, reduzir o ser a nada, esclarecer implica em não resistir à manifestação livre do ser⁸³⁵. A retórica seria a ideia oposta à alteridade, pois aborda o Outro de viés, e não de frente. Sua natureza consiste em corromper a liberdade, por isso ela se traduz em violência e injustiça. Para Levinas, justiça é o acolhimento de frente do Outro, único meio em que se pode produzir a verdade. Somente assim o ser deixa de ser objeto, em qualquer grau, e se encontra livre de qualquer dominação. A epifania do rosto abre a humanidade, devendo-se entender como rosto o modo como o Outro se apresenta, ultrapassando a ideia que o Mesmo faz dele⁸³⁶. Compreenda-se esta verdade não como a única ou autêntica revelação do Outro, mas como o resultado da relação em que o Mesmo não reduz o Outro a suas pré-compreensões, acolhendo-o em sua “outridade” com abertura.

Em Levinas, estes são os traços de uma relação ética. Ao se apresentar como absolutamente outro, ele não nega o Mesmo, não o violenta. Ao contrário, chama-o à responsabilidade⁸³⁷. Esse sentimento de responsabilidade não aparece quando a fabricação de um discurso e de uma prática de negação da alteridade do Outro torna legítima a exclusão. Ruiz explica que a produção de verdades que negam a dignidade do Outro o torna algo distante. Uma vez despojado de suas características de humanidade, a objetificação do Outro se torna inevitável. Tal se dá quando ele é reduzido a uma categoria simbólica a qual é atribuída um sentido negativo. É esta dinâmica que se faz presente quando uma pessoa que usa substâncias psicoativas é reduzida a “usuário de drogas”, da forma como desenvolvido no segundo capítulo. Essa negação do Outro produz distanciamento,

⁸³⁴ LEVINAS, Emmanuel. *Totalidade e infinito*. Tradução de José Pinto Ribeiro. Lisboa: Edições 70, 1980. passim.

⁸³⁵ Ibid., p. 32-34.

⁸³⁶ Ibid., passim.

⁸³⁷ Ibid., passim.

invisibilidade e insensibilidade perante o seu sofrimento, justamente porque o Mesmo não identifica no Outro um semelhante⁸³⁸.

Sob forte influência de Levinas, a Filosofia da Libertação teve em Dussel o seu maior expoente. Seu ponto de partida é uma realidade regional própria: a pobreza e desigualdade na América Latina e a urgência de uma filosofia autônoma, que aponte a opressão e promova a libertação. Seu maior objetivo é a identificação do fato opressivo da dominação, interesse também fortemente presente na obra de Foucault, possibilitando a penetração do Outro na totalidade vigente, sua negação e a concretização do projeto de libertação. Foi Levinas quem permitiu situar o Outro como origem da afirmação do “eu próprio”. Contudo, embora tenha abordado a questão da irrupção do Outro, para Dussel não ficou claro de que forma é possível construir uma política que questiona a totalidade vigente sem incorrer na construção de uma nova totalidade. É neste espaço que ele desenvolve a ideia de libertação. Para tanto, busca manifestar eficazmente a razão do Outro oprimido, que suplica por justiça (interpelação primitiva) e que está na margem da razão hegemônica, pedagogicamente dominadora e culturalmente manipuladora⁸³⁹.

Para Dussel, o Outro é necessariamente fonte inicial de um discurso possível, essencialmente ético. Por uma questão de consciência ética, alguém deverá possuir uma resposta responsável à interpelação⁸⁴⁰ do Outro. É neste “ato de justiça” para com o Outro que o “nosso próprio Eu” se autocompreende, reflexivamente, como valor. Somente uma razão aberta ao Outro pode ser denominada de razão crítica, histórica e ética⁸⁴¹. Assim como na Filosofia da Libertação, Foucault atribui à sua análise arqueológica uma função libertadora, pois ela se prestaria a recolocar em questão certas relações de poder⁸⁴². Compreender essa dinâmica em relação às drogas é criar chances reais de revisão da política atual a respeito. Deve-se, primeiramente, revisar os grandes *standards* que amparam atos de violência em

⁸³⁸ RUIZ, Castor M. M. Bartolomé. *Os labirintos do poder*. O poder (do) simbólico e os modos de subjetivação. Porto Alegre: Escritos Editora, 2004. p. 261-268.

⁸³⁹ FOUCAULT, Michel. *A verdade e as formas jurídicas*. Tradução Eduardo Jardim e Roberto Machado. Rio de Janeiro: Nau, 2013. p. 150.

⁸⁴⁰ Por interpelação entende-se um enunciado emitido por alguém, em relação a um ouvinte, que se encontra além dos limites institucionais ou normativos de um sistema, de uma totalidade. Em Dussel, a interpelação primitiva pode ser descrita da seguinte forma: “Interpelo-te pelo ato de justiça que tinhas obrigação de cumprir para comigo”. DUSSEL, Enrique. *Filosofia da libertação: crítica à ideologia da exclusão*. Tradução de Georges I. Maissiat. São Paulo: Paulus, 1995. p. 49-50.

⁸⁴¹ *Ibid.*, passim.

⁸⁴² FOUCAULT, op. cit., p. 150.

face das pessoas que usam drogas, sobretudo aquelas em situação de rua, a exemplo da dependência inexorável e da incapacidade decisória.

Pensando em uma comunidade ideal de comunicação, Dussel destaca a necessidade de se incluir o “Outro potencial” que existe em cada pessoa. Trata-se de uma comunidade humana na qual cada um teria o direito de se colocar como exterioridade diante desta mesma comunidade, desde o seu grau absoluto (ex. a morte e a loucura) até a mera discordância, por ser ela constituída de pessoas livres uma em relação às outras. Quando a discordância ocorre, a saber, quando um membro da comunidade deixa de ratificar o acordo vigente por acreditar em algo que se revela para si como verdade, mas ainda não confirmada, a sua subjetividade se coloca perante a comunidade como um Outro (não completamente, mas passa a se tornar estranha). É natural que a comunidade, inicialmente, se defenda reafirmando o acordo vigente. Essa dinâmica é muito clara quando se pensa numa comunidade científica. Porém, da mesma forma, a interpelação do pobre é posta em jogo dentro de uma sociedade⁸⁴³.

Estas considerações de Dussel permitem situar no âmbito social a “outridade” tanto do usuário de drogas quanto dos saberes que contestam as verdades estabelecidas que dão sustentação a uma política de drogas proibicionista e repressiva, saberes descritos como sujeitados por Foucault. Como já abordado, o dependente químico escapa à normação, apresenta um comportamento tido como desviante, o que desperta os sentimentos de racismo na sociedade que, por sua vez, legitimam a sua exclusão. No campo do discurso, o enunciado em que o Outro é considerado oprimido dentro de uma dada totalidade é denominado por Dussel de *principium oppressionis*. É um princípio absoluto, presente em todo sistema, e sempre concreto, referente à negação dos interesses do Outro, sua coisificação, cenário muitas vezes naturalizado por ser ignorado ou considerado inexistente.

A exclusão do Outro da totalidade, por sua vez, é referida por Dussel como *principium exclusionis*. A existência de excluídos se choca com o direito que todos teriam, ao menos implicitamente, de participar da comunidade de comunicação real. Mesmo em um nível ideal, deve-se reconhecer que todo acordo é provisório, eticamente defeituoso, e que cada participante é uma pessoa distinta de quem pode

⁸⁴³ DUSSEL, Enrique. *Filosofia da libertação: crítica à ideologia da exclusão*. Tradução de Georges I. Maissiat. São Paulo: Paulus, 1995. p. 61-65.

admirar o dissenso⁸⁴⁴. Toda nova argumentação pressupõe um apresentar-se enquanto Outro perante aqueles que continuam a defender o que se entende como válido em um dado momento. Embora Dussel desenvolva essas noções a partir da interpelação do pobre diante de uma comunidade produtora, questionando a economia como ela se apresenta, pode-se retirar das suas lições uma explicação para a resistência à desmistificação do uso de drogas e, principalmente, como romper com a estigmatização que gira em torno da figura do drogado. Afinal, o autor busca a libertação da exclusão, miséria e opressão, tomando como ponto de partida a razão do Outro⁸⁴⁵.

Respeitar o Outro é permitir que ele intervenha como igual e com liberdade na argumentação. Para Dussel, este é o ato ético e racional prático por excelência. A alteridade permite que se atinja a substancialidade concreta da eticidade e que se concretize esse projeto de libertação dos oprimidos. A consecução desse projeto não se pauta na aplicação de modelos ou situação ideal, nem na execução de um dado modo de vida. Na linha de Levinas, entende que isto deverá ser descoberto responsavelmente, enquanto resposta à interpelação do Outro, dentro de um processo prudente em que se leve a sério as motivações éticas da libertação dos oprimidos e excluídos⁸⁴⁶. A internação contra a vontade de dependentes químicos é prática incompatível com um projeto de libertação da exclusão, pois desconsidera os desejos e percepções da pessoa na definição do tratamento de saúde que lhe seria pertinente. No campo dos saberes desenvolvidos sobre a assistência à saúde para usuários de drogas, a redução de danos e demais princípios da Reforma Psiquiátrica seriam o “Outro” que questiona a totalidade.

É pela via da alteridade, portanto, que se vislumbra ser possível passos concretos para que seja resgatado o respeito aos direitos humanos dos usuários de drogas, sobretudo quando em situação de rua. *In casu*, essa teoria se encontra em consonância com a necessária “desmoralização” do uso de substâncias psicoativas, fazendo com que a sociedade, sobretudo os atores capazes de deflagrar a internação contra a vontade, estejam abertos a esse Outro que se revela diante de si e que suplica por direitos. Torna-se possível, ainda, ultrapassar as imagens do Direito como legalidade e do Direito normalizador em direção ao que Foucault

⁸⁴⁴ DUSSEL, Enrique. *Filosofia da libertação: crítica à ideologia da exclusão*. Tradução de Georges I. Maissiat. São Paulo: Paulus, 1995. p. 109-114.

⁸⁴⁵ *Ibid.*, passim.

⁸⁴⁶ *Ibid.*, p. 118-120.

preunciou ser um Direito novo – liberto do princípio da soberania e antidisciplinar, constituindo *locus* de resistência ao biopoder e de exercício da liberdade⁸⁴⁷.

Na medida em que a internação é promovida contra a vontade daquele a quem ela se destina, tão importante quanto estudar os reflexos dessa medida à luz dos direitos fundamentais é o de fazê-lo em relação aos direitos da personalidade, sobretudo o direito ao próprio corpo e a autonomia individual. É sob esse aspecto que o problema de pesquisa deste trabalho será abordado no item 3.2. Antes, cabe a tentativa de uma aproximação inicial das interpelações deste Outro, para que se dê concretude a tudo o quanto vem sendo denunciado desde o início deste capítulo.

3.2.1.2 Cenários da experiência de usuários de drogas: um exercício de alteridade

Uma vez apontada a alteridade como forma de se interromper a exclusão e marginalização do usuário de drogas, situação que o expõe a toda sorte de abusos e violência, faz-se necessário, a título exemplificativo, demonstrar quais são as percepções do próprio usuário a respeito do uso da substância e da sua própria vida. Por isso, por meio de estudos nas áreas da psicologia e antropologia, serão expostas experiências como forma de estímulo ao exercício da alteridade em relação a essas pessoas. Foram abordadas três situações distintas: adolescentes internados compulsoriamente em um hospital psiquiátrico, jovens que participaram de um grupo terapêutico em um CAPSi e pessoas adultas em situação de rua. A partir desses três cenários pode-se verificar a multiplicidade de significados que permeiam a relação de uma pessoa com uma dada substância psicoativa, o que reforça a necessidade de lidar com o Outro com abertura.

Em artigo sobre a internação psiquiátrica compulsória de adolescentes usuários de drogas realizada no Hospital Psiquiátrico São Pedro, localizado no município de Porto Alegre, Scisleski e Maraschin concluíram que a ordem judicial tanto pode funcionar como punição aos adolescentes quanto como um meio de acesso aos serviços de saúde. Entre os anos de 2002 e 2006, o diagnóstico predominante dos adolescentes encaminhados à internação por decisão judicial foi o de transtorno mental ou de comportamento devido ao uso de substâncias psicoativas. Entre os anos de 1910 e 1990 era maior o número de internações de pacientes psicóticos. Os adolescentes internados ou cometeram atos infracionais, já

⁸⁴⁷ FONSECA, Márcio Alves da. *Michel Foucault e o Direito*. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2012. p. 237-241.

sendo o consumo de drogas ilícitas um ato infracional, ou sua conduta perturbava a ordem social. Em sua maioria eles eram usuários de crack e viviam em situação de marginalidade. No trabalho são relatadas as experiências de jovens que foram internados compulsoriamente, numa tentativa de discutir os efeitos da medida por meio da percepção do próprio paciente⁸⁴⁸.

Entre os jovens entrevistados estava Igor, nome fictício criado para preservar a sua identidade. Ele contou que estava ali por ter consumido crack e por participar na venda de drogas. Comentou que durante a internação ele não sente vontade de usar drogas, mas que ao voltar para casa retomará o hábito, pois lá a droga está presente a todo o tempo. Disse que, com o dinheiro do tráfico, ele contribui com as despesas familiares e que pensa ser impossível deixar o “mundo das drogas” por já estar muito envolvido nele. A partir de seu relato, as autoras identificaram que uma confluência de fatores – situação de pobreza socioeconômica, uso de drogas e autoria de atos infracionais – compuseram o percurso de Igor até o hospital psiquiátrico. Destacam, também, que o menino não achava possível que uma instituição poderia ajudá-lo a deixar o envolvimento com drogas. Vê-se que a internação, portanto, não o estava ajudando a repensar sua situação no tráfico e lhe mostrar outras alternativas de vida⁸⁴⁹.

Outro jovem que estava em situação semelhante foi chamado de Diego. Ele passava por sua terceira internação no hospital. Parou de estudar ainda criança e referiu gostar de estar envolvido com drogas, tanto para consumo quanto para venda. Ele também foi encaminhado para o Hospital São Pedro por ordem judicial. Poderia ter sido mandado para a FASE, alternativa que ele considera ser muito pior. O jovem comentou, ainda, que desta vez ele andou de ambulância, experiência que achou legal. Scisleski e Maraschin observam, sobretudo a partir deste relato, uma “naturalização” do procedimento de internação compulsória. O segundo jovem ali está apenas para cumprir a ordem judicial, não manifestando preocupação em se tratar. Do mesmo modo, as instituições que o encaminham para a internação não parecem estar preocupadas em lhe oferecer possibilidades de mudar o seu percurso de forma significativa, mas sim em mantê-lo sob controle e vigilância. As autoras

⁸⁴⁸ SCISLESKI, Andrea Cristina Coelho; MARASCHIN, Cleci. Internação psiquiátrica e ordem judicial: saberes e poderes sobre adolescentes usuários de drogas ilícitas. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 3, p. 475-465, jul.-set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000300006>. Acesso em: 01 out. 2014. p. 458-460.

⁸⁴⁹ *Ibid.*, p. 460-461.

afirmam que a internação compulsória, utilizada politicamente para “apagar incêndios”, é ineficaz como possibilidade de tratamento e inserção social dos jovens⁸⁵⁰.

Tomm e Roso tiveram acesso a escritos que descrevem a experiência de um grupo terapêutico para adolescentes usuários de drogas, que permaneceu ativo entre junho de 2008 e maio de 2010 em um CAPSi localizado em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. Os autores identificaram que os motivos que levaram os jovens a ter o primeiro contato com a droga foram os mais diversos, como curiosidade e refúgio após uma briga com a mãe. Do mesmo modo, as razões para persistir no hábito foram muitas: ansiedade, falta de apoio familiar, influência das amizades e do lugar onde vivem, situação financeira, experiências pessoais etc. Em geral, a equipe que coordenava as atividades do grupo percebeu que a procura pela droga se dava em momentos de frustração, diante da dificuldade de vislumbrar outras maneiras de enfrentar os problemas⁸⁵¹. Destaque-se uma passagem dos registros consultados:

Pergunto, então, o que poderia ter feito após a briga com a mãe. Ricardo sugeriu que brigasse na rua para se aliviar. Ulisses falou que teria sido melhor beber. Icaro disse que poderia ter conversado com um parente. Aponto, então, a semelhança entre fumar, beber, ou brigar: não se pensa sobre, se age. Concluíram que pensar é o mais difícil⁸⁵².

O uso de drogas aparece como uma das alternativas imediatas para lidar com problemas, ao lado da violência. Os autores sinalizam, portanto, que para esses jovens a substância psicoativa não é tida como um problema, mas sim como solução. O material sobre o qual se debruçaram foram os registros das atividades do grupo terapêutico porque esses jovens passaram a ser atendidos em um novo CAPSad que foi instalado na cidade. Antes da sua transferência, a sua presença ali era alvo de queixas por parte de alguns pais de outros jovens que frequentavam o CAPSi. Uma mãe, durante reunião com a comunidade, indagou quando o novo CAPS iria ser instalado para que “essa gente” pudesse ser atendida lá e não no

⁸⁵⁰ SCISLESKI, Andrea Cristina Coelho; MARASCHIN, Cleci. Internação psiquiátrica e ordem judicial: saberes e poderes sobre adolescentes usuários de drogas ilícitas. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 3, p. 475-465, jul.-set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000300006>. Acesso em: 01 out. 2014. p. 461-462.

⁸⁵¹ TOMM, Eduardo; ROSO, Adriane. Adolescentes e crack: pelo caminho das pedras. *Fractal: Revista de Psicologia*, Niterói, v. 25, n. 3, p. 675-692, set.-dez. 2013. Disponível em: <<http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/Fractal/article/view/1128/920>>. Acesso em: 29 out. 2014. p. 677-681.

⁸⁵² *Ibid.*, p. 681.

CAPSi. A marginalização do usuário de drogas está subjacente a essa colocação. Para os autores, a representação social sobre os usuários é equivocada ao reduzi-los à delinquência ou a um problema socioeconômico. É preciso entender o que se passa com eles, ouvir os próprios sujeitos com abertura, sem preconceitos, um exercício de alteridade por excelência⁸⁵³.

Passa-se a um estudo etnográfico realizado por Martinez nas ruas da cidade de São Carlos/SP sobre o uso de álcool, maconha e crack por moradores de rua. A partir dele é possível vislumbrar como essas substâncias são representadas e interferem na gestão da vida das pessoas em situação de rua. Elas se organizam em grupos, denominados de “bancas”, cujo espaço ocupado (“trecho”) é vigiado e cuidado a todo tempo. Para a devida demarcação do território, mochilas são penduradas nos galhos das árvores para demonstrar que o espaço já fora ocupado. O consumo das drogas apontadas é diário e feito coletivamente na maioria das vezes. Nas “bancas” se forma uma rede de relações que seguem códigos de conduta, referidos como “respeito”. O código não é imposto, ele é fruto das negociações entre os membros do grupo⁸⁵⁴.

Adquire-se mais respeito perante os demais membros da banca quanto maior for a contribuição e participação nas chamadas “correrias”, forma qualquer de aquisição de dinheiro ou bens materiais a serem colocados em comum para a banca, bem como se a pessoa estiver atenta às ameaças policiais, evitar brigas e proteger os companheiros. Roubar, não fazer correrias ou abordar uma mulher comprometida são exemplos em que o respeito é perdido. Com o dinheiro reunido é comprada a pinga, repartida igualmente mesmo que a contribuição de cada um não tenha sido a mesma. A aquisição de maconha ou crack requer a ida a uma “biqueira” (ponto de venda de drogas). Por conta da exposição a abordagens policiais, essa correria faz com que o sujeito obtenha ainda mais respeito na banca. Para a autora, tem-se que nesse contexto são estabelecidas relações de amizade e parceria, baseadas na partilha, igualdade e cuidados mútuos⁸⁵⁵.

⁸⁵³ TOMM, Eduardo; ROSO, Adriane. Adolescentes e crack: pelo caminho das pedras. *Fractal: Revista de Psicologia*, Niterói, v. 25, n. 3, p. 675-692, set.-dez. 2013. Disponível em: <<http://www.uff.br/periodicos/sumarias/index.php/Fractal/article/view/1128/920>>. Acesso em: 29 out. 2014. p. 681-682.

⁸⁵⁴ MARTINEZ, Mariana Medina. Deslocando olhares: pensando o uso de drogas sob a perspectiva de quem vive nas ruas. In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 28., 2012, São Paulo. *Anais Eletrônicos...* São Paulo: Associação Brasileira de Antropologia, 2012. Disponível em: <<http://www.diagramaeditorial.com.br/namargem/wp-content/uploads/2012/12/martinez3.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2014. p. 1-3.

⁸⁵⁵ *Ibid.*, p. 3-4.

A rua também é palco de situações de violência e conflitos sociais, como quando apanham da polícia, quando são expulsos de locais ou impedidos de circular em determinados espaços públicos. Costuma-se dizer que quem vive nas ruas conhece o “mundão”. É a partir dessa visão de mundo, tomado por relações hostis, que as pessoas em situação de rua passam a desenvolver táticas para se desviar da violência. Usar substâncias psicoativas é uma das táticas possíveis que se presta ao controle dos efeitos do corpo e regulação da mente. Este hábito serve para enfrentar o frio, matar a fome, no primeiro caso, e controlar as memórias e sentimentos, no segundo caso. Nesse interim, o consumo do álcool é cotidiano, sendo destinado à socialização nas bancas e gestão do próprio corpo. A depender do uso, a pessoa atinge um estado de saúde ou de doença de acordo com as experiências daqueles que ali vivem, percepção que é distinta do alcoolismo enquanto doença⁸⁵⁶.

O álcool é frequentemente consumido por sua capacidade de alterar a consciência. Ao fazê-lo, provocando a sensação de “ficar na brisa”, a substância promove descontração. Esse efeito também é agência de estabilização emocional, na medida em que permite alterar os malefícios da memória. Com a droga é possível evitar as más lembranças que remetem ao período anterior a morar nas ruas, lembranças de perdas, frustrações e brigas familiares, por exemplo. O álcool também produz um efeito de alerta, importante para a reação a qualquer perigo ou ameaça, e desinibição, diminuindo a vergonha para a realização das correrias, como pedir dinheiro ou comida. Quando produz esses efeitos, a pinga age como vetor de saúde, sendo considerada condição primordial para se conseguir viver na rua. O consumo será percebido como vetor de doença quando provocar o descontrole das ações e a perda das capacidades individuais, prejudicando a alimentação, as articulações motoras e a memória. Considera-se o uso abusivo somente quando o sujeito perde a capacidade de cuidar de si⁸⁵⁷.

A maconha é mais utilizada pelos jovens. Não é compreendida como droga por não terem sido relatados quaisquer efeitos negativos e por se tratar de uma planta natural que, para eles, não causa nenhum tipo de dependência. Portanto, a maconha seria exclusivamente uma agência produtora de saúde, por promover

⁸⁵⁶ MARTINEZ, Mariana Medina. Deslocando olhares: pensando o uso de drogas sob a perspectiva de quem vive nas ruas. In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 28., 2012, São Paulo. *Anais Eletrônicos...* São Paulo: Associação Brasileira de Antropologia, 2012. Disponível em: <<http://www.diagramaeditorial.com.br/namargem/wp-content/uploads/2012/12/martinez3.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2014. p. 4.

⁸⁵⁷ *Ibid.*, p. 6.

estados alterados de consciência que não os desestabilizam emocionalmente. Os efeitos de letargia, fome, dificuldade de falar e raciocinar ocorrem quando se fuma muito e, ainda assim, esses efeitos não são considerados maléficos porque não chegam a interferir na memória e no estado de alerta – as condições consideradas mais importantes para a integridade física e mental. Já o crack é considerado uma substância perigosa. Seus efeitos são descritos como uma intensa sensação de prazer de curta duração, seguida de uma sensação de mal-estar. A maconha é consumida conjuntamente para amenizar o estado de letargia provocado pelo crack. Por conta dos fortes efeitos, esta droga é consumida em locais mais escondidos (“mocós”), onde os usuários passam dias com pouca alimentação e sem banho⁸⁵⁸.

Segundo Martinez, o uso das três substâncias psicoativas é considerado uma prática baseada em escolhas pessoais, assim como o abuso é uma escolha uma vez conhecidas as regras de uso para que se atinja um determinado efeito. Porém, isto não quer dizer que as pessoas em situação de rua ignorem que essas substâncias são nocivas à saúde. Elas têm capacidades que podem agir positiva ou negativamente sobre suas vidas e corpos. Em relação à pinga isto é muito claro. O mero consumo regular não é considerado uma doença. Somente o descontrole é apontado como prejudicial à saúde. O consumo do álcool poderia ser descrito como um ciclo no qual o controle e o descontrole são os parâmetros de diferenciação entre saúde e doença⁸⁵⁹.

Ainda de acordo com os moradores de rua, quem souber “se virar”, quem possuir a capacidade de autogovernar-se, pode ser considerado um sujeito autônomo. A noção que eles compartilham de autonomia em nada se aproxima com os padrões empregados pelas equipes de assistência social⁸⁶⁰, tampouco daquela juridicamente consagrada. Isto remete a um ponto que tem aparecido em toda a pesquisa por ser considerado aquilo que sustenta a legitimidade da internação contra a vontade de usuários de drogas: a incapacidade decisória destes. Os relatos ora apresentados, as pesquisas desenvolvidas por Hart e outras questões já abordadas colocam em xeque a presunção absoluta de que o dependente químico não é capaz de tomar decisões racionais sobre a sua vida e sua saúde. O Direito

⁸⁵⁸ MARTINEZ, Mariana Medina. Deslocando olhares: pensando o uso de drogas sob a perspectiva de quem vive nas ruas. In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 28., 2012, São Paulo. *Anais Eletrônicos...* São Paulo: Associação Brasileira de Antropologia, 2012. Disponível em: <<http://www.diagramaeditorial.com.br/namargem/wp-content/uploads/2012/12/martinez3.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2014. p. 6-10.

⁸⁵⁹ *Ibid.*, p. 8-9.

⁸⁶⁰ *Ibid.*, p. 12-13.

brasileiro, ao inserir os “viciados em tóxicos” entre os relativamente incapazes reforça a visão tradicional e a submissão dessas pessoas a tratamentos compulsórios. Em seguida, a incapacidade civil do dependente químico será questionada à luz dos direitos da personalidade e da Bioética.

3.2.2 Análise jurídica-bioética da capacidade decisória dos “viciados em tóxicos”: teoria das incapacidades, autonomia e vulneração

O Direito Privado, notadamente o Direito Civil, sofreu grandes modificações ao longo da história. O CC, já considerado a Constituição do Direito Privado, assumiu um novo papel na ordem jurídica, sobretudo após a promulgação da CRFB/1988, cuja força normativa irradia por todo o ordenamento e torna imperativa uma nova hermenêutica jurídica, capaz de fazer refletir na aplicação das normas jurídicas infraconstitucionais as regras e princípios consagrados na Constituição, com destaque ao primado da dignidade humana. Tal reverberou nas relações entre Direito Público e Direito Privado. É sabido que a *summa divisio* herdada do Direito Romano não mais atende à complexidade das relações jurídicas⁸⁶¹. Pode-se até identificar a prevalência do interesse público ou privado em determinadas matérias, sendo frequentes os institutos de natureza híbrida, mas seus territórios não podem mais ser precisamente definidos⁸⁶².

Em especial, “[...] os rígidos compartimentos do direito público e do direito privado nem sempre mostram-se suficientes para a tutela da personalidade que, as mais das vezes, exige proteção a só tempo do Estado e das sociedades intermediárias – família, empresa, associações [...]”⁸⁶³. Há quem diga que houve um agigantamento do Direito Público em relação ao Direito Civil. Contudo, não se entende que o Direito Civil perdeu espaço em virtude da sua necessária releitura constitucional. A interpretação civil-constitucional que se impõe permite a revitalização dos institutos do Direito Civil, adequando-os às necessidades da sociedade contemporânea⁸⁶⁴. Diante desta conjuntura, Ferraz e Leite identificam que a CRFB/1988 define como prioritária a proteção das situações existenciais em relação às patrimoniais. Trata-se do fenômeno da “despatrimonialização” e consequente “repersonalização” do Direito Privado, no qual os institutos jurídicos são

⁸⁶¹ TEPEDINO, Gustavo. *Temas de direito civil*. 4. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Renovar, 2008. p. 64-65.

⁸⁶² *Ibid.*, p. 20.

⁸⁶³ *Ibid.*, p. 41.

⁸⁶⁴ *Ibid.*, p. 42.

concebidos em uma perspectiva funcionalizada, somente encontrando justificativa ao atender determinados fins, voltados à máxima proteção da dignidade humana⁸⁶⁵.

A promulgação da CRFB/1988 marcou a passagem para o Estado Democrático de Direito e sua consolidação, evento que gerou impactos determinantes na disciplina do Direito Privado. Quando a Constituição não se dirigia às relações privadas, as disposições constitucionais eram consideradas uma proclamação de princípios, de conteúdo moral, não lhes sendo atribuída eficácia jurídica neste âmbito. Seu conteúdo se limitava à organização do Estado e previsão de direitos individuais. Durante o século XX, notadamente a partir do desenvolvimento dos mecanismos de controle de constitucionalidade, este cenário sofreu mudanças radicais, sobretudo no período de Estado Social. Passa a haver uma maior intervenção do legislador nas relações privadas, movimento que se funda na força normativa da CRFB/1988, tida doravante como norma jurídica superior, dotada de caráter imperativo. Notadamente a previsão de direitos sociais e econômicos passou a demandar do Estado uma postura positiva quanto à garantia da tutela efetiva desses direitos⁸⁶⁶.

Contudo, em um primeiro momento, as normas constitucionais ainda eram consideradas de cunho programático, dependentes de uma lei posterior, entendimento este que neutralizava os valores solidarísticos e os avanços sociais inscritos no texto constitucional. Doutrinadores, como José Afonso da Silva e Luís Alberto Barroso, ofereceram um contraponto: embora admitam que há gradações entre os efeitos dos preceitos constitucionais, afirmam que todos eles possuem uma eficácia mínima, pois influenciam na interpretação e integração do ordenamento jurídico, vinculam negativamente o legislador e o administrador e acarretam a não-recepção de direito anterior incompatível. Somente após o reconhecimento da força normativa de toda a Constituição, notadamente os princípios e direitos fundamentais, consolidou-se o entendimento de que o sistema jurídico é uma unidade cujo centro é ocupado pela CRFB/1988⁸⁶⁷. Até então o Direito Civil encontrava-se fragmentado

⁸⁶⁵ FERRAZ, Carolina Valença; LEITE, Glauber Salomão. Capacidade Civil – Fixação de novos paradigmas para a construção de um regime jurídico voltado à tutela da dignidade humana. In: EHRHARDT JR., Marcos (Coord.). *Os 10 anos do código civil: evolução e perspectivas*. Belo Horizonte: Fórum, 2012. p. 41.

⁸⁶⁶ SARMENTO, Daniel. *Direitos fundamentais e relações privadas*. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008. parte I, cap. 2, passim.

⁸⁶⁷ *Ibid.*, passim.

pela proliferação de leis especiais em paralelo ao CC, tendo Natalino Irti⁸⁶⁸ chegado a aventar a descodificação do Direito Civil diante desta descentralização da disciplina jurídica das relações privadas.

Com a CRFB/1988, contudo, o Direito Civil sofreu um processo de reunificação em torno de valores eminentemente existenciais. O constituinte definiu princípios e valores especificamente voltados às relações tradicionalmente reguladas por este ramo do Direito, como os dispositivos que versam sobre a propriedade, direitos da personalidade, atividade econômica privada e família⁸⁶⁹. Por isso, impõe-se uma releitura da estrutura e conceitos do CC, tradicionalmente cunhados sob uma ótica patrimonialista⁸⁷⁰. Tal releitura deverá ter como ponto de partida a constatação de que a CRFB/1988 assumiu um novo papel, o de vértice axiológico do sistema jurídico, sistema este que deixa de ser fechado (numa perspectiva positivista exegética) e se torna aberto às mutações provocadas por fontes não imediatamente legislativas. A quebra da unidade legislativa gera reflexos nas relações entre o público e o privado, mudanças nas configurações sociais e até mesmo na técnica legislativa, vide a proliferação de cláusulas gerais em diversos diplomas legais. O Direito passa a ser compreendido como um dado cultural e histórico, funcionando os princípios como elemento que conecta a CRFB/1988 com a legislação infraconstitucional, bem como o sistema jurídico a outros sistemas sociais. Para Negreiros, através deles, seria possível a reconstrução constitucional do Direito Civil⁸⁷¹.

Nessa esteira, a constitucionalização do Direito Civil não só reformulou a estrutura das fontes, mas também alterou toda a vocação do sistema jurídico que ora se norteia pela proteção e satisfação dos interesses fundamentais atrelados à pessoa e sua dignidade. A anterior prevalência dos direitos patrimoniais, característica de ordenamentos jurídicos liberais fundados sobre a tríade vontade autônoma, liberdade e igualdade formal, vem sendo paulatinamente superada por novos institutos vocacionados à salvaguarda de interesses de natureza existencial⁸⁷².

⁸⁶⁸ Cf. TIMM, Luciano Benetti. "Descodificação", constitucionalização e recodificação no direito privado: o código civil ainda é útil? *The Latin American and Caribbean Journal of Legal Studies*, v. 3, n. 1, p. 1-29, 2008. Disponível em: <http://www.estig.ipbeja.pt/~ac_direito/Timm.pdf>. Acesso em: 05 set. 2013.

⁸⁶⁹ TEPEDINO, Gustavo. *Temas de direito civil*. 4. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Renovar, 2008. p. 13.

⁸⁷⁰ SARMENTO, op. cit., passim.

⁸⁷¹ NEGREIROS, Teresa. *Fundamentos para uma interpretação do princípio da boa-fé*. Rio de Janeiro: Renovar, 1998. cap. III, passim.

⁸⁷² PAGANINI, Juliano Marcondes. A "dupla crise" do modelo regulatório dos direitos da personalidade. In: TEPEDINO, Gustavo; FACHIN, Luiz Edson. (Org.) *Pensamento crítico do Direito Civil brasileiro*. Curitiba: Juruá, 2011. p. 15.

Os direitos da personalidade bem representam estas mudanças. O CC/1916, em virtude da influência da civilística alemã que não concebia a existência de direitos da personalidade, bem como da ideologia essencialmente patrimonialista que permeava o pensamento jurídico à época, não disciplinou essa categoria de direitos⁸⁷³.

Na exposição de motivos do CC/2002 foi destacada a introdução do novo capítulo dedicado aos direitos da personalidade. Nesta oportunidade, foi explicitada a preferência por enunciados de poucas normas, dotadas de rigor e clareza, que permitiriam o natural desenvolvimento da doutrina e jurisprudência sobre esse tema tão complexo⁸⁷⁴. Embora não previstos no CC/1916, Pontes de Miranda já apresentava os direitos da personalidade como os direitos, as pretensões e ações de caráter irrenunciável, inalienável e irrestringível. Deles irradiam os direitos à vida, à liberdade, à saúde (integridade física e psíquica), à honra e à igualdade⁸⁷⁵. De certa forma, a tônica patrimonial do CC/1916 tornou o Direito insensível aos abusos praticados contra pessoas com transtornos psíquicos no período manicomial, na medida em que resguardar o patrimônio do enfermo era a prioridade⁸⁷⁶. O giro em direção aos direitos de ordem existencial propiciado pela CRFB/1988 redirecionou a função de institutos tradicionais do Direito Civil, ponto que será explorado a respeito da teoria das incapacidades à luz dos direitos da personalidade.

3.2.2.1 Considerações sobre a teoria das incapacidades à luz dos direitos da personalidade

Enquanto núcleo do ordenamento jurídico, da promoção dos direitos fundamentais e dos direitos da personalidade, a dignidade humana recoloca o indivíduo como destinatário principal da ordem jurídica, devendo ser tida como a lente através da qual deve ser lida toda a legislação infraconstitucional⁸⁷⁷. Os direitos

⁸⁷³ WINIKES, Ralph; CAMARGO, Rodrigo Eduardo. Reconstrução do direito da personalidade à própria imagem a partir da teoria crítica do direito civil. In: TEPEDINO, Gustavo; FACHIN, Luiz Edson (Orgs.) *Diálogos sobre direito civil*. v. III. Rio de Janeiro: Renovar, 2012. p. 293.

⁸⁷⁴ BRASIL. Senado Federal. Secretaria Especial de Editoração e Publicações. Subsecretaria de Edições Técnicas. *Novo Código Civil*. Exposição de motivos texto sancionado. Brasília, DF: Senado Federal, 2005. Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70319/743415.pdf?sequence=2>>. Acesso em 31 out. 2014. p. 37.

⁸⁷⁵ MIRANDA, Pontes de. *Tratado de direito privado*. Parte Geral. Tomo I. Introdução. Pessoas físicas e jurídicas. Rio de Janeiro: Editor Borsoi, 1954. p. 162.

⁸⁷⁶ LIMA, Taisa Maria Macena de; SÁ, Maria de Fátima Freire de. Autonomia privada e internação não consentida. *Revista Brasileira de Estudos Políticos*, Belo Horizonte, v. 99, p. 79-99, 2009. Disponível em: <<http://www.pos.direito.ufmg.br/rbepdocs/099B079100.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2014. p. 82-83.

⁸⁷⁷ CANTALI, Fernanda Borghetti. Direitos da personalidade: disponibilidade relativa, autonomia privada e dignidade humana. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009. p. 53.

da personalidade são exemplos importantes desta nova ordem. De acordo com Amaral, o bem jurídico “personalidade” significa a titularidade de direitos e deveres considerados inerentes a qualquer ser humano, o que os tornam sujeitos de relações jurídicas. Os direitos da personalidade seriam, portanto, “direitos subjetivos que tem por objeto os bens e valores essenciais da pessoa, no seu aspecto físico, moral e intelectual”⁸⁷⁸.

Há quem diga que há total coincidência entre os direitos fundamentais e os da personalidade. Outros distinguem-nos, na medida em que se referem à tutela das necessidades e aspirações do indivíduo na esfera pública, perante o Estado, e na esfera privada, respectivamente. Entende-se que a tutela da personalidade não pode se restringir ao âmbito das relações privadas, assim como os direitos fundamentais não tutelam somente as garantias mais essenciais do indivíduo perante o Estado. Inclusive, fala-se na eficácia horizontal dos direitos fundamentais nas relações privadas. Certo é que, desde a promulgação da CRFB/1988, ficou patente que a pessoa requer uma proteção integral, que supere a dicotomia entre Direito Público e Direito Privado. Os direitos da personalidade e os direitos fundamentais seriam, portanto, faces de uma mesma moeda, devendo sua leitura ser necessariamente conjunta⁸⁷⁹. Tal se coaduna à Bioética da Proteção, a ser abordada mais adiante, a qual busca propor ferramentas capazes de solucionar os conflitos bioéticos não só no âmbito da relação médico-paciente, mas também das políticas públicas de saúde, como é o caso da internação contra a vontade de dependentes químicos.

Paganini tece críticas à atual disciplina dos direitos da personalidade, por entender que ela não reflete a racionalidade predominantemente existencial imposta pela ordem constitucional vigente ao alocar valores existenciais na forma de direitos subjetivos, instrumento jurídico próprio à garantia de interesses relativos à racionalidade liberal e patrimonialista⁸⁸⁰. Os direitos subjetivos são abstração jurídica formulada pela Escola Pandectística Alemã para a proteção de direitos patrimoniais, sobretudo o direito à propriedade. Falar-se em direito subjetivo implica na existência de uma relação jurídica entre, ao menos, dois sujeitos de direitos cujos interesses

⁸⁷⁸ AMARAL, Francisco. *Direito civil* – introdução. 6. ed. rev. atual. e aum. Rio de Janeiro: Renovar, 2006. p. 247.

⁸⁷⁹ TEPEDINO, Gustavo. *Temas de direito civil*. 4. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Renovar, 2008. p. 57.

⁸⁸⁰ PAGANINI, Juliano Marcondes. A “dupla crise” do modelo regulatório dos direitos da personalidade. In: TEPEDINO, Gustavo; FACHIN, Luiz Edson. (Org.) *Pensamento crítico do Direito Civil brasileiro*. Curitiba: Juruá, 2011. p. 13-14.

recaem sobre um dado objeto. Para Winikes e Camargo, compreender os direitos da personalidade nesses moldes representa uma aceitação tácita de que à integridade física, moral e intelectual das pessoas deve ser dada a mesma proteção oferecida a um titular de direito patrimonial. Os autores, referindo-se à obra de Perlingieri, sustentam a ressignificação dos direitos da personalidade enquanto situações subjetivas existenciais⁸⁸¹.

As controvérsias a respeito dividiram a doutrina. Estudiosos adeptos da teoria negativista, como Savigny e Iellinek, sustentavam que a identificação dos direitos da personalidade com a titularidade de direitos inviabiliza que os primeiros possam ser considerados objeto de um direito subjetivo. Essa visão parte do pressuposto de que os direitos da personalidade são o direito de alguém sobre a própria pessoa, sendo possível apenas a tutela dos seus aspectos reflexos, a saber, reação contra toda sorte de lesão⁸⁸². Essa premissa foi alvo de críticas. A rigor, a personalidade assumiria duas naturezas distintas. Na perspectiva dos atributos da pessoa humana, tem-se a personalidade como capacidade que a habilita a ser sujeito de direito. Tem-se, também, a personalidade como conjunto de características e atributos da pessoa humana enquanto objeto de proteção pelo ordenamento jurídico. Deste ângulo, a pessoa deve ser tutelada das agressões à sua personalidade. De acordo com a primeira natureza, a personalidade não pode ser objeto do sujeito de direito, de fato. Contudo, de acordo com a segunda, ela representa um bem jurídico em si mesmo. A partir dos anos 50, esta se tornou a posição predominante, ainda que bastante ligada ao modelo de direitos subjetivos patrimoniais⁸⁸³.

Compreender os direitos da personalidade enquanto direitos subjetivos coloca a doutrina jurídica diante de outros impasses. Saber, por exemplo, se esse direito subjetivo incide sobre a própria pessoa ou sobre um objeto externo, enquanto uma obrigação negativa geral. A separação entre sujeito e objeto de direito é adequada quando o bem jurídico é uma utilidade externa, como ocorre nas relações jurídicas patrimoniais, mas não serve como pressuposto das relações não-patrimoniais. Haveria uma confusão, portanto, entre os elementos objetivo e subjetivo da relação jurídica⁸⁸⁴. A (des)necessidade de tipificação dos direitos da personalidade na lei civil

⁸⁸¹ WINIKES, Ralph; CAMARGO, Rodrigo Eduardo. Reconstrução do direito da personalidade à própria imagem a partir da teoria crítica do direito civil. In: TEPEDINO, Gustavo; FACHIN, Luiz Edson (Org.) *Diálogos sobre direito civil*. v. III. Rio de Janeiro: Renovar, 2012. p. 295-296.

⁸⁸² TEPEDINO, Gustavo. *Temas de direito civil*. 4. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Renovar, 2008. p. 26-28.

⁸⁸³ *Ibid.*, p. 28-31.

⁸⁸⁴ *Ibid.*, p. 31-33.

também fez surgir divergências, havendo duas correntes a respeito: a) pluralista – sustenta a individualização dos bens correspondentes a cada direito da personalidade; b) monista – concebe o direito da personalidade como direito único, de conteúdo indefinido e diversificado⁸⁸⁵.

Neste tocante, a técnica legislativa utilizada no CC não se mostra suficiente à tutela de uma pluralidade de situações da vida prática. Há um só tempo, foram inseridas cláusulas gerais nos artigos 11 e 12 do CC, técnica mais operacional de acordo com a metodologia civil-constitucional, ao passo que nos artigos 13 a 21 insistiu-se em uma tipificação casuística de alguns direitos da personalidade, ao estilo positivista exegético. Por isso, faz-se necessária a sua releitura a partir do movimento de constitucionalização e repersonalização do Direito Civil⁸⁸⁶. Paganini salienta que, de certa forma, a racionalidade positivista, em cujo seio surgiram os Códigos jurídicos na modernidade, elaborados mediante tipificação pretensamente exaustiva dos fenômenos sociais, parece continuar a iluminar a técnica legislativa. O autor identificou uma dupla crise na disciplina jurídica dos direitos da personalidade: (a) a insuficiência do CC/2002, tanto ao adotar técnica legislativa inadequada quanto ao disciplinar os direitos da personalidade, e (b) pela insistência em uma codificação exaustiva diante do modelo constitucional vigente⁸⁸⁷.

Para Tepedino, tanto a corrente monista quanto a pluralista são insuficientes, pois ambas tratam os direitos da personalidade como expressão de uma tutela meramente ressarcitória e de caráter dominical. Ambas estariam ainda apegadas à estrutura subjetiva e patrimonialista da relação jurídica, pois vinculam a proteção da personalidade à definição prévia de um direito subjetivo e limitam a proteção da personalidade ao binômio dano-reparação, segundo a lógica do direito à propriedade. Parece predominar uma perspectiva negativa de proteção dos direitos da personalidade, que oferece tutela apenas depois que ocorrida a lesão, o que a torna setorial e insuficiente⁸⁸⁸. O autor entende que a dignidade humana, alçada a fundamento da República, associada ao objetivo fundamental de erradicação da pobreza e da marginalização, e de redução das desigualdades sociais, juntamente com a previsão do artigo 5º, § 2º da CRFB/1988, que ressalva a não exclusão de

⁸⁸⁵ TEPEDINO, Gustavo. *Temas de direito civil*. 4. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Renovar, 2008. p. 48-50.

⁸⁸⁶ PAGANINI, Juliano Marcondes. A “dupla crise” do modelo regulatório dos direitos da personalidade. In: TEPEDINO, Gustavo; FACHIN, Luiz Edson. (Org.) *Pensamento crítico do direito civil brasileiro*. Curitiba: Juruá, 2011. p. 15-19.

⁸⁸⁷ *Ibid.*, p. 13-24.

⁸⁸⁸ TEPEDINO, op. cit., *passim*.

outros direitos e garantias não expressos, configuram uma cláusula geral de tutela e promoção da pessoa humana⁸⁸⁹.

A personalidade seria mais do que um reduto de poder do indivíduo, é valor máximo do ordenamento, que condiciona a validade de toda atividade econômica e modula a autonomia privada⁸⁹⁰. Por isso, o foco não deve ser a identificação de um único direito geral de personalidade nem de múltiplos direitos da personalidade, mas sim:

[...] salvaguardar a pessoa humana em qualquer momento da atividade econômica, quer mediante os específicos direitos subjetivos (previstos pela Constituição e pelo legislador especial – saúde, imagem, nome, etc.), quer como inibidor de tutela jurídica de qualquer ato jurídico patrimonial ou extrapatrimonial que não atenda à realização da personalidade⁸⁹¹.

Cicco entende que a interpretação jurídica deve ser orientada para a realização de valores fundamentais do ordenamento. Não apenas respeitar a lei, mas viabilizar através dela a realização da justiça no caso concreto. Nesse sentido, faz-se necessária a releitura dos institutos civilísticos à luz da Constituição, com aplicação direta das normas constitucionais nas relações privadas. Não cabe mais a concepção de um Direito Civil separado do Direito Constitucional. O primeiro deve ser realocado enquanto parte integrante de um ordenamento jurídico unitário que requer a concretização dos princípios constitucionais também nas relações entre particulares. Somente a CRFB/1988, não mais o CC, pode garantir a unidade axiológica do sistema, sobretudo diante das mudanças provocadas pelas inovações tecnológicas que desafiam o valor máximo da dignidade humana⁸⁹². A despeito das críticas à forma com que foram disciplinados no CC/2002, os direitos da personalidade são símbolo importante da repersonalização do Direito Civil e devem ser interpretados de acordo com a nova hermenêutica constitucional.

Considerados essenciais, inatos e inseparáveis de seu titular, a doutrina costuma atribuir aos direitos da personalidade as seguintes características: a) absolutos – possuem eficácia *erga omnes*; b) indisponíveis – insuscetíveis de

⁸⁸⁹ TEPEDINO, Gustavo. Crise de fontes normativas e técnica legislativa na parte geral do Código Civil de 2002. In: TEPEDINO, Gustavo (Coord.) *A parte geral do NCCB: estudos na perspectiva civil-constitucional*. Rio de Janeiro: Renovar, 2002. p. XXV.

⁸⁹⁰ Id. *Temas de direito civil*. 4. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Renovar, 2008. p. 52-53.

⁸⁹¹ Ibid., p. 53.

⁸⁹² CICCIO, Maria Cristina de. Atos de disposição do próprio corpo entre autonomia e dignidade da pessoa humana. *Civilística*, Rio de Janeiro, a. 2, n. 1, p. 1-12, 2013. Disponível em: <<http://civilistica.com/wp-content/uploads/2013/06/Maria-Cristina-de-Cicco-civ.a.2.n.2.2013.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2014. p. 1-2.

alienação; c) irrenunciáveis – seu titular não poderá renunciá-lo e nem limitá-lo, salvo exceções previstas em lei; d) imprescritíveis – não há prazo para seu exercício; e) extrapatrimoniais – não passíveis de avaliação em pecúnia, salvo direitos de autor e de propriedade industrial, conforme regime próprio⁸⁹³. Essas características têm sido cada vez mais excepcionadas. A indisponibilidade dos direitos da personalidade, por exemplo, encontra resistência na doutrina que aponta, dentre as exceções, a não diminuição permanente da integridade física sem expressa previsão legal.

Borges, por exemplo, observa uma ampliação da autonomia jurídica individual em face dos direitos da personalidade, dentre eles o direito à integridade física, considerados indisponíveis. Deve-se repensar essa indisponibilidade a partir dos avanços científicos e das novas necessidades humanas, admitindo-se uma disponibilidade relativa dos direitos da personalidade, sem perder de vista os limites à autonomia privada, a saber: a Constituição, a lei, a ordem pública e o respeito à dignidade humana⁸⁹⁴. Também para Gogliano existe a possibilidade de disposição dos direitos da personalidade, ao passo que os compreende enquanto prerrogativas conferidas a uma pessoa pelo sistema jurídico para que ela possa fruir e dispor dos atributos essenciais da sua própria personalidade⁸⁹⁵.

A partir da cláusula geral de direitos da personalidade são identificados direitos especiais que correspondem a aspectos parciais da personalidade nas dimensões física, intelectual e moral. Importante explorar, em razão do uso de substâncias psicoativas poder representar um grave dano à integridade psicofísica do indivíduo, os limites da autonomia no que se refere à disposição do próprio corpo. De acordo com o artigo 13 do CC, é proibido dispor do próprio corpo quando tal importar em diminuição permanente da integridade física ou contrariar os bons costumes, ressalvado expressamente o transplante de órgãos. De acordo com Borges, dentre as formas de exercício do direito ao próprio corpo estão o direito à integridade física e o direito à autolesão⁸⁹⁶.

Cicco observa que o artigo mencionado é transposição do artigo 5º do Código Civil italiano, cuja matriz é fascista. Para a autora, esta “importação” não levou em

⁸⁹³ AMARAL, Francisco. *Direito civil* – introdução. 6. ed. rev. atual. e aum. Rio de Janeiro: Renovar, 2006. p. 250.

⁸⁹⁴ BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. *Direitos de personalidade e autonomia privada*. São Paulo: Editora Saraiva, 2007. p. 121.

⁸⁹⁵ GOGLIANO, Daisy. Autonomia, bioética e direitos da personalidade. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 107-127, nov. 2000. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S1516-4179200000100009&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 fev. 2012. p. 112.

⁸⁹⁶ BORGES, op. cit., passim.

conta as mudanças sofridas pelo Direito italiano a respeito, nem a mudança paradigmática ocorrida no Brasil após a CRFB/1988, que elevou a pessoa humana à categoria central do ordenamento jurídico brasileiro. O artigo referido somente visaria estabelecer um ponto de equilíbrio entre autonomia e disposição do próprio corpo, entendido este à semelhança dos objetos de direitos de conteúdo patrimonial, e o controle público sobre o corpo individual, quando assim ditar o interesse coletivo. Trata-se de uma concepção restritiva, que ignora ser o corpo um instrumento de manifestação da personalidade. Os atos de disposição do corpo podem se dirigir à conservação da integridade física mas também à realização de outros valores da pessoa, importantes para o seu livre desenvolvimento, a exemplo da recusa a tratamento médico⁸⁹⁷.

A internação contra a vontade de usuários de drogas passa ao largo de considerações sobre o direito de recusa a tratamento médico. De acordo com o artigo 15 do CC, ninguém pode ser constrangido a se submeter, com risco de vida, a tratamento médico ou intervenção cirúrgica. Deste dispositivo, o Conselho da Justiça Federal (CJF), conforme seu enunciado nº. 533, extrai que o paciente plenamente capaz poderá deliberar sobre qualquer tratamento médico que possa lhe causar risco de vida, imediata ou mediata, salvo as situações de emergência ou no curso de procedimentos médicos cirúrgicos que não possam ser interrompidos. Esse dispositivo materializa o respeito à autonomia do paciente, bem como a perspectiva da alteridade. A rigor, o consentimento só pode ser dispensado quando houver risco de vida e a pessoa não estiver em condições de se manifestar, ausente seu representante legal. Em qualquer outra circunstância, restará configurado o crime de constrangimento ilegal (art. 146, § 3º, I do CP). Não sendo este o caso, Borges conclui que a pessoa pode dispor de sua integridade física, saúde e da própria vida indiretamente, ao se opor a tratamento com potencial de curá-lo ou prorrogar o seu tempo de vida⁸⁹⁸.

É natural que atitudes extremas, que colocam a saúde da pessoa em risco, gerem maiores discussões. Sobre a greve de fome, por exemplo, há divergências quanto ao respeito da vontade do grevista, ainda que chegue a um estado de

⁸⁹⁷ CICCIO, Maria Cristina de. Atos de disposição do próprio corpo entre autonomia e dignidade da pessoa humana. *Civilistica*, Rio de Janeiro, a. 2, n. 1, p. 1-12, 2013. Disponível em: <<http://civilistica.com/wp-content/uploads/2013/06/Maria-Cristina-de-Cicco-civ.a.2.n.2.2013.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2014. p. 2-7.

⁸⁹⁸ BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. *Direitos de personalidade e autonomia privada*. São Paulo: Editora Saraiva, 2007. p. 203-205.

inanição. De acordo com o artigo 26 do CEM, é vedado ao médico alimentar compulsoriamente pessoa em greve de fome que for considerada capaz, física e mentalmente, para avaliar as possíveis consequências de sua atitude. Borges salienta que não existe um dever à vida, nem em relação a si mesmo, nem em relação à sociedade. Neste caso, não se pode falar em conflito entre o direito à liberdade e o direito à vida, pois o mesmo sujeito é titular de ambos e os exerce conforme a sua personalidade e o que compreende por dignidade⁸⁹⁹. Embora a internação contra a vontade encontre amparo legal na Lei Federal de Psiquiatria, deve ser analisada atentamente a capacidade decisória do usuário de drogas. O ordenamento jurídico brasileiro, porém, parece não admitir que o dependente químico possa ter autonomia para decidir sobre tratamento, pois o insere no rol de pessoas relativamente incapazes.

Schiocchet observa que a autonomia, na maioria dos modelos ocidentais modernos de Direito, é reduzida à noção de capacidade civil. Contudo, esta é fundamentalmente embasada em princípios liberais e voltada à capacidade negocial, de ênfase patrimonialista. A constitucionalização ou repersonalização do Direito Privado acarretou a substituição da ideia de pessoa abstraída das suas condições materiais e sociais, própria do Estado liberal, por uma concepção contextualizada e concreta de pessoa, condizente com os novos valores do Estado Social, notadamente com a igualdade material. Para a autora, faz-se necessário o repensar das categorias de capacidade e autonomia vinculadas à ideia de sujeito de direitos ou de pessoa. Tal, por sua vez, pressupõe a análise de qual concepção de pessoa está por trás dessas categorias éticas e jurídicas, ou seja, o arquétipo de pessoa pressuposto quando da elaboração das disposições legais a respeito⁹⁰⁰. Por ausência de espaço no corte epistemológico estabelecido para o desenvolvimento da presente pesquisa, não será possível uma verticalização deste jaez.

Contudo, faz-se imperativo registrar que os direitos da personalidade, enquanto instituto em sintonia com a repersonalização e despatrimonialização do Direito Civil, deve impactar o sistema das incapacidades, ainda que indiretamente. A presença dos direitos da personalidade no CC/2002 tem o condão de permitir o

⁸⁹⁹ BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. *Direitos de personalidade e autonomia privada*. São Paulo: Editora Saraiva, 2007. p. 198-199.

⁹⁰⁰ SCHIOCCHET, Taysa. *Acesso e exploração de informação genética humana: da doação à repartição de benefícios*. 2010. 255 f. Tese (Doutorado em Direito) – Programa de Pós-Graduação em Direito, Universidade Federal do Paraná – UFPR, Curitiba, PR, 2010. Disponível em: <<http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/handle/1884/24288/Tese%20final.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 25 jul. 2014. p. 152-153.

questionamento da atual disciplina da incapacidade civil, na medida em que esta última parece ser mais afeita ao modelo anterior – patrimonialista e individualista. A seguir, será problematizada a teoria das incapacidades, questionando-se a presunção de incapacidade do “viciado em tóxicos”. É possível extrair da nova orientação constitucional inaugurada pela CRFB/1988, a qual permitiu a positivação dos direitos da personalidade, implicações que demandam a revisão do sistema das incapacidades, pois aparentemente ele não foi alcançado pela constitucionalização do Direito Privado (informação verbal)⁹⁰¹.

3.2.2.1.1 A teoria das incapacidades no Direito Civil brasileiro: do Código Civil de 1916 ao Código Civil de 2002

No CC/1916, os artigos 5º e 6º traziam o rol de pessoas consideradas absoluta ou relativamente incapazes. Não havia ainda a indicação dos “viciados em tóxicos” entre os relativamente incapazes, como consta no CC/ 2002. No artigo 5º, II, os “loucos de todo gênero” figuravam entre os absolutamente incapazes. Estes deveriam ser representados pelos pais, tutores ou curadores, sob pena de nulidade do ato jurídico (arts. 84, 145, I, 446, I do CC/1916). Para tanto, seria necessário o processo de interdição, a ser promovido pelo pai, mãe, tutor, cônjuge, parente próximo ou pelo MP (art. 447 do CC/1916). O MP somente poderia fazê-lo na ausência das pessoas indicadas ou se estas não o fizessem, bem como nos casos de “loucura furiosa” (art. 448 do CC/1916). Antes de se pronunciar sobre a interdição, o juiz deveria examinar pessoalmente o suposto incapaz e ouvir profissionais (art. 450 do CC/1916). Sobre os “loucos” ainda era previsto que “[...] sempre que parecer inconveniente conservá-los em casa, ou exigir o seu tratamento, serão também recolhidos em estabelecimento adequado” (art. 457 do CC/1916)⁹⁰².

No projeto do CC/1916, o termo utilizado na redação do artigo 5º, I era “os alienados de qualquer espécie”. Contudo, preferiu-se o termo “loucos” ao termo “alienados”. Beviláqua criticou a mudança, explicando que alienados são aqueles que, por organização cerebral incompleta, enfermidade no encéfalo ou vício de organização, não gozam do equilíbrio e clareza de razão suficientes para se conduzirem socialmente nas várias relações da vida. Para Freire, quaisquer dos

⁹⁰¹ Informação coletada durante reunião de orientação com a Profa. Dra. Taysa Schiocchet, realizada no dia 18 de dezembro de 2014 em São Leopoldo, na Unisinos.

⁹⁰² ESTADOS UNIDOS DO BRASIL. *Lei nº 3.071, de 1º de janeiro de 1916*. Código Civil dos Estados Unidos do Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l3071.htm>. Acesso em: 03 nov. 2014.

termos seria passível de críticas, mas ambos denominariam o mesmo fenômeno. Para ele, o inciso citado faz referência às alterações da inteligência, independentemente de sua causa, desde que se manifestem de forma permanente e duradoura e produzam a incapacidade sob o ponto de vista jurídico. É de competência da perícia médica aferir se o indivíduo tem capacidade para reger sua pessoa e administrar seus bens⁹⁰³.

A emenda apresentada à Comissão dos Vinte e Um pelos Deputados Rodrigues Doria e Hermenegildo de Moraes era mais clara. Em lugar de “loucos de todo o gênero”, seria posto “os que, por defeito ou perturbação mental, não tiverem a consciência e livre determinação dos seus atos”, redação mais próxima ao atual CC (art. 3º, II), com a diferença de que a deficiência mental passa a poder dar azo a uma incapacidade absoluta ou relativa. A capacidade é presumida, cedendo apenas quando houver a prova em contrário⁹⁰⁴. Freire explica que esta previsão tem raízes no Direito Romano, o qual repousa sobre a ideia de que a alienação mental produz uma “perversão total da inteligência”, que se traduziria numa incapacidade de fato. Portanto, com a recuperação do enfermo, sua capacidade é restabelecida⁹⁰⁵.

O “louco” a que se refere o CC/1916, absolutamente incapaz, seria aquele que não pode determinar livremente a sua vontade e nem comunicar suas representações e sentimentos com exatidão. Pessoas com enfermidade mental que não apresentam esse quadro podem ser relativamente incapazes ou capazes, havendo três classes possíveis em termos psicológicos, portanto. Para o relativamente capaz, a disciplina jurídica é distinta. A interdição seria necessária para que a incapacidade se estabelecesse e os atos jurídicos que a pessoa houvesse praticado seriam anuláveis, e não nulos. A distinção entre a incapacidade absoluta e relativa demanda a apreciação da atividade volitiva, cognoscitiva e sentimental da pessoa, o que seria mais importante do que as causas patológicas e as manifestações visíveis. O critério é o da eficiência da atividade de tais pessoas na vida, se elas são capazes de conduzir-se nas relações de ordem patrimonial, moral e

⁹⁰³ FREIRE, Milciades Mário de Sá. *Manual do código civil brasileiro*. Parte Geral. Disposição preliminar e Das Pessoas e Dos Bens. Arts. 1 a 73. Rio de Janeiro: Jacintho Ribeiro dos Santos – Editor, 1930. p. 47-48.

⁹⁰⁴ *Ibid.*, p. 51.

⁹⁰⁵ PAGANINI, Juliano Marcondes. A “dupla crise” do modelo regulatório dos direitos da personalidade. In: TEPEDINO, Gustavo; FACHIN, Luiz Edson. (Org.) *Pensamento crítico do direito civil brasileiro*. Curitiba: Juruá, 2011. p. 49.

política. Deve-se analisar o quão prejudicial a capacidade seria para si e para a sociedade⁹⁰⁶.

Desde o código anterior a doutrina distinguia a capacidade de direito da capacidade de fato. Todo homem seria dotado de capacidade de direito (art. 2º do CC/1916), no plano do Direito Privado⁹⁰⁷. Em Pontes de Miranda, capacidade de direito e personalidade seriam sinônimos, a saber, a personalidade seria o mesmo que ter capacidade de direito, poder ser sujeito de direito. Em outras palavras, a personalidade seria a capacidade de ser titular de direitos ou sujeito passivo de pretensões, ações e exceções. Seria, ainda, a possibilidade da pessoa se encaixar em suportes fáticos que, pela incidência das regras jurídicas, se tornam fatos jurídicos. Ser pessoa seria, portanto, a possibilidade de ser sujeito de direito, além daqueles direitos produzidos por ela. Já a capacidade de ação, de ato ou de obrar se refere à prática de negócio jurídico (capacidade negocial), ato-fato jurídico, atos jurídicos *stricto sensu* ou atos ilícitos (capacidade delitual). O autor explica que, em relação à capacidade de praticar ato-fato jurídico, não se exige do agente mais do que a capacidade de praticar o ato de modo que ele entre no mundo-jurídico como ato-fato e irradie os seus efeitos. Por isso, o louco que descobre o tesouro ou compõe uma música seria dotado desta capacidade⁹⁰⁸.

O Direito teria como razão da sua existência servir ao homem, como elemento que estabiliza o econômico e o político. O Direito protege o interesse dos homens e dos entes personificados, não a sua vontade ou poder, tanto é que aqueles que não podem manifestar o seu querer tem interesses protegidos pelo Direito, por exemplo⁹⁰⁹. Em nome dessa estabilidade, aqueles acometidos por enfermidades psíquicas graves que atingem seu conhecimento, sentimento e vontade ou a possibilidade de manifestação destes tem sua imputabilidade pré-excluída pelo ordenamento jurídico, sendo carentes de validade os atos jurídicos que venham a praticar. A incapacidade começaria *ipsu iuri*, sendo a interdição dotada de eficácia declarativa. A interdição da pessoa não declara nem constitui a sua incapacidade. Tratar-se-ia de mera medida preventiva que é regida pelos princípios de polícia psíquica/médica e de profilaxia ou proteção do enfermo. Em relação aos

⁹⁰⁶ MIRANDA, Pontes de. *Tratado de direito privado*. Parte Geral. Tomo I. Introdução. Pessoas físicas e jurídicas. Rio de Janeiro: Editor Borsoi, 1954. p. 208-209.

⁹⁰⁷ *Ibid.*, p. 157-158.

⁹⁰⁸ *Ibid.*, p. 153-157.

⁹⁰⁹ *Ibid.*, p. 171.

relativamente incapazes, a interdição teria o condão de fazer iniciar a incapacidade⁹¹⁰.

Fachin descreve o CC anterior como a “Constituição do homem privado”, por entender que o indivíduo, isoladamente considerado, foi colocado em primeiro plano. O sistema foi centrado em categorias e abstrações fieis ao contexto e à história dos valores dominantes, que visam conservar as relações de ordem patrimonial, contratual e familiar, tornando-se inapto a ensejar discussões sobre as transformações da realidade. O sujeito de direito pressuposto é o sujeito de patrimônio, cuja biografia passa a ter significado jurídico diante da circulação dos bens – via contrato – ou seu armazenamento no patrimônio e nas relações familiares⁹¹¹. Nas palavras do autor: “O sujeito de direito, nesse contexto, se concretiza quando, na prática, ele se torna sujeito do patrimônio [...]”⁹¹², sendo a vontade aquilo que melhor sintetiza a projeção deste sujeito de direito⁹¹³. Foi assim com a disciplina jurídica conferida aos três pilares fundamentais do sistema privado clássico – o contrato, a família e a propriedade, e também com o tratamento destinado à (in)capacidade civil.

O CC/1916, cuja elaboração sofreu forte influência do Código de Napoleão, era marcadamente individualista e voluntarista. O Direito Privado tinha como valor fundamental o indivíduo, núcleo do Estado liberal de Direito, dedicando-se a regular a atuação do sujeito de direito, notadamente o contratante e o proprietário. Referido como a Constituição do Direito Privado, o CC representava a fonte mais elevada de disciplina jurídica das relações privadas, resguardando-as de qualquer ingerência do Poder Público. Esta era de aparente segurança e estabilidade entrou em declínio na segunda metade do século XIX na Europa, crise que atingiu a política legislativa brasileira a partir dos anos 20⁹¹⁴. Demandas contingentes exigiram do Estado a promulgação de leis extracodificadas. Inicialmente emergenciais, essas leis terminaram por formar um Direito especial paralelo ao Direito comum codificado, fazendo com que o CC perdesse o seu caráter de exclusividade na regulação das relações privadas⁹¹⁵.

⁹¹⁰ MIRANDA, Pontes de. *Tratado de direito privado*. Parte Geral. Tomo I. Introdução. Pessoas físicas e jurídicas. Rio de Janeiro: Editor Borsoi, 1954. p. 208.

⁹¹¹ FACHIN, Luiz Edson. *Teoria crítica do direito civil*. 3. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2012. p. 327.

⁹¹² *Ibid.*, p. 329.

⁹¹³ *Ibid.*, p. 330.

⁹¹⁴ TEPEDINO, Gustavo. *Temas de direito civil*. 4. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Renovar, 2008. p. 4.

⁹¹⁵ *Ibid.*, p. 4-6.

Tepedino, ao identificar sinais de insuficiência do CC/1916 em lidar com um sistema de fontes cada vez mais complexo, entendeu ser um equívoco a aprovação de um novo CC por consistir na reprodução da mesma técnica legislativa. Para o autor, o projeto do atual CC pecava por desconhecer as profundas mudanças trazidas pela CRFB/1988, pela legislação especial e pela jurisprudência, bem como por tentar se manter neutro e abstrato em sua dimensão axiológica⁹¹⁶. No caso da teoria das incapacidades e do processo de interdição, grande parte da sua configuração foi mantida no CC/2002. Houve mudanças nas situações de incapacidade absoluta e relativa. De acordo com sua exposição de motivos, após revisões fundadas em aportes da Psiquiatria e da Psicologia, chegou-se à distinção entre “enfermidade ou retardamento mental” e “fraqueza da mente”, sendo o caso de incapacidade absoluta ou relativa respectivamente. Além disso, reconheceu-se a incapacidade absoluta dos que, por causa transitória, não possam exprimir sua vontade, e a incapacidade relativa dos “excepcionais sem desenvolvimento mental completo”⁹¹⁷. Vide a redação atual dos dispositivos legais a respeito:

Art. 3º São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil:

I - os menores de dezesseis anos;

II - os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos;

III - os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade.

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

I - os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos;

II - os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido;

III - os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo;

IV - os pródigos.

Parágrafo único. A capacidade dos índios será regulada por legislação especial. (grifos nossos)⁹¹⁸

De acordo com os artigos acima colacionados, a incapacidade poderá ser absoluta ou relativa. Com exceção do critério etário, o reconhecimento da incapacidade deverá ser feito em juízo, via processo de interdição, no qual o juiz

⁹¹⁶ BRASIL. O código civil, os chamados microsistemas e a Constituição: premissas para uma reforma legislativa. In: TEPEDINO, Gustavo (Coord.) *Problemas de direito civil-constitucional*. Rio de Janeiro: Renovar, 2000. p. 9.

⁹¹⁷ Id. Senado Federal. Secretaria Especial de Editoração e Publicações. Subsecretaria de Edições Técnicas. *Novo Código Civil*. Exposição de motivos texto sancionado. Brasília, DF: Senado Federal, 2005. Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70319/743415.pdf?sequence=2>>. Acesso em 31 out. 2014. p. 36-37.

⁹¹⁸ Id. *Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002*. Institui o Código Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm>. Acesso em: 03 nov. 2014.

nomeará um curador (art. 1.767 do CC). Se a incapacidade for absoluta, a interdição será total, devendo o curador representar o curatelado em todos os atos da vida civil, sob pena de nulidade. Em caso de incapacidade relativa, a curatela será parcial, de modo que o incapaz será assistido apenas em determinados atos definidos na sentença, sob pena de anulabilidade⁹¹⁹. O CC inscreve no rol dos relativamente incapazes, expressamente, “os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido” (art. 4º, II do CC), devido à presunção de que estes têm um discernimento limitado para gerir seus próprios interesses⁹²⁰. Contudo, não se descarta a interdição total de uma pessoa que usa substâncias psicoativas com base no art. 3º, incisos II ou III do CC.

A capacidade seria um atributo conferido pela ordem jurídica, sendo classificada em capacidade de direito (ou gozo) e capacidade de fato (ou de exercício). A toda pessoa é atribuída a capacidade de direito (art. 1º do CC), compreendida como aptidão para ser titular de direitos e obrigações. Terá capacidade de fato, por sua vez, todo aquele que puder exercer seus direitos e cumprir suas obrigações por meio da manifestação de sua vontade, de forma livre e consciente⁹²¹. Presume-se que as pessoas têm condições de zelar por seus próprios interesses, sejam eles patrimoniais ou existenciais. Quando esta presunção não se confirma, mais especificamente, quando identificada alguma das circunstâncias elencadas nos artigos 3º e 4º do CC, estar-se-á diante de um incapaz, fazendo-se necessário que um terceiro passe a administrar a vida e o patrimônio daquele que não consegue fazê-lo⁹²².

Assim como previsto no artigo 457 do CC/1916, dispõe o art. 1.777 do CC/2002: “Os interditos referidos nos incisos I, III e IV do art. 1.767 serão recolhidos em estabelecimentos adequados, quando não se adaptarem ao convívio doméstico.”⁹²³ Ambos fazem referência ao recolhimento a estabelecimento adequado, mas não podem ser interpretados da mesma forma. Medeiros observa que no CC anterior, essa disposição tinha como objetivo preservar a unidade familiar

⁹¹⁹ FERRAZ, Carolina Valença; LEITE, Glauber Salomão. Capacidade Civil – Fixação de novos paradigmas para a construção de um regime jurídico voltado à tutela da dignidade humana. In: EHRHARDT JR., Marcos (Coord.). *Os 10 anos do código civil: evolução e perspectivas*. Belo Horizonte: Fórum, 2012. p. 36-38.

⁹²⁰ RODRIGUES, Rafael Garcia. A pessoa e o ser humano no novo código civil. In: TEPEDINO, Gustavo. *A parte geral do novo código civil: estudos na perspectiva civil-constitucional*. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Renovar, 2003. p. 19-20.

⁹²¹ *Ibid.*, p. 11-13.

⁹²² FERRAZ; LEITE, op. cit., p. 35.

⁹²³ BRASIL. *Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002*. Institui o Código Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm>. Acesso em: 03 nov. 2014.

pela exclusão e isolamento daquele com comportamento desviante. No CC atual a lógica é diversa, pois o texto legal deve ser lido à luz da CRFB/1988 e da Lei nº 10.216/2001. Por isso, o “estabelecimento adequado” não é referência às velhas instituições asilares, mas sim a locais em que possam ser assegurados à pessoa com transtorno mental os direitos à moradia e ao acesso a tratamento, conforme as suas necessidades⁹²⁴.

Ferraz e Leite observam que, ainda que a interdição seja apresentada como um instituto de natureza protetiva, muitas vezes ela poderá representar uma redução indevida da autonomia da pessoa, violando direitos fundamentais⁹²⁵. Medeiros descreve a interdição e a curatela em termos de exclusão/proteção. Por um lado, interdição representa a imposição legal de um impedimento, priva-se uma pessoa da administração de seus bens e da regência de si em nome do interesse da coletividade. A curatela, por outro lado, remete às noções de cuidado e direção. A autora também observa que, embora justificada em termos de proteção e tratamento, a interdição tem servido historicamente para a proteção da sociedade em face dos comportamentos desviantes que geram insegurança⁹²⁶. “Sem regência sobre a sua pessoa; sujeito, não raro, a internações involuntárias; desqualificado em seu poder de verbalizar reivindicações, esse indivíduo transforma-se em não-cidadão”⁹²⁷.

Países que, assim como o Brasil, possuem ordenamentos jurídicos cujas raízes remontam ao Direito Romano, têm avançado mais na revisão dos institutos da capacidade civil e interdição, motivados pela preocupação em preservar ao máximo o ser humano e seus direitos. Na Alemanha e na França, por exemplo, a lei determina expressamente que a interdição deve ser considerada o último recurso, por impor ao indivíduo restrições drásticas, devendo-se preservar a maior quantidade de direitos possível. Medeiros advoga pela excepcionalidade da interdição, instituto que deve estar aliado a um sistema de proteção social e que deve incorporar a reformulação na assistência psiquiátrica. Assim, essas pessoas deixariam de ser tratadas como seres dependentes e desprovidos de possibilidades,

⁹²⁴ MEDEIROS, Maria Bernadette de Moraes. *Interdição civil: proteção ou exclusão?* São Paulo: Cortez, 2007. p. 95.

⁹²⁵ FERRAZ, Carolina Valença; LEITE, Glauber Salomão. Capacidade Civil – Fixação de novos paradigmas para a construção de um regime jurídico voltado à tutela da dignidade humana. In: EHRHARDT JR., Marcos (Coord.). *Os 10 anos do código civil: evolução e perspectivas*. Belo Horizonte: Fórum, 2012. p. 36-38.

⁹²⁶ MEDEIROS, op. cit., p. 80-87.

⁹²⁷ *Ibid.*, p. 87.

passando-se a respeitar as suas diferenças como uma outra forma possível de estar no mundo⁹²⁸. Diminuir o *gap* entre as normas jurídicas e as práticas da vida sempre será um desafio. Contudo, identificou-se indícios de que os artigos 3º e 4º do CC não seriam suficientes para a avaliação da (in)capacidade em relação ao exercício de direitos existenciais, como o é a decisão por um tratamento de saúde. Este é o ponto a ser explorado a seguir.

3.2.2.1.2 A insuficiência dos artigos 3º e 4º do Código Civil em face do exercício de direitos existenciais

De acordo com o senso comum, as pessoas com dependência química necessariamente não têm capacidade para tomar decisões a respeito da própria saúde, pois seria decorrência direta desta enfermidade a supressão da capacidade decisória do indivíduo. Abreu e Val, ao analisarem a questão da legitimidade da internação involuntária ou compulsória de dependentes químicos, destacam a inviabilidade desta análise ser pautada exclusivamente na necessidade de obtenção do consentimento. Para as autoras, havendo dependência, “[...] existirá, inequivocamente, um prejuízo para a faculdade volitiva do paciente. [...] o quadro se caracteriza justamente pela incapacidade de abandonar a compulsão ao uso da droga, estando a vontade do paciente escravizada e cativa da sua patologia”⁹²⁹.

Nessa mesma linha, para Neves e Osswald não é eticamente aceitável o ato de se drogar, não podendo ele ser justificado pelo exercício da autonomia. Para os autores, quando uma pessoa começa a consumir drogas ela não o faz tendo conhecimento global dos riscos envolvidos, é geralmente aliciada por outros usuários e, na maioria dos casos, é menor de idade. Esse jovem não teria autonomia suficiente para tomar tal decisão. Além disso, há entendimento de que a escolha deliberada por um procedimento que gera prejuízos excede a área de decisão sob o domínio da autonomia, pois a ninguém seria reconhecido o direito de infligir lesões a si próprio⁹³⁰. De acordo com eles: “[...] não é lícito a uma pessoa o escravizar-se, o

⁹²⁸ MEDEIROS, Maria Bernadette de Moraes. *Interdição civil: proteção ou exclusão?* São Paulo: Cortez, 2007. p. 106.

⁹²⁹ ABREU, Célia Barbosa; VAL, Eduardo Manuel. A experiência brasileira das internações involuntária e compulsória do dependente químico. In: ASENSI, Felipe; MUTIZ, Paula Lucia Arévalo; PINHEIRO, Roseni. (Coord.) *Direito e saúde: enfoques interdisciplinares*. Curitiba: Juruá, 2013. p. 411.

⁹³⁰ NEVES, Maria do Céu Patrão; OSSWALD, Walter. *Bioética simples*. 2. ed. rev. e atual. Lisboa: Verbo, 2014. p. 198-199.

que de facto acontece quando se torna dependente; por outras palavras, é um contra-senso que alguém livremente se prive da sua liberdade.⁹³¹

Em relação ao dependente, afirmam que sua autonomia é inexistente. Por ser uma pessoa que se encontra fragilizada e doente, a ela deve ser assegurado o direito ao tratamento, eventualmente contra sua vontade expressa. Os autores concluem que não existe um direito a drogar-se e que o consumo de drogas não encontra qualquer apoio ético. A partir da obra, leia-se que esta afirmação se refere ao consumo abusivo de substâncias psicoativas⁹³². Esta conclusão é essencialmente justificada pela percepção dos doutrinadores a respeito do dependente químico, qual seja: “O dependente (sobre)vive em função da droga, que é a única realidade que o motiva e lhe interessa e para adquirir a qual está disposto a tudo, mas mesmo tudo. Nestas circunstâncias, seria absurdo falar de autonomia⁹³³. O dependente químico, portanto, é retratado como um escravo eterno do vício, do desejo por consumir mais drogas.

Curiosamente, os mesmos autores assumem posicionamento distinto, mais flexível, em relação à autonomia e responsabilidade de pessoas acometidas por transtornos mentais. Eles distinguem a fase psicótica aguda, quando é inviável o exercício da autonomia, dos períodos de lucidez, ainda que relativos, nos quais deve ser respeitada a autonomia mesmo que residual com a obtenção do consentimento livre e esclarecido prévio a qualquer intervenção ou tratamento. A depender da gravidade da patologia não seria possível vislumbrar indícios de autonomia, de modo que caberá ao profissional realizar juízo de beneficência, decidindo por aquilo que atende os melhores interesses do doente, com audição dos seus familiares, se possível. O internamento ou tratamento compulsivo é uma possibilidade nos casos em que o enfermo não colabore, seja insubmisso e represente perigo para si ou para terceiros. Nesse caso, pode-se presumir que o paciente prestaria consentimento se pudesse fazê-lo⁹³⁴. Ora, seria mais razoável também assim entender em relação à dependência química, pois há momentos em que a pessoa não está sob os efeitos da substância e podem apresentar os referidos “períodos de lucidez”.

⁹³¹ NEVES, Maria do Céu Patrão; OSSWALD, Walter. *Bioética simples*. 2. ed. rev. e atual. Lisboa: Verbo, 2014. p. 199.

⁹³² *Ibid.*, p. 199-200.

⁹³³ *Ibid.*, p. 199.

⁹³⁴ *Ibid.*, p. 204.

Viu-se que esta percepção da relação entre dependência química e ausência de capacidade decisória tem sido fortemente questionada e criticada. Silveira assinala que a perda da capacidade de autodeterminação, ao ponto de justificar uma internação compulsória, ocorre excepcionalmente. A maioria das pessoas que usam drogas não perde esta capacidade, independentemente da substância utilizada. O que realmente define a dependência química é a perda do controle em relação ao produto, o que não pode ser estendido para outras ações. Portanto, o dependente químico não perde a noção de identidade nem a capacidade de julgar o que é certo ou errado. O limite entre ser capaz e incapaz está na possibilidade de realizar julgamentos sobre a realidade. Perdida essa capacidade, estar-se-á na seara da psicose. Silveira arremata: “Quer entrar com medidas jurídicas? Sim, mas medidas voltadas para os delitos - o roubo, por exemplo. E roubo não é doença mental, é crime”⁹³⁵.

Também as pesquisas desenvolvidas por Hart, já referidas, nas quais se concluiu que pessoas que usam crack ou metanfetamina regularmente possuem a capacidade de tomar decisões racionalmente, põem em xeque o senso comum sobre o uso de drogas. Em conferência realizada em 2014, lhe foi perguntado diretamente se pessoas acometidas por dependência química poderiam ter capacidade decisória, sobretudo para tomar decisões sobre a própria saúde. De forma assertiva, Hart respondeu que, sim, elas são capazes de tomar decisões racionais, obviamente quando não estão sob os efeitos psicoativos da substância. Seriam pessoas autônomas assim como qualquer outra pessoa que ali estava presente, o assistindo. O que pode lhes retirar a capacidade é eventual transtorno mental associado, e, ainda assim, deve ser buscado o empoderamento desses sujeitos (informação verbal)⁹³⁶.

A normativa do CC quanto à (in)capacidade do sujeito de direito vem sendo questionada pela doutrina não só jurídica, mas também no campo da Bioética. Para Pithan, Bernardes e Pires Filho, autonomia e capacidade de fato não são categorias correspondentes, tampouco diretamente relacionadas. Haverá situações em que ambas serão contrapostas, como no caso de uma pessoa considerada absoluta ou

⁹³⁵ SAYURI, Juliana. Misérias fora de ordem. *Estado de São Paulo*, São Paulo, 26 jan. 2013. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/geral,miserias-fora-de-ordem,989156>>. Acesso em: 04 set. 2014. Texto postado no link Geral.

⁹³⁶ Informação coletada na Conferência conferida por Dr. Carl Hart, intitulada “Drogas e Sociedade – Superando mitos para a construção de novos paradigmas”, realizada na Escola de Magistrados do Estado do Rio de Janeiro (EMERJ), no dia 09 de maio de 2014.

relativamente incapaz pela ordem civil, mas que demonstra ser capaz de agir com autonomia numa dada circunstância. Ao analisarem comparativamente os critérios legais de capacidade civil e a noção de capacidade decisória do paciente como trabalhada na Bioética – denominada autonomia bioética – os autores identificaram a insuficiência do Direito em estabelecer, sozinho, quem pode decidir o que é melhor para a sua saúde⁹³⁷.

Muitas vezes os profissionais da saúde irão se deparar com pacientes legalmente capazes, mas que, por se encontrarem sob condições de especial vulnerabilidade, estão mais suscetíveis a sofrer danos e sem capacidade real de decidir o melhor para si. Essa análise deve levar em conta a decisão a ser tomada em concreto. As leis civis não permitem essa análise individualizada, pois referem-se a uma inaptidão geral e abstrata, cunhada originalmente sob uma perspectiva patrimonial. Esta avaliação abrangente e indeterminada da capacidade presente no CC ignora as peculiaridades de cada caso e demonstra-se insuficiente para salvaguardar a dignidade humana. A capacidade do paciente deve ser entendida como algo pontual, específico, relacionado ao caso concreto⁹³⁸.

Os artigos 3º e 4º do CC não foram desenhados com vistas à avaliação da aptidão para exercício de direitos existenciais, mas sim de cunho patrimonial. Eles ainda estão moldados à lógica de que ao Direito Civil cabe apenas a tutela de situações patrimoniais, que dizem respeito ao sujeito de direito. Aguiar refere a urgência da comparação valorativa entre a capacidade civil e autonomia do agente, de modo que a interpretação dos artigos 3º e 4º do CC esteja aberta aos influxos da Bioética⁹³⁹. Rodrigues também aponta a necessidade de se repensar o regime das incapacidades, notadamente quando se estiver diante de ações que tocam diretamente o desenvolvimento humano do indivíduo⁹⁴⁰. Ademais, como visto nos itens anteriores, a leitura do CC à luz do regime constitucional inaugurado em 1988 pressupõe dar-se prioridade às situações existenciais em relação às patrimoniais.

⁹³⁷ PITHAN, Livia Haygert; BERNARDES, Fabrício Benites; PIRES FILHO, Luiz Alberto B. Simões. Capacidade decisória do paciente: aspectos jurídicos e bioéticos. In: GAUER, Gabriel José Chittó; ÁVILA, Gerson Antônio de; ÁVILA, Gustavo Noronha de (Org.) *Ciclo de conferências em Bioética I*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005. p. 121-122.

⁹³⁸ *Ibid.*, p. 128-132.

⁹³⁹ AGUIAR, Mônica. Respeito à autonomia: do direito civil à bioética. In: DIDIER JR., Fredie; EHRHARDT JR., Marcos. (Coord.) *Revisitando a teoria do fato jurídico*: homenagem a Marcos Bernardes de Mello. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 404.

⁹⁴⁰ RODRIGUES, Rafael Garcia. A pessoa e o ser humano no novo código civil. In: TEPEDINO, Gustavo. *A parte geral do novo código civil*: estudos na perspectiva civil-constitucional. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Renovar, 2003. p. 23-24.

Para Rodrigues, as disposições dedicadas à fixação da capacidade civil parecem distantes da realidade por insistirem em uma taxionomia presa ao paradigma dos direitos patrimoniais. A presença de categorias genéricas, como “deficiente mental” e “viciados em tóxicos”, atesta a desconsideração da diferença existente entre tais indivíduos. Ao se tratar de situações existenciais, como aquelas relacionadas à disposição cultural e tratamento sanitário, a análise se torna mais complexa, por estarem inseridas em um ordenamento jurídico que valoriza a realização da pessoa. Nesses casos, ainda que se entenda que a vontade do incapaz não seja suficiente para o estabelecimento de relações jurídicas, ela não pode ser ignorada como se destituída de valor jurídico. Do contrário, estará sendo institucionalizada uma violação à dignidade humana e direitos fundamentais, como a liberdade e intimidade. O excesso de proteção poderá redundar na supressão da subjetividade de um indivíduo⁹⁴¹.

A inserção dos “ébrios habituais” e dos “viciados em tóxicos” de forma categórica entre as circunstâncias de incapacidade relativa, assim como a fixação de faixas etárias, impedem de antemão qualquer reflexão sobre a possibilidade de um dependente químico ou menor de idade ser dotado de capacidade civil plena para a prática dos mais diversos atos da vida civil, que podem assumir natureza patrimonial ou existencial. Embora na incapacidade relativa haja margem para que se estabeleça, no processo de interdição, os limites da incapacidade, observe-se que a incapacidade em si é um pressuposto. Sabe-se que, *a priori*, pressupõe-se a capacidade de um indivíduo. Contudo, isto não se confirma em relação aos usuários de drogas, como se viu no início deste item. Melhor seria se as duas hipóteses referidas contassem com a observação constante nos casos de deficiência mental, qual seja, “que tenha o discernimento reduzido”, pois ao menos a lei civil estaria partindo da premissa de que pessoas nessas circunstâncias podem ter discernimento e agir racionalmente.

Schiocchet, ao estudar a capacidade decisória de adolescentes no tocante ao exercício de direitos sexuais e reprodutivos, observa que a dogmática jurídica relativa à capacidade civil parece estar presa ao formato dos enunciados normativos liberais, voltados à fixação de padrões de certeza. A legislação brasileira, seguindo a

⁹⁴¹ RODRIGUES, Rafael Garcia. A pessoa e o ser humano no novo código civil. In: TEPEDINO, Gustavo. *A parte geral do novo código civil: estudos na perspectiva civil-constitucional*. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Renovar, 2003. p. 25-26.

recomendação internacional, fixou faixas etárias ou condições para o exercício de direitos considerando a idade, a saúde ou o desenvolvimento intelectual. Embora o objetivo seja o de proteger determinadas pessoas, muitas vezes, as limitações a elas impostas terminam por inviabilizar o exercício de direitos humanos e da personalidade, como quando se interna compulsoriamente ou involuntariamente um indivíduo sem que seja realizada uma análise individual da sua capacidade decisória, como trabalhada na Bioética. Pode-se dizer que o sistema jurídico permanece enrijecido e incapaz de se adaptar às transformações e demandas sociais deste viés⁹⁴².

Diante da necessidade de revisão da teoria clássica das incapacidades, há autores que propõem mecanismos que viabilizem o exercício da autonomia por parte daqueles taxados como incapazes pela ordem civil. Dadalto, por exemplo, propõe a utilização do critério do discernimento, em detrimento da capacidade civil. A partir de Pereira, a autora indica que o discernimento (ou capacidade para consentir) é uma nova espécie de capacidade, ao lado da de fato e de direito. Ela seria estabelecida pelo médico e estaria sujeita a controle jurisdicional. A relativização do regime legal visa possibilitar ao incapaz (em abstrato) a tomada de decisões sobre questões que afetam diretamente os seus direitos da personalidade, a saber, questões existenciais⁹⁴³. Para Segre, avaliar a autonomia de uma pessoa não é uma tarefa precisa e requer a capacidade de sintonizar-se, ter empatia, compreensão e solidariedade para com o outro⁹⁴⁴.

Há autores que, como Wierzba, entendem que o consentimento livre e esclarecido não constitui um ato jurídico, mas sim uma mera manifestação de vontade não negocial, um ato lícito. Esse entendimento simplificaria as questões em torno da (in)capacidade jurídica, representação e regime de nulidades. A capacidade em questão é a possibilidade de decidir por si mesmo quanto à submissão a um tratamento, de modo que essa avaliação deve ser realizada de uma maneira

⁹⁴² SCHIOCCHET, Taysa. Autonomia do adolescente e interrupção voluntária da gestação: aspectos sócio-jurídicos. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO: gênero e preconceitos, 7., 2006, Florianópolis. *Anais eletrônicos...* Florianópolis: Editora Mulheres, 2006. p. 1-7. Disponível em: <http://www.fazendo.genero.ufsc.br/7/artigos/T/Taysa_Schicchett_11.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014. p. 4.

⁹⁴³ DADALTO, Luciana. Capacidade *versus* discernimento: quem pode fazer diretivas antecipadas de vontade? In: DADALTO, Luciana (Coord.) *Diretivas antecipadas de vontade: ensaio sobre o direito à autodeterminação*. Belo Horizonte: Letramento, 2013. p. 224-226.

⁹⁴⁴ SEGRE, Marcos. Autonomia individual. In: TEALDI, Juan Carlos (Dir.) *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: Unesco – Red Latinoamericana y Caribe de Bioética/Universidad Nacional de Colombia, 2008. p. 423-424. Disponível em: <<http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/DicoPartIII.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2014. p. 423-424.

especial. Não se trata da capacidade legal para realização de atos jurídicos, mas sim da expressão da vontade após prévia compreensão do ato médico e suas consequências. Considera-se, portanto, estar-se diante de uma vontade não negocial. A incapacidade para tanto também não seria legal, mas sim resultado de uma impossibilidade fática de decidir, como ocorre nos casos de determinados transtornos mentais⁹⁴⁵.

Nesse sentido, há estudiosos que distinguem capacidade e competência. A capacidade seria noção jurídica, principalmente na esfera contratual. Por uma questão de segurança jurídica, as leis fixam critérios para estabelecer quem é dotado ou não de capacidade civil. A competência seria noção pertencente à área do exercício de direitos personalíssimos. Não é adquirida em um momento preciso, como ocorre pelo critério etário adotado nos Códigos Civis, mas sim desenvolvida ao longo da formação da pessoa. Na aferição da competência de um indivíduo se analisa se ele compreende aquilo que lhe é dito, o alcance da sua compreensão, se pode se comunicar e analisar as alternativas sob seu julgo. O consentimento informado estaria atrelado à esta noção de discernimento, de competência⁹⁴⁶.

A possibilidade de uma avaliação específica da capacidade decisória esbarra na ausência de previsão legal que a autorize, o que inibe os médicos a agir dessa forma por conta do receio de serem responsabilizados pelos atos daí decorrentes. Não se propõe ignorar os parâmetros legais para aferição da capacidade civil, até porque eles condicionam a validade dos atos jurídicos. Porém, em situações em que é nítida a discrepância entre a suposta capacidade civil e a real capacidade de decisão autônoma da pessoa, a primeira não pode ser considerada prioritária⁹⁴⁷. Assim como Aguiar, acredita-se que não se deve manter a estrita obediência a uma regra legal que não mais condiz com a realidade com fulcro na salvaguarda da segurança jurídica⁹⁴⁸. Rodriguez aponta que, tradicionalmente e ainda hoje, a

⁹⁴⁵ WIERZBA, Sandra. Consentimiento 2. Capacidad. In: TEALDI, Juan Carlos (Dir.) *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: Unesco – Red Latinoamericana y Caribe de Bioética/Universidad Nacional de Colombia, 2008. p. 217-219. Disponível em: <<http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/DicoPartel.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2014. p. 218.

⁹⁴⁶ *Ibid.*, p. 218.

⁹⁴⁷ PITHAN, Livia Haygert; BERNARDES, Fabrício Benites; PIRES FILHO, Luiz Alberto B. Simões. Capacidade decisória do paciente: aspectos jurídicos e bioéticos. In: GAUER, Gabriel José Chittó; ÁVILA, Gerson Antônio de; ÁVILA, Gustavo Noronha de (Org.) *Ciclo de conferências em Bioética I*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005. p. 132-135.

⁹⁴⁸ AGUIAR, Mônica. 2002 + 10. Para além da capacidade: o impacto da vulnerabilidade em matéria de autonomia em questões de saúde. In: LOTUFO, Renan; NANNI, Giovanni Ettore; MARTINS, Fernando Rodrigues. (Coord.) *Temas relevantes do direito civil contemporâneo: reflexões sobre os 10 anos do código civil*. São Paulo: Atlas, 2012. p. 89.

segurança jurídica é pensada como a existência de respostas unívocas às demandas judiciais. Contudo, a Teoria do Direito vem demonstrando que o juiz, enquanto intérprete da norma legal, muitas vezes ultrapassa a mera interpretação literal do texto da lei, mesmo ao se tratar de um texto fechado⁹⁴⁹.

Formular o conceito de segurança jurídica com base exclusivamente no texto legal se faz anacrônico e insuficiente diante das mudanças na hermenêutica jurídica. De acordo com Rodriguez, melhor seria se essa análise se fundasse na argumentação que fundamenta as decisões judiciais. A possibilidade de haver mais de uma resposta a um dado problema jurídico deve ser encarada com naturalidade e incorporada à noção de segurança jurídica, e não se tornar argumento da inviabilidade desta. Há casos em que o intérprete se vê impelido a criar exceções ao texto legal pois, do contrário, sua aplicação geraria uma injustiça flagrante. Não é possível um controle formal, que restrinja totalmente a atividade criativa do juiz. Para que a noção de segurança jurídica deixe de ser uma quimera e assuma um papel positivo, as atenções devem ser voltadas às razões pelas quais são criadas ou não exceções a um texto normativo geral⁹⁵⁰.

Nesse sentido, urge a passagem de um paradigma textualista para um paradigma argumentativo no que toca à salvaguarda da segurança jurídica. A finalidade do debate jurídico não deve ser a obtenção de uma resposta única para um dado problema, mas sim uma resposta suficientemente justificada, não arbitrária, que explicita os seus fundamentos de modo que eles possam ser discutidos e, de certa, forma, formalizados e padronizados⁹⁵¹. Entende-se, portanto, que diante da constatação de que uma pessoa, *a priori* inscrita no rol de relativa ou absolutamente incapazes do CC, tem capacidade de decidir sobre a própria saúde, o intérprete do direito deverá autorizá-la a assim proceder livremente, sem representação ou assistência. Trata-se de um aspecto não patrimonial da vida humana que exige tratamento jurídico diferenciado, atento às particularidades de cada caso concreto, observando-se o imperativo de fundamentação das decisões.

Haverá situações em que o dependente químico terá sim condições de decidir sobre sua saúde e, quando não for o caso, este sujeito deve ser empoderado e não conduzido contra a sua vontade a um local de internação por tempo indeterminado.

⁹⁴⁹ RODRIGUEZ, José Rodrigo. *Como decidem as cortes?: para uma crítica do direito (brasileiro)*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2013. p. 202.

⁹⁵⁰ *Ibid.*, p. 203-209.

⁹⁵¹ *Ibid.*, p. 223-224.

Esse conflito a respeito da insuficiência dos artigos 3º e 4º do CC no tocante ao exercício de direitos de ordem existencial revela um problema anterior, qual seja, a falência do Código enquanto projeto moderno de redução da complexidade em três níveis, como identificado por Hespanha: sintático, semântico e pragmático. No primeiro nível, referente à relação das normas entre si, o autor menciona o processo de laicização e racionalização do Direito no século XIX. A lei passou a desfrutar de maior legitimidade perante as demais fontes do Direito, sobretudo os usos e costumes. Isto fez com que o Direito se encerrasse sobre si mesmo, apresentando uma regulação social “macro”, distante dos meandros da vida⁹⁵².

Hespanha identifica que a tendência é que o direito formal se “complexifique” novamente, incorporando múltiplas escalas de observação e normação dos fenômenos sociais. Neste caso, o Código se torna inadequado, pois sua linguagem é a da generalidade. Sua vocação é para a perenidade e imobilismo, sendo natural a sua insensibilidade àquilo que é particular e às mudanças. No campo semântico, o Código teria como missão a redução de valores e princípios jurídicos distintos a um conjunto internamente coerente de axiomas que viabilize uma visão geral de todo o Direito. O autor observa que este intento não só reduz a complexidade, como também a humanidade no Direito. Não é possível reduzir a complexidade axiológica de uma sociedade, tampouco pode-se incorrer em um localismo radical que impeça os projetos de comunicação e normação. Ao Direito cabe esse papel mas, para executá-lo com êxito, deverá ter em mente suas próprias limitações e permitir a abertura a outros sistemas normativos mais detalhados⁹⁵³.

No nível pragmático, aquele da relação dos signos com seus locutores, usuários e operadores, o projeto de Código tinha pretensões democráticas ambíguas. Se, por um lado, pretendia ser um meio de comunicação universal acessível a todos, por outro, foi concebido por uma elite educadora que via nas suas disposições uma lição de civilização aos “outros”. Não havia um espaço de interatividade, sendo excluídos os usos, costumes e normas advindas da população em geral. A relação entre o Código e seus usuários nasceu assimétrica. A redução desta distância pressupõe uma série de iniciativas: reformar a linguagem formal, pluralizar e desburocratizar a justiça, reconhecer a pluralidade de formas de

⁹⁵² HESPANHA, António Manuel. Código y complejidad. In: CAPPELLINI, Paolo; SORDI, Bernardo. *Codici: una riflessione di fine millennio*. Milano: Giuffrè Editore, 2000. p. 149-151.

⁹⁵³ *Ibid.*, p. 152-158.

resolução de conflitos existentes na comunidade, instaurar novos modelos discursivos que vejam o Direito “de baixo”, desde o particular, dentre outras. Para dialogar com a sociedade, o Direito deve assumir um conjunto mais complexo e contraditório de valores e um *pool* mais amplo de fontes normativas⁹⁵⁴.

Hespanha, ao finalizar a análise do projeto moderno de Código nos três níveis referidos e constatar a sua insuficiência, questiona de que maneira poderia ser realizada esta simplificação que parece ser tão importante para os juristas, sobretudo em termos de segurança (jurídica). O autor assinala que, talvez, a segurança não seja tão constantemente necessária assim. Muitas vezes, ela não passa de um *slogan* utilizado de forma oportuna por alguns setores, como o segmento econômico que requer segurança no mercado e flexibilização das normas trabalhistas. A mobilidade da vida urge por uma constelação complexa de soluções jurídicas. Diante disso, talvez a “necessidade” de uma simplificação normativa possa ser suplantada por uma exposição de informação mútua, nos sentidos quantitativo e qualitativo. Em outras palavras, o investimento em uma melhor compreensão intersubjetiva, no conhecimento mais profundo e menos reducionista sobre o “outro”, poderia reduzir a necessidade de regulação. Esta seria substituída pela solidariedade, reconciliando-se o Direito com o povo⁹⁵⁵.

Diante desta crise e na esteira da Teoria Crítica do Direito Civil desenvolvida por Fachin, propõe-se uma releitura crítica da teoria das (in)capacidades, para que seja possível captar as pessoas, fatos e circunstâncias que são irreduzíveis a um enunciado normativo. Como expõe o autor, do singular devem partir as possibilidades da regulação jurídica, sem que se incorra em aprisionamentos conceituais. Com isto, não se quer apenas desconstruir institutos jurídicos tradicionais, mas sim fazer surgir, das instabilidades e incertezas, uma fórmula que atenda à crescente complexidade do mundo da vida. Um Direito Civil calcado em um sistema normativo pretensamente neutro e perene, repleto de categorias jurídicas abstratas que descrevem um ser impessoal, resta completamente desfigurado, porque distante da realidade social. Para que haja mudanças efetivas, o Direito precisa estar aberto aos influxos de outros saberes, atento aos valores que ultrapassam as formalidades, assumindo uma postura transdisciplinar⁹⁵⁶ – como

⁹⁵⁴ HESPANHA, António Manuel. Código y complejidad. In: CAPPELLINI, Paolo; SORDI, Bernardo. *Codici: una riflessione di fine millennio*. Milano: Giuffrè Editore, 2000. p. 158-160.

⁹⁵⁵ *Ibid.*, p. 160-162.

⁹⁵⁶ FACHIN, Luiz Edson. *Teoria crítica do direito civil*. 3. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2012. p. 351-352.

invocado na introdução. Por isso, a seguir serão explorados aportes teóricos da Bioética importantes para a reflexão sobre a capacidade decisória das pessoas com dependência química.

3.2.2.2 Autonomia e vulnerabilidade na Bioética contemporânea: rumo ao empoderamento de sujeitos vulnerados

Há dúvidas sobre o estatuto epistemológico da Bioética, se poderia ser considerada uma nova disciplina ou área do saber. Para O'Neill, a Bioética não é uma (nova) disciplina, mas sim um campo onde se encontram um número de disciplinas, discursos e organizações preocupados com questões legais, éticas e sociais que surgem ao passo dos avanços na medicina, ciência e biotecnologia⁹⁵⁷. Schramm compreende a Bioética, enquanto vertente da ética aplicada à *práxis* humana no mundo da vida, como uma reflexão crítica, num plano analítico, e como uma proposta normativa, num plano prático. Das ações suscetíveis ao seu campo de análise haveria, ao menos, dois tipos de atores, inscritos em relações de poder: a) agentes morais – aqueles responsáveis por seus atos e suas consequências; b) pacientes morais – ocupam o lugar de destinatários das práticas dos primeiros, podendo ser vistos não só como genericamente vulneráveis (como todo ser humano), mas como efetivamente vulnerados, como no caso daqueles não dotados de empoderamento suficiente para enfrentar as condições negativas das práticas dos agentes morais, nem assistência adequada por parte do Estado⁹⁵⁸.

Kottow ressalta que as reflexões propostas pela Bioética não podem ficar limitadas ao ambiente acadêmico. Os conflitos bioéticos devem ser pensados na arena política, sobretudo aqueles relacionados com a pobreza, desigualdade social e exclusão. A política, no entanto, conduz à íntima relação entre Estado, poder e violência. Recorde-se, neste ponto, as considerações de Foucault sobre a guerra permanente que estaria subjacente à aparente paz salvaguardada pelo Estado. Inevitavelmente, nas relações de poder, haverá desigualdade entre o detentor do primeiro e aquele sobre o qual o poder é exercido em uma dada relação. A política opera em termos de poder/impotência, enquanto a ética dirige seu saber em termos de bem e mal. O poder e a Bioética apresentariam, portanto, racionalidades

⁹⁵⁷ O'NEILL, Onora. *Autonomy and trust in bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002. p. 1.

⁹⁵⁸ SCHRAMM, Fermin Roland. É pertinente e justificado falar em bioética de proteção? In: PORTO, Dora et al. (Coord.) *Bioéticas, poderes e injustiças: 10 anos depois*. Brasília, DF: CFM/Cátedra Unesco de Bioética/SBB, 2012. p. 129.

distintas, no que o autor identifica a razão da insensibilidade política aos insumos éticos e também jurídicos⁹⁵⁹. Para fazer com que a ética reverbere na arte de governar, foi concebida a Bioética de Proteção, a ser abordada mais adiante.

Em muitos países, busca-se reduzir essa distância entre ética e política através da instituição de um Comitê Nacional de Ética. No campo ora estudado, existe no Brasil um órgão de função normativa e deliberativa orientado para acompanhar e atualizar a PNAD. Trata-se do Conad, órgão normativo e de deliberação coletiva do Sisnad, vinculado ao MJ, do qual a Senad constitui sua secretaria executiva. No artigo 5º do Decreto nº 5.912/2006, está disposta a composição do conselho, totalizando 28 membros entre representantes do governo e da sociedade civil⁹⁶⁰. Chama a atenção a grande presença de *experts*, das mais diversas áreas, não havendo representantes das pessoas que usam a rede de atenção psicossocial. Também não há espaço para movimentos sociais, a exemplo do MNPR, cuja presença julga-se essencial diante da alta incidência de uso e abuso de drogas entre pessoas em situação de rua e as peculiaridades da assistência a ser prestada a esta população⁹⁶¹.

Palermi questiona até que ponto a reunião de especialistas poderia produzir escolhas de natureza ética. A autora salienta que uma disciplina somente explica a realidade em função do seu objeto, as implicações de um dado fenômeno, mas não seria capaz de explicar a realidade que deve ser. Este salto do plano descritivo ao plano prescritivo/normativo é de veras complexo, na medida em que o primeiro lida com fatos e, o segundo, com valores. Aceitar a ideia de que a ciência estaria em condições de dizer aquilo que deve ser é recair em um cientificismo, a saber, em acreditar que a ética seria uma mera extensão da ciência. Não cabe exclusivamente ao cientista estabelecer os fins e as escolhas de toda uma sociedade, devendo-se desmistificar a supremacia dos *experts* diante dos demais cidadãos no tocante à

⁹⁵⁹ KOTTOW, Miguel. Bioética y Biopolítica. *Revista Brasileira de Bioética*, Brasília, DF, v. 1, n. 2, p. 110-121, 2005. Disponível em: <<http://bioetica.org/cuadernos/bibliografia/kottow.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2014. p. 111-116.

⁹⁶⁰ BRASIL. *Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006*. Regulamenta a Lei no 11.343, de 23 de agosto de 2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/Decreto/D5912.htm>. Acesso em: 17 dez. 2014.

⁹⁶¹ Observe-se, ainda, que no sítio eletrônico do CONAD há poucas informações sobre suas deliberações e atividades. Os poucos documentos disponibilizados versam sobre o uso de Ayahuasca. Há um fórum online para participação popular que não tem sido movimentado, constando nos registros apenas um teste do sistema. Essa falta de transparência não é condizente com a importância do órgão no SISNAD. Cf. Id. Ministério da Justiça. *Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD)*. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/CONAD/>>. Acesso em: 17 dez. 2014.

capacidade de realizar juízos éticos. Nessa linha, pugna-se pela democratização dos debates e pela abertura do Conad a outras parcelas da sociedade hoje não representadas, assim como a autora sugere em relação aos Comitês Nacionais de Ética⁹⁶².

Ainda com Palermi, a autora chega a sugerir que melhor seria a criação de um observatório que reunisse pesquisadores de diversas áreas do conhecimento capazes de identificar as implicações de um dado fenômeno. Uma vez compreendido devidamente este último, as autoridades políticas contariam com subsídios suficientes para tomar decisões e planejar ações a respeito. Essa percepção de fundo, atenta à complexidade da realidade, viabilizaria a elaboração de estratégias mais adequadas, não aquelas urgentes e casuísticas. A competência científica, portanto, seria transportada ao observatório e a missão de determinar o que deve ser retornaria ao poder político legislativo, que dá sinais de enfraquecimento por conta da delegação desta função a instâncias deliberativas intermediárias⁹⁶³. No Brasil, há o OBID⁹⁶⁴ no âmbito nacional⁹⁶⁵, já apresentado. Acredita-se que o seu papel poderia ser otimizado, indo além da reunião de pesquisas já produzidas sobre drogas, produzindo-se conhecimento para que os Poderes Legislativo e Executivo adotem medidas estruturais de aprimoramento da rede de atendimento aos usuários de drogas.

Por ora, cabe desenvolver o porquê de se esperar, da Bioética, aportes importantes para se repensar as questões em torno da internação contra a vontade de usuários de drogas. Alguns autores, a exemplo de Thouvenin, fazem uma ressalva: a Bioética pode não ser um reduto exclusivo de boas intenções. Para ele, o desenvolvimento da ética biomédica encerra o intuito da própria ciência de criar um sistema de autorregulação para abordar com conceitos e representações próprias,

⁹⁶² PALERMINI, Patricia. *Misère de la bioéthique*. Bruxelles: Éditions Labor, 2002. (Collection Liberté j'écris ton nom). p. 18-20.

⁹⁶³ Ibid., p. 21-22.

⁹⁶⁴ Além do OBID, há o Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco, cuja competência é restrita ao acompanhamento da implementação da Convenção-Quadro Para o Controle do Tabaco no Brasil. Cf. BRASIL. Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CONICQ). *Observatório da política nacional de controle do tabaco*. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/conicq/comissao>. Acesso em: 17 dez. 2014.

⁹⁶⁵ Por razões de corte epistemológico, não será possível abordar os observatórios existentes na esfera estadual. Registre-se, contudo, a existência e forte atuação do Observatório Baiano sobre Substâncias Psicoativas (CETAD Observa), vinculado ao Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), este último sendo um serviço de extensão permanente do Departamento de Anatomia Patológica e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da UFBA, e do Observatório Mineiro de Informações sobre Drogas, vinculado ao Centro de Referência Estadual em Álcool e Drogas (CREAD).

internamente, os problemas morais postos pelo desenvolvimento da técnica, evitando-se com isto que o Estado capitaneasse a avaliação da legitimidade das novas práticas cuja finalidade terapêutica não é tão evidente (a exemplo do transplante de órgãos e testes genéticos). A criação do Conselho Nacional Consultivo de Ética (*Comité Consultatif National d'Éthique*) para as ciências da vida e da saúde na França, em 1983, bem exemplifica esse processo. Os pareceres do conselho exaltavam o “vazio jurídico” sobre a matéria e ofereciam as soluções, criando-se a ilusão, de início, de que bastaria a simples transferência do seu conteúdo – da Ética para o Direito – para que se criassem leis a respeito⁹⁶⁶.

Thouvenin observa que, neste episódio, foi ignorado aspecto importante do processo legislativo: que a edificação de normas jurídicas somente opera levando-se em consideração interesses contraditórios, o que não se faria presente no campo da Bioética. Para o autor, neste último seria privilegiado um certo tipo de paciente em relação ao outro (como no caso do transplantado e do doador), ou ainda o interesse coletivo sobre o individual (nas pesquisas biomédicas, por exemplo). Tal explicaria o crescente sentimento de necessidade de se recorrer à lei para regular determinadas práticas⁹⁶⁷. Na França, as leis publicadas neste campo terminaram por não solucionar o privilégio referido, deixando de enfrentar os conflitos potenciais da prática médica. O autor chega a referir que o instituto do consentimento cria a ilusão de que a pessoa está agindo livremente quando, em verdade, ele opera para fazê-la renunciar ao seu direito de cura e/ou à integridade física. Deveriam ser criados procedimentos que permitissem a expressão e enfrentamento dos desacordos, fora da esfera médica que os encobre⁹⁶⁸.

Palermi acrescenta uma outra preocupação: a de que a Bioética possa servir ao movimento de justificação de práticas ultraliberais, destinando-se à perpetuação do estado de coisas existente. A autora, a partir de sua experiência na Bélgica, observa que o debate bioético está polarizado entre “cristãos” e “laicos”. À sociedade não estariam sendo oferecidas condições para formar um juízo adequado a respeito, limitando-se o debate ao ataque de uma ou outra posição, às quais as pessoas aderem quase que irrefletidamente. Termina por não fazer parte dos debates as determinantes socioeconômicas dos problemas postos pelo

⁹⁶⁶ THOUVENIN, Dominique. As leis bioética, ou como mascarar os interesses contraditórios? In: P-H Gouyon et al. *A bioética é de má-fé?* Tradução Nicolás Campanário. São Paulo: Edições Loyola, 2002. p. 55-60.

⁹⁶⁷ *Ibid.*, p. 60-61.

⁹⁶⁸ *Ibid.*, p. 82-85.

desenvolvimento das pesquisas biomédicas, por exemplo. Este tipo de consideração quase não aparece, ignorando-se que a saúde se transformou em um grande mercado. Alerta, ainda, que ocultar o papel do interesse econômico nestas questões implica em se correr o risco de participar desse jogo de interesses⁹⁶⁹.

Junges, por sua vez, acredita em uma Bioética crítica, cujo papel seria o de explicitar e interpretar as dinâmicas biopolíticas em um dado contexto sociocultural, presentes na constituição da subjetividade em saúde. O próprio surgimento da Bioética seria uma resposta ao biopoder enquanto mecanismo de gestão da vida. Na esteira da Ética Hermenêutica de Conill e da Hermenêutica de Profundidade de Thompson, entende ser possível o desenvolvimento de uma crítica a partir da experiência da facticidade, das manifestações biopolíticas sobre a vida. Este seria o modelo de ética mais adequado para a Bioética, sob pena de permanecerem na superfície os problemas éticos⁹⁷⁰. “Assim, a bioética assume o enfoque foucaultiano de discutir a gestão da vida como objeto político para chegar a uma emancipação da consciência e a construção de uma sociedade radicalmente democrática”⁹⁷¹. É com este espírito crítico, atento às dinâmicas do biopoder, que o trabalho vem sendo desenvolvido e que se propõe, neste ponto, o estudo da Bioética naquilo que toca mais diretamente a problemática da internação contra a vontade de dependentes químicos.

3.2.2.2.1 *Esvaziamento e ressignificação da autonomia nas reflexões bioéticas*

Juridicamente, embora remonte ao Direito Romano, a autonomia teve seu auge nos séculos XVIII e XIX, enquanto desdobramento da liberdade, valor que compõe a tríade da Revolução Francesa juntamente com a igualdade e fraternidade. No nascedouro do liberalismo, a autonomia da vontade foi consagrada como essência do negócio jurídico, pois a declaração da vontade era suficiente e bastante para a provocação de efeitos jurídicos. De acordo com a teoria da autonomia da vontade, a vontade individual era onipotente e livre de limites jurídicos. Esta era a expressão máxima da liberdade de celebrar contrato, de escolher o outro contratante e de determinar o conteúdo do contrato. Sua primeira feição, portanto, foi

⁹⁶⁹ PALERMINI, Patricia. *Misère de la bioéthique*. Bruxelles: Éditions Labor, 2002. (Collection Liberté j'écris ton nom). p. 9-12.

⁹⁷⁰ JUNGES, José Roque. O nascimento da bioética e a constituição do biopoder. *Acta Bioethica*, Santiago de Chile, v. 17, n. 2, p. 171-178, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v17n2/a03.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2014. p. 174-175.

⁹⁷¹ *Ibid.*, p. 177.

essencialmente individualista e patrimonial⁹⁷².

Após a II Guerra Mundial, diante das desigualdades socioeconômicas provocadas pelos desvios do liberalismo e pelo exercício dessa autonomia ilimitada, foram cunhadas normas de interesse público que restringem o seu exercício⁹⁷³. A teoria da autonomia da vontade é contestada e substituída pela teoria da autonomia privada, de acordo com a qual o consenso entre vontades para a criação de direitos e obrigações é insuficiente para produzir efeitos quando alheio ao ordenamento jurídico em vigor. Nas palavras de Borges, identificou-se “[...] dois âmbitos distintos de competência jurígena: o âmbito particular, individual, da autonomia privada, e o âmbito público, soberano, da competência normativa estatal [...]”⁹⁷⁴. Esse processo de transição acompanhou a passagem do Estado liberal para o Estado social.

Na Bioética, sobretudo na ética médica, a autonomia tem sido protagonista nas discussões e produção científica. O respeito à autonomia do paciente tem sido intensamente debatido, mesmo na América Latina, onde a ênfase na autonomia não é tão forte como nos EUA. Tal representa uma grande mudança, haja vista que a Medicina nasceu calcada na beneficência e em uma postura paternalista em relação ao enfermo. A relação médico-paciente nasceu assimétrica por três razões principais: a) os profissionais de saúde são os detentores do conhecimento e experiência terapêuticos; b) a suposta falta de racionalidade do paciente para decidir, em virtude do seu estado de saúde; c) a imagem de um médico dedicado a beneficiar seu paciente, e a de um paciente dependente, a quem somente restaria confiar nas orientações médicas⁹⁷⁵. O princípio do respeito à autonomia teria como grande mérito a diminuição desta assimetria, tornando possível que o paciente decida sobre sua própria saúde.

As atenções voltadas à autonomia na relação médico-paciente se devem, principalmente, à disseminação da Bioética principialista, cujos expoentes são Beauchamp e Childress. Os autores apontam o respeito à autonomia como um dos princípios basilares da Bioética, ao lado da beneficência, não-maleficência e justiça.

⁹⁷² BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. *Direitos de personalidade e autonomia privada*. 2. ed. rev. São Paulo: Saraiva, 2007. p. 51-53.

⁹⁷³ BARBOZA, Heloisa Helena. Responsabilidade civil em face das pesquisas em seres humanos: efeitos do consentimento livre e esclarecido. In: MARTINS-COSTA, Judith; Möller, LETÍCIA Ludwig (Org.). *Bioética e responsabilidade*. Rio de Janeiro: Forense, 2009. p. 222.

⁹⁷⁴ BORGES, op. cit., p. 53.

⁹⁷⁵ SALLES, Arleen L. F. III. La relación médico-paciente. In: SALLES, Arleen L. F.; LUNA, Florencia (Org.). *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2008. p. 138-139.

Os princípios teriam uma validade *prima facie*, podendo ser sobrepujados por considerações morais concorrentes e prioritárias. A autonomia é compreendida como a capacidade de agir livremente de acordo com um plano escolhido por si mesmo, livre de influências externas controladoras ou de limitações pessoais que retiram a capacidade de agir intencionalmente. A liberdade e a condição de agente, portanto, seriam as condições essenciais da autonomia. Sendo assim, uma pessoa com autonomia reduzida é aquela que está sob o controle de terceiros ou é incapaz de agir conforme os seus próprios desejos e planos, a exemplo de pessoas institucionalizadas, como os presos, e aquelas acometidas por determinados transtornos mentais, respectivamente⁹⁷⁶.

Contudo, o foco da análise não estaria na pessoa autônoma, mas sim na escolha ou ação autônoma, pois Beauchamp e Childress reconhecem que uma pessoa autônoma pode se encontrar diante de restrições temporárias que a impedem de agir com autonomia, da mesma forma que pessoas com autonomia reduzida podem tomar decisões autônomas. Pratica uma ação autônoma todo aquele que age (a) intencionalmente, (b) com entendimento e (c) sem influências controladoras que determinem a sua ação. Para as duas últimas condições exige-se que estejam presentes em um grau substancial, tendo-se em vista um *continuum* que existe entre a presença total e a completa ausência destas. A partir delas pode-se falar em graus de autonomia, noção a ser especificada em contextos particulares⁹⁷⁷.

Chega-se, então, ao princípio do respeito à autonomia. Respeitar um agente autônomo é, além de reconhecer o seu direito de ter opiniões próprias, fazer escolhas e agir com base em seus valores e crenças pessoais, ter obrigações de não-intervenção em tais decisões e de tratar o agente de forma a capacitá-lo a agir autonomamente. Em sua forma negativa, tem-se que o princípio se refere ao dever de não sujeitar a ação de uma pessoa a pressões controladoras. Em sua forma positiva, representa a obrigação de tratamento respeitoso na revelação de informações e no encorajamento da decisão autônoma⁹⁷⁸. Para os autores, contudo, esse princípio não poderia ser observado em relação às pessoas com autonomia

⁹⁷⁶ BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Princípios de ética biomédica*. Tradução Luciana Pudenzi. Tradução de: *Principles of Biomedical Ethics*. São Paulo: Loyola, 2002. *passim*.

⁹⁷⁷ *Ibid.*, p. 138-141.

⁹⁷⁸ *Ibid.*, p. 142-143.

reduzida, caso dos doentes mentais e das pessoas que usam drogas⁹⁷⁹. Esta ressalva, de certa forma, contradiz uma noção desenvolvida por eles, de que não há uma correlação necessária entre capacidade legal e capacidade decisória⁹⁸⁰.

Há fortes indícios de ser um equívoco acreditar que pessoas que usam substâncias psicoativas, ainda que dependentes químicas, necessariamente não têm capacidade de tomar decisões sobre a própria saúde. Lembre-se que 78,9% dos usuários de crack desejam receber tratamento, conforme a pesquisa da FIOCRUZ já mencionada⁹⁸¹. Além disso, o principialismo apresenta problemas estruturais. Junges aponta que seus quatro princípios advêm de tradições éticas distintas, o que gera problemas práticos e teóricos. A ausência de uma teoria ética que confira unidade aos princípios e solucione os conflitos entre eles constitui a principal causa da insuficiência da Bioética principialista para servir de orientação à criação de leis específicas⁹⁸². Tem-se, portanto, que o principialismo não é a corrente bioética mais adequada ao enfrentamento das questões sobre a autonomia das pessoas que usam substâncias psicoativas. A própria noção de “autonomia”, como hodiernamente abordada, começa a dar sinais de insuficiência.

O'Neill observa que a atenção especialmente conferida à autonomia na Bioética contrasta com um fenômeno paralelo, qual seja, a queda na confiança depositada nos profissionais e instituições (da ciência, política etc.). Essa onda de desconfiança sugere que, de certa forma, as medidas introduzidas para garantir o respeito à autonomia do paciente e a obrigatoriedade de obtenção do seu consentimento informado prévio a qualquer tratamento ou intervenção têm falhado em assegurar a confiança, ou até tenha provocado danos nesse sentido⁹⁸³. A relação médico-paciente é o paradigma da relação de confiança, mas que tem sido contestado nas últimas décadas por sua assimetria de poder e conhecimento. Diz-se que para recobrar a confiança nesta relação é preciso que o paciente seja melhor informado, que entenda o que é proposto e que esteja em condições de recusar ou escolher sob a luz desse entendimento⁹⁸⁴.

⁹⁷⁹ BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Princípios de ética biomédica*. Tradução Luciana Pudenzi. Tradução de: *Principles of Biomedical Ethics*. São Paulo: Loyola, 2002. p. 145.

⁹⁸⁰ *Ibid.*, p. 138-139.

⁹⁸¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Ministério da Justiça. Fundação Oswaldo Cruz. *Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil – Inquérito epidemiológico*. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/13382/162/pesquisa-revela-perfil-dos-usuarios-de-crack-no-brasil.html>>. Acesso em: 06 dez. 2013.

⁹⁸² JUNGES, José Roque. *Bioética: perspectivas e desafios*. São Leopoldo: Ed. UNISINOS, 1997. p. 64-65.

⁹⁸³ O'NEILL, Onora. *Autonomy and trust in bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002. p. 3-4.

⁹⁸⁴ *Ibid.*, p. 17-18.

Esta aproximação implica compreender a autonomia como uma pré-condição para a confiança genuína. O consentimento informado, pois, seria o ritual de confiança na relação médico-paciente. Contudo, esse modelo, até então dominante e central na Bioética contemporânea, não se estendeu por toda a medicina. Sua lógica não funciona para a Saúde Coletiva, tampouco para as situações em que o paciente é incapaz para consentir. Para uma revisão efetiva da relação médico-paciente, é necessário mais que uma revisão da postura de seus sujeitos. Tem-se observado que os esforços até então desenvolvidos não têm revertido o processo de queda da confiança do paciente em relação ao médico, instituições e políticas de saúde. O médico, por outro lado, está sujeito a códigos profissionais mais complexos, a extensas regulações da prática médica e intensa fiscalização da sua atuação, inclusive por meio de processos judiciais⁹⁸⁵.

De acordo com O'Neill, há uma multiplicidade de conceitos ou aproximações sobre o que seria autonomia na Bioética tradicional. Entre os autores contemporâneos, particularmente no campo da Ética Médica, há mais concordâncias. A autonomia tem sido compreendida como uma característica do indivíduo, relacionada à independência ou à capacidade de agir e tomar decisões de forma independente. Essa concepção de autonomia individual a atribui três características: a) relacional – se é autônomo em face de alguma coisa; b) seletiva – pessoas podem ser autônomas para determinadas questões mas não para outras; c) gradual – as pessoas apresentam uma maior ou menor gradação de autonomia. Embora os autores que se dediquem ao assunto atribuam suas considerações à Mill ou Kant, para a autora as visões que se referem à autonomia enquanto independência estão mais relacionadas às teorias da psicologia e estudos da moral desenvolvidos no século XX do que às referências tradicionais da filosofia moral⁹⁸⁶.

Diante deste cenário, O'Neill refere que não a surpreende o choque entre autonomia e confiança. Pessoas independentes podem ser autocentradas, egoístas, pouco solidárias, ou seja, alguém em quem uma pessoa teria menos razões para depositar a sua confiança. Se a autonomia for compreendida como mera independência, haverá tensão entre autonomia e confiança. Nesses termos, a autonomia se manifestaria quando uma pessoa está menos constrangida pelos interesses e expectativas de outros no momento da ação, quando cada um tem seu

⁹⁸⁵ O'NEILL, Onora. *Autonomy and trust in bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002. p. 19-21.

⁹⁸⁶ *Ibid.* p. 22-23.

próprio espaço para agir. A autonomia estaria mais relacionada a direitos e reivindicações adversariais. A confiança, por outro lado, seria conferida às pessoas que levam em consideração o interesse dos demais, que cumpre o seu papel naquilo que foi negociado. Ela só poderia florescer entre pessoas que têm um vínculo, ou seja, pressupõe relações e obrigações mútuas⁹⁸⁷.

Se a autonomia escapa à perspectiva relacional, sendo meramente individual, os seus méritos podem ser os mais variáveis. Uma ação autônoma pode ser heroica ou brutal, importante ou trivial, por exemplo. Por isso, O'Neill alerta para a necessidade de concepções mais profundas sobre autonomia, para que seja possível entender porque ela é eticamente importante. Alguns sociólogos da medicina, considerando o estado da arte, apontam que a importância conferida à autonomia se deve ao fato de que ela dá a ilusão de desafiar a autoridade profissional quando, em verdade, a manteria intacta. Ao "paciente autônomo" não seria realmente dada a oportunidade de determinar o seu próprio tratamento, mas apenas de aceitar ou recusar o tratamento proposto pelo médico. A autonomia do paciente restaria esvaziada, reduzida apenas ao direito de recusar o tratamento, direito cujo exercício é custoso quando não há mais de uma possibilidade a ser considerada⁹⁸⁸.

Esse direito limitado de recusar tratamento pode ser utilizado para transferir a responsabilidade formal pela escolha do tratamento (ou até por seu fracasso) ao paciente. Continuará nas mãos dos sistemas de saúde e dos profissionais o controle sobre o que estará disponível a título de terapia, de forma que o seu poder não será reduzido. Embora tenha lido direcionadas críticas, ou melhor, apontado as suas insuficiências do modo como têm sido apresentada, O'Neill não nega a importância da autonomia e nem do consentimento informado. Ao contrário, são elementos que bloqueiam tratamentos coercitivos. Porém, eles não asseguram nenhuma nova forma de autonomia individual e independência. Se a autonomia é fundamental para a Bioética, seria necessária uma concepção mais eticamente convincente ao seu respeito⁹⁸⁹.

Consequência direta do respeito à autonomia na relação médico-paciente é o dever médico de obter consentimento informado válido de seu paciente antes de

⁹⁸⁷ O'NEILL, Onora. *Autonomy and trust in bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002. p. 24-25.

⁹⁸⁸ *Ibid.*, p. 25-26.

⁹⁸⁹ *Ibid.*, p. 26-28.

realizar um tratamento ou procedimento diagnóstico. Seus requisitos são: a) a apresentação de informações adequadas ao paciente; b) ausência de coação; c) ser o paciente competente para prestar consentimento ou rechaçar o tratamento. Costa observa que o consentimento informado, em regra formalizado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), além de assegurar razoavelmente que a pessoa não foi enganada ou coagida, é ato que se impõe pela convicção moral de que a autoridade legítima para tomar decisões médicas recai sobre o paciente competente ou seu representante, quando não tiver condições de decidir⁹⁹⁰. Já O'Neill vislumbra que o consentimento informado torna possível que o indivíduo escolha de forma autônoma, mas como isto se dá ainda precisa ser construído e não há garantias de que isto ocorra de fato⁹⁹¹.

Em regra, quando invocados a autonomia e o consentimento informado, as reflexões bioéticas não se debruçam sobre a autonomia do paciente propriamente, mas sim apenas ao direito de escolher ou recusar o tratamento oferecido, e a obrigação correspondente do profissional de não intervir sem o consentimento do paciente. Alguns pacientes irão prestar seu consentimento com um alto grau de reflexão e individualidade, mas isto não reflete a maior parte dos casos. Essa interpretação estreita da autonomia na relação médico-paciente se encaixaria bem com a prática médica. Uma pessoa que está doente ou machucada dificilmente estará no gozo de sua autonomia integralmente, pois é grande a preocupação com a própria saúde e o desejo de ajuda, o que a torna altamente vulnerável e dependente das ações e competência dos *experts*. Por isso, o exercício de uma autonomia mais robusta é pouco provável. Nesses casos, até a mera escolha pode ser muito difícil⁹⁹².

Quanto maior a vulnerabilidade do paciente, o consentimento informado parecerá menos realista. A principal dificuldade é criar processos que confirmam ao paciente vulnerável uma proteção equivalente àqueles que estão com suas faculdades mentais íntegras. O consentimento é sempre solicitado em face de uma descrição de uma proposta de tratamento. Essa descrição é, muitas vezes, limitada, não abrangendo a análise de questões correlacionadas e possíveis desencadeamentos. Por isso, O'Neill refere que o consentimento é uma atitude

⁹⁹⁰ COSTA, María Victoria. IV. El manejo de la información médica: el consentimiento informado y la confidencialidad. In: SALLES, Arleen L. F.; LUNA, Florencia (Org.) *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2008. p. 171-172.

⁹⁹¹ O'NEILL, Onora. *Autonomy and trust in bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002. p. 37.

⁹⁹² *Ibid.*, p. 37-38.

proposicional que padece de uma opacidade referencial, ou seja, ela não permite a compreensão devida das consequências da intervenção proposta. Além desse limite teórico, o consentimento informado também apresentaria limites de ordem prática, mesmo em se tratando de pacientes plenamente capazes, a exemplo de como tornar inteligíveis informações médicas complexas⁹⁹³.

A autonomia individual também é de difícil aplicação em situações de tratamento obrigatório para o bem da segurança coletiva, a exemplo da quarentena, em decisões nos campos da saúde pública e segurança alimentar, por exemplo. Também na internação contra a vontade não há espaço para a autonomia, pois o sujeito é previamente destituído de qualquer capacidade de agir racionalmente e de tomar decisões sobre sua saúde. Porém, mesmo diante dessas limitações, a autonomia individual continua protagonizando os debates na Bioética⁹⁹⁴. Mesmo assim, O'Neill considera que a supremacia da autonomia diante dos demais princípios da Bioética é uma ilusão. A autora, a partir da ética kantiana, buscou uma aproximação mais convincente da autonomia, chegando à formulação de uma *principled autonomy*. Esta não seria relacional, gradual, nem forma de auto-expressão, mas sim relacionada ao agir de acordo com determinados princípios, sobretudo princípios de obrigação (na esteira do imperativo categórico)⁹⁹⁵.

Gogliano também alerta sobre a desvirtuação da ideia de autonomia. Atribuir ao paciente a faculdade de escolha mesmo que contra a sua saúde, apresentando-lhe um “rol de sugestões de curas plausíveis, abandonando-o à sua livre escolha, para que decida”, não exime o médico de oferecer serviços em saúde em sua inteireza, sob pena de omissão dolosa de socorro médico. Essa supervalorização da autonomia é proclamada por doutrinas alienígenas fundadas na *common law*, que chegam a admitir a exoneração de responsabilidade do médico em virtude do consentimento informado. Sabe-se que no direito brasileiro, cujas raízes remontam à *civil law*, qualquer cláusula de exoneração de responsabilidade é nula de pleno direito, notadamente pela irrenunciabilidade dos direitos da personalidade. Deve-se atentar, ainda, para o fato de que a busca pelo primado da razão engendrada pela Bioética norte-americana sustenta um caráter apriorístico de uma moral universal alheia à moral social e familiar de uma coletividade. Além disso, o homem não se

⁹⁹³ O'NEILL, Onora. *Autonomy and trust in bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002. p. 42-43.

⁹⁹⁴ *Ibid.*, p. 46.

⁹⁹⁵ *Ibid.*, p. 74-86.

reduz à sua racionalidade, não podendo ser apartado de sua essência, emoções e vivência⁹⁹⁶.

Para Lima e Sá, mesmo em relação às pessoas acometidas por transtornos mentais, seu consentimento livre e esclarecido continua relevante na tomada de decisões, na medida em que existem uma série de situações e diversas graduações de discernimento que podem ser verificadas no caso concreto. Se o paciente tiver o necessário discernimento para refletir sobre sua saúde e se manifestar no sentido de rejeitar a internação hospitalar, não trazendo ele risco para terceiros, do ponto de vista técnico-jurídico não há justificativa para sua internação. Não havendo discernimento, a decisão familiar pela internação torna-se legítima ao se tratar de situação em que o sujeito representa um perigo para si mesmo. Esta substituição da vontade do sujeito pela vontade de sua família pressupõe, ainda, o processo de interdição, com nomeação de curador ou tutor.

Ainda de acordo com as autoras, se a pessoa apresenta discernimento para outras questões da vida, a interdição será uma violação injustificada de sua autonomia privada. Muitas vezes o conceito jurídico de (in)capacidade não apresentará soluções, devendo-se lançar mão do conceito de competência utilizado pelos profissionais da área de saúde⁹⁹⁷. Observe-se que, de acordo com a Resolução nº. 1.598/2000 do CFM (art. 6º), o paciente psiquiátrico deve prestar consentimento esclarecido prévio a qualquer tratamento, salvo quando suas condições clínicas não o permitirem se manifestar ou em situações de emergência, para evitar danos imediatos ou iminentes ao paciente ou a outras pessoas. Neste caso, deve ser buscado o consentimento de um responsável legal⁹⁹⁸. Também do dependente químico não se pode dispensar o consentimento *a priori*, pressupondo-se que ele(a) não tem condições para exercer sua autonomia e tomar decisões a respeito da própria saúde e tratamento. Ao mesmo tempo, a autonomia ou capacidade decisória não pode ser aferida isoladamente. O profissional de saúde

⁹⁹⁶ GOGLIANO, Daisy. Autonomia, bioética e direitos da personalidade. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 107-127, nov. 2000. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S1516-4179200000100009&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 fev. 2012. p. 120-125.

⁹⁹⁷ LIMA, Taisa Maria Macena de; SÁ, Maria de Fátima Freire de. Autonomia privada e internação não consentida. *Revista Brasileira de Estudos Políticos*, Belo Horizonte, v. 99, p. 79-99, 2009. Disponível em: <<http://www.pos.direito.ufmg.br/rbepdocs/099B079100.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2014. p. 91-92.

⁹⁹⁸ BRASIL. Conselho Federal de Medicina. *Resolução nº. 1.598, de 18 de agosto de 2000*. Normatiza o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2000/1598_2000.htm>. Acesso em: 27 ago. 2014.

também precisa levar em conta o quanto vulnerado se encontra o indivíduo, questão a ser abordada no item seguinte.

3.2.2.2 *O empoderamento como resposta à vulneração do dependente químico à luz da Bioética de Proteção*

A vulnerabilidade passou a integrar as discussões no âmbito da Bioética a partir da sua menção, em 1978, no Relatório Belmont. Na seção do relatório dedicada à seleção de sujeitos de pesquisa, são identificados como sujeitos vulneráveis certos grupos, como minorias raciais, pessoas institucionalizadas, economicamente desfavorecidas ou muito doentes, frequentemente dependentes e com capacidade de consentir livremente comprometida. De acordo com o documento, a esses sujeitos deve ser dada proteção especial para que não participem de pesquisas por mera conveniência administrativa, por serem facilmente manipuláveis ou por questões econômicas⁹⁹⁹. Na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco, publicada em 2005, consta o princípio do “Respeito pela vulnerabilidade humana e integridade pessoal”, em seu artigo 8º. De acordo com ele, a prática e os avanços da técnica biomédica devem levar em conta a vulnerabilidade humana. “Os indivíduos e grupos particularmente vulneráveis devem ser protegidos, e deve ser respeitada a integridade pessoal dos indivíduos em causa”¹⁰⁰⁰.

No Brasil, o termo vulnerabilidade é conceituado pela Resolução nº. 466/2012 do CNS, a qual versa sobre pesquisas com seres humanos. Em seu item II.25 preceitua, *in verbis*:

Vulnerabilidade - estado de pessoas ou grupos que, por quaisquer razões ou motivos, tenham a sua capacidade de autodeterminação reduzida ou impedida, ou de qualquer forma estejam impedidos de opor resistência, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido¹⁰⁰¹.

⁹⁹⁹ THE BELMONT REPORT: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research, de 18 de abril de 1979. Disponível em: <http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/05/briefing/2005-4178b_09_02_Belmont%20Report.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2014.

¹⁰⁰⁰ UNESCO. *Declaração Universal sobre Bioética e Direito humanos*, de 19 de outubro de 2005. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2014. p. 8.

¹⁰⁰¹ BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 446, de 12 de dezembro de 2012*. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2014. p. 3

No CEM há referência à vulnerabilidade dos participantes de pesquisa, em seu item XXIV¹⁰⁰². Contudo, embora o termo tenha inicialmente se incorporado à Bioética no contexto das pesquisas com seres humanos, sabe-se que a vulnerabilidade é uma característica que permeia toda a relação médico-paciente, tendo uma maior abrangência. Felício e Pessini, por exemplo, identificam que, no âmbito da Bioética, a vulnerabilidade assume três sentidos: a) condição humana universal – todo ser humano é vulnerável tanto em sua biologia, quanto em seu projeto existencial; b) característica particular de pessoas e grupos – há situações em que determinados sujeitos são expostos a fatores que os tornam especialmente vulneráveis; c) princípio ético internacional – a vulnerabilidade é assim considerada como vetor da reflexão bioética constante em tratados internacionais¹⁰⁰³.

Ballantyne e Rogers referem uma outra classificação. A vulnerabilidade, enquanto capacidade reduzida de proteger seus próprios interesses, seria subdividida em vulnerabilidade extrínseca e intrínseca. A vulnerabilidade extrínseca decorre de circunstâncias externas, a exemplo da pobreza, falta de escolaridade e carência de recursos. Pode-se dizer que ela advém de um contexto socioeconômico em que são negados, injustamente, direitos sociais e políticos a determinadas camadas sociais, podendo ser traduzida como “falta de poder”. A vulnerabilidade intrínseca, por sua vez, é provocada por características próprias do indivíduo, a exemplo de doenças mentais e deficiência intelectual. Esses estados podem ocorrer isolada ou concomitantemente. Para as autoras, a distinção é importante porque cada tipo de vulnerabilidade demanda um mecanismo distinto de proteção¹⁰⁰⁴.

Guimarães e Novaes distinguem, ainda, vulnerabilidade e autonomia reduzida. A autonomia diz respeito a cada pessoa, individualmente, não é extensível a um grupo ou população. Ela estaria diretamente relacionada ao conceito de incapacidade civil, premissa esta que já foi problematizada. A vulnerabilidade, por

¹⁰⁰² BRASIL. Conselho Federal de Medicina. *Código de Ética Médica*: Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso). Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2010. Disponível em: <http://www.cremers.org.br/pdf/codigodeetica/codigo_etica.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2014. p. 36.

¹⁰⁰³ FELÍCIO, Jônia Lacerda; PESSINI, Leo. Bioética da Proteção: vulnerabilidade e autonomia dos pacientes com transtornos mentais. *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 17, n. 2, p. 203-220. Disponível em: <http://revista.bioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/162>. Acesso em: 02 out. 2010. p. 207.

¹⁰⁰⁴ BALLANTYNE, Aline; ROGERS, Wendy. Populações especiais, vulnerabilidade e proteção. In: *Curso de Atualização em Ética em pesquisa*. Brasília, DF: UnB; Anis, 2008. p. 3.

sua vez, é fruto de uma relação social, cultural, política e econômica desigual, podendo se manifestar de modo individual ou coletivo¹⁰⁰⁵. Em outras palavras:

Enquanto, em muitos casos, a condição de autonomia reduzida pode ser passageira, a eliminação da vulnerabilidade necessita que as consequências das privações sofridas por uma pessoa ou grupo nos âmbitos social, político, educacional ou econômico sejam ultrapassadas. Por outro lado, pessoas, grupos ou populações são vulneráveis e continuarão a sê-lo se não houver mudanças drásticas na relação que mantem com o grupo social mais amplo em que estão inseridas¹⁰⁰⁶.

Luna, por entender que se falar em grupos vulneráveis reduz a complexidade da vulnerabilidade e rotula coletividades muitas vezes heterogêneas, dando margem à estigmatização e ações paternalistas injustificadas, propõe uma nova forma de se compreender a vulnerabilidade. Em lugar do rótulo de grupo vulnerável, a autora propõe uma análise a partir da metáfora das capas de vulnerabilidade, perspectiva que permite uma avaliação individual das circunstâncias que tornam uma determinada pessoa vulnerável, sendo possível traçar meios de minimizar cada uma das capas identificadas. Essa concepção estratificada é mais dinâmica, operativa e inclusiva, pois permite levar em conta tanto questões particulares (micro), quanto questões relativas ao contexto social, político, cultural e econômico (macro). Por não engessar a noção de vulnerabilidade em classificações, essa teoria permite a implantação de ações de proteção capazes de responder efetivamente aos diversos tipos e graus de vulnerabilidade¹⁰⁰⁷.

Para Kottow, a vulnerabilidade é um traço antropológico da existência humana, de modo que o emprego que se faz do termo correntemente na Bioética carece de substância. Sendo uma atribuição antropológica, ela não se presta a ser guia de ação, tampouco um princípio ético propriamente dito. De acordo com ele, vulnerabilidade implica na capacidade ou potencialidade de ser afetado por uma ação que, uma vez concretizada, torna o sujeito vulnerado, não mais vulnerável. A condição de vulnerado é a daquele desprovido de empoderamento para lidar com elementos essenciais da própria vida por razões diversas, como pobreza,

¹⁰⁰⁵ GUIMARÃES, Maria Carolina S.; NOVAES, Sylvania Caiuby. Autonomia reduzida e vulnerabilidade: liberdade de decisão, diferença e desigualdade. *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 7, n. 1, p. 21-24. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/288>. Acesso em: 28 abr. 2014. p. 22.

¹⁰⁰⁶ *Ibid.*, p. 22.

¹⁰⁰⁷ LUNA, Florencia. Vulnerabilidad: un concepto muy útil. Abandonando los “corsets teóricos”: respuesta a “Vulnerabilidad: ¿un principio fútil o útil en la ética de la asistencia sanitaria? *Revista Redbioética/UNESCO*, Montevideo, año 2, v. 1, n. 3, p. 85-90, 2011. Disponível em: <http://www.unesco.org/uy/phi/aguaycultura/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_4/Luna-RBioetica4-p85.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2014. p. 86-88.

enfermidade, dominação etc. Da mesma forma, assim como Guimarães e Novaes, entende ser indevida a associação entre vulnerabilidade e autonomia reduzida, ideia que pode justificar atos paternalistas, autoritários e exploração. Cabe aos profissionais de saúde identificar o grau de autonomia das pessoas vulneradas, oferecendo-as os meios necessários que as protejam de possíveis danos¹⁰⁰⁸.

A Bioética de Proteção ou a Ética de Proteção Bioética, conforme denominada por Schramm e Kottow respectivamente, oferece o suporte teórico para tanto. Esta corrente foi pensada como alternativa ao princípalismo estadunidense, voltando-se a ética aplicada aos conflitos e dilemas morais da saúde pública, âmbito que não é abordado de forma adequada pelo modelo princípalista. Em um segundo momento, o domínio de aplicação da Bioética de Proteção foi estendido a tudo aquilo que se refere às modificações humanas e seus impactos no ambiente natural, compreendendo-se o mundo da vida como um todo inter-relacionado, podendo-se falar numa Bioética de proteção *stricto sensu* e *lato sensu*¹⁰⁰⁹. A primeira seria direcionada a grupos suscetíveis e vulnerados que não tem condições de realizar os seus projetos de vida, enquanto a segunda também alcança os animais sencientes, seres e sistemas vivos, aproximando-se da proposta de Potter por uma Bioética global¹⁰¹⁰.

Oferecer instrumentos capazes de lidar com situações conflituosas, cujos destinatários são vulnerados, é a proposta da Bioética de Proteção. Ela pode ser definida como: “[...] caixa de ferramentas – teóricas e práticas – para poder compreender a conflituosidade na saúde pública, descrever os conflitos de interesses e de valores nela envolvidos, e tentar resolvê-los”¹⁰¹¹. Foi construída no contexto das reflexões bioéticas na América Latina, região onde ainda prevalece a pobreza, o subdesenvolvimento, a dependência e a falta de poder, carências que podem ser estendidas a outras regiões do mundo em face da crise globalizada. Seu universo de referência, portanto, é o mundo vivido, formado pelos humanos, demais seres vivos e ambiente natural que compõem um todo sujeito, atualmente, a ações

¹⁰⁰⁸ KOTTOW, Miguel. Anotaciones sobre vulnerabilidad. *Revista Redbioética/UNESCO*, Montevideo, año 2, v. 2, n. 4, p. 91-95, 2011. Disponível em: <http://www.unesco.org.uy/ci/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_4/Kottow-RBioetica4-p91.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2014. p. 92-94.

¹⁰⁰⁹ SCHRAMM, Fermin Roland. É pertinente e justificado falar em bioética de proteção? In: PORTO, Dora et al. (Coord.) *Bioéticas, poderes e injustiças: 10 anos depois*. Brasília, DF: CFM/Cátedra Unesco de Bioética/SBB, 2012. p. 128-129.

¹⁰¹⁰ *Ibid.*, p. 138-139.

¹⁰¹¹ *Ibid.*, p. 135.

modificadores próprias da biotecnociência, da biopolítica e da emergência de dispositivos de biopoder¹⁰¹².

Kottow explica que o desenvolvimento dessa ética de proteção visa resguardar as pessoas marginalizadas e excluídas, cujas vidas são reduzidas ao elemento biológico pela biopolítica e passam a ser expostas à dominação política, a injustiças sociais e privações econômicas. Para o autor, a Bioética deve se fazer presente antes que os indivíduos e comunidades percam a capacidade de reivindicar por seus direitos e interesses. Para as pessoas que não tiveram condições de desenvolver a sua existência, de amadurecer a sua autonomia, que se encontram em estado de vulneração social, econômica e biológica, deve ser dada uma atenção especial, aplicando-se as ações terapêuticas apropriadas para que seja superado esse *déficit* de empoderamento. A Bioética de Proteção implica na conservação de uma certa humanidade e de uma ordem social mínima que seja capaz de incorporar o discurso ético e de romper com a desumanização provocada por ações biopolíticas¹⁰¹³.

A partir de elementos comuns às éticas de responsabilidade de Jonas e Levinas, Schramm e Kottow apresentaram uma nova versão da ética de responsabilidade elaborada como um princípio de proteção, o qual ainda não havia sido abordado pela Bioética tradicional. Entendem que este princípio é o mais adequado para se pensar sobre os problemas morais relacionados com a saúde pública, os quais não poderiam ser resolvidos sob o prisma do princípalismo por ser esta corrente restrita à relação entre indivíduos (entre médico e paciente, entre pesquisador e participante da pesquisa). Proteção seria a satisfação de necessidades essenciais, aquelas que condicionam a possibilidade do afetado de atender a outras necessidades e interesses. O princípio da proteção teria as seguintes características: a) gratuidade, no sentido de não haver uma obrigação *a priori* de assumir condutas protetoras; b) vinculação, pois uma vez assumida

¹⁰¹² SCHRAMM, Fermin Roland. É pertinente e justificado falar em bioética de proteção? In: PORTO, Dora et al. (Coord.) *Bioéticas, poderes e injustiças: 10 anos depois*. Brasília, DF: CFM/Cátedra Unesco de Bioética/SBB, 2012. p. 133-134.

¹⁰¹³ KOTTOW, Miguel. Bioética y Biopolítica. *Revista Brasileira de Bioética*, Brasília, DF, v. 1, n. 2, p. 110-121, 2005. Disponível em: <<http://bioetica.org/cuadernos/bibliografia/kottow.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2014. p. 118-119.

livremente uma atitude protetora ela se torna uma obrigação irrenunciável; c) satisfação das necessidades, sendo estas compreendidas pela ótica do afetado¹⁰¹⁴.

Dessa forma, o princípio da proteção não se confunde com o princípio da beneficência ou com algum tipo de paternalismo. A legitimidade moral da beneficência depende da avaliação do afetado, o único que poderá decidir se o ato é benéfico. No caso do paternalismo, é o agente que avalia os benefícios ao afetado, independentemente da opinião deste¹⁰¹⁵. O termo “proteção” já integra o mundo da Bioética desde, pelo menos, o Relatório Belmont (princípio da proteção), inicialmente restrito à proteção individual. O campo da aplicação do princípio da proteção encobria o do princípio da vulnerabilidade, compreendido como o respeito, preocupação e proteção do outro e da vida em geral, a partir do reconhecimento da fragilidade, finitude e mortalidade universal dos seres. Dizer que se tratam de princípios coincidentes é problemático, porque a extensão do campo semântico de cada um não é a mesma¹⁰¹⁶.

O princípio da proteção também não se confunde, portanto, com o princípio da vulnerabilidade. Enquanto este se refere a pessoas e populações genericamente vulneráveis, o princípio da proteção se volta para aqueles concretamente vulnerados. A distinção não é apenas entre potencialidade e efetividade, respectivamente. Com isto, evita-se que o ato de proteger seja confundido com alguma forma de paternalismo. Logo, a Bioética de proteção tem como pressuposto a assimetria em termos de empoderamento, preocupando-se primeiramente com o aspecto prático, seja no campo normativo, seja no sentido de propor medidas concretas para proteger os desamparados, aqueles incapazes de se defenderem sozinhos¹⁰¹⁷. Garrafa, embora entenda que a proteção não deve ser alçada à condição de matriz teórica, reconhece que se trata de um princípio essencial para a construção da justiça social e melhoria da qualidade de vida daqueles que têm os seus corpos e vidas expropriados pela ordem estabelecida¹⁰¹⁸.

¹⁰¹⁴ SCHRAMM, Fermin Roland; KOTTOW, Miguel. Princípios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 949-956, jul.-ago. 2001. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v17n4/5301.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2014. p. 950-953.

¹⁰¹⁵ *Ibid.*, p. 953-954.

¹⁰¹⁶ SCHRAMM, Fermin Roland. É pertinente e justificado falar em bioética de proteção? In: PORTO, Dora et al. (Coord.) *Bioéticas, poderes e injustiças: 10 anos depois*. Brasília, DF: CFM/Cátedra Unesco de Bioética/SBB, 2012. p. 134-135.

¹⁰¹⁷ *Ibid.*, p. 135-136.

¹⁰¹⁸ GARRAFA, Volnei. Inclusão social no contexto político da bioética. *Revista Brasileira de Bioética*, Brasília, DF, v. 1, n. 2, p. 122-132, 2005. Disponível em: <<http://www.bioetica.org/cuadernos/bibliografia/garrafa.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2014. p. 124.

De acordo com Garrafa, a ideia de empoderamento dos sujeitos vulnerados em um dado processo histórico e cultural se refere a meios de amplificar as vozes dos grupos alijados do poder de decisão, inserindo-os socialmente. Para o autor, analisar as escolhas dos sujeitos sociais com base em uma “[...] visão míope e estereotipada de autonomia, que circunscreve a opção individual ao exercício narcísico e antropocêntrico [...]”¹⁰¹⁹ é inadequado, devendo-se redirecionar o olhar às relações desiguais de poder. Reconhecer a relação entre autonomia e responsabilidade (em face dos seres humanos e demais formas de vida) seria o pressuposto para suplantar as desigualdades construídas no meio social¹⁰²⁰. Para Soares, para que um sujeito se torne cidadão, faz-se necessária uma educação direcionada para essa construção, que envolva noções sobre política, dinâmica social, educação, saúde e demais campos que compõem o contexto da comunidade e do Estado. Com isto, poderia ser atingido o empoderamento do sujeito¹⁰²¹.

Embora apresentada como medida que visa proteger e inserir socialmente o usuário de drogas, a internação contra a vontade, sobretudo quando assume características asilares, não se coaduna com o princípio da proteção nem promove empoderamento. Wagner e outros, em pesquisa empírica sobre a autonomia de pacientes psiquiátricos internados durante longos anos, identificaram que pacientes institucionalizados sofreram severos prejuízos na sua capacidade de cumprir atividades do dia-a-dia com autonomia. Os domínios em que houve maior perda de habilidades foram administração da própria renda, uso dos meios de transporte e emprego. Neste último campo o montante de incapazes chega a aproximadamente 1/3 da população pesquisada. A muitos destes indivíduos não foi dada sequer a oportunidade de realizar algumas dessas atividades¹⁰²².

Os resultados negativos em muitos dos domínios estudados poderiam ser atribuídos à tendência dos profissionais, e até do próprio paciente, de pressupor que uma dada atividade seria inadequada para ele. Nessas condições, a

¹⁰¹⁹ GARRAFA, Volnei. Inclusão social no contexto político da bioética. *Revista Brasileira de Bioética*, Brasília, DF, v. 1, n. 2, p. 122-132, 2005. Disponível em: <<http://www.bioetica.org/cuadernos/bibliografia/garrafa.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2014. p. 127.

¹⁰²⁰ *Ibid.*, p. 126-127.

¹⁰²¹ SOARES, Sheila Pereira. *Uma análise bioética sobre o processo de empoderamento do usuário como ferramenta para inclusão na saúde*. 2012. 160 f. Dissertação (Mestrado em Bioética) – Programa de Pós-Graduação em Bioética, Universidade de Brasília (UnB), Brasília, 2012. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/12584/1/2012_SheilaPereiraSoares.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2014. p. 49.

¹⁰²² WAGNER, Luciane Carniel et al. Autonomy of long-stay psychiatric inpatients. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 699-705, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/21.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2014. p. 703-704.

desinstitucionalização dessas pessoas se torna inviável¹⁰²³. Um tratamento que deveria gerar a reinserção social provoca o efeito inverso, torna o paciente preso ao aparato hospitalar. Com fulcro na Bioética de Proteção e tendo em mente as capas de vulnerabilidade como desenvolvidas por Luna, torna-se possível um olhar individual a cada pessoa que usa drogas, captando-se as suas necessidades, a sua história, e a sua efetiva capacidade de tomar decisões sobre questões que afetam a sua saúde e liberdade. Mais que isso: identificada a incapacidade, as intervenções somente se justificam se dirigidas ao empoderamento do sujeito, para que ele se torne capaz de decidir sobre a melhor forma de conduzir a sua saúde e sua vida. A urgência desta percepção é patente. Como referiu Nery, não há espaço de maior vulnerabilidade que o ponto de encontro entre a Medicina e a Lei¹⁰²⁴, *locus* em que produzida a figura do usuário de drogas capaz de justificar a sua exclusão.

¹⁰²³ WAGNER, Luciane Carniel et al. Autonomy of long-stay psychiatric inpatients. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 699-705, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/21.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2014. p. 704.

¹⁰²⁴ Informação coletada durante conferência do Prof. Dr. Antonio Nery realizada na abertura da Jornada Anual do CETAD – 2014, intitulada “A vulnerabilidade humana e o consumo de psicoativos”, realizada nos dias 18 e 19 de dezembro de 2014, na sede do CETAD em Salvador/BA.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A disciplina jurídico-normativa sobre drogas no Brasil é tradicionalmente proibicionista. O proibicionismo ou “Guerra às Drogas”, enquanto movimento internacional deflagrado pelos EUA, não atingiu o seu fim declarado: a redução da oferta e demanda das substâncias psicoativas ilícitas. Tido como meio de controle de populações e movimentos sociais, sobretudo negros e latinos, o proibicionismo tem provocado na sociedade uma série de efeitos deletérios, dentre os quais destacam-se o aumento da população carcerária, a naturalização das substâncias lícitas a despeito dos males à saúde, o afastamento dos usuários da rede de assistência à saúde e a (re)produção do estigma e exclusão das pessoas que usam substâncias psicoativas, sobretudo aquelas dependentes químicas e constantemente expostas a situações de vulneração social, como as pessoas em situação de rua.

No Brasil, o Direito Penal ainda pune severamente crimes relacionados com as substâncias psicoativas ilícitas. Durante décadas a embriaguez foi criminalizada, chegando a internação a figurar como sanção penal. Na década de 1970, a internação passa a constituir pena alternativa à prisão em casos excepcionais, no intuito de se oferecer uma oportunidade de reabilitação ao ofensor usuário de drogas. No mesmo período, foi criminalizado o porte de drogas para consumo pessoal, crime que veio a ser despenalizado somente na atual Lei de Drogas, de 2006. Este sinal de um “proibicionismo moderado” em relação ao usuário é resultado da percepção de que as pessoas que usam drogas não são criminosas, e sim pessoas que precisam de ajuda. A internação, não mais mencionada como pena na legislação vigente, passou a assumir uma natureza eminentemente protetiva e terapêutica. Trata-se de uma forma de tratamento cuja base legal está prevista na Lei Federal de Psiquiatria, havendo três espécies: voluntária, involuntária e compulsória.

A internação psiquiátrica é uma medida excepcional por força de lei, estando a sua indicação justificada apenas em momentos de crise, quando a conduta do indivíduo representar um risco para si próprio ou terceiros, e condicionada a laudo médico circunstanciado e à insuficiência dos meios extra-hospitalares de tratamento. Atualmente, parece que as internações involuntária e compulsória têm ocupado um papel maior do que aquele para o qual foram concebidas, em termos de políticas

públicas. Sua excepcionalidade é posta à prova no âmbito dos três poderes. No Poder Legislativo, foi estudado mais detidamente o PL 7.663/2010, cuja redação original privilegiava a internação contra a vontade. No que toca o Poder Executivo, foram citadas diversas iniciativas, desde as operações policiais de internação forçada até o programa “De Braços Abertos” de São Paulo, demonstrando-se a heterogeneidade das políticas públicas neste campo. No Poder Judiciário, a internação compulsória tem sido requerida nos processos de interdição ou autonomamente, e tem se apresentado como possibilidade no âmbito da Justiça Terapêutica.

Na base das ações governamentais que apostam na internação contra a vontade está um discurso de terror, fundado em um estereótipo do usuário de drogas que pouco se confirma na realidade: a de uma pessoa incapaz de tomar decisões racionais, de comportamento violento e criminoso, disposta a tudo para alimentar seu vício. Diante disso, buscou-se em Foucault a compreensão de como se articula a rede de saber-poder que perpassa este fenômeno. Inicialmente, estudou-se o surgimento do biopoder na modernidade. Entendido como um poder de gestão sobre a vida que opera em dois níveis: o poder disciplinar, que incide sobre o homem-corpo, e a biopolítica, que incide sobre o homem-espécie, percebeu-se que na internação de usuários de drogas essas duas frentes se manifestam. O poder disciplinar está fortemente presente no hospital psiquiátrico, enquanto meio de adestramento para maximizar a docilidade e desempenho dos indivíduos, mantê-los com um bom comportamento e em estado de abstinência. A biopolítica, por sua vez, se evidencia na gestão do uso de drogas enquanto fenômeno populacional epidêmico (a despeito da atecnia) e no controle dos elementos que circulam nas cidades, tópico que Foucault destaca ao estudar o dispositivo de segurança.

Esta mecânica do biopoder tem na norma a sua unidade de reprodução, enquanto elemento que circula entre o corpo e a população, cuja lógica é a da correção e regulação. Cada vez mais a lei, que segue originariamente a lógica do castigo, passa a assumir funções normalizadoras. Aqui aparecem duas das três imagens do Direito presentes na obra de Foucault, bem identificadas por Fonseca: o direito como legalidade e o direito normalizador, respectivamente. No momento em que a lei penal criminaliza uma conduta do usuário de drogas, por exemplo, também age como norma ao inscrever neste sujeito a pecha de anormal. A figura do anormal é resultado de técnicas de normalização das condutas, processo que se confunde

com a própria fundação da Psiquiatria como saber médico. Quando formulada a teoria da degeneração – que designa ser hereditário e definitivo um determinado estado, como a loucura – a Psiquiatria se afasta do objetivo de cura e passa a ter como objetivo a manutenção da ordem e controle social, protegendo a sociedade dos perigos que representa o anormal.

Todo esse processo se deu em íntima relação com o Direito, pois a Psiquiatria se firmou como ciência médica ao demonstrar que seria capaz de explicar crimes bárbaros, aparentemente sem sentido e fora do alcance da lei penal. Ao analisar laudos psiquiátricos do final do século XVIII, Foucault notou que seu conteúdo não era dedicado à descrição da conduta *sub judice*, mas sim de características não ilegais do agente que o fizesse parecer predisposto a atitudes agressivas. Surpreendentemente esta mesma linguagem se faz presente em laudos psiquiátricos produzidos no bojo de processos de internação compulsória, havendo fortes semelhanças mesmo entre laudos que se referem ao exame de pessoas distintas. Nesta conjuntura o anormal é uma ameaça, o que fez despertar na sociedade um sentimento de racismo em relação a todo aquele que represente uma ameaça de fundo biológico. O racismo é o elemento que justifica o “poder matar” em tempos de biopoder, cujos mecanismos se destinam à maximização das forças e gestão da vida (“fazer viver”).

É o racismo que constitui o critério pelo qual se decide quem pode viver e quem pode morrer. O inimigo deixa de ser o adversário político e passa a ser aquele que expõe a sociedade a um perigo de ordem biológica, na esteira da teoria da degeneração. Nessa linha, o Estado passa a ser o guardião da integridade e pureza de uma raça frente às ameaças de tudo aquilo que escapa às técnicas de normalização e normação. No Brasil, país em que se disseminou a falaciosa epidemia de crack, muitas ações que privilegiam a internação contra a vontade vêm sendo adotadas e justificadas pela urgência em se eliminar o problema. Esta e outras “verdades” sobre o uso de drogas são legitimadas, sobretudo, pelos discursos médico, científico e criminológico. O Direito e a Medicina, enquanto regimes de verificação, tiveram papel crucial na transmutação do consumo de substâncias psicoativas, hábito que acompanha a história da humanidade, em “uso de drogas”, com toda a carga pejorativa que essa expressão carrega.

Em outras palavras, os processos de criminalização e medicalização do uso de drogas tornaram o “viciado” no anormal do século XXI. Por um lado, o uso de

determinadas drogas, já associadas culturalmente a defeitos morais ou características raciais, passa a ser associado à degeneração pelo discurso médico. Por outro, em um movimento capitaneado pelos EUA, por razões geopolíticas, houve uma proliferação de convenções internacionais estabelecendo restrições legais à produção, venda e consumo de determinadas substâncias psicoativas. Viu-se que, hodiernamente, é o discurso científico que garante o estatuto de verdadeiro aos modelos de normalidade, principalmente porque é considerado neutro e objetivo. Ruiz aponta que a normalidade, antes um traço antropológico, tem servido aos mecanismos de poder de uma forma eficiente, sobretudo pela naturalização e universalização de limites de normalidade pertencentes a uma dada subjetividade histórica. Tudo aquilo que não se encaixa nos padrões de normalidade tem como destino a exclusão.

Contudo, viu-se com Latour e Woolgar que o fato científico é uma produção social. Esta percepção é importante para que se tenha ciência de que, se o que se entende por “uso de drogas” foi construído, pode ser modificado. No próprio âmbito científico já há pesquisas que infirmam a ideia de que o dependente químico é escravo do vício e não seria capaz de agir racionalmente. Dentre elas, estão as pesquisas de Alexander e Hart. Esses estudos demonstram, respectivamente, a importância do ambiente no uso de drogas e que pessoas dependentes químicas podem ter a capacidade de agir racionalmente, inclusive em situações que envolvam o uso de substâncias psicoativas. Pressupor a incapacidade decisória do usuário de drogas, crença que constitui a base do discurso que legitima as apostas na internação contra a vontade como forma de tratamento, parece ser equivocado. Relembre-se um dos dados da pesquisa desenvolvida pela FIOCRUZ: quase 80% dos usuários de crack e/ou similares no país desejam receber tratamento, o que contradiz o protagonismo que se quer conferir à internação involuntária e compulsória.

Aqueles que apresentam a internação contra a vontade como a panaceia para todos os males parecem ignorar por completo as lições da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial. Tais movimentos, nascidos como forma de contestação do modelo hospitalocêntrico e dos abusos cometidos contra as pessoas com transtorno mental nos asilos e manicômios, propõem a desinstitucionalização desses pacientes. Privilegia-se, pois, formas de tratamento extra-hospitalares, de base territorial e comunitária, prezando-se pela convivência social e produção da autonomia do

indivíduo. Dentre as atuais bandeiras da Reforma Psiquiátrica, foram destacadas: o fechamento progressivo de leitos psiquiátricos para internação, plano que não foi aprovado quando da votação do PL que culminou com a promulgação da Lei Federal de Psiquiatria, e as críticas tecidas ao financiamento público de internações em hospitais psiquiátricos, clínicas ou comunidades terapêuticas privados.

Neste segundo ponto, o elemento econômico desta equação ganha evidência, sobretudo diante da possibilidade de que o apoio à medida de internação contra a vontade de usuários de drogas conte com o *lobby* de instituições asilares que perderam espaço no mercado durante a Reforma Psiquiátrica. Uma vez transferida ao dependente químico todas as características que antes justificavam (e ainda justificam) a internação dos “loucos”, aliado ao pânico social gerado pela epidemia de crack e à atribuição aos usuários em situação de rua da pecha de perigo social, chegou-se a uma fórmula para a legitimação da internação contra a vontade em massa. Ao mesmo tempo, a sociedade e muitos dos próprios usuários permanecem em estado de ignorância a respeito das possibilidades de tratamento ofertadas pela RAPS. Este cenário é retrato fiel da relação entre o biopoder e a economia capitalista conforme delineado por Foucault – regulam-se os corpos para o bem dos interesses do mercado.

As atuais diretrizes do MS seguem a linha da Reforma Psiquiátrica, inclusive incentivam a adoção de estratégias de redução de danos. Trata-se de uma ótica de tratamento que não tem na abstinência a sua finalidade imediata, cujas metas são estabelecidas a partir dos interesses e necessidades do paciente. Prioriza-se a preservação da saúde do usuário como um todo. O programa de troca de seringas, por exemplo, tem como objetivo evitar que pessoas que usam drogas injetáveis sejam contaminadas pelos vírus da SIDA, hepatites virais, dentre outras. Também foram analisadas as diretrizes e principais resultados do Programa “Crack, é possível vencer” do Governo Federal. Viu-se que o investimento na abertura de leitos para internação em hospitais, clínicas e comunidades terapêuticas privados tem sido superior àqueles destinados ao fortalecimento da RAPS, e que as ações se concentram nas regiões sul e sudeste. Viu-se, também, que existe um descompasso entre a política do MS e o PNAD. Essa tensão não gera surpresa ao se ter em mente a pluralidade de posicionamentos sobre a (in)adequação da internação contra a vontade como forma de tratamento.

Diante desta diversidade de opiniões, tentou-se sistematizá-las em três modelos discursivos, o que se considera passo importante para a compreensão do fenômeno e suas implicações nas ordens social, jurídica e bioética. Chegou-se aos seguintes modelos: a) aprovação ampla; b) aprovação restrita e c) reprovação da internação contra a vontade quando realizada por longos períodos, em instituição exclusivamente dedicada para este serviço. O primeiro modelo discursivo abrange aqueles que, como Del-Campo e Capez, entendem que a internação involuntária ou compulsória é absolutamente necessária para lidar com a dependência química com seriedade. O dependente químico seria incapaz de reagir ao vício, pois a droga lhe retiraria por completo o livre arbítrio. Ele possivelmente iria se tornar um delinquente para ter acesso à droga, representando um perigo à sociedade. Entre o direito à vida e o direito de ir e vir, dever-se-ia privilegiar o primeiro.

O modelo de aprovação restrita, por sua vez, é aquele presente na Lei Federal de Psiquiatria e apoiado por diversas instituições, como o MS, Senad/MJ, CFP, dentre outras. De acordo com ele, a internação, sobretudo quando realizada contra a vontade do paciente, deve ser uma medida excepcional a ser indicada somente quando forem insuficientes os meios extra-hospitalares de tratamento. A internação contra a vontade só se justifica em situações de crise, quando a pessoa representa perigo para si ou terceiros. Há quem saliente que, quando realizada, a internação deverá ser de curto período, para fins de desintoxicação. Em seguida, o paciente deverá ser conduzido à RAPS, conforme plano terapêutico individual, sempre voluntariamente. Neste último caso, diz-se que o modelo é de aprovação restrita por admitir a internação como forma de tratamento, mas não nos moldes asilares, esta última compreendida como um aprisionamento de baixa segurança por conta das grandes chances de abusos.

O terceiro e último modelo discursivo é o de reprovação da internação contra a vontade. Estudiosos, como Lemos, entendem ser ela inviável pelo fato de somente o Direito Penal poder privar a liberdade de uma pessoa. Se neste âmbito não consta a previsão da internação contra a vontade, outro ramo do Direito não poderia fazê-lo. É observado, ainda, que a internação contra a vontade é uma medida ineficaz, servindo apenas a interesses neoliberais, higienistas e de gestão das desigualdades sociais. Além da exclusão do usuário, esta medida implica na negação de sua capacidade de decidir, na contramão do imperativo da autodeterminação. Ao não promover a autonomia, a internação favorece futuras recaídas e novas internações.

Diante destes três modelos discursivos, entende-se que a internação contra a vontade por período indeterminado em hospitais, clínicas ou comunidades terapêuticas não mais se justifica.

Insistir nesta fórmula é desprezar todo o conhecimento produzido pela Reforma Psiquiátrica, privilegiar uma modalidade terapêutica já comprovadamente ineficaz se comparada com o acompanhamento por meio da RAPS. Tal entendimento não implica em ignorar a existência de casos de intoxicação grave, que afeta o comportamento do indivíduo ao ponto dele adotar condutas que expõem a si próprio ou terceiros a riscos. Nesses casos, mediante a urgência das circunstâncias, estaria justificada a condução a leito em hospital geral para internação de curto período, tempo suficiente para a desintoxicação do organismo. Passada esta etapa, a pessoa deve ser encaminhada aos dispositivos da RAPS, voluntariamente, para que siga em acompanhamento, seja para diminuir o uso ou para se abster de consumir a substância. Lembre-se que esse acompanhamento é multidisciplinar, indo além dos efeitos da substância psicoativa no organismo. Trata-se de um momento de resgate de laços sociais, da autoimagem, do autocuidado, caminho necessário para que o paciente possa bem conduzir a sua vida.

Porém, como se viu, a estrutura da RAPS ainda é insuficiente, enquanto multiplicam-se as comunidades terapêuticas e os leitos para internação por período indeterminado no país. O relatório da inspeção sobre o respeito aos direitos humanos nos locais de internação evidenciou sucessivas violações a esses direitos, tornando claro que os horrores de Barbacena ainda se reproduzem no país. Aos usuários de drogas, sobretudo àqueles em situação de rua, é quase inevitável o ingresso no ciclo de estigmatização-exclusão-institucionalização. Buscou-se na alteridade uma forma de ruptura deste ciclo, tendo-se como referencial teórico Levinas e Dussel. Acredita-se que, em confronto com a alteridade, os discursos que legitimam a exclusão do Outro perdem sua legitimidade. A alteridade opera em duas frentes importantes para esse fim: a) impede que o Mesmo reduza o Outro a atributo que tenha como efeito qualificá-lo, impedindo assim a dominação; b) promove a abertura ao Outro, a sua manifestação enquanto Rosto e a escuta de sua súplica, que chama o Mesmo à responsabilidade, sendo esta inescusável sob pena de não se estar agindo de forma ética e justa.

Ora, abordar um usuário de drogas pressupondo que ele não tem capacidade de tomar decisões sobre sua saúde é reduzi-lo a uma categoria, prendê-lo a uma

ideia previamente formulada sobre seu ser. É penalizar o indivíduo que se encontra nesta circunstância, atribuindo-lhe a responsabilidade pelo vício. Em relação às pessoas em situação de rua o preconceito é ainda maior. Muitos ainda propalam que a droga é a causa da pessoa viver nas ruas, visão deveras simplista da realidade. Viver nas ruas é o resultado de um processo complexo de perdas, podendo o uso de drogas ser uma das causas de ruptura dos laços familiares e abandono do lar, mas também pode ser um hábito iniciado após esse processo justamente para suportar as dificuldades e esquecer o passado. Atualmente, o MNPR luta para levar ao conhecimento dos gestores a Política Nacional para a Inclusão Social da População em Situação de Rua e transformá-la em lei, para que essas pessoas sejam reconhecidas como cidadãos e tenham seus direitos respeitados.

Na Filosofia da Libertação de Dussel buscou-se a ambientação social dessa “outridade”. Embora Dussel desenvolva as noções de dominação e exclusão a partir da interpelação do pobre diante de uma comunidade produtora, questionando a economia como ela se apresenta, pode-se retirar das suas lições uma explicação para a resistência à desmistificação do uso de drogas e, principalmente, como romper com a estigmatização que gira em torno da figura do drogado. Afinal, o autor busca a libertação da exclusão, miséria e opressão, tomando como ponto de partida a razão do Outro. Respeitar o Outro é permitir que ele intervenha como igual e com liberdade na argumentação. No contexto do tratamento da dependência química as abordagens ambulatoriais e de redução de danos, propostas de acordo com as vontades e metas do paciente, seriam compatíveis com o exercício da alteridade, enquanto a internação contra a vontade tem na sua base uma concepção a respeito da capacidade decisória do indivíduo.

Encontrou-se nas considerações sobre alteridade de Levinas e Dussel um caminho de efetiva ruptura do racismo intra-social apontado por Foucault, para além das possibilidades de resistência ao exercício do (bio)poder abordadas em seu trabalho. Pode-se, ainda, vislumbrar um caminho em direção a um “direito novo”, terceira imagem que o Direito assume na obra de Foucault, antidisciplinar e desligado do princípio da soberania. A alteridade, ao implicar a não redução do Outro às características a ele atribuídas pelo Mesmo, chamando este à responsabilidade, inviabiliza o exercício de poder e o aprisionamento do Outro a uma totalidade hegemônica. Em Dussel, a ideia de libertação conduz à necessidade do acolhimento do Outro na comunidade de comunicação, sob pena da perpetuação

de totalidades. Foucault também atribuiu às suas análises arqueológicas uma função libertadora, sobretudo por evidenciar a dinâmica das relações de poder e os saberes sujeitados. Observe-se que, neste trabalho, à obra de Foucault foi reservado um papel denunciativo e crítico, enquanto recorreu-se a Levinas e Dussel numa perspectiva mais propositiva, tendo sido indicada a compatibilidade e possíveis inter-relações entre estes aportes teóricos.

A preconceção referida – de que o dependente químico é necessariamente destituído de capacidade decisória – é reforçada pelo CC que, em seus artigos 3º e 4º, indica um rol de circunstâncias em que a pessoa pode ser declarada absoluta ou relativamente incapaz. Foi introduzida pela primeira vez a menção aos “ébrios habituais” e os “viciados em tóxicos”, dentre os relativamente incapazes. Embora essa incapacidade possa ser delineada no processo de interdição, já se parte do pressuposto de que há incapacidade, sem contar que há hipóteses de incapacidade absoluta em que o usuário de drogas poderia ser enquadrado. Viu-se que esta disciplina jurídica é insuficiente para a aferição da capacidade decisória e de exercício de direitos existenciais, alertando autores da Bioética que a autonomia bioética em muito se distingue da noção de capacidade civil – enquanto a primeira se pauta em uma avaliação individual e particular, a segunda é excessivamente geral e abstrata. Embora o atual CC tenha sido promulgado após a CRFB/1988, sujeito ao fenômeno de despatrimonialização e repersonalização do Direito Privado, alguns institutos mantiveram o formato constante no CC anterior, concebido sob uma ótica patrimonial e individualista. Este é o caso da teoria das incapacidades, que parece não ter incorporado a principal nota desta nova ordem constitucional: o privilégio aos direitos existenciais.

Os direitos da personalidade bem representam essa mudança. A despeito das críticas quanto à sua natureza jurídica e até a técnica legislativa empregada em sua previsão, trata-se de um instituto que tenta dar conta e oferecer tutela jurídica à dimensão existencial e corporal da pessoa. A partir deles podem ser questionadas algumas premissas, como a relativa disponibilidade dos direitos da personalidade, dentre eles a autonomia e disposição do próprio corpo, compreendido como meio de manifestação da personalidade (art. 13), e a possibilidade de recusa de tratamento médico (art. 15). Estas e outras questões estão sendo completamente ignoradas quando se trata de dependentes químicos. Esse problema remete a uma questão anterior, a da falência do código enquanto projeto moderno de redução da

complexidade. O código tende à perenidade, ao imobilismo, por isso é natural que a partir dele não se saiba lidar com as mudanças sociais. Por isso, a partir da Teoria Crítica do Direito Civil desenvolvida por Fachin, propõe-se uma releitura crítica dos institutos tradicionais para que se consiga tutelar devidamente as circunstâncias que escapam à pretensão de completude de um enunciado normativo.

Um Direito Civil que tem em sua base um sistema normativo pretensamente neutro e perene, no qual são predominantes categorias jurídicas abstratas que descrevem um ser impessoal, se torna irremediavelmente distante da realidade social. O CC insiste numa taxionomia geral e abstrata, que ignora as particularidades e subjetividade de cada sujeito. Considera-se os dispositivos sobre a incapacidade civil, portanto, insuficientes para uma avaliação da capacidade decisória das pessoas para o exercício de direitos existenciais, caso da escolha de se submeter ou não a um tratamento médico, por terem sido cunhados sob uma perspectiva eminentemente patrimonial. Na Bioética já se sabe que esta avaliação é complexa, não havendo uma correspondência entre capacidade civil e autonomia bioética. A autonomia deve ser aferida individualmente, mas não apenas ela. Deve-se levar em conta também os eventuais fatores de vulneração do indivíduo.

Apresentadas as conclusões parciais tecidas ao longo do trabalho, torna-se possível responder mais assertivamente o cerne do problema de pesquisa: identificar as implicações sociais, jurídicas e bioéticas que permeiam a tomada de decisões médico-jurídicas a respeito da internação contra a vontade no Brasil. Em termos sociais, decidir pela internação contra a vontade de forma indiscriminada e muitas vezes carente de amparo legal, como se tem feito atualmente, é contribuir para a reprodução de uma séria de mitos sobre o uso de drogas, sobretudo o da incapacidade decisória inexorável, reforçando-se o racismo intra-social. Apostar nesta via também implica em expor o usuário a situações de violação de seus direitos fundamentais e a uma modalidade terapêutica que, em lugar de viabilizar seu empoderamento e retorno à convivência em sociedade, o tornará cada vez mais dependente do aparato institucional. Não somente os excessos cometidos neste âmbito são condenáveis. Parece que a internação contra a vontade, ainda que observadas todas as garantias legais, não é a melhor forma de tratar a dependência química. A voluntariedade é essencial para um resultado exitoso, resultado este que não é exclusivamente a abstinência.

A despeito das evidências colacionadas neste sentido, o que se vê é uma RAPS precária, com capacidade de atendimento muito inferior à demanda, cujo fortalecimento não vem sendo priorizado pelo Poder Público. Este parece estar mais preocupado em investir na abertura de leitos para internação em hospitais, clínicas e comunidades terapêuticas privados, contrariando aquilo que o MS entende ser mais adequado. De forma mais direta: o SUS está sendo flagrantemente preterido em relação às unidades de internação, sobretudo nas comunidades terapêuticas, com o agravante de que a regulação do funcionamento das comunidades terapêuticas é frágil e sua metodologia não conta com evidências científicas suficientes. Retrato fiel deste fenômeno é a bolsa instituída em São Paulo para custear a internação em clínicas privadas. Estas incongruências na linha de ação do governo reforçam a pertinência da suspeita de que os investimentos públicos neste sentido se coadunam com um movimento de recuperação do mercado manicomial, abalado desde a Reforma Psiquiátrica. Aos usuários de drogas se quer impor o destino dos “loucos de todo o gênero” – a institucionalização, porque não dizer, o aprisionamento escamoteado por intenções de cuidado.

No plano jurídico, as decisões médico-jurídicas sobre a internação contra a vontade são diversas. No tocante à internação involuntária, há notícias de que o acompanhamento pelo MP se reduziu a mera formalidade. Quanto à internação compulsória, tem-se que algumas das garantias constantes na Lei Federal de Psiquiatria tem sido relativizadas pelos tribunais superiores na esfera cível, como visto em casos de determinação da internação sem laudo médico atestando a sua necessidade, e de dispensa da demonstração efetiva da insuficiência dos meios extra-hospitalares de tratamento, entendendo-se que a conclusão da perícia nesse sentido seria suficiente. No âmbito da Justiça Terapêutica, o intento de oportunizar tratamento ao ofensor como substituição à possível condenação a pena restritiva de liberdade vem sendo questionado. Dizer que o agente escolhe o tratamento não seria adequado, constituindo a internação determinada nesses moldes uma pena ilegítimamente imposta. Isto seria, ainda, uma estratégia para evitar o colapso do sistema prisional e perpetuação do proibicionismo.

Além destas questões relativas à aplicação da internação compulsória, há situações em que sua finalidade terapêutica é suplantada por outros intentos. O caso Champinha é emblemático, pois nele a internação compulsória serviu como forma de prolongamento da sua reclusão, iniciada pela aplicação de medida

socioeducativa de internação. Quando findo o prazo desta medida, a internação foi determinada a título de medida protetiva. Posteriormente, houve um processo de interdição e a determinação da internação compulsória do jovem. Há circunstâncias, ainda, que sequer a revisão da internação compulsória é possível, pois são desconhecidos os locais de internação e a identidade das pessoas internadas. O Poder Judiciário, portanto, parece estar alheio às garantias legais e aos impactos de suas ações em termos biopolíticos. Conta-se, ainda, com a inadequação da teoria das incapacidades para a avaliação da capacidade decisória de dependentes químicos.

No tocante às implicações bioéticas, por ainda ser predominante a abordagem principialista dos conflitos bioéticos no Brasil, muitas vezes a discussão sobre a internação contra a vontade se reduz à noção de autonomia. Viu-se, com O'Neill, o esvaziamento e necessária ressignificação desta categoria. Compreender a autonomia como o agir de forma independente ignora que, para seu exercício, pressupõe-se um contexto relacional, que faça florescer a confiança entre os envolvidos. Sem essa aproximação, a autonomia fica reduzida a aceitar ou recusar o tratamento proposto pelo médico, dando-se a falsa impressão de que a relação médico-paciente deixou de ser assimétrica. A vulnerabilidade também deve ser considerada nessa equação, o que foi feito sob a ótica da Bioética de Proteção em Kottow e Schramm. De acordo com eles, enquanto a vulnerabilidade implica na capacidade ou potencialidade de ser afetado por uma ação, torna-se vulnerado o sujeito efetivamente afetado por ela.

É vulnerado todo aquele desprovido de empoderamento para lidar com elementos essenciais da própria vida por razões diversas, como pobreza, enfermidade, dominação etc. Cabe aos profissionais de saúde identificar o grau de autonomia das pessoas vulneradas, oferecendo-as os meios necessários que as protejam de possíveis danos. Trata-se de uma análise mais sofisticada do que a tradicional: ou a pessoa é autônoma ou não é, devendo-se recorrer ao seu representante legal no segundo caso. Acredita-se que, a partir da Bioética de Proteção, é possível dar atenção especial às pessoas marginalizadas, cujas vidas foram reduzidas ao elemento biológico pela biopolítica. Nessa linha, aos dependentes químicos devem ser ofertadas ações terapêuticas apropriadas para que seja superado eventual *déficit* de empoderamento. Embora apresentada como medida que visa proteger e inserir socialmente o usuário de drogas, a internação

contra a vontade, sobretudo quando assume características asilares, não se coaduna com o princípio da proteção, nem promove empoderamento.

Com fulcro na Bioética de Proteção e tendo em mente as capas de vulnerabilidade como desenvolvidas por Luna, torna-se possível um olhar individual a cada pessoa que usa drogas, captando-se as suas necessidades, a sua história, e a sua efetiva capacidade de tomar decisões sobre questões que afetam a sua saúde e liberdade. Mais que isso: identificada a incapacidade, as intervenções somente se justificam se dirigidas ao empoderamento do sujeito, para que ele se torne capaz de decidir sobre a melhor forma de conduzir a sua saúde e sua vida. Entende-se, pois, que a avaliação da (in)capacidade decisória deve ser individualizada e levar em conta o objeto da decisão. Deve-se ter em mente que o respeito à autonomia é mais do que o dever negativo de não interferir nas decisões alheias, envolvendo também o agir no sentido de empoderar o sujeito diante dos fatores de vulneração a que esteja exposto, fazendo-o ser capaz de decidir de forma livre e consciente.

Estas são as principais implicações das decisões sobre internação contra a vontade identificadas ao longo da realização deste trabalho, organizadas nos três âmbitos em que se propôs analisar. Ressalve-se, contudo, que estas implicações se comunicam direta e indiretamente entre si e com tantas outras que circundam o fenômeno sob estudo. Muitos, para não dizer todos, dos problemas identificados podem ser atribuídos à falta de uma compreensão adequada sobre o uso de drogas e sobre as particularidades de cada situação em que ele se apresenta. O Brasil, sobretudo em nível federal, carece de uma instituição que produza conhecimento transdisciplinar a respeito, para que a tomada de decisões políticas, médicas e jurídicas neste campo ganhem em consistência e adequação. O OBID foi criado com esta finalidade, mas se limita a reunir estudos e estatísticas sobre o uso de drogas. Entende-se que um observatório atenderia essa demanda somente se os seus membros, provenientes das mais diversas áreas do conhecimento, de fato dialogassem e produzissem saberes sobre o uso de drogas no país, mantendo estreita relação e diálogo com as universidades, profissionais da saúde, pacientes e seus familiares.

Do contrário, o uso de substâncias psicoativas ilícitas permanecerá sendo um campo fértil para a (re)produção de mitos que apenas estigmatizam os usuários. No caso da internação contra a vontade, sua popularização está fortemente ligada à crença de que o dependente químico necessariamente não é capaz de tomar

decisões sobre seu tratamento. Enquanto esta e outras “verdades” a justificam e o Direito a legitima, a mecânica do (Bio)poder faz da internação contra a vontade um instrumento não excepcional dedicado a finalidades alheias à terapêutica, como a higienização do espaço público via restrição da liberdade de determinados sujeitos por tempo indeterminado. Em outras palavras, a relação entre (Bio)poder, Direito e Verdade faz da internação contra a vontade um instrumento para proteger a população da ameaça que representaria o dependente químico, mecânica que é permeada por interesses econômicos.

Espera-se que a pesquisa reverbere na sociedade, para que a política de tratamento do uso abusivo de substâncias psicoativas, mais especificamente a internação contra a vontade, seja pensada na linha do acolhimento e empoderamento dessas pessoas, e não em seu isolamento. Acredita-se, também, que o caminho até aqui percorrido poderá contribuir com a reestruturação do Direito Civil contemporâneo, naquilo que fora desenvolvido a respeito dos direitos da personalidade e, sobretudo, da teoria das incapacidades, ambos institutos pertencentes à Parte Geral do Direito Civil. Neste trabalho, a abordagem transdisciplinar foi essencial para a devida compreensão do fenômeno, passo imprescindível à análise dos institutos jurídicos mencionados. Por isso, entende-se que esta metodologia pode se revelar adequada para uma possível revisão e oxigenação do Direito Civil, promovendo-se a (re)conexão da disciplina jurídico-normativa com a realidade.

REFERÊNCIAS

ABREU, Célia Barbosa; VAL, Eduardo Manuel. A experiência brasileira das internações involuntária e compulsória do dependente químico. In: ASENSI, Felipe; MUTIZ, Paula Lucia Arévalo; PINHEIRO, Roseni (Coord.). *Direito e saúde: enfoques interdisciplinares*. Curitiba: Juruá, 2013. p. 401-414.

ACSELRAD, Gilberta. Drogas, a educação para a autonomia como garantia de direitos. *Revista da EMERJ*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 63, p. 96-104, out.-dez. 2013. Disponível em: <http://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista63/revista63.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2014.

AGUIAR, Mônica. 2002 + 10. Para além da capacidade: o impacto da vulnerabilidade em matéria de autonomia em questões de saúde. In: LOTUFO, Renan; NANNI, Giovanni Ettore; MARTINS, Fernando Rodrigues (Coord.). *Temas relevantes do direito civil contemporâneo: reflexões sobre os 10 anos do código civil*. São Paulo: Atlas, 2012. p. 86-101.

_____. Respeito à autonomia: do direito civil à bioética. In: DIDIER JR., Fredie; EHRHARDT JR., Marcos (Coord.) *Revisitando a teoria do fato jurídico: homenagem a Marcos Bernardes de Mello*. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 397-404.

ALBUQUERQUE, Daniela Skromov de. Internação compulsória: posição contrária. *Jornal Carta Forense*, São Paulo, 01 abr. 2012. Disponível em: <<http://www.cartaforense.com.br/conteudo/artigos/internacao-compulsoria-posicao-contraria/8670>>. Acesso em: 31 out. 2014. Texto postado no link Artigos.

ALEXANDER, Bruce K. Addiction: the view from rat park. *Bruce K. Alexander*, Vancouver, [201-]. Disponível em: <<http://www.brucekalexander.com/articles-speeches/177-addiction-the-view-from-rat-park-2>>. Acesso em: 24 ago. 2014. Texto postado no link *Articles & Speeches, Newest Articles & Speeches*.

_____. et al. Effect of early and later colony housing on oral ingestion of morphine in rats. *Pharmacology Biochemistry & Behavior*, v. 15, p. 571-576, 1981. Disponível em: <http://www.erowid.org/references/refs_view.php?A=ShowDocPartFrame&ID=7340&DocPartID=6509>. Acesso em: 22 ago. 2014.

ALVES, Vânia Sampaio. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, nov. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n11/02.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2013.

AMARAL, Francisco. *Direito civil* – introdução. 6. ed. rev. atual. e aum. Rio de Janeiro: Renovar, 2006.

AMARANTE, Paulo. Crack: sujeitos invisíveis e abandonados pela cidadania. *Cebes* – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Rio de Janeiro, 23 set. 2013. Disponível em: <<http://cebes.com.br/2013/09/crack-sujeitos-invisiveis-e-abandonados-pela-cidadania/>>. Acesso em: 02 set. 2014.

ANDRADE, Maria Margarida de. *Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação: noções práticas*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

ANTIMANICOMIAL RIO DE JANEIRO. *Carta aberta do movimento nacional da luta antimanicomial*. Niterói, 01 jun. 2014. Disponível em: <<https://www.facebook.com/photo.php?fbid=282450961938376&set=a.121526391364168.1073741825.100005204230586&type=1&fref=nf>>. Acesso em: 11 out. 2014.

APOIO à descriminalização do porte de droga para consumo pessoal prevalece em debate. *Portal Agência Senado*, Brasília, 20 maio 2014. Disponível em: <http://www12.senado.gov.br/noticias/materias/2014/05/20/apoio-a-descriminalizacao-do-porte-de-droga-para-consumo-pessoal-prevalece-em-debate?utm_source=midias-sociais&utm_medium=midias-sociais&utm_campaign=midias-sociais>. Acesso em: 22 maio 2014. Texto postado no link Portal de Notícias, Matérias, Comissões.

ARBEX, Daniela. *Holocausto brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ARYA, Neelum; AUGARTEN, Ian. *Critical condition: african-american youth in the justice system*. Washington: Campaign for Youth Justice, 2008. Disponível em: <http://www.campaignforyouthjustice.org/documents/CFYJPB_CriticalCondition_000.pdf>. Acesso em: 25 set. 2014.

AZEVEDO, Reinaldo. Os detalhes macabros da bolsa crack do PT. Ou: em SP e no Brasil, ser viciado é moralmente superior a ser pobre. Ou: Haddad consolida parte de sua herança maldita: o Centro foi entregue para sempre a viciados e traficantes. *Veja*, São Paulo, 15 jan. 2014. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/blog/reinaldo/geral/os-detalhes-macabros-da-bolsa-crack-do-pt-ou-em-sp-e-no-brasil-ser-viciado-e-moralmente-superior-a-ser-pobre-ou-haddad-consolida-parte-de-sua-heranca-maldita-o-centro-foi-entregue-para-sempre-a/>>. Acesso em: 04 ago. 2014. Texto postado no link Blogs e Colunistas, Blog Reinaldo Azevedo.

BALLANTYNE, Aline; ROGERS, Wendy. Populações especiais, vulnerabilidade e proteção. In: ANIS. Instituto de Bioética e Direitos Humanos. (Org.). *Curso de Atualização em Ética em pesquisa*. Brasília: UnB; Anis, 2008. p. 1-32.

BARBALHO, Alcione. Comissão da Seguridade Social e Família (CSSF). *Parecer do Relator (PRL) nº. 4, de 08 de junho de 2014*. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=693CE1B21F7151E807BC31A553299869.proposicoesWeb1?codteor=884425&filename=Tramitacao-PL+7663/2010>. Acesso em: 03 set. 2014.

BARBOZA, Heloisa Helena. Responsabilidade civil em face das pesquisas em seres humanos: efeitos do consentimento livre e esclarecido. In: MARTINS-COSTA, Judith; Möller, LETÍCIA Ludwig (Org.). *Bioética e responsabilidade*. Rio de Janeiro: Forense, 2009. p. 205-233.

BARRETO NETO, Heráclito Mota. Padrões de uso de drogas, vulnerabilidade e autonomia: uma análise jurídico-bioética sobre o art. 28, caput, da Lei n. 11.343/2006. In: SILVA, Mônica Neves Aguiar da; ENGELMANN, Wilson (Coord.).

Biodireito. Florianópolis: FUNJAB, 2013. p. 355-378. Disponível em: <<http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=9e69fd6d1c5d1cef>>. Acesso em: 26 abr. 2014.

BARRETO, Rafael Cavalcanti. Ministério Público e Tribunal de Justiça implantam justiça terapêutica em Alagoas. *Ministério Público do Estado de Alagoas*, Maceió, 10 jun. 2014. Disponível em: <http://www.mp.al.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1558:ministerio-publico-e-tribunal-de-justica-implantam-justica-terapeutica-em-alagoas&catid=27:noticias-geral&Itemid=6>. Acesso em: 30 set. 2014. Texto postado no link Notícias, Geral.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Princípios de ética biomédica*. Tradução Luciana Pudenzi. Tradução de: Principles of Biomedical Ethics. São Paulo: Loyola, 2002.

BERLINGUER, Giovanni. *Bioética cotidiana*. Tradução de Lavínia Bozzo Aguilar Porciúncula. Brasília: Universidade de Brasília, 2004.

BICALHO, Pedro Paulo Gastalho de. Capítulo 1: Em nome da proteção, do cuidado, que formas de sofrimento e exclusão temos produzido? In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org.). *Drogas, direitos humanos e laço social*. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2013. p. 17-21. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/Drogas-Direitos-Humanos-e-Laco-Social.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2014.

BOAVENTURA, Edivaldo M. *Metodologia da pesquisa: monografia, dissertação e tese*. 1. ed. 5. reimpr. São Paulo: Atlas, 2011.

BOITEUX, Luciana. et al. *Tráfico de drogas e constituição*. Rio de Janeiro/Brasília, DF: UFRJ/PNUD/SAL-MJ, 2009. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/main.asp?View={329D6EB2-8AB0-4606-B054-4CAD3C53EE73}>>. Acesso em: 28 jul. 2014. p. 1-125. v. 1: Série Pensando o Direito.

BORGES, Fabiano Tonaco. et al. *Anatomia da privatização neoliberal do SUS: o papel das organizações sociais*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012. Disponível em: <http://media.wix.com/ugd/7ba6db_1011e1e156c845878c0afc22e54f33b7.pdf>. Acesso em: 12 out. 2014.

BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. *Direitos de personalidade e autonomia privada*. São Paulo: Editora Saraiva, 2007.

BRAGATO, Fernanda Frizzo. Direitos humanos no segundo pós-guerra: entre as respostas racionalistas da modernidade e o desafio das vulnerabilidades. In: STRECK, Lenio Luiz, ROCHA, Leonel Severo, ENGELMANN, Wilson (Org.). *Constituição, sistemas sociais e hermenêutica: anuário do programa de Pós-Graduação em Direito da UNISINOS: mestrado e doutorado*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012. v. 9. p. 125-135.

BRASIL. Câmara dos Deputados. *Internação compulsória de dependentes de drogas – resultado final*. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/internet/>>

enquete/mostrarResultadoEnqueteAgencia.asp?strCodigoEnquete=%7BE979227A-6418-4F2C-A5CD-D7394FA389D7%7D>. Acesso em: 08 abr. 2015.

_____. Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CONICQ). *Observatório da política nacional de controle do tabaco*. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/conicq/comissao>. Acesso em: 17 dez. 2014.

_____. Conselho Federal de Medicina. *Código de Ética Médica: Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso)*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010. Disponível em: <http://www.cremers.org.br/pdf/codigodeetica/codigo_etica.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2014.

_____. _____. *Diretrizes gerais médicas para assistência integral ao dependente de crack*. Brasília: CFM, [2014?]. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/pdfs/diretrizes-medicas-integral-crack-cfm.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2014.

_____. _____. *Resolução nº 1.598, de 18 de agosto de 2000*. Normatiza o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2000/1598_2000.htm>. Acesso em: 18 maio 2014.

_____. _____. *Resolução nº 1.407, de 15 de junho de 1994*. Adota os “Princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental”, aprovados pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 17.12.91. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1994/1407_1994.htm>. Acesso em: 18 maio 2014.

_____. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 446, de 12 de dezembro de 2012*. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2014.

_____. Conselho Nacional de Justiça. Enunciados aprovados na I Jornada de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça. São Paulo: CNJ, 2014. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/images/eventos/l_jornada_forum_saude/_ENUNCIADOS%20APROVADOS%20NA%20JORNADA%20DE%20DIREITO%20DA%20SADE%20-%20PLENRIA%2015-5-14_revisado%20Carmem%203.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2014.

_____. *Crack, é possível vencer*. Enfrentar o crack. Compromisso de todos. [S.l., 201-]. Disponível em: <<http://www2.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/programa/cartilha>>. Acesso em: 22 maio 2014.

_____. *Decreto nº 69.845, de 27 de dezembro de 1971*. Regulamenta a Lei nº 5.726 de 29 de outubro de 1971. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D69845.htm>. Acesso em: 27 jul. 2014.

_____. *Decreto nº 20.937, de 14 de janeiro de 1946*. Aprova o Regulamento da indústria farmacêutica no Brasil. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/legis>>

lacao/ListaNormas.action?numero=20397&tipo_norma=DEC&data=19460114&link=s>. Acesso em: 27 jul. 2014.

_____. *Decreto nº. 4.345, de 26 de agosto de 2002*. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4345.htm>. Acesso em: 27 ago. 2014.

_____. *Decreto nº. 54.216, de 27 de agosto de 1964*. Promulga a Convenção Única sobre Entorpecentes. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-54216-27-agosto-1964-394342-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 27 jul. 2014.

_____. *Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006*. Regulamenta a Lei no 11.343, de 23 de agosto de 2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/Decreto/D5912.htm>. Acesso em: 17 dez. 2014.

_____. *Decreto nº. 62.391, de 12 de março de 1968*. Dispõe sobre a fiscalização em laboratório da produção de substâncias tóxicas e entorpecentes, distribuição de amostra desses produtos e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-62391-12-marco-1968-403491-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 26 ago. 2014.

_____. *Decreto nº. 7.053, de 23 de dezembro de 2009*. Institui a política nacional para a população em situação de rua e seu comitê intersetorial de acompanhamento e monitoramento, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm>. Acesso em: 26 out. 2014.

_____. *Decreto nº. 7.179, de 20 de maio de 2010*. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm>. Acesso em: 23 maio 2014.

_____. *Decreto nº. 828, de 29 de setembro de 1851*. Manda executar o regulamento da Junta de Hygiene Publica. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-828-29-setembro-1851-549825-publicacaooriginal-81781-pe.html>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

_____. *Decreto nº. 847, de 11 de outubro de 1890*. Promulga o Código Penal. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=50260>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

_____. *Decreto-lei nº. 2.848, de 07 de dezembro de 1940*. Código Penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm>. Acesso em: 26 ago. 2014.

_____. *Decreto-lei nº. 4.657, de 04 de setembro de 1942*. Lei de Introdução às normas do Direito Brasileiro. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del4657compilado.htm>. Acesso em: 22 set. 2014.

_____. *Decreto-lei nº. 4.720, de 21 de setembro de 1942*. Fixa normas gerais para o cultivo de plantas entorpecentes e para a extração, transformação e purificação dos seus princípios ativo-terapêuticos. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-4720-21-setembro-1942-414751-publica-caoriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 27 jul. 2014.

_____. *Decreto-lei nº. 753, de 11 de agosto de 1969*. Dispõe sobre a fiscalização de laboratórios que produzam ou manipulem substâncias ou produtos entorpecentes e seus equiparados, de firmas distribuidoras ou depositárias das referidas substâncias, distribuição de amostras desses produtos e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/del0753.htm>. Acesso em: 27 jul. 2014.

_____. Governo Federal. *Política nacional para inclusão social da população em situação de rua*. Brasília: [S.I.], 2008. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/backup/arquivos/versao_da_pnpr_para_consulta_publica.pdf>. Acesso em: 26 out. 2014.

_____. *Lei 10.708, de 31 de julho de 2003*. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm>. Acesso em: 24 out. 2014.

_____. *Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001* [Lei Federal de Psiquiatria]. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 24 ago. 2013.

_____. *Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006* [Lei de Drogas]. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm>. Acesso em: 24 ago. 2013.

_____. *Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002*. Institui o Código Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm>. Acesso em: 03 nov. 2014.

_____. *Lei nº. 10.409, de 11 de janeiro de 2002*. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10409.htm>. Acesso em: 27 ago. 2014.

_____. *Lei nº. 5.726, de 29 de outubro de 1971*. Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem

dependência física ou psíquica e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L5726.htm>. Acesso em: 21 jul. 2014.

_____. *Lei nº. 6.368, de 21 de outubro de 1976*. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6368.htm#art46>. Acesso em: 21 jul. 2014.

_____. *Lei nº. 8.069, de 13 de julho de 1990*. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 20 maio 2014.

_____. *Lei nº. 8.072, de 25 de julho de 1990*. Dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do art. 5º, inciso XLIII, da Constituição Federal, e determina outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8072.htm>. Acesso em: 27 ago. 2014.

_____. *Mensagem nº. 25, de 11 de janeiro de 2002*. Senhor Presidente do Senado Federal, Comunico a Vossa Excelência que, nos termos do § 1º do art. 66 da Constituição Federal, decidi vetar parcialmente, por inconstitucionalidade e por contrariar o interesse público, o Projeto de Lei no 1.873, de 1991 (no 105/96 no Senado Federal), que "Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências". Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/Mensagem_Veto/2002/Mv025-02.htm>. Acesso em: 28 jul. 2014.

_____. Ministério da Justiça. *Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD)*. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/CONAD/>>. Acesso em: 17 dez. 2014.

_____. _____. InfoPen Estatísticas. *Relatórios Estatísticos/Analíticos do Sistema Prisional Brasileiro*. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/data/Pages/MJD574E9CEITEMIDD82B764AE8544DC2A018450D0D1009C7PTBRIE.htm>>. Acesso em: 29 set. 2014.

_____. _____. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID). *Histórico*. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11173&rastr=OBID/Hist%C3%B3rico>. Acesso em: 15 dez. 2014.

_____. _____. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID). *Rede de Pesquisa*. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=12048 &rastr=REDE+DE+PESQUISA>. Acesso em: 15 dez. 2014.

_____. _____. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID). *Tratamento/Modelos/Abordagem interdisciplinar*. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11418&rastro=TRATAMENTO%2FModelos/Abordagem+Interdisciplinar>. Acesso em: 15 dez. 2014.

_____. _____. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID). *Tratamento/Modelos/Comunidade Terapêutica*. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11420&rastro=TRATAMENTO%2FModelos/Comunidade+Terap%C3%AAutica>. Acesso em: 15 dez. 2014.

_____. _____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Edital de Chamamento Público nº 1. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº. 216, 08 nov. 2012. Seção 3, p. 136-139. Disponível em: <file:///C:/Users/Amanda/Downloads/Senad_ChamamentoPublico_01_2012.pdf>. Acesso em: 21 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Assessoria para assuntos parlamentares. *Formulário de posicionamento sobre proposição legislativa, de 17 de outubro de 2010*. Disponível em: <<http://drogasedireitoshumanos.files.wordpress.com/2013/03/nt-ms-pl-7663-2010.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2014.

_____. _____. *Portaria GM nº. 36, de 19 de fevereiro de 2002*. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm>>. Acesso em: 20 out. 2014.

_____. _____. *Portaria GM nº. 816, de 30 de abril de 2002*. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-816.htm>>. Acesso em: 20 out. 2014.

_____. _____. *Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005*. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1028_20_05_2014.html>. Acesso em: 20 out. 2014.

_____. _____. *Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011*. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html>. Acesso em: 26 out. 2014.

_____. _____. *Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004*. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2197.htm>>. Acesso em: 21 out. 2014.

_____. _____. *Portaria nº. 2.391/GM, de 26 de dezembro de 2002*. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de

notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2391.htm>>. Acesso em: 18 maio 2014.

_____. _____. *Portaria nº. 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 24 out. 2014.

_____. _____. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. *II Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf>. Acesso em: 10 out. 2014.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde Mental: Cadernos de Atenção Básica nº 34*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>. Acesso em: 20 out. 2014.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf>. Acesso em: 26 out. 2014.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. *Portaria GM nº. 305, de 03 de maio de 2002*. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2002/PT-305.htm>>. Acesso em: 20 out. 2014.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. 2. ed. rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/publicacoes/artigos/politica-do-inisterio-da-saude-para-a-atencao-integral-a-usuarios-de-alcool-e-outras-drogas/view>>. Acesso em: 25 ago. 2013.

_____. _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. *Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/Caderno.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2014.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998*. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html>. Acesso em: 26 abr. 2014.

_____. _____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Ministério da Justiça. Fundação Oswaldo Cruz. *Perfil dos usuários de crack e/ou similares no*

Brasil – Inquérito epidemiológico. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/13382/162/pesquisa-revela-perfil-dos-usuarios-de-crack-no-brasil.html>>. Acesso em: 06 dez. 2013.

_____. _____. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. / *Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relato_final.pdf>. Acesso em: 09 out. 2014.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Meta Instituto de Pesquisa e Opinião. *Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua – sumário executivo*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2008. Disponível em: <http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/31/Documentos/sum%C3%A1rio_executivo_pop_rua_pesq_censo_MDS.pdf>. Acesso em: 26 out. 2014.

_____. Observatório Crack, é possível vencer. *Balanco Programa*. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <<https://monitoramento.presidencia.gov.br/observatorio/observatorio/web/observatorio/crack/mapa/SageComunidade>>. Acesso em: 08 abr. 2015.

_____. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Relatório brasileiro sobre drogas*. Brasília: SENAD, 2009. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCQQFjAB&url=http%3A%2F%2Fportal.mj.gov.br%2Fservices%2FDocumentManagement%2FFileDownload.EZTSvc.asp%3FDocumentID%3D%257B6A593B20-3C35-4661-9EEE-0F2B0433C9BE%257D%26ServiceInstUID%3D%257B74624DEB-0C14-4B3A-B8F3-CD26DEF53FC1%257D&ei=YIT6U_2FIY_LsQTAsoHQCQ&usg=AFQjCNGtD0GbSqW-wieurFLFve62JPAVEw>. Acesso em: 24 ago. 2014.

_____. _____. Secretaria-Geral. *Nota Técnica nº 0023/2012/ GLMP/AL/DAI/SE/SG/PR, de 18 de outubro de 2012*. Substitutivo ao Projeto de Lei nº 7.663/2010. Disponível em: <<http://drogasedireitoshumanos.files.wordpress.com/2013/03/nt-sg-pl-7663-2010.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2014.

_____. Senado Federal. *Projeto de Lei do Senado nº 37 de 2013 - Tramitação*. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=110816&p_sort=DESC&p_sort2=A&p_a=0&cmd=sort>. Acesso em: 04 set. 2014.

_____. _____. Secretaria Especial de Editoração e Publicações. Subsecretaria de Edições Técnicas. *Novo Código Civil*. Exposição de motivos texto sancionado. Brasília: Senado Federal, 2005. Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70319/743415.pdf?sequence=2>>. Acesso em 31 out. 2014.

_____. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. *Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<http://conselho>>.

saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf>. Acesso em: 10 out. 2014.

_____. _____. _____. *III Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_mental.pdf>. Acesso em: 10 out. 2014.

_____. Superior Tribunal de Justiça. *Habeas Corpus nº. 130.155-SP* (2009/0037260-7). Impetrante: Maria Fernanda dos Santos Elias Maglio – Defensora Pública e outro. Impetrado: Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Paciente: G. F. C. (internado). Relator: Ministro Massami Uyeda. Brasília, DF, 04 de maio de 2010. Disponível em: <https://ww2.stj.jus.br/revistaeletronica/Abre_Documento.asp?sSeq=967681&sReg=200900372607&sData=20100514&formato=PDF>. Acesso em: 18 maio 2014.

_____. _____. Terceira Turma. *Habeas Corpus nº. 135.271-SP* (2009/0082035-2). Impetrante: Lúcio Mota do Nascimento – Defensor Público. Impetrado: Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Paciente: F. A. S. (internado). Relator: Ministro Sidnei Beneti. Brasília, DF, 17 de dezembro de 2013. Disponível em: <https://ww2.stj.jus.br/revistaeletronica/Abre_Documento.asp?sSeq=1292099&sReg=200900820352&sData=20140204&formato=PDF>. Acesso em: 18 maio 2014.

_____. _____. Quarta Turma. *Habeas Corpus nº. 169.172-SP* (2010/0067246-5). Impetrante: Adolpho Daltin Assis. Impetrado: Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Paciente: R. A. A. C. (internado). Relator: Ministro Luis Felipe Salomão. Brasília, DF, 10 de dezembro de 2013. Disponível em: <https://ww2.stj.jus.br/revistaeletronica/Abre_Documento.asp?sSeq=1288362&sReg=201000672465&sData=20140205&formato=PDF>. Acesso em: 18 maio 2014.

_____. _____. Segunda Turma. *Recurso Especial nº 856.194/RS*. Recorrente: Estado do Rio Grande do Sul. Recorrido: Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul. Ministro relator: Humberto Martins. Brasília, 12 de setembro de 2006. Disponível em: <https://ww2.stj.jus.br/revistaeletronica/Abre_Documento.asp?sSeq=646317&sReg=200601262633&sData=20060922&formato=PDF>. Acesso em: 08 out. 2014.

_____. _____. Terceira Turma. *Habeas Corpus nº 35.301/RJ*. Impetrante: Odilson Araújo Palma. Impetrado: Primeira Câmara Criminal do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. Paciente: J. de M. G. Ministra relatora: Nancy Andrichi. Brasília, 03 de agosto de 2004. Disponível em: <https://ww2.stj.jus.br/revistaeletronica/Abre_Documento.asp?sSeq=486536&sReg=200400630133&sData=20040913&formato=PDF>. Acesso em: 08 out. 2014.

_____. Supremo Tribunal Federal. Primeira Turma. *Recurso Extraordinário nº 496.718-9/RS*. Recorrente: Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul. Recorrido: Estado do Rio Grande do Sul. Ministro relator: Carlos Alberto Menezes Direito. Brasília, 12 de agosto de 2008. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/pagina_dorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=558659>. Acesso em: 08 out. 2014.

_____. _____. *Questão de Ordem em Recurso Extraordinário nº. 430.105-9/RJ*. Recorrente: Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. Recorridos: Juízo de Direito do X Juizado Especial Criminal da Comarca do Rio de Janeiro; Juízo de Direito da 29ª Vara Criminal do Rio de Janeiro. Relator: Ministro Sepúlveda Pertence. Brasília, DF, 13 de fevereiro de 2007. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=443566>>. Acesso em: 28 ago. 2014.

BRAVO, Omar Alejandro. Tribunales terapéuticos: vigilar, castigar y/o curar. *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 148-162, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v14n2/v14n2a08.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2014.

BRITO, Gisele. Participantes do programa de braços abertos reduzem consumo de drogas em até 70%. *Rede Brasil Atual*, [S.l.], 14 fev. 2014. Disponível em: <<http://www.redebrasilatual.com.br/cidadania/2014/02/em-media-participantes-do-programa-de-bracos-abertos-em-sp-reduziram-consumo-de-drogas-em-ate-70-4065.html>>. Acesso em: 04 ago. 2014.

BRITTO, Renata Corrêa. *A internação psiquiátrica involuntária e a lei 10.216/01*. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental, 2004. 210 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://thesis.iciet.fiocruz.br/pdf/brittorcm.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

BUSSE, Diogo. A epidemia da falta de conhecimento. *Gazeta do Povo*, Londrina, 07 out. 2013. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/opiniao/conteudo.phtml?tl=1&id=1414754&tit=A-epidemia-da-falta-de-conhecimento>>. Acesso em: 23 nov. 2013. Texto postado no link Opiniões, Artigos.

CANTALI, Fernanda Borghetti. Direitos da personalidade: disponibilidade relativa, autonomia privada e dignidade humana. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009.

CAPEZ, Fernando. Drogas: internação compulsória e educação. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 19 jul. 2011. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/fz1907201108.htm>>. Acesso em: 16 nov. 2014.

CAPONI, Sandra. Biopolítica: entre as ciências da vida e a gestão das populações. In: PORTO, Dora; GARRAFA, Volnei; MARTINS, Gerson Zafalon; BARBOSA, Swendenberger do Nascimento. *Bioética, poderes e injustiças: 10 anos depois*. Brasília: CFM/Cátedra Unesco de Bioética/SBB, 2012. p. 87-107.

CARIMBÃO, Givaldo. Comissão Especial do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas. Parecer do Relator, de 18 de dezembro de 2012. *Diário da Câmara dos Deputados*, Brasília, DF, nº. 212, 18 dez. 2012. Seção I, p. 44141-44168. Disponível em: <<http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD18DEZ2012.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2014.

_____. *Parecer do relator, pela Comissão Especial, às emendas de Plenário oferecidas ao Projeto de Lei nº. 7.663, de 2010 (Subemenda substitutiva)*. Disponível

em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/1091900.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2014.

_____. *Redação final*. Projeto de lei nº. 7.663-C, de 2010. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=BA80CF75522254458F9B89F1B55F9AB7.proposicoesWeb2?codteor=1095141&filenome=Tramitacao-PL+7663/2010>. Acesso em: 03 set. 2014.

CARLOS, Juliana de Oliveira. *Experimento de exceção: política e direitos humanos no Brasil contemporâneo*. 2011. 145 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8132/tde-12092012-103245/pt-br.php>>. Acesso em: 03 out. 2014.

CARNEIRO, Ayana. CNS repudia prática da internação compulsória e involuntária. *Conselho Nacional de Saúde*, Brasília, DF, 01 fev. 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/02_fev_cns_repudia.html>. Acesso em: 06 ago. 2014.

CARTA ABERTA DO I ENCONTRO NACIONAL DA RAPS. Pinhais, 06 de dezembro de 2013. Disponível em: <<http://www.gerivaldoneiva.com/2013/12/carta-do-i-encontro-nacional-da-raps.html#.UqRrNhgc6cQ.twitter>>. Acesso em: 21 out. 2014.

CARTA da Transdisciplinaridade: adotada a 06 de novembro de 1994 no Primeiro Congresso Mundial de Transdisciplinaridade. Península de Setúbal, 1994. Disponível em: <<http://www.unipazparana.org.br/conteudo.php?id=92>>. Acesso em: 07 mar. 2014.

CARTA de repúdio contra a internação compulsória de adultos. *Frente Nacional Drogas e Direitos Humanos*, [S.l.], 25 out. 2012. Disponível em: <<http://drogasedireitoshumanos.org/2012/10/25/carta-de-repudio-contra-a-internacao-compulsoria-de-adultos/#more-108>>. Acesso em: 23 out. 2014.

CASARA, Rubens Roberto Rebello. Convenções da ONU e leis internas sobre drogas ilícitas: violações à razão e às normas fundamentais. *Revista da EMERJ*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 63, p. 27-37, out.-dez. 2013. Disponível em: <http://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista63/revista63.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2014.

CASTILHO, Ela Wiecko V. de. A eficácia invertida da internação involuntária. In: GRUPO DE TRABALHO DE ÀLCOOL E OUTRAS DROGAS (Org.). *Drogas e cidadania: em debate*. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2012. p. 35-37. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/02/Drogas-e-cidadania.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2013.

CENTRO NACIONAL DE DEFESA DOS DIREITOS HUMANOS DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E CATADORES DE MATERIAL RECICLÁVEL (CNDDH) et al. *Carta aos Deputados Federais*. Belo Horizonte, 06 mar. 2013. Disponível em: <<http://drogasedireitoshumanos.files.wordpress.com/2013/03/carta-retirada-do-pl-7663-e-seu-substitutivo1.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2014.

CICCO, Maria Cristina de. Atos de disposição do próprio corpo entre autonomia e dignidade da pessoa humana. *Civilistica*, Rio de Janeiro, a. 2, n. 1, p. 1-12, 2013. Disponível em: <<http://civilistica.com/wp-content/uploads/2013/06/Maria-Cristina-de-Cicco-civ.a.2.n.2.2013.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2014.

COELHO, Isabel; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, abr.-jun. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0359.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2014.

COLLUCCI, Cláudia. País vive “apagão” no tratamento de doentes com transtornos mentais. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 10 fev. 2014. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2014/02/1409600-pais-vive-apagao-no-tratamento-de-doentes-com-transtornos-mentais.shtml>>. Acesso em: 11 out. 2014.

COMISSÃO GLOBAL DE POLÍTICA SOBRE DROGAS. *Sob controle: caminhos para políticas de drogas que funcionam*. [S.l.]: Comissão Global de Política sobre Drogas, 2014. Disponível em: <http://static.squarespace.com/static/53ecb452e4b02047c0779e59/t/540da750e4b042802a384995/1410180944062/global_commission_PT.pdf>. Acesso em: 19 set. 2014.

_____. *Guerra às Drogas*. Relatório da Comissão Global de Políticas sobre Drogas. [S.l.]: Comissão Global de Política sobre Drogas, 2011. Disponível em: <http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_Portuguese.pdf>. Acesso em: 01 set. 2014. p. 5.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Comissão Nacional de Direitos Humanos. *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. 2. ed. 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: 30 ago. 2014.

_____. *Parecer do Conselho Federal de Psicologia sobre o Projeto de lei nº 7.663/2010, de 13 de março de 2013*. Disponível em: <<http://drogasedireitos.humanos.files.wordpress.com/2013/03/parecer-cfp-sobre-o-pl-7663.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2014.

CORREIA JUNIOR, Rubens. VENTURA, Carla Aparecida Arena. As internações involuntárias de drogodependentes frente à legislação brasileira – uma análise em relação ao contexto histórico do tratamento de dependentes e as políticas higienistas e de profilaxia social. *Revista de Direitos Fundamentais e Democracia*, Curitiba, v. 13, n. 13, p. 250-280, jan.-jun. 2013. Disponível em: <<http://revistaeletronicardfd.unibrazil.com.br/index.php/rdfd/article/view/352/320>>. Acesso em: 08 jul. 2013.

COSTA, María Victoria. IV. El manejo de la información médica: el consentimiento informado y la confidencialidad. In: SALLES, Arleen L. F.; LUNA, Florencia (Org.). *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2008.

CURIOUS JACK STUDIOUS et al. *Zombie – A origem*. [S.l.], 2013. (7 min 23 s). Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=zaOB7hFcGkU>>. Acesso em: 18 set. 2014.

DADALTO, Luciana. Capacidade *versus* discernimento: quem pode fazer diretivas antecipadas de vontade? In: DADALTO, Luciana (Coord.). *Diretivas antecipadas de vontade: ensaio sobre o direito à autodeterminação*. Belo Horizonte: Letramento, 2013. p. 223-230.

DEL-CAMPO, Eduardo. Internação compulsória: posição favorável. *Carta Forense*, São Paulo, 01 abr. 2012. Disponível em: <<http://www.carteforense.com.br/conteudo/artigos/internacao-compulsoria-posicao-favoravel/8669>>. Acesso em: 22 out. 2014.

DELGADO, Paulo. *Projeto de lei da câmara nº 3.657, de 1989*. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, DF, nº. 127, 29 set. 2011. Seção I, p. 10696-10697. Disponível em: <<http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD29SET1989.pdf#page=30>>. Acesso em: 03 set. 2014.

DEMO, Pedro. *Introdução à metodologia da ciência*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1987.

DIAS, Míriam Thais Guterres. *A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental: uma análise a partir do serviço residencial terapêutico Morada São Pedro*. 2007. 290 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, 2007. Disponível em: <http://tede.pucrs.br/tde_arquivos/21/TDE-2007-05-08T150137Z-564/Publico/389624.pdf>. Acesso em: 08 out. 2014. p. 120.

_____. Os direitos dos portadores de sofrimento psíquico no contexto do neoliberalismo. *Textos & Contextos*, Porto Alegre v. 3, n. 1, p. 1-19, 2004. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/view/985/765>>. Acesso em: 21 jul. 2014.

DONDA, María Cristina Solange. Biopolítica y gestión de los cuerpos. In: PORTO, Dora. et al. (Org.). *Bioética: saúde, pesquisa, educação*. v. 2. Brasília: CFM/SBB, 2014. p. 189-202.

DUCATTI, Ivan. *A hanseníase no Brasil na Era Vargas e a profilaxia do isolamento compulsório: estudos sobre o discurso científico legitimado*. 2008. 199 f. Tese (Doutorado em História) – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8138/tde-09032009-171024/pt-br.php>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

DUSSEL, Enrique. *Filosofia da libertação: crítica à ideologia da exclusão*. Tradução de Georges I. Maissiat. São Paulo: Paulus, 1995.

ENTENDA a ação da Prefeitura de São Paulo na região da Cracolândia. *Programa CBN São Paulo*. São Paulo: CBN, 15 janeiro de 2014. Entrevista em rádio com o Dr.

Dartiu Xavier da Silveira (Unifesp). 13 min. e 45 s. Disponível em: <<http://www.capital.sp.gov.br/portal/noticia/635>>. Acesso em: 21 maio de 2014.

ESPECIALISTAS criticam internação compulsória em Minas. *Portal Assembleia de Minas – Poder e voz do cidadão*, Minas Gerais, 04 dez. 2013. Disponível em: <http://www.almg.gov.br/acompanhe/noticias/arquivos/2013/12/04_comissao_direitos_humanos_internacao_compulsoria.html>. Acesso em: 21 maio 2014. Texto postado no link Notícias.

ESTADOS UNIDOS DO BRASIL. *Decreto nº. 2.994, de 17 de agosto de 1938*. Promulga a Convenção para representação do tráfico ilícito das drogas nocivas, Protocolo de Assinatura e ata final, firmado entre o Brasil e diversos Países, em Genebra, a 26 de junho de 1936, por ocasião da Conferência para a representação do tráfico ilícito das drogas nocivas. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-2994-17-agosto-1938-348813-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

_____. *Decreto nº. 20.930, de 11 de janeiro de 1932*. Fiscaliza o emprego e o comércio das substâncias tóxicas entorpecentes, regula a sua entrada no país de acordo com a solicitação do Comitê Central Permanente do Opio da Liga das Nações, e estabelece penas. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-20930-11-janeiro-1932-498374-publicacaooriginal-81616-pe.html>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

_____. *Decreto nº. 24.505, de 29 de junho de 1932*. Modifica as arts. 1º, 3º, 5º, 14, 22, 25, 26 e 58, do decreto n. 20.930, de 11 de janeiro de 1932. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24505-29-junho-1934-508459-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 27 jul. 2014.

_____. *Decreto nº. 24.559, 3 de julho de 1934*. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

_____. *Decreto nº. 4.294, de 06 de julho de 1921*. Estabelece penalidades para os contraventores na venda de cocaína, ópio, morfina e seus derivados; cria um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substâncias venenosas; estabelece as formas de processo e julgamento e manda abrir os créditos necessários. Disponível em: <<http://www.arquivopublico.pr.gov.br/arquivos/File/pdf/leidrogas.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2014.

_____. *Decreto nº. 780, de 28 de abril de 1936*. Cria a comissão permanente de fiscalização de entorpecentes. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-780-28-abril-1936-472250-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

_____. *Decreto-lei nº. 891, de 25 de novembro de 1958*. Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/Del0891.htm>. Acesso em: 22 jul. 2014.

_____. *Lei nº 3.071, de 1º de janeiro de 1916*. Código Civil dos Estados Unidos do Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l3071.htm>. Acesso em: 03 nov. 2014.

ESTADOS UNIDOS DO BRAZIL. *Decreto nº. 1.132, de 22 de dezembro de 1903*. Reorganiza a Assistencia a Alienados. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>>. Acesso em: 26 ago. 2014.

_____. *Decreto nº. 5.516, de 8 de março de 1904*. Dá novo regulamento aos serviços sanitarios a cargo da União. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-5156-8-marco-1904-517631-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

FACHIN, Luiz Edson. *Teoria crítica do direito civil*. 3. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2012. p. 267-367.

FELICIANO, Marco. *Projeto de lei da câmara nº 3.167, de 2012*. Altera a redação do art. 28 da Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006, que Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências”. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=963666&file name=PL+3167/2012>. Acesso em: 03 set. 2014. p. 1-2.

FELÍCIO, Jônia Lacerda; PESSINI, Leo. Bioética da Proteção: vulnerabilidade e autonomia dos pacientes com transtornos mentais. *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 17, n. 2, p. 203-220. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/162>. Acesso em: 02 out. 2010.

FERRAZ, Carolina Valença; LEITE, Glauber Salomão. Capacidade Civil – Fixação de novos paradigmas para a construção de um regime jurídico voltado à tutela da dignidade humana. In: EHRHARDT JR., Marcos (Coord.). *Os 10 anos do código civil: evolução e perspectivas*. Belo Horizonte: Fórum, 2012. p. 35-53.

FIORE, Maurício. A criminalização como obstáculo aos controles sociais do consumo de substâncias psicoativas. *Boletim – Publicação Oficial do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM)*, Rio de Janeiro, a. 20, Edição Especial, p. 20-22, out. 2012. Disponível em: <<http://www.ibccrim.org.br/site/boletim/pdfs/Boletim239A.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2014.

_____. *Algumas reflexões a respeito dos discursos médicos sobre uso de “drogas”*. Trabalho apresentado na XXVI Reunião da ANPOCS, Caxambu, 2002. Disponível em: <<http://www.twiki.ufba.br/twiki/bin/view/CetadObserva/Obra12>>. Acesso em: 16 maio 2014. p. 1-28.

_____. Prazer e risco: uma discussão a respeito dos saberes médicos sobre o uso de “drogas”. In: LABATE, Beatriz Caiuby. et. al. (Orgs.) *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: Edufba, 2008. p. 141-153. Disponível em: <http://www2.cultura.gov.br/site/wp-content/uploads/2010/03/drogas_e_cultura.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2014.

FONSECA, Márcio Alves da. *Michel Foucault e o Direito*. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

FONSECA, Ronaldo. Comissão de Segurança Pública e Combate ao Crime Organizado (CSPCCO). *Parecer do Relator (PRL) nº. 1, de 14 de setembro de 2014*. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=693CE1B21F7151E807BC31A553299869.proposicoesWeb1?codteor=919231&filename=Tramitacao-PL+7663/2010>. Acesso em: 03 set. 2014.

FORTES, Hildenete Monteiro. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 10, suppl. 2, p. 321-330, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000600009>. Acesso em: 21 jul. 2013.

FOUCAULT, Michel. *A história da sexualidade I: a vontade de saber*. 13. ed. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999. Disponível em: <<http://www.filoczar.com.br/foucault/Historia-da-Sexualidade-I-A-VONTADE-DE-SABER.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2014. p. 127-149.

_____. *A verdade e as formas jurídicas*. Tradução Eduardo Jardim e Roberto Machado. Rio de Janeiro: Nau, 2013.

_____. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. Tradução Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978. Disponível em: <<http://www.filoczar.com.br/foucault/Michel-Foucault-Historia-Da-Loucura-Na-Idade-Classica.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2014.

_____. *Microfísica do poder*. 4. ed. Organização de tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

_____. *Nascimento da biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979)*. Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. *O nascimento da clínica*. Tradução de: Roberto Machado. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

_____. *Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)*. Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

_____. *Segurança, território, população*: curso dado no Collège de France (1977-1978). Tradução: Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. *Vigiar e punir*: o nascimento da prisão. Tradução de Raquel Ramalhete. 29 ed. Petrópolis: Vozes, 2004. Disponível em: <<http://www.filoczar.com.br/foucault/Foucault-vigiar-e-punir-michel-foucault.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2014. p. 117-162.

FREIRE, Milciades Mário de Sá. *Manual do código civil brasileiro*. Parte Geral. Disposição preliminar e Das Pessoas e Dos Bens. Arts. 1 a 73. Rio de Janeiro: Jacintho Ribeiro dos Santos – Editor, 1930.

GARRAFA, Volnei. Inclusão social no contexto político da bioética. *Revista Brasileira de Bioética*, Brasília, DF, v. 1, n. 2, p. 122-132, 2005. Disponível em: <<http://www.bioetica.org/cuadernos/bibliografia/garrafa.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2014. p. 124.

GIRARDI, Giovana. Pesquisadores fazem manifesto contra ação policial na Cracolândia. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 29 jan. 2014. Disponível em: <<http://sao-paulo.estadao.com.br/noticias/geral,pesquisadores-fazem-manifesto-contra-acao-policial-na-cracolandia,1124467>>. Acesso em: 04 ago. 2014.

GOGLIANO, Daisy. Autonomia, bioética e direitos da personalidade. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 107-127, nov. 2000. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S1516-41792000000100009&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 fev. 2012.

GOIÁS. Tribunal de Justiça do Estado de Goiás. Secretaria de Gestão Estratégica. *Programa Justiça Terapêutica*. Goiânia: Tribunal de Justiça do Estado de Goiás, [2010?]. Disponível em: <http://www.tjgo.jus.br/docs/institucional/projetoseacoes/justicaterapeutica/DOC_cartilha_divulgacao.pdf>. Acesso em: 30 set. 2014.

GOMES, Bruno Ramos; CAPPONI, Marília. Álcool e outras drogas: novos olhares, outras percepções. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 6ª REGIÃO (Org.). *Álcool e outras drogas*. São Paulo: CRPSP, 2012. Disponível em: <<http://www.crsp.org.br/portal/comunicacao/livro-alcool-drogas/crsp-alcool-e-outras-drogas.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2014. p. 9-13.

GOULART, Maria Stella Brandão. A construção da mudança nas instituições sociais: a reforma psiquiátrica. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, São João Del-Rei, v. 1, n. 1, p. 1-19, 2006. Disponível em: <http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapi/A_Construcao_da_Mudanca_nas_Instituicoes_Sociais..._MSB_Goulart.pdf>. Acesso em: 09 out. 2014.

GUIMARÃES, Maria Carolina S.; NOVAES, Sylvia Caiuby. Autonomia reduzida e vulnerabilidade: liberdade de decisão, diferença e desigualdade. *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 7, n. 1, p. 21-24. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/288>. Acesso em: 28 abr. 2014.

GUIMARÃES, Thiago. Bairro de Salvador se revolta contra instalação de centro para viciados. *iG*, Salvador, 03 set. 2011. Disponível em: <<http://ultimosegundo.ig.com.br/>>

brasil/ba/bairro+de+salvador+se+revolta+contra+instalacao+de+centro+para+viciados/n1597192040511.html>. Acesso em: 17 nov. 2014. Texto postado no link Último Segundo, Brasil, Bahia.

HART, Carl. *Um preço muito alto: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas*. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

HESPANHA, António Manuel. Código y complejidad. In: CAPPELLINI, Paolo; SORDI, Bernardo. *Codici: una riflessione di fine millennio*. Milano: Giuffré Editore, 2000. p. 149-164.

INTERNAÇÃO compulsória de dependentes químicos. *Associação Brasileira de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, 11 jan. 2013. Disponível em: <<http://www.abp.org.br/portal/internacao-compulsoria-de-dependentes-quimicos/#>>. Acesso em: 23 out. 2014.

INTERNATIONAL DRUG POLICY CONSORTIUM. *The UN General Assembly Special Session on Drugs (UNGASS) 2016*. Disponível em: <<http://idpc.net/policy-advocacy/the-un-general-assembly-special-session-on-drugs-ungass-2016>>. Acesso em: 01 ago. 2014.

JESUS, Maria Gorete Marques de et al. *Prisão provisória e lei de drogas: um estudo sobre os flagrantes de tráfico de drogas na cidade de São Paulo*. São Paulo: USP, 2011. Disponível em: <<http://www.nevusp.org/downloads/down254.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2014.

JUCÁ, Romero. *Emenda nº. 8-CCJ, de 19 de março de 2014*. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/DocsComissao.asp?p_cod_mate=113035>. Acesso em: 04 set. 2014.

JUNGES, José Roque. *Bioética: perspectivas e desafios*. São Leopoldo: Ed. UNISINOS, 1997.

_____. O nascimento da bioética e a constituição do biopoder. *Acta Bioethica*, Santiago de Chile, v. 17, n. 2, p. 171-178, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v17n2/a03.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2014.

KARAM, Maria Lúcia. Parte II – Capítulo 1: Internações: aspectos jurídicos, políticos e sua interface com a saúde mental. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Comissão de Direitos Humanos (Org.). *Drogas, direitos humanos e laço social*. Brasília, DF: CFP, 2013. p. 148-156. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/Drogas-Direitos-Humanos-e-Laco-Social.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2014.

KAWAGUTI, Luis. Internação à força de viciados divide especialistas. *BBC Brasil*, São Paulo, 21 jan. 2013. Disponível em: <http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2013/01/130119_crack_internacao_1k.shtml>. Acesso em: 23 out. 2014.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Saúde mental e antipsiquiatria em Santos: vinte anos depois. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 1-8, jan.-

abr. 2008. Disponível em: <<http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=interven%C3%A7%C3%A3o%20na%20casa%20de%20saude%20anchieta&source=web&cd=2&cad=rja&ved=0CC8QFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.incubadora.ufsc.br%2Findex.php%2Fcbasm%2Farticle%2Fdownload%2F1017%2F1144&ei=VDQaUoaXKYa32wWgy4HQAQ&usg=AFQjCNH1z5HxiW6TjHGRgHFfay7WCNUag&bvm=bv.51156542,d.eWU>>. Acesso em: 09 out. 2014.

KOTTOW, Miguel. Anotaciones sobre vulnerabilidad. *Revista Redbioética/UNESCO*, Montevideo, año 2, v. 2, n. 4, p. 91-95, 2011. Disponível em: <http://www.unesco.org.uy/ci/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_4/Kottow-RBioetica4-p91.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2014.

_____. Bioética y Biopolítica. *Revista Brasileira de Bioética*, Brasília, DF, v. 1, n. 2, p. 110-121, 2005. Disponível em: <<http://bioetica.org/cuadernos/bibliografia/kottow.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2014.

LANCETTI, Antonio. Cada táuba que caía não doía no coração. *Brasil 247*, São Paulo, 16 jan. 2014. Disponível em: <<http://www.brasil247.com/pt/247/artigos/127216/Cada-t%25C3%25A1uba-que-ca%25C3%25ADa-n%25C3%25A3o-do%25C3%25ADa-no-cora%25C3%25A7%25C3%25A3o.htm>>. Acesso em: 04 ago. 2014.

_____. de. Desmistificação da existência de epidemia de álcool e outras drogas e medidas higienistas. In: GRUPO DE TRABALHO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (Org.). *Drogas e cidadania: em debate*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2012. p. 29-33. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/02/Drogas-e-cidadania.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2014.

LATOUR, Bruno. Para distinguir amigos e inimigos no tempo de Antropoceno. *Revista de Antropologia*, São Paulo, v. 57, n. 1, p. 11-31, 2014. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/ra/article/view/87702/pdf_1>. Acesso em: 24 nov. 2014.

_____; WOOLGAR, Steve. *A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos*. Tradução Angela Ramalho Vianna. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997. p. 37-47.

LAURELL, Asa Cristina. La logica de la privatizacion en salud. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (Org.). *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/q5srn/pdf/eibenschutz-9788575412732.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2014. p. 31-48.

LEAL, João José; LEAL, Rodrigo José. Controle penal das drogas: estudos dos crimes descritos na Lei 11.343/06. Curitiba: Juruá, 2010.

LEMOS, Clécio. Tratamento compulsório: droga, loucura e punição. *Sistema Penal & Violência*, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 319-337, jul.-dez. 2013. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/sistemapenaleviolencia/article/view/15000/10780>>. Acesso em: 26 ago. 2014.

LEVINAS, Emmanuel. *Totalidade e infinito*. Tradução de José Pinto Ribeiro. Lisboa: Edições 70, 1980.

LIMA, Taisa Maria Macena de; SÁ, Maria de Fátima Freire de. Autonomia privada e internação não consentida. *Revista Brasileira de Estudos Políticos*, Belo Horizonte, v. 99, p. 79-99, jul.-dez. 2009. Disponível em: <<http://www.pos.direito.ufmg.br/rbep/099B079100.pdf>>. Acesso em 11 jun. 2014.

LINS, Emmanuela Vilar. A nova Lei de Drogas e o usuário: a emergência de uma política pautada na prevenção, na redução de danos, na assistência e na reinserção social. In: NERY FILHO, Antônio et al. *Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas*. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2009. p. 243-267. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/qk/pdf/nery-9788523208820.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2013.

LOPES, Reginaldo. *Requerimento nº. 3.453, de 2011*. Requer revisão da distribuição do Projeto de Lei nº 7.663, de 2010, que “acrescenta e altera dispositivos à Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para tratar do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas, dispor sobre a obrigatoriedade da classificação das drogas, introduzir circunstâncias qualificadoras dos crimes previstos nos arts. 33 a 37, definir as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e dá outras providências.” Para incluir a Comissão de Trabalho, Administração e Serviço Público. *Diário da Câmara dos Deputados*, Brasília, DF, nº. 178, 11 out. 2011. Seção I, p. 56079-56080. Disponível em: <<http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD11OUT2011.pdf#page=133>>. Acesso em: 03 set. 2014.

LUNA, Florencia. Vulnerabilidad: un concepto muy útil. Abandonando los “corsets teóricos”: respuesta a “Vulnerabilidad: ¿un principio fútil o útil en la ética de la asistencia sanitaria? *Revista Redbioética/UNESCO*, Montevideo, año 2, v. 1, n. 3, p. 85-90, 2011. Disponível em: <http://www.unesco.org/uy/phi/aguaycultura/file/admin/shs/redbioetica/Revista_4/Luna-RBioetica4-p85.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2014.

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, jul.-set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v14n3/06.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2014.

MACIEL, Camila. Ministério Público vai investigar ação da Polícia Civil na Cracolândia. *EBC Agência Brasil*, 25 jan. 2014. Disponível em: <<http://agencia.brasil.ebc.com.br/geral/noticia/2014-01/ministerio-publico-vai-investigar-acao-da-policia-civil-na-cracolandia>>. Acesso em: 04 ago. 2014. Texto postado no link Geral.

MARINHEIRO, Vaguinaldo. 82% dos paulistanos apoiam ação policial na cracolândia. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 29 jan. 2012. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/poder/22794-82-dos-paulistanos-apoiam-acao-policial-na-cracolandia.shtml>>. Acesso em: 13 nov. 2014.

MARONNA, Cristiano Ávila. *Nova lei de drogas: retrocesso travestido de avanço*. *Boletim – Publicação Oficial do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM)*,

São Paulo, v.14, n°. 167, p. 4, out. 2006. Disponível em: <http://www.neip.info/downloads/cristiano/cris_novalei.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2014.

MARTINEZ, Mariana Medina. Deslocando olhares: pensando o uso de drogas sob a perspectiva de quem vive nas ruas. In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 28., 2012, São Paulo. *Anais Eletrônicos...* São Paulo: Associação Brasileira de Antropologia, 2012. Disponível em: <<http://www.diagramaeditorial.com.br/namargem/wp-content/uploads/2012/12/martinez3.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2014. p. 1-15.

MARTINS, Charles Emil Machado. Uso de drogas: Crime? Castigo? In: CALLEGARI, André Luís; WEDY, Miguel Tedesco (Orgs.). *Lei de drogas: aspectos polêmicos à luz da dogmática penal e da política criminal*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008. p. 63-86.

MAYER, Rose Teresinha da Rocha. A contribuição do centro de referência em redução de danos: nossas palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas. In: SANTOS, Loiva Maria De Boni (Org.). *Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas*. Porto Alegre: Ideograf: Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010. p. 87-98. Disponível em: <<http://www.crprs.org.br/upload/edicao/arquivo48.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2014.

MAZZILLI, Hugo Nigro. A atuação do Ministério Público no Processo Civil. *Revista Síntese Direito Civil e Processual Civil*, São Paulo, v. 73, set.-out. 2011. Disponível em: <<http://www.mazzilli.com.br/pages/artigos/mpnopc2.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

MEDEIROS, Maria Bernadette de Moraes. *Interdição civil: proteção ou exclusão?* São Paulo: Cortez, 2007.

MENDES, Vanessa Correia; MENEZES, Joyceane Bezerra de. O tratamento psiquiátrico e direitos humanos: uma análise dos instrumentos de controle da internação involuntária. *Revista Direitos Fundamentais e Democracia*, Curitiba, v. 14, n. 14, p. 458-481, jun.-dez. 2013. Disponível em: <<http://revistaeletronicardfd.unibrazil.com.br/index.php/rdfd/article/view/455/363>>. Acesso em: 26 set. 2014.

MENDIETA, Eduardo. Biopolitics. In: LAWLOR, Leonard; NALE, John. (Ed.) *The Cambridge Foucault Lexicon*. New York: Cambridge, 2014. p. 37-43.

_____. Biopower. In: LAWLOR, Leonard; NALE, John. (Ed.) *The Cambridge Foucault Lexicon*. New York: Cambridge, 2014. p. 44-49.

_____. Hacer vivir y dejar morir: foucault y la genealogía del racismo. *Tabula Rasa*, Bogotá, n. 6, p. 138-152, jan.-jun. 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=39600606>>. Acesso em: 25 set. 2014.

MERHY, Emerson. Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. In: GRUPO DE TRABALHO DE ÂLCOOL E OUTRAS DROGAS (Org.). *Drogas e cidadania: em debate*. Brasília, DF: CFP, 2012. p. 9-18.

Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/02/Drogas-e-cidadania.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2014.

MESQUITA, José Ferreira de; NOVELLINO, Maria Salet Ferreira; CAVALCANTI, Maria Tavares. A reforma psiquiátrica no Brasil: um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 17., 2010, Caxambu. *Anais eletrônicos...* Caxambu,: ABEP, 2010. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/eixo_4/abep2010_2526.pdf>. Acesso em: 09 out. 2014.

MICHEL Foucault, uma entrevista: sexo, poder e a política da identidade. Traduzido do francês por Wanderson Flor do Nascimento. *Verve*, São Paulo, v. 5, p. 260-277, 2004. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/viewFile/4995/3537>>. Acesso em: 11 maio 2014. p. 264-265.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Promotoria de Justiça de Direito Humanos-Inclusão Social. Promotoria de Justiça de Direitos Humanos-Saúde. Promotoria de Justiça de Direitos Difusos e Coletivos da Infância e Juventude. Promotoria de Justiça de Habitação e Urbanismo. *Ação civil pública nº. 0023977-42.2012.8.26.0053*. Requerente: Ministério Público do Estado de São Paulo. Requerido: Fazenda Pública do Estado de São Paulo. Promotores: Arthur Pinto Filho, Eduardo Ferreira Valerio, Luciana Bergamo Tchorbadjian, Maurício Antônio Ribeiro Lopes. São Paulo, 12 de junho de 2012. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/noticias/publicacao_noticias/2012/junho_2012/acp%20cracol%C3%A2ncia%20-%20%C3%BAltima%20vers%C3%A3o%20-%2030%20maio.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2014.

MIRANDA, Pontes de. *Tratado de direito privado*. Parte Geral. Tomo I. Introdução. Pessoas físicas e jurídicas. Rio de Janeiro: Editor Borsoi, 1954.

MJ oferta 4 mil vagas em comunidades terapêuticas. *Portal Crack, é possível vencer*, Brasília, 26 nov. 2013. Disponível em: <<http://www2.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/noticias/mj-oferta-4-mil-vagas-em-comunidades-terapeuticas>>. Acesso em 23 maio 2014. Texto postado no link Notícias.

MONCAL, Joana; DELMANTO, Júlio; PIMENTEL, Spensy. Crack, epidemia de desinformação. *Rede Brasil Atual*, [S.l.], 12 fev. 2012. Disponível em: <<http://www.redebrasilatual.com.br/revistas/68/saude>>. Acesso em: 13 nov. 2014.

MOREIRA, Juliano. Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil (1905). *Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental*, São Paulo, v.14, n.4, p. 728-768, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v14n4/v14n4a12.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2014.

MOVIMENTO NACIONAL DA POPULAÇÃO DE RUA. *Conhecer para lutar*. Cartilha para formação política. [S.l.]: MNPR, 2010. Disponível em: <<http://www.polis.org.br/uploads/887/887.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2014.

NA contramão da internação compulsória. *Informe ENSP*, Rio de Janeiro, 15 mar. 2013. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/32156>>. Acesso em: 02 set. 2014.

NEGREIROS, Teresa. *Fundamentos para uma interpretação do princípio da boa-fé*. Rio de Janeiro: Renovar, 1998. cap. III, p. 137-183.

NERY FILHO, Antonio. *Dia 07 de novembro...* Salvador, 18 dez. 2011. Disponível em: <<http://conversando.comnery.wordpress.com/>>. Acesso em: 22 maio 2014. Blog: Conversando.com Antonio Nery Filho.

_____. *Sobre o ponto de encontro no Santo Antonio Além do Carmo*. Salvador, 17 out. 2011. Disponível em: <<http://conversandocomnery.wordpress.com/2011/10/17/sobre-o-ponto-de-encontro/>>. Acesso em: 17 nov. 2014. Blog: Conversando.com Antonio Nery Filho.

NEVES, Maria do Céu Patrão; OSSWALD, Walter. *Bioética simples*. 2. ed. rev. e atual. Lisboa: Verbo, 2014. p. 198-205.

NICOLESCU, Basarab. *O manifesto da transdisciplinaridade*. Tradução Lúcia Pereira de Souza. São Paulo: TRIOM, 1999.

NUNES, Deise Cardoso et al. "...outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas...". In: SANTOS, Loiva Maria De Boni (Org.). *Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas*. Porto Alegre: Ideograf: Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010. p. 15-26. Disponível em: <<http://www.crprs.org.br/upload/edicao/arquivo48.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2014.

O'NEILL, Onora. *Autonomy and trust in bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.

OFICIALIZAR maconha é abrir fábrica de esquizofrênicos, diz psiquiatra. *Uol*, São Paulo, 05 nov. 2013. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2013/11/05/legalizar-maconha-e-abrir-fabrica-de-esquizofrenicos-diz-psiquiatra.htm>>. Acesso em: 10 out. 2014. Texto postado no link Notícias, Saúde.

OKSALA, Joanna. Resistance. In: LAWLOR, Leonard; NALE, John. (Ed.) *The Cambridge Foucault Lexicon*. New York: Cambridge, 2014. p. 432-437.

OLIVEIRA, Edmar. Estamos usando o crack. *Outras Palavras*, São Paulo, 05 out. 2012. Disponível em: <<http://outraspalavras.net/posts/estamos-usando-o-crack/>>. Acesso em: 22 out. 2014.

OLIVEIRA, Marcus Vinícius de. As internações, as drogas e a lei. In: GRUPO DE TRABALHO DE ÀLCOOL E OUTRAS DROGAS (Org.). *Drogas e cidadania: em debate*. Brasília, DF: CFP, 2012. p. 43-52. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/02/Drogas-e-cidadania.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2014.

_____. Capítulo 4: Populações de rua e consumo de drogas: vulnerabilidades associadas. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Drogas, direitos humanos*

e *laço social*. Brasília, DF: CFP, 2013. p. 84-98. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/Drogas-Direitos-Humanos-e-Laco-Social.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2014.

OPERAÇÃO no Rio dá início a internação compulsória de adultos usuários de crack. *Uol*, 19 fev. 2013. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2013/02/19/operacao-no-rio-da-inicio-a-internacao-compulsoria-de-adultos-usuario-de-crack.htm>>. Acesso em: 21 maio 2014. Texto postado no Link Notícias, Cotidiano.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Assembleia Geral das Nações Unidas. *Resolução nº. 46, de 17 de dezembro de 1991*. Princípios para a Proteção das Pessoas com Doença Mental e para o Melhoramento dos Cuidados de Saúde Mental. Disponível em: <http://direitoshumanos.gddc.pt/3_7/IIIPAG3_7_6.htm>. Acesso em: 27 ago. 2014.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. Assembleia Geral. *Declaração de Antígua, de 06 de junho de 2013*. Por uma política integral frente ao problema mundial das drogas nas Américas. Disponível em: <https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/Declaracao_antigua_guatemala_PT.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)*. F10-F19: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f10_f19.htm>. Acesso em: 07 maio 2014.

_____. *Glossário de álcool e drogas* (1994). Tradução e notas: J. M. Bertolote. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/327615.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2014.

_____. *Declaração de Caracas, de 14 de novembro de 1990*. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCUQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.abrasme.org.br%2Farquivo%2Fdownload%3FID_ARQUIVO%3D3696&ei=f-f9U4bTClvfsAS9u4CgBA&usg=AFQjCNEwSLWbgKiEzJ8q_noKqrumapT0Ow>. Acesso em: 27 ago. 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. 52º Conselho Diretor. 65ª Sessão do Comitê Regional. *E. Plano de ação sobre o uso de substâncias psicoativas e saúde pública*. Washington, 22 de julho de 2013. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/4420/CD52-INF4-E-por.pdf?sequence=4>>. Acesso em: 02 out. 2014.

_____. Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde. *Nota técnica da OPAS/OMS no Brasil sobre internação involuntária e compulsória de pessoas que usam drogas, de 08 de maio de 2013*. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3206:nota-tecnica-

da-opasoms-nobrasil-sobre-internacao-involuntaria-e-compulsoria-de-pessoas-que-usamdrogas&catid=1016:bra-01noticias>. Acesso em: 25 ago. 2013.

_____. *Plano de ação sobre o uso de substâncias psicoativas e saúde pública, de 01 de agosto de 2011*. Disponível em: <http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14585&Itemid=>. Acesso em: 02 out. 2014.

PAGANINI, Juliano Marcondes. A “dupla crise” do modelo regulatório dos direitos da personalidade. In: TEPEDINO, Gustavo; FACHIN, Luiz Edson (Org.) *Pensamento crítico do Direito Civil brasileiro*. Curitiba: Juruá, 2011. p. 13-28.

PALERMINI, Patricia. *Misère de la bioéthique*. Bruxelles: Éditions Labor, 2002. (Collection Liberté j'écris ton nom).

PETUCO, Dênis Roberto da Silva. A produção social do usuário de crack: desconstruindo o monstro. In: GRUPO DE TRABALHO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS (Org.). *Drogas e cidadania: em debate*. Brasília, DF: CFP, 2012. p. 19-26. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/02/Drogas-e-cidadania.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2014.

_____. *Entre imagens e palavras: o discurso de uma campanha de prevenção ao crack*. 2011. 131 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, 2011. Disponível em: <<http://www.denispetuco.com.br/imagensepalavras.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

_____. *Os discursos com estatuto de verdade e o dispositivo “droga”*. [S.l., 20--?]. Disponível em: <<http://www.denispetuco.com.br/03.pdf>>. Acesso em: 24 maio de 2014.

PINHO, Leonardo. *Retrocessos do projeto de lei 7.663/2010*. Disponível em: <<http://saudeecosol.org/wp-content/uploads/2013/03/Retrocessos-no-Projeto-de-Lei-7663-2010.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2013.

PITHAN, Livia Haygert; BERNARDES, Fabrício Benites; PIRES FILHO, Luiz Alberto B. Simões. Capacidade decisória do paciente: aspectos jurídicos e bioéticos. In: GAUER, Gabriel José Chittó; ÁVILA, Gerson Antônio de; ÁVILA, Gustavo Noronha de (Org.). *Ciclo de conferências em Bioética I*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005. p. 121-137.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/02.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2014.

PONTO DE ENCONTRO – CENTRO DE CONVIVÊNCIA PARA USUÁRIOS DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS. Sobre o ponto de encontro. Salvador, [2012?]. Disponível em: <<https://blogpontodeencontro.wordpress.com/o-que-e-o-ponto-de-encontro/>>. Acesso em: 17 nov. 2014. Blog: Ponto de Encontro.

PORTUGAL. *Ordenações Filipinas*. Quinto livro das ordenações. Título LXXXIX. Que ninguém tenha em sua casa rosalgar, nem o venda nem outro material venenoso. Disponível em: <<http://www1.ci.uc.pt/ihti/proj/filipinas/l5p1240.htm>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

POSSAS, Cristina de A. A articulação público-privado e o cuidado com a saúde dos pobres: implicações das políticas de ajuste estrutural na América Latina. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (Org.). *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/q5srn/pdf/eibenschutz-9788575412732.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2014. p. 49-65.

PRANDONI, Raul Fernando Sotelo; PADILHA, Maria Itayara Coelho de Souza. A reforma psiquiátrica no Brasil: eu preciso dessas palavras. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 13, n. 4, p. 633-640, out.-dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072004000400017&script=sci_artext>. Acesso em: 08 out. 2014.

PRATES, Adriana. O crack pode melhorar a sociedade. *Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos – Neip*, São Paulo, [2012?]. Disponível em: <<http://www.neip.info/index.php/content/view/2469.html>>. Acesso em: 19 jul. 2014.

PREVENÇÃO ao uso indevido de drogas: Curso de capacitação para Conselheiros Municipais. Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional Antidrogas, 2008. Disponível em: <http://www.conselhodacrianca.al.gov.br/sala-de-imprensa/publicacoes/Livro_senasp.pdf>. Acesso em: 20 out. 2014. p. 155-156.

REIS, Carolina dos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima; CARVALHO, Salo. Sobre jovens drogaditos: as histórias de ninguém. *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, n. 6, p. 68-78, 2014. Disponível em: <https://www.academia.edu/7821501/Sobre_Jovens_Drogaditos_as_historias_de_ninguem>. Acesso em: 01 out. 2014.

REPUBLICA DOS ESTADOS UNIDOS DO BRASIL. *Decreto nº. 14.969, de 03 de setembro de 1921*. Aprova o regulamento para a entrada no paiz das substancias toxicas, penalidades impostas aos contraventores e sanatorio para toxicomanos. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=45065>>. Acesso em: 21 jul. 2014.

_____. *Decreto nº. 847, de 11 de outubro de 1890*. Promulga o Codigo Penal. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=50260>>. Acesso em: 21 jul. 2014.

RIBEIRO, Bruno; CASTRO, Laura Maia de. Em ação surpresa, Polícia Civil reprime com bombas dependentes na Cracolândia. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 23 jan. 2014. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/cidades,em-acao-surpresa-policia-civil-reprime-com-bombas-dependentes-na-cracolandia,1121973,0.htm>>. Acesso em: 04 ago. 2014.

RIBEIRO, Bruno; DANTAS, Tiago. 'Bolsa crack' de R\$ 1.350 vai pagar internação de viciados do Estado de SP. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 07 maio 2013. Disponível em: <<http://sao-paulo.estadao.com.br/noticias/geral,bolsa-crack-de-r->

1350-vai-pagar-internacao-de-viciados-do-estado-de-sp,1029486>. Acesso em: 31 jul. 2014.

RIBEIRO, Maurides de Melo; RIBEIRO, Marcelo. Política mundial de drogas ilícitas: uma reflexão histórica. *Boletim Eletrônico* - Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas, [S.l.], 41. ed., p. 1-31. 2008. Disponível em: <<http://www.abead.com.br/boletim/arquivos/boletim41/>>. Acesso em: 25 ago. 2014.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Assistência Social. *Resolução SMAS nº. 20, de 27 de maio de 2011*. Cria e regulamenta o protocolo do serviço especializado em abordagem social, no âmbito das ações da proteção social especial de média complexidade da Secretaria Municipal de Assistência Social, assim como institui os instrumentos a serem utilizados no processo de trabalho. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fxa.yimg.com%2Fkq%2Fgroups%2F13802133%2F2039611138%2Fname%2FRESOLU%25C3%2587%25C3%2583O%2BSMAS%2BN%25C2%25BA%2B20%2BDE%2B27%2BDE%2BMAIO%2BDE%2B2011.docx&ei=02R9U_HEONTTsASC5oHYBQ&usq=AFQjCNHFIZBGFnMEfQpAmkFcZ7uGokxgQ&sig2=FaL9wyc5iKAjJimxdwDrTw&bvm=bv.67229260,d.b2k>. Acesso em: 21 maio 2014.

_____. Tribunal de Justiça. Décima Câmara Cível. *Agravo de Instrumento nº. 0049163-27.2012.8.19.000*. Relator: Desembargador Jose Carlos Varanda dos Santos. Rio de Janeiro, 18 de julho de 2013. Disponível em: <<http://www4.tjrj.jus.br/ejud/ConsultaProcesso.aspx?N=2012.002.35002>>. Acesso em: 08 out. 2014.

_____. _____. Juizado Especial Adjunto Cível. Comarca de Queimados. *Decisão. Processo nº 8592-07/2012*. Autor: Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. Réu: Município de Queimados. Juíza de Direito: Isabel Teresa Pinto Coelho. Queimados, 12 de setembro de 2013. Disponível em: <http://ajd.org.br/decisoes_ver.php?idConteudo=44>. Acesso em: 07 out. 2014.

_____. _____. *Justiça Terapêutica – Apresentação e Justificativa*. Rio de Janeiro, [2002?]. Disponível em: <<http://www.tjrj.jus.br/web/guest/institucional/vep/apre-justificativas>>. Acesso em: 04 out. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. *Lei nº. 9.716, de 07 de agosto de 1992*. Dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/20120803184446lei_da_reforma_psiquiatica.pdf>. Acesso em: 10 out. 2014.

_____. Tribunal de Justiça. *Jurisprudência*. Disponível em: <[http://www.tjrs.jus.br/busca/?tb=jurisnova&partialfields=tribunal%3ATribunal%2520de%2520Justi%25C3%25A7a%2520do%2520RS.\(TipoDecisao%3Aac%25C3%25B3rd%25C3%25A3o|TipoDecisao%3Amonocr%25C3%25A1tica|TipoDecisao:null\)&t=s&pesq=ementario.#main_res_juris](http://www.tjrs.jus.br/busca/?tb=jurisnova&partialfields=tribunal%3ATribunal%2520de%2520Justi%25C3%25A7a%2520do%2520RS.(TipoDecisao%3Aac%25C3%25B3rd%25C3%25A3o|TipoDecisao%3Amonocr%25C3%25A1tica|TipoDecisao:null)&t=s&pesq=ementario.#main_res_juris)>. Acesso em: 07 out. 2014.

_____. _____. *Justiça terapêutica*. Porto Alegre, [20--]. Disponível em: <http://www1.tjrs.jus.br/site/poder_judiciario/tribunal_de_justica/corregedoria_geral_da_justica/projetos/projetos/justica_terapeutica.html>. Acesso em: 27 maio 2014.

RODRIGUES, Divania. Centro terapêutico é denunciado ao MP. *Diário da Manhã*, Goiânia, 28 de maio de 2014. Disponível em: <<http://www.dm.com.br/texto/178501>>. Acesso em: 05 jun 2014.

RODRIGUES, Luciana Boiteux de Figueiredo. Drogas y prisión: la represión contra las drogas y el aumento de la población penitenciaria en Brasil. In: METAAL, Pien; YOUNGERS, Coletta (Ed.). *Sistemas sobrecargados: leyes de drogas e cárceles en América Latina*. Amsterdam: Transnational Institute; Washington: Washington Office on Latin America, 2010. Disponível em: <https://www.academia.edu/5267166/Drogas_y_prision_la_represion_contra_las_drogas_y_el_aumento_de_la_poblacion_penitenciaria_en_Brasil_2010_#>. Acesso em: 29 set. 2014. p. 30-39.

RODRIGUES, Rafael Garcia. A pessoa e o ser humano no novo código civil. In: TEPEDINO, Gustavo. *A parte geral do novo código civil: estudos na perspectiva civil-constitucional*. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Renovar, 2003. p. 1-34.

RODRIGUEZ, José Rodrigo. *Como decidem as cortes?: para uma crítica do direito (brasileiro)*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2013. cap. 6. p. 201-230.

RUI, Taniele. Depois da “Operação Sufoco”: sobre o espetáculo policial, cobertura midiática e direitos na “cracolândia” paulistana. *Contemporânea*, São Carlos, v. 3, n. 2, p. 287-310, jul.-dez. 2013. Disponível em: <<http://www.contemporanea.ufscar.br/index.php/contemporanea/article/view/144/80>>. Acesso em: 13 nov. 2014.

_____; FRÚGOLI JR., Heitor; FELTRAN, Gabriel de Santis; FROMM, Deborah. “Braços Abertos” e “Sufoco”: sobre a situação na “Cracolândia” em janeiro de 2014. *Associação Brasileira de Antropologia*, Brasília, DF, 06 fev. 2014. Disponível em: <http://www.portal.abant.org.br/images/Noticias/nota_ABAv4.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2014.

RUIZ, Castor M. M. Bartolomé. Os dispositivos de poder da sociedade de controle e seus modos de subjetivação. *Filosofia Unisinos*, São Leopoldo, v. 5, n. 9, p. 63-100, jul.-dez. 2004. Disponível em: <https://www.dropbox.com/s/vd6ee50rrx24cp0/4_CASTOR_DISPOSITIVOS_PODER_SUBJETIVACAO_REV_UNISINOS_2004.pdf>. Acesso em: 25 set. 2014.

_____. *Os labirintos do poder*. O poder (do) simbólico e os modos de subjetivação. Porto Alegre: Escritos Editora, 2004.

SAAD, Luísa Gonçalves. *“Fumo de Negro”: a criminalização da maconha no Brasil (c. 1890-1932)*. 2013. 139 f. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História Social, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, 2013. Disponível em: <http://www.academia.edu/8457511/_Fumo_de_negro_a_

criminaliza%C3%A7%C3%A3o_da_maconha_no_Brasil_c._1890-1932_>. Acesso em: 20 dez. 2014.

SALLES, Arleen L. F. III. La relación médico-paciente. In: SALLES, Arleen L. F.; LUNA, Florencia (Org.). *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2008. p. 137-164.

SAMPAIO, José Adércio Leite. Capítulo IV – Das funções essenciais à Justiça. Seção I – Do Ministério Público. Art. 129. In: CANOTILHO, J. J. Gomes et al. *Comentários à Constituição do Brasil*. São Paulo: Saraiva/Almedina, 2013. p. 1531-1533.

_____. Capítulo IV – Das funções essenciais à Justiça. Seção I – Do Ministério Público. Art. 127. In: CANOTILHO, J. J. Gomes et al. *Comentários à Constituição do Brasil*. São Paulo: Saraiva/Almedina, 2013. p. 1519-1523.

SAMPIERI, Roberto Hernández; COLLADO, Carlos Fernández; LUCIO, Pilar Baptista. *Metodologia de pesquisa*. Tradução Fátima Conceição Murad, Melissa Kassner, Sheila Clara Dystyler Ladeira. 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

SANTOS, Amanda Marques dos; MALHEIROS, Luana. Redução de danos: uma estratégia construída para além dos muros institucionais. In: NERY FILHO, Antonio; VALÉRIO, Andréa Leite Ribeiro (Orgs.). *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua*. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2010. p. 49-53. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Capacitacao/328_365.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2013.

SANTOS, Luan. Centro que trata usuários de drogas gera polêmica. *A Tarde*, Salvador, 13 de setembro de 2013. Disponível em: <<http://atarde.uol.com.br/bahia/salvador/materias/1533616-centro-que-trata-usuarios-de-drogas-gera-polemica>>. Acesso em: 17 nov. 2014.

SÃO PAULO. Entenda o que é a internação compulsória para dependentes químicos – Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania preparou perguntas e respostas sobre ação do Governo do Estado. *Portal do Governo do Estado de São Paulo*, São Paulo, 04 dez. 2013. Disponível em: <<http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/lenoticia.php?id=225660>>. Acesso em: 23 ago. 2013.

_____. Tribunal de Justiça. Comarca de São Paulo. 7ª Vara da Fazenda Pública. *Decisão. Processo nº 0023977-42.2012.8.26.0053*. Requerente: Ministério Público do Estado de São Paulo. Requerido: Fazenda Pública do Estado de São Paulo. Juiz de Direito: Emílio Migliano Neto. São Paulo, 31 de julho de 2012. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/noticias/publicacao_noticias/2012/julho_2012/2012%2007%2031%20DECIS%C3%83O%20CRACOL%C3%82N%20DIA.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2014.

SARLET, Ingo Wolfgang. Dignidade da pessoa humana e "novos" direitos na constituição de 1988: algumas aproximações. In: MARTEL, Letícia de Campos Velho (Org.). *Estudos contemporâneos de direitos fundamentais*. Rio de Janeiro: Lumen Jures, 2009.

_____. Dignidade da pessoa humana, Parte II. In: BARRETTO, Vicente de Paulo (Coord.) *Dicionário de filosofia do direito*. São Leopoldo: Unisinos, 2006. p. 216-225.

SARMENTO, Daniel. *Direitos fundamentais e relações privadas*. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008. pt. I, cap. 2.

SAYURI, Juliana. Misérias fora de ordem. *Estado de São Paulo*, São Paulo, 26 jan. 2013. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/geral,miserias-fora-de-ordem,989156>>. Acesso em: 04 set. 2014. Texto postado no link Geral.

SCHIOCCHET, Taysa. *Acesso e exploração de informação genética humana: da doação à repartição de benefícios*. 2010. 255 f. Tese (Doutorado em Direito) – Programa de Pós-Graduação em Direito, Universidade Federal do Paraná – UFPR, Curitiba, PR, 2010. Disponível em: <<http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/handle/1884/24288/Tese%20final.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 25 jul. 2014.

_____. Autonomia do adolescente e interrupção voluntária da gestação: aspectos sócio-jurídicos. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO: gênero e preconceitos, 7., 2006, Florianópolis. *Anais eletrônicos...* Florianópolis: Editora Mulheres, 2006. p.1-7. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/7/artigos/T/Taysa_Schiocchet_11.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

SCHRAMM, Fermin Roland. É pertinente e justificado falar em bioética de proteção? In: PORTO, Dora et al. (Coord.) *Bioéticas, poderes e injustiças: 10 anos depois*. Brasília, DF: CFM/Cátedra Unesco de Bioética/SBB, 2012. p. 127-141.

_____; KOTTOW, Miguel. Princípios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 949-956, jul.-ago. 2001. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v17n4/5301.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2014.

SCISLESKI, Andrea Cristina Coelho; MARASCHIN, Cleci. Internação psiquiátrica e ordem judicial: saberes e poderes sobre adolescentes usuários de drogas ilícitas. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 3, p. 475-465, jul.-set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000300006>. Acesso em: 01 out. 2014.

SEGRE, Marcos. Autonomía individual. In: TEALDI, Juan Carlos (Dir.) *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: Unesco – Red Latinoamericana y Caribe de Bioética/Universidad Nacional de Colombia, 2008. p. 423-424. Disponível em: <<http://www.unesco.org/uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/DicoPartell.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2014.

SETRAB assina convênio para reinserção social de dependentes químicos. *Governo do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, 14 fev. 2014. Disponível em: <<http://www.rj.gov.br/web/setrab/exibeconteudo?article-id=1962681>>. Acesso em: 04 ago. 2014. Texto postado no link Secretaria de Estado de Trabalho e Renda – SETRAB, Trabalho e Renda, Notícias.

SILVA, Antônio Fernandes de Lima Moreira da. Histórico das drogas na legislação brasileira e nas convenções internacionais. *JusNavigandi*, jul. 2011. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/19551/historico-das-drogas-na-legislacao-brasileira-e-nas-convencoes-internacionais#ixzz2YUnqkqIL>>. Acesso em: 22 jul. 2014. Texto postado no link Artigos.

SILVA, Jorge da. Guerra às drogas: violência, mortes, estigmas e marginalização. *Revista da EMERJ*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 63, p. 38-45, out.-dez. 2013. Disponível em: <http://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista63/revista63.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2014.

SILVA, Ricardo de Oliveira; FREITAS, Carmen Có. Justiça terapêutica: um programa judicial de redução do dano social. *Instituto Innovare*, ed. V., 2008. Disponível em: <<http://www.premioinnovare.com.br/praticas/justica-terapeutica-um-programa-judicial-de-reducao-do-dano-social-2127/>>. Acesso em: 02 out. 2014.

SMITH, Lesley A.; GATES, Simon; FOXCROFT, David. *Therapeutic communities for substance related disorders*. Oxford: John Wiley & Sons, 2008. Disponível em: <<http://www.bibliotecacochrane.com/pdf/CD005338.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2014.

SOARES, Sheila Pereira. *Uma análise bioética sobre o processo de empoderamento do usuário como ferramenta para inclusão na saúde*. 2012. 160 f. Dissertação (Mestrado em Bioética) – Programa de Pós-Graduação em Bioética, Universidade de Brasília (UnB), Brasília, 2012. Disponível e: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/12584/1/2012_SheilaPereiraSoares.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2014.

TEPEDINO, Gustavo. Crise de fontes normativas e técnica legislativa na parte geral do Código Civil de 2002. In: TEPEDINO, Gustavo (Coord.) *A parte geral do NCCB: estudos na perspectiva civil-constitucional*. Rio de Janeiro: Renovar, 2002. p. XV-XXXIII.

_____. O código civil, os chamados microssistemas e a constituição: premissas para uma reforma legislativa. In: TEPEDINO, Gustavo (Coord.) *Problemas de direito civil-constitucional*. Rio de Janeiro: Renovar, 2000. p. 1-16.

_____. *Temas de direito civil*. 4. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Renovar, 2008.

TERRA, Osmar. *Projeto de lei da câmara nº 7.663, de 2010*. Acrescenta e altera dispositivos à Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para tratar do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas, dispor sobre a obrigatoriedade da classificação das drogas, introduzir circunstâncias qualificadoras dos crimes previstos nos arts. 33 a 37, definir as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e dá outras providências. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=BBA552D54AB1027DFED9F87C0A71D90A.proposicoesWeb2?codteor=789804&filename=Tramitacao-PL+7663/2010>. Acesso em: 03 set. 2014.

THE BELMONT REPORT: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research, de 18 de abril de 1979. Disponível em: <<http://www.fda>

gov/ohrms/dockets/ac/05/briefing/2005-4178b_09_02_Belmont %20Report.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2014.

THOUVENIN, Dominique. As leis bioética, ou como mascarar os interesses contraditórios? In: P-H Gouyon et al. *A bioética é de má-fé?* Tradução Nicolás Campanário. São Paulo: Edições Loyola, 2002. p. 55-85.

TIMM, Luciano Benetti. “Descodificação”, constitucionalização e recodificação no direito privado: o código civil ainda é útil? *The Latin American and Caribbean Journal of Legal Studies*, v. 3, n. 1, p. 1-29, 2008. Disponível em: <http://www.estig.ipbeja.pt/~ac_direito/Timm.pdf>. Acesso em: 05 set. 2013.

TOMM, Eduardo; ROSO, Adriane. Adolescentes e crack: pelo caminho das pedras. *Fractal: Revista de Psicologia*, Niterói, v. 25, n. 3, p. 675-692, set.-dez. 2013. Disponível em: <<http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/Fractal/article/view/1128/920>>. Acesso em: 29 out. 2014.

TORRES, Demóstenes. *Projeto de lei do Senado nº 111, de 2010*. Altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006 (Lei de Drogas), para prever pena de detenção para condutas relacionadas ao consumo pessoal de droga e a sua substituição por tratamento especializado, e dá outras providências. Disponível em: <<http://legis.senado.leg.br/mateweb/arquivos/mate-pdf/76162.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2014.

UNESCO. *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos humanos, de 19 de outubro de 2005*. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2014.

WORKING Group on Arbitration Detention statement upon conclusion of its visit to Brazil. *United Nations Human Rights*, Geneva, 28 mar. 2013. Disponível em: <<http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=13197&LangID=E>>. Acesso em: 07 ago. 2014.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. *From coercion to cohesion: treating drug dependence through health care, not punishment*. New York: United Nations, 2010. Disponível em: <http://www.unodc.org/docs/treatment/Coercion_Ebook.pdf>. Acesso em: 30 set. 2014.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME; WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Principles of Drug Dependence Treatment*. [S.l.], 2008. Disponível em: <<http://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2014.

UNITED NATIONS. General Assembly. *A/RES/S-20/2 – Political Declaration*. Adopts the Political Declaration annexed to the present resolution. New York, 1998. Disponível em: <<http://www.un.org/documents/ga/res/20sp/a20spr02.htm>>. Acesso em: 01 ago. 2014.

VALADARES, Antônio Carlos. *Relatório, de 04 de dezembro de 2013*. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getTexto.asp?t=142310&c=PDF&tp=1>>. Acesso em: 03 set. 2014.

VANDERPLASSCHEN, Wouter; VANDEVELDE, Stijn; BROEKAERT, Eric. *Therapeutic communities for treating addictions in Europe: evidence, current practices and future challenges*. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2014.

WAGNER, Luciane Carniel et al. Autonomy of long-stay psychiatric inpatients. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 699-705, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/21.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2014.

WIERZBA, Sandra. Consentimiento 2. Capacidad. In: TEALDI, Juan Carlos (Dir.). *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: Unesco – Red Latinoamericana y Caribe de Bioética/Universidad Nacional de Colombia, 2008. p. 217-219. Disponível em: <<http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/DicoPartel.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2014.

WINIKES, Ralph; CAMARGO, Rodrigo Eduardo. Reconstrução do direito da personalidade à própria imagem a partir da teoria crítica do direito civil. In: TEPEDINO, Gustavo; FACHIN, Luiz Edson (Org.). *Diálogos sobre direito civil*. v. III. Rio de Janeiro: Renovar, 2012. p. 291-313.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. *Joint Statement*. Compulsory drug detention and rehabilitation centres. [S.l.], 2012. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/JC2310_Joint%20Statement6March12FINAL_en.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2014.