

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS
CURSO DE DIREITO
DEPARTAMENTO DE DIREITO PENAL

Armando Teixeira Junior

A INTERVENÇÃO JUDICIAL NA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA NO
TRATAMENTO DE DEPENDENTES QUÍMICOS NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL DA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Porto Alegre
2017

Armando Teixeira Junior

A INTERVENÇÃO JUDICIAL NA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA NO
TRATAMENTO DE DEPENDENTES QUÍMICOS NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL DA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como pré-requisito para
obtenção do título de Especialista em
Direito Internacional Público e Privado e
Direito da Integração da Faculdade de
Direito da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul.

Orientadora: Prof. Dr. Sami Abder Rahim
Jbara El Jundi.

Porto Alegre
2017

Armando Teixeira Junior

**A INTERVENÇÃO JUDICIAL NA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA NO
TRATAMENTO DE DEPENDENTES QUÍMICOS NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL
DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE**

Trabalho de Conclusão de curso apresentado
como requisito parcial para obtenção do título de
Bacharel em Direito, junto à Faculdade de Direito
da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Aprovado em: ____ de _____ de ____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Ângelo Roberto Ilha da Silva
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Pablo Rodrigo Alflen da Silva
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Sami Abder Rahim Jbara El Jundi
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (orientador)

RESUMO

O presente estudo analisa a intervenção judicial nas internações e tratamento de Dependentes Químicos, partindo de uma investigação através da revisão histórica da literatura e da legislação aplicáveis ao tema, através do desenvolvimento de tópicos como os Direitos Humanos, os Direitos Fundamentais e o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, aos quais estão vinculados diretamente o Direito à vida e o Direito à saúde. Trata do Sistema de Seguridade Social no Brasil e do alcance da Teoria da Reserva do Possível. Busca a definição dos termos Drogas, Dependência Química, Dependência Física e Psicológica e da Síndrome de Abstinência, através de conceitos encontrados nas fontes pesquisadas. Relata a aplicação de programas de atenção voltados ao tratamento no contexto do binômio drogas crime. Aponta a importância do Estatuto da Criança e do Adolescente e da implantação dos Juizados Especiais Cível e Criminal, tendo em vista a implementação a partir destes dispositivos, das ações integrais em saúde que serviram como base para o desenvolvimento e aplicação do Programa da Justiça Terapêutica, voltada aos usuários de substâncias psicoativas e que aparece como uma das alternativas para o enfrentamento do problema. Descreve as formas de aplicabilidade da atual Lei de Drogas (Lei 11.343/2006), da Lei que descreve os Direitos dos Portadores de Transtornos Mentais (Lei 10.216/2001), bem como dos dispositivos do Código Penal que tratam da Medida de Segurança que regulamentam as internações psiquiátricas em suas formas voluntária, involuntária e compulsória. Aborda a realidade encontrada atualmente na área da saúde mental em nosso país e na Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul. Alerta e disponibiliza aos operadores do Direito, o direcionamento de políticas públicas embasadas em ações multidisciplinares entre o Poder judiciário e o Sistema Único de Saúde voltadas à dependência química.

Palavras-chave: Dependência química. Drogas. Intervenção judicial. Internações compulsórias. Justiça Terapêutica. Medidas de Segurança. Saúde Mental.

RESUMEN

El presente estudio analiza la intervención judicial en las internaciones y tratamiento de Dependientes Químicos, partiendo de una investigación a través de la revisión histórica de la literatura y de la legislación aplicables al tema, a través del desarrollo de temas como los Derechos Humanos, los Derechos Fundamentales y el Principio de la Dignidad de la persona humana, a los que están vinculados directamente el derecho a la vida y el derecho a la salud. Se trata del Sistema de Seguridad Social en Brasil y del alcance de la Teoría de la Reserva del Posible. Se busca la definición de los términos Drogas, Dependencia Química, Dependencia Física y Psicológica y del Síndrome de Abstinencia, a través de conceptos encontrados en las fuentes investigadas. Relata la aplicación de programas de atención orientados al tratamiento en el contexto del binomio drogas crimen. A la luz de la importancia del Estatuto del Niño y del Adolescente ,y de la implantación de los Juzgados Especiales Civil y Criminal, con vistas a la aplicación de estos dispositivos de las acciones integrales en salud que sirvieron como base para el desarrollo y aplicación del Programa de la Justicia Terapéutica , dirigida a los usuarios de sustancias psicoactivas y que aparece como una de las alternativas para el enfrentamiento del problema. Describe las formas de aplicabilidad de la actual Ley de Drogas (Ley 11.343/2006), de la Ley que describe los Derechos de los Portadores de Trastornos Mentales (Ley 10.216 / 2001), así como de los dispositivos del Código Penal que tratan de la Medida de Seguridad que regulan las internaciones psiquiátricas en sus formas voluntaria, involuntaria y obligatoria. En el caso de la salud mental en nuestro país y en la Secretaría Municipal de Salud de la ciudad de Porto Alegre, capital del Estado de Rio Grande do Sul. Alerta y disponibiliza a los operadores del Derecho, el direccionamiento de políticas públicas basadas en acciones multidisciplinares entre el Poder Judicial y el Sistema Único de Salud orientados a la dependencia química.

Palabras clave: Dependencia química; drogas; Intervención judicial; Internaciones obligatorias; Justicia Terapéutica; Medidas de seguridad. Salud Mental.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Total de internações em saúde mental - Pág. 104

Figura 2: Número de internações em saúde mental - Pág. 104

Figura 3: Total de internações devido ao uso de drogas – Pág. 105

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Recursos da rede saúde mental por gerência – Pág. 97

Tabela 2: População com solicitação judicial para internação compulsória – Pág. 102

Tabela 3: Amostra avaliada da população com solicitação judicial para internação compulsória – Pág. 102

Tabela 4: Demandas judiciais especificadas pela natureza – Pág. 103

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT Associação Brasileira de Normas Técnicas
CAPS – Centro De Atenção Psicossocial
CERIH – Central de Regulação de Internação Hospitalar
CRATOD- Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas.
OAB-Ordem dos Advogados do Brasil
HMIPV – Hospital Materno Infantil Presidente Vargas
HPA - Hospital Porto Alegre
HPB - Hospital Parque Belém
HPS – Hospital de Pronto Socorro
HSL - Hospital São Lucas
HVN – Hospital Vila Nova
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC FUC– Instituto de Cardiologia -Fundação Universitária de Cardiologia
ILP- Internação de Longa Permanência
MS – Ministério da Saúde
OAB - Ordem dos Advogados do Brasil
PGM – Procuradoria Geral do Município
PMPA – Prefeitura Municipal de Porto Alegre
PSF- Programa de Saúde da Família
PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
RAG – Relatório Anual de Gestão
RAP – Rede de Atenção Primária
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
RAS – Rede de Atenção à Saúde
SEI – Sistema Eletrônico de Informação
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
STF- Supremo Tribunal Federal
STJ-Superior Tribunal de Justiça
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS- Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	10
2	METODOLOGIA.....	14
2.1	Procedimentos Operacionais.....	14
2.2	Justificativa Metodológica.....	14
3	A DEPENDÊNCIA QUÍMICA E SUAS IMPLICAÇÕES SOCIAIS NA SAÚDE, NAS INTERVENÇÕES JUDICIAIS, NO TRATAMENTO E NAS INTERNAÇÕES COMPULSÓRIAS.....	16
3.1	Direitos Humanos e Direitos Fundamentais.....	18
3.1.1	Conceito e denominação.....	18
3.1.2	Características.....	21
3.1.3	Classificação.....	23
3.1.4	Direito à vida e dignidade da pessoa humana.....	24
3.1.5	Direito à saúde.....	25
3.2	Direito à Saúde e Sistema de Seguridade Social no Brasil.....	27
3.3	Teoria da Reserva do Possível.....	29
3.4	Drogas: conceitos e características.....	31
3.5	A Problemática das Drogas.....	32
3.6	Histórico das Políticas Públicas Voltadas aos Usuários de Álcool e Outras Drogas.....	34
3.7	As Drogas e a Criminalidade.....	41
3.8	A Justiça Terapêutica.....	42
3.8.1	Conceito e denominação.....	44
3.8.2	Origem e evolução histórica.....	45
3.8.3	Crimes relacionados.....	48
3.8.4	Condições de aplicabilidade do programa.....	49
3.8.5	Estatuto da Criança e do Adolescente.....	52
3.8.6	Sobre o Imputado.....	55
3.8.7	O tratamento.....	56
3.8.8	Vantagens.....	58
4	TRATAMENTO DA DEPENDENCIA QUIMICA E LEGISLACAO APLICAVEL.....	59
4.1	A lei de drogas (Lei 11.343/06).....	64
4.1.1	A nova legislação de tóxicos.....	65
4.2	Controle de entorpecentes e substancias que produzem dependencia fisica e psiquica e de precursores.....	72
4.3.1	A dependência química e as internações compulsórias.....	74
4.3.2	Como a Lei 10.216/2001 regula as internações psiquiátricas?.....	76
4.4	Pode o dependente químico ser internado contra a vontade?.....	80
4.5	A medida de segurança.....	86
5	DESCRIÇÃO DAS TECNOLOGIAS A SEREM AVALIADAS.....	91
6	AS POLITICAS PUBLICAS NA AREA DA SAUDE MENTAL EM PORTO ALEGRE.....	96
7	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	101
7.1	Apresentação dos dados.....	101
7.2	Caracterização das demandas judiciais.....	101
7.3	Dados apresentados pela Central de Regulação de Internações Hospitalares para internações em saúde mental.....	103
	REFERÊNCIAS.....	113
	APÊNDICE A – RELATÓRIO PROCESSOS JUDICIAIS – SAÚDE MENTAL.....	118

1. INTRODUÇÃO

A presente pesquisa parte de um estudo exploratório descritivo sobre o processo de judicialização na área da saúde mental, sobretudo nos casos que envolvem a dependência química pelo uso abusivo de álcool e drogas. A pesquisa investigou as perspectivas e características históricas a partir da literatura, analisou dados estatísticos acerca do problema, relacionando-os ao ordenamento jurídico brasileiro e o seu alcance nacional, bem como avaliou sua perspectiva a nível municipal, através da avaliação do cenário encontrado na Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Porto Alegre.

A dependência química é um dos fenômenos de mais difícil resolução, não só na atualidade, sendo também verificado ao longo da História da humanidade. Se por um lado existe a droga, do outro estão os avanços da ciência, a melhoria do sistema de ensino, o fortalecimento do papel familiar, a diminuição da pobreza, a inserção do dependente em atividades esportivas, lazer, trabalho, habitação, justiça e outros fatores da sociedade pós moderna. O tema por sua natureza sempre atual requer que seja discutido na perspectiva biopsicossocial. Neste contexto devendo ser avaliadas as questões como o tráfico, o fácil acesso às drogas, o desemprego e a violência, pois necessitam intervenções mais amplas e em diversas áreas da ciência.

O uso abusivo de substâncias psicoativas, de acordo com diversos estudos realizados até o momento, acarreta ou aflora inúmeras consequências negativas ao corpo humano, inclusive as chamadas comorbidades (doenças psiquiátricas associadas), como psicose, paranoia, esquizofrenia, manias, bipolaridade, entre outras. A consequência mais notória é a agressão ao sistema neurológico, provocando problemas cognitivos e, em alguns casos, oscilação de humor.

Há pouco tempo, o isolamento do doente mental em manicômios era a regra, afastando o problema dos olhos da sociedade. Com a luta antimanicomial, iniciada ao final do século XX e com o processo de humanização do sistema de saúde no Brasil, a internação passou a ser exceção. A regra preconizada, passa a ser possibilitar ao indivíduo acometido pela doença mental, um tratamento multidisciplinar e a reintegração do usuário de modo inclusivo em uma Rede de

Atenção Psicossocial (RAPS), estruturada em unidades de serviços comunitários e abertos.

A internação compulsória, pauta de diversas discussões em diversas cidades do país, vem ganhando destaque em todo o País, em razão das recentes iniciativas dos Estados de São Paulo e do Rio de Janeiro em relação àqueles que buscam ajuda e também em relação à opinião pública. Em São Paulo, foi assinado um termo de cooperação técnica, pelo qual se criou uma força-tarefa formada por profissionais de saúde, assistentes sociais, juízes, promotores de justiça, defensores e OAB, sediada no Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD).

Além de causar danos aos usuários, o consumo de drogas tem reflexos no sistema de saúde, como é possível verificar ao serem avaliados os números, entre 2005 e 2015, foram 604.965 internações provocadas pelo uso de substâncias psicoativas no Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde. (MS) Considerando dados de 2014, o país vem disponibilizando recursos na ordem de R\$ 7,76 bilhões a cada década, para custear o tratamento de quem consome entorpecentes. Se corrigido pelo IPCA, o valor seria equivalente hoje a R\$ 9,139 bilhões, gastos pelo Sistema Único de Saúde.

Em 2014, foram atendidos 62.229 mil usuários e disponibilizados R\$ 950,9 milhões com o tratamento e a manutenção de programas de prevenção ao uso de drogas no país. Desse montante, R\$ 798,3 milhões foram destinados a internações hospitalares e atendimentos ambulatoriais. Portanto, como tivemos 62.229 usuários atendidos, a média de gasto foi de R\$ 12,8 mil, por usuário.

Os R\$ 152,58 milhões restantes foram destinados a programas de prevenção e tratamento de doenças que podem estar associadas, potencialmente, devido ao uso de substâncias psicoativas, sejam elas consideradas lícitas ou ilícitas. Entre estas podemos destacar por exemplo os casos de HIV/AIDS, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais, que podem ser causadas pelo compartilhamento de seringas ou pela exposição a ambientes e condutas consideradas de risco.

Em 2015, foram registradas 53.530 internações motivadas pelo uso de drogas no país. Partindo destas considerações iniciais, surgem alguns questionamentos que foram desenvolvidos a partir do presente estudo.

Primeiramente, a privação da liberdade de ir e vir, através da internação compulsória, seria essencial para que se vislumbre alguma possibilidade de devolver dignidade ao conjunto de dependentes químicos, debilitados, inconscientes e largados à sua própria sorte nas ruas de muitas cidades do País?

Segundo, ao se sopesar o conflito entre os princípios, há que se falar em ofensa ao princípio da dignidade humana, quando nada resta de dignidade à situação dessas pessoas?

Terceiro, ao ser provocado, qual o papel do poder judiciário quando instado a interferir no problema?

A trajetória de exclusão social, provocada pelos tratamentos de dependência química no Brasil e a apresentação das formas atuais de tratamentos que objetivam a reinserção social do usuário, demonstram que o não cumprimento das políticas públicas sobre o assunto, aliado a fatores como as crenças irreais da população sobre uma forma milagrosa de cura, o desconhecimento sobre a legislação e as formas alternativas de tratamento, retroalimentam embora com novas roupagens, a segregação das pessoas que sofrem com a dependência química, permitindo internações desnecessárias, por ordem judicial e sem o devido processo legal, sendo este último, um dos fundamentos do Estado Democrático de Direito.

A Lei 10.216/2001 dispõe sobre as modalidades de internação (voluntária, involuntária e compulsória) e em todas há necessidade de prévia avaliação multidisciplinar e um laudo médico que justifique a internação.

No entanto, mesmo entre os psiquiatras e os profissionais de saúde, é grande a controvérsia sobre quando deve ou não ocorrer à internação forçada. Como regra geral, argumenta-se que ela somente seria indispensável e cabível, quando se evidenciar que os recursos extra hospitalares se mostraram insuficientes, ou quando o indivíduo apresente iminente risco à sua vida ou de terceiros (como, por exemplo, risco de suicídio, risco de auto ou heteroagressão, abortamento, portador de esquizofrenia ou outra doença psiquiátrica grave). Entretanto, mesmo aos favoráveis à medida extrema, uma questão ainda mais complexa exige reflexão.

A internação compulsória é eficaz?

Quando a realidade fática de cerca de 1% da população do Brasil, representada por mais de 2 milhões de usuários apresenta um cenário degradado e

insustentável, lançados na sarjeta à própria sorte, medidas como a internação compulsória ou involuntária podem ser plenamente adotadas dentro de um Estado de Direito em que todos são iguais perante a lei, garantidos o direito à vida e à liberdade? Há que se falar em medida higienista um dos pilares sustentados pelos críticos da política de internação à força, quando direitos como a vida, a saúde e a dignidade são constantemente aviltados, fundamentos constitucionais para que o Estado possa tomar medidas que protejam os cidadãos dependentes químicos?

Deve-se, então, ser a favor da internação compulsória?

A resposta não é simples e dependerá do debate, principalmente sobre qual o papel do Estado e quais as políticas públicas ganharão destaque para que se enfrente o problema, não devendo este ser norteado apenas no campo teórico. Portanto, somente diante do caso concreto, excepcionalmente e como último recurso, a internação deverá ser indicada como uma etapa necessária do processo de reabilitação do adicto.

A proposta do estudo justificou-se, visto que a trajetória de exclusão provocada pelos tratamentos de dependência química no Brasil e a apresentação das formas atuais de tratamentos que objetivam a reinserção social do usuário, demonstram que o não cumprimento da política pública sobre o assunto, o desconhecimento sobre a legislação e as formas alternativas de tratamento, retomam, com novas roupagens de retrocesso, as políticas de segregação das pessoas que sofrem com a dependência química, permitindo ainda que internações desnecessárias, por ordem judicial e sem o devido processo legal sejam uma prática encontrada em nossa sociedade.

O presente estudo buscou analisar, com base em nosso ordenamento jurídico, as formas possíveis de atuação do Poder Judiciário, através das internações compulsórias no País e analisar as formas de tratamento propostas como alternativas no sistema público de saúde, avaliar as demandas judiciais mais frequentes realizadas recentemente, junto a Secretaria de Saúde do Município de Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, na área da saúde mental.

Para alcançar o objetivo exposto acima, o estudo buscou:

- 1) Definir as especificidades do Poder judiciário e sua atuação na área de saúde mental.

2) Perceber se realmente o Poder Judiciário auxilia na diminuição do problema de saúde pública, tendo em vista os casos recorrentes ou redicivantes.

3) Analisar qual o papel desempenhado atualmente pelo Poder Judiciário, seu impacto na implementação e estruturação das políticas públicas implantadas pelo governo municipal de Porto Alegre, na área da saúde mental.

2 METODOLOGIA

2.1 Procedimentos Operacionais

Inicialmente pretendemos definir, com o apoio da bibliografia, os conceitos de dependência química e de internação compulsória, sua evolução histórica, e como se relacionava com os outros campos do direito. Também pretendemos observar a existência de um poder normativo do Direito em âmbito nacional.

Após, iremos analisar as interferências do Poder Judiciário, através da análise da legislação, percebendo suas implicações jurídicas, ao longo do tempo, tendo no horizonte que essas interferências podem ocasionar impactos nas políticas públicas da saúde.

É importante ressaltar que o presente estudo busca ressaltar as questões pertinentes à análise da História do tempo presente, que vem sendo objeto de reflexão de pesquisadores que trabalham com assuntos atuais, ou de processos históricos que ainda possuem reflexos interagindo no presente.

Para o desenvolvimento do estudo, as fontes primárias preferenciais são a Legislação Brasileira, a bibliografia e os dados estatísticos referentes à internações, ocorridas no Brasil e na cidade de Porto Alegre, tendo como espaço temporal as internações ocorridas a partir da última década até os dias atuais e que podem demonstrar a relação do judiciário com as políticas de saúde públicas relacionadas à saúde mental. A análise destas fontes também poderá contribuir para uma compreensão mais eficaz no que diz respeito ao custo econômico efetivo e seus impactos no total de recursos disponíveis à saúde.

2.2 Justificativa Metodológica

A importância da revisão da literatura ocorre na medida em que os marcos teóricos desenvolvidos historicamente servem como balizadores das práticas de

uma determinada sociedade e/ou determinados grupos sociais, possibilitando que se realizem comparações entre os registros bibliográficos, que podem apontar as divergências ou os pontos em comum existentes entre eles.

Considerando que todo trabalho de natureza científica parte de uma revisão do “estado da arte” em qualquer disciplina, vale dizer, das contribuições dos autores consagrados nos diversos temas, entende-se que o exame crítico da doutrina só se justificará caso o TCC tenha caráter científico, isto é, não consista de uma simples compilação de doutrinadores. Como explicam Henriques e Medeiros:

“Toda teoria pode, em algum momento, ser questionada e uma nova ser proposta. Nesse sentido, a ciência nunca é definida; está sempre revendo seus posicionamentos, refazendo sua compreensão e explicação da realidade. Ora, para reformular teorias, propor novas, é preciso conhecer as que já existem. Por isso, a necessidade de revisão da bibliografia que existe.”¹

Assim, num trabalho de natureza científica, a revisão da bibliografia especializada tem como função não tanto uma demonstração de “erudição” do autor do projeto, mas, antes de tudo, a própria justificativa da pesquisa que se tem em vista. O exame da doutrina demonstra a relevância do tema que se quer estudar, as formas e métodos como tradicionalmente são abordadas e pesquisadas, as fontes usuais de informações e não menos importante, a identificação de respostas insuficientes para os problemas que a pesquisa se propõe responder. Ainda conforme Henrique e Medeiros:

“A revisão da literatura constitui parte relevante de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), assim como o é de qualquer outro tipo de monografia. Ela faz parte do desenvolvimento do texto e envolve as obras já publicadas, as teorias existentes sobre o fenômeno objeto de estudo. A literatura da área fundamenta a investigação e é ela que fornece hipóteses, variáveis, problemas a serem resolvidos.”¹

¹ HENRIQUES, Antonio; MEDEIROS, João Bosco. **Monografia no curso de direito**. 7ª. Ed. São Paulo: Atlas, 2010.

3 A DEPENDÊNCIA QUÍMICA E SUAS IMPLICAÇÕES SOCIAIS NA SAÚDE, NAS INTERVENÇÕES JUDICIAIS, NO TRATAMENTO E NAS INTERNAÇÕES COMPULSÓRIAS

O uso abusivo de substâncias psicoativas, ou drogas que alteram o estado mental acompanha a história do ser humano. Utilizadas muitas vezes por razões religiosas, culturais, recreativas, como forma de enfrentamento de problemas pessoais e sociais, para transgredir ou transcender, enfim, o ser humano sempre usou substâncias psicoativas e sempre usará, sendo utópico se pensar em uma sociedade sem que isto ocorra. Porém, essa relação do indivíduo com a droga pode, dependendo do contexto, ser inofensiva ou apresentar poucos riscos, como também pode trazer prejuízos biológicos, psicológicos e sociais.

A relação entre o usuário de droga e a substância psicoativa, vai desde o seu uso socialmente aceito, passando pelo uso problemático ou abusivo de drogas, em que, embora o usuário não apresente nenhum grau de dependência, pode apresentar problemas decorrentes do seu consumo reiterado, até que se instale a dependência, cujo diagnóstico é multifatorial, incluindo a compulsão até o abandono das atividades sociais, a perda da auto estima e do convívio familiar.

Assim, recomenda-se que a determinação da dependência química deva ser realizada de acordo com os padrões médicos aceitos internacionalmente, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), e de acordo com o Tratado de Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da assistência à Saúde Mental, sendo que nunca devem ser apontados como fatores determinantes para o diagnóstico de um transtorno mental: os conflitos familiares ou profissionais, a não conformidade com valores morais, sociais, culturais, políticos ou religiosos da comunidade da pessoa, ou uma história de tratamento anterior ou uma hospitalização como usuário, de forma isolada.

Deste modo, o diagnóstico é importante para a escolha da estratégia de enfrentamento.

Ao longo das últimas décadas, em função da complexificação das sociedades modernas, do sufrágio universal e da oferta de políticas sociais, a noção de cidadania tem sido alvo de intensos debates, em especial quanto às suas dimensões social e política, tendo como pressuposto a ideia de que os indivíduos são iguais

perante a lei e, por isso, gozam dos mesmos direitos. A necessidade de se incorporar o enquadramento plural próprio desse contexto, pautado sobretudo pelo reconhecimento das diferenças, exigiu dos juristas, sociólogos e historiadores o esforço de expansão de suas fronteiras teóricas.²

A partir desta realidade, intensificou-se o debate acerca dos direitos diretamente associados à condição de cidadão, com especial atenção à dimensão do acesso substantivo à Justiça. No Brasil, essa questão foi objeto de intenso debate a partir dos anos de 1980, quando o tema da democratização do Poder Judiciário foi incorporado à pauta de advogados, juízes, organizações de assistência jurídica e de direitos humanos, acadêmicos bem como no campo político. Partia-se do diagnóstico, ainda válido para os dias de hoje, de que as condições de acesso e utilização dos serviços judiciários são desigualmente distribuídas entre a população. Essas diferenças se devem a um conjunto de desníveis sociais, com destaque àquelas de ordem socioeconômica, de gênero e territorial³, que estruturam as dificuldades de acesso à Justiça no país.

O processo de democratização das instituições de justiça não se limita ao plano interno, dizendo respeito também à capacidade em estabelecer um diálogo amplo, aberto e em sintonia com as instâncias representativas da sociedade civil. Nesse sentido, a atuação e participação social se mostram extremamente necessárias para a ampliação do conteúdo das normas aproximando-as das demandas populares e plurais. Como informa Vera Karam Chueiri⁴, “importa perguntar não como e quando e por quem as normas constitucionais foram feitas, mas o que elas significam e, o que elas significam, depende da interpretação que delas se faça”.

A conclusão apresenta uma síntese dos principais resultados alcançados no trabalho, demonstrando seus méritos e as contribuições para a compreensão do objeto de pesquisa.

Nesta seção também devem ser apresentadas as perspectivas com base nos resultados alcançados.

²AÑÓN, Maria José. **Igualdad, diferencias y desigualdades**. México: Biblioteca de Ética, Filosofía del Derecho y Política, 2001.

³SOUZA, Jesse. **A invisibilidade da desigualdade brasileira**. Belo Horizonte: UFMG, 2006.

⁴CHUEIRI, Vera Karam de. **A Constituição brasileira de 1988: entre constitucionalismo e democracia**. 2008.

3.1 Direitos Humanos e Direitos Fundamentais

Faz-se importante, para um melhor desenvolvimento do tema, abordar de forma geral, o ordenamento jurídico pátrio e a noção básica acerca dos direitos fundamentais, do Sistema Punitivo Brasileiro e dos efeitos nocivos das drogas ao indivíduo e á sociedade.

Iniciamos aqui o estudo dos direitos fundamentais do homem, expressão essa que, na atual Constituição Federal, abrange direitos individuais, políticos e sociais, sem os quais o homem não se realiza de maneira plena.

Ademais, direitos fundamentais como direito à saúde e direito à vida são bases fundamentais, voltados à garantia da dignidade da pessoa humana, sem as quais, por exemplo, programas como o da Justiça Terapêutica, tema desenvolvido no decorrer deste estudo, não teriam espaço nem sentido, já que é um programa que visa amenizar dois graves males sociais, o uso indevido de drogas e a incidência criminosa.

3.1.1 Conceito e denominação

Os direitos fundamentais, oriundos de uma evolução histórica marcada pela publicação da Carta Magna na Inglaterra, em 1215 e da Declaração Universal dos Direitos do Homem, pela ONU em 1948, e ainda pelo advento do Cristianismo que fez aflorar nas pessoas as ideias de liberdade e igualdade, fruto da revolução burguesa podem ser definidos de maneira precisa nas palavras de José Afonso da Silva:

“Direitos Fundamentais podem ser conceituados como o conjunto de princípios que resumem a concepção do mundo e informam a ideologia política de cada ordenamento jurídico, e reservado para designar, no nível do direito positivo, aquelas prerrogativas e instituições que ele concretiza em garantias de uma convivência digna”.⁵

Resumidamente, os direitos fundamentais são prerrogativas necessárias para que o indivíduo viva de maneira justa e livre, envolvido em uma redoma de garantias

⁵ SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 20. ed. rev. e atual. São Paulo: Malheiros, 2002. p. 182.

que devem ser realizados pelo Estado, sem que seja prejudicado por outro indivíduo ou pelo poder coercitivo do ente estatal.

Assim, de maneira bastante clara e precisa explica Luiz David Araújo:

“São Direitos Indisponíveis à pessoa humana, necessárias para assegurar à todos uma existência digna, livre e igual, onde estão reunidos direitos de defesa do indivíduo perante o Estado, os direitos políticos, os relativos a nacionalidade, os direitos sociais, dentre outros que possam ser considerados como tais”.⁶

A Constituição Federal de 1988 adotou os Direitos Fundamentais e traduziu um desdobramento necessário na concepção de Estado acolhido em seu art. 1º: Estado Democrático de Direito.

Os Direitos Humanos e os Direitos Fundamentais, apesar de terem uma essência doutrinária bastante próxima, não são a mesma coisa e desta forma se diferenciam, “... o termo direito fundamental se aplica para aqueles direitos do ser humano reconhecido e positivados na esfera do direito constitucional positivo de determinado Estado, ao passo que a expressão direitos humanos guardaria relação com os documentos de direito internacional,... independentemente de sua vinculação com determinada ordem constitucional... de tal sorte que revelam um inequívoco caráter supranacional” SARLET (2005, pg. 35).

Os direitos fundamentais são, portanto, os direitos humanos positivados no ordenamento jurídico de um país ou território, expressão a adesão, por um Estado ou Nação, aos princípios norteadores que balizam a concepção de direitos humanos no mundo ocidental.

O histórico da construção de tal concepção é longo e foi marcado por diferentes momentos históricos. Os direitos fundamentais, tal como citado acima, são referidos de forma direta nas primeiras Declarações de Direito, inicialmente a partir da Magna Carta Inglesa, de 1215. Entretanto, é a partir do final do Século XVIII que importantes documentos surgem demonstrando a valoração social de certos princípios que foram expressos principalmente na Declaração de Virgínia, nos Estados Unidos da América, em 1776; na Declaração dos Direitos do Homem e do

⁶ ARAUJO, Luis Alberto David; NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. **Curso de direito constitucional**. 5. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2001. p. 79

Cidadão, decorrente da Revolução Francesa, em 1789, na França; e na Declaração Norte-Americana, de 1791. Sendo estes portanto, marcos históricos fundamentais para o estudo do tema.

Tais documentos sintetizam a evolução da concepção da existência de um caráter natural ou fundamentalmente humano de certos direitos, base da corrente epistemológico-jurídica jusnaturalista, para a qual existe um grupo de direitos inerentes a condição humana. O direito natural seria imanente à natureza humana, independentemente do legislador, pois constituído pela lei natural (*lex naturalis*), imutável em seus princípios (DINIZ, 2009).

A ideia subjacente à afirmação dos direitos e deveres individuais foi a de converter os chamados direitos do homem, situados no plano do direito natural, em direitos fundamentais, institucionalizados juridicamente e constituindo direito objetivamente vigente. Tal positivação, que marca o surgimento do Estado Constitucional, explicita o dever de todos e do próprio Estado de assegurar o bem-estar de seus cidadãos, tendo como um de seus princípios fundamentais, a Dignidade da Pessoa Humana.

Para Canotilho (1993), um “topos do constitucionalismo foi sempre o da consideração dos direitos do homem como *ratio essendi*⁷ do Estado Constitucional”. Assim, esses direitos, ao serem constitucionalmente reconhecidos, possuíam uma “dimensão projetiva de comensuração universal”. O autor considerava que, além de apontarem para a “realização progressiva do homem num mundo progressivamente melhor”, os direitos do homem forneciam um valor universal para se distinguir entre Estado Constitucional e Estado não Constitucional.

Sendo assim, os direitos fundamentais passaram a integrar o próprio conceito de Constituição. A carta primeira e considerada a mais importante, a Declaração de Direitos do Homem e do Cidadão explicita um contorno universalizante, baseado nas ideias dos filósofos iluministas. Cabe aqui fazer referência ao Artigo 16 de tal Declaração que nos diz “Toute société dans laquelle la garantie des droits n’est pas assurée, ni la séparation des pouvoirs déterminée, n’a point de constitution.”

De acordo com SARLET (2006), referindo-se a Constituição brasileira, ressalta que esta:

⁷ Teoria da absoluta dependência, levando a ilicitude para o campo da tipicidade.

“... foi a primeira na história do constitucionalismo pátrio a prever um título próprio destinado aos princípios fundamentais, situado, em manifesta homenagem ao especial significado e função destes, na parte inaugural do texto, logo após o preâmbulo e antes dos direitos fundamentais”. O constituinte de 1988 não incluiu a dignidade da pessoa humana no rol de direitos e garantias fundamentais, mas sim a guindou à condição de princípio fundamental da Constituição, ao lado da soberania nacional, da cidadania e dos valores sociais do trabalho e da livre iniciativa”.

Por outro lado, conforme a Carta Constitucional Brasileira em seu artigo 1º:

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

I – a soberania

II - a cidadania;

III - a dignidade da pessoa humana;

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

V - o pluralismo político.

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

Assim, sendo considerada como princípio constituinte fundante, a dignidade da pessoa humana, como expressão do direito natural humano, perpassa toda a normativa constitucional brasileira e deve servir de guia a toda e qualquer previsão ou restrição normativa constitucional sendo, portanto, recepcionada e irradiada na previsão do direito à saúde.

3.1.2 Características

Os Direitos Fundamentais desenvolveram-se à sombra das concepções jusnaturalistas dos direitos do homem, como já referimos acima, de onde deriva a tese de que tais direitos são inatos, absolutos, invioláveis e imprescritíveis.

Entretanto, ainda é possível reconhecer outros caracteres desses direitos, como os descritos abaixo⁸.

a) historicidade: os direitos são criados em um contexto histórico, e quando colocados na Constituição se tornam Direitos Fundamentais tendo sua classificação feita levando-se em conta as gerações de aparecimento de cada um deles;

b) universalidade: os Direitos Fundamentais são dirigidos a todo ser humano em geral sem restrições, independentemente de sua raça, credo, nacionalidade ou convicção política;

c) concorrência: podem ser exercidos vários Direitos Fundamentais ao mesmo tempo, mesmo porque a multiplicidade do seu uso é indispensável a uma vida digna;

d) irrenunciabilidade: os direitos fundamentais são irrenunciáveis, pois nenhum ser humano pode abrir mão de possuí-los, gerando prejuízos a si mesmo;

e) limitabilidade: não são absolutos, podem ser limitados sempre que houver uma hipótese de colisão entre eles mesmos, ou seja, um direito fundamental pode ser limitado por outro direito fundamental, devendo, nestes casos, ser feita uma ponderação de valores, no caso concreto, para saber qual deve prevalecer;

f) inalienabilidade: esses direitos são intransferíveis e inegociáveis, são bens jurídicos, em regra, indisponíveis;

g) imprescritibilidade: os Direitos Fundamentais não prescrevem, ou seja, não se perdem com o decurso do tempo. São permanentes, devido à importância peculiar que possuem.

h) Inviolabilidade: os direitos de outrem não podem ser desrespeitados por nenhuma autoridade ou lei infraconstitucional, sob pena de responsabilização civil, penal ou administrativa;

⁸ GIACOMINI, Eduarda. A Justiça Terapêutica como alternativa ao Sistema Penal Brasileiro. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XII, n. 62, mar 2009. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=5978

3.1.3 Classificação

Encontramos inúmeras classificações acerca dos Direitos Fundamentais, sob os mais variados critérios. Os direitos fundamentais podem ser classificados em diferentes gerações, levando-se em conta o processo de evolução histórica.

Embora ainda minoritária, uma boa parte da doutrina vem falando no termo "dimensões", alegando ser este mais adequado por se tratar de direitos distintos em conteúdo, não importando o momento de aparecimento e o contexto histórico.

Assim, de forma breve, em acordo com o critério que agrupa os direitos e com base em seus conteúdos, temos o seguinte⁹.

Os direitos fundamentais de primeira geração são os direitos individuais, entre eles o de liberdade; marcados por uma não intervenção do Estado nas relações particulares, que reconheceu a autonomia dos particulares, garantindo iniciativa e independência dos indivíduos diante dos demais membros da sociedade política e do Estado.

Os direitos de segunda geração são os direitos sociais, que ganharam regulamentação a partir do momento em que o Estado passou a intervir na economia, visando proteger as pessoas, garantindo condições essenciais de vida, como a saúde e a educação. São direitos sociais, econômicos e sociais de uma coletividade.

Os direitos sociais significam uma prestação positiva, "um fazer" do Estado em prol dos menos favorecidos pela ordem social e econômica. Estes direitos surgiram, sobretudo, em razão das revoltas de uma nova classe, a dos trabalhadores.

Os direitos de terceira geração são os direitos de solidariedade ou fraternidade, voltados para a proteção de direitos coletivos e difusos, ou direitos transindividuais, como a proteção ao meio ambiente, à paz, ao desenvolvimento, à comunicação e ao patrimônio comum da humanidade; tais direitos ganharam vida com a massificação populacional.

⁹ Lima, George Marmelstein. Críticas à teoria das gerações dos direitos fundamentais. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=4666>. Acessado em: 28.10.2017

Alguns doutrinadores, dentre estes Paulo Bonavides¹⁰, falam em direitos de quarta geração, advindos do processo de globalização, como o direito à democracia, à informação e ao pluralismo, classificando-os como direitos de toda a humanidade.

A expressão "geração de direitos", longe de ser unanimidade, tem sofrido várias críticas da doutrina nacional e estrangeira. Estas críticas decorrem do entendimento de que o uso do termo "geração" pode dar a falsa impressão da substituição gradativa de uma geração por outra, o que é considerado um erro, visto que, os direitos de liberdade não desaparecem ou não deveriam desaparecer quando surgem os direitos sociais, por exemplo. O processo é de acumulação destes direitos e não de sucessão de uns por outros.

3.1.4 Direito à vida e dignidade da pessoa humana

O direito à vida é o mais importante dos direitos fundamentais, pois dele derivam diversos outros direitos, voltados para a sua proteção.

José Afonso da Silva, citando Jacques Robert, ensina que:

“O respeito à vida humana é a um tempo uma das maiores ideias de nossa civilização e o princípio da moral médica. Ninguém terá direito de dispor da própria vida, a fortiori da do outrem e, até o presente momento, o feto é considerado um ser humano”.¹¹

Ademais, a direito à vida é o direito a existência do ser humano, como se refere José Afonso da Silva:

“Consiste no direito de estar vivo, de lutar pelo viver, de defender a própria vida, de permanecer vivo. É o direito de não ter interrompido o processo vital senão pela morte espontânea e inevitável”¹².

Além disso, não basta estar vivo. O homem precisa de dignidade em sua existência, onde todos tenham direito de viver de maneira digna, sem que seus direitos sejam desrespeitados tendo garantido as suas necessidades vitais básicas.

¹⁰ BONAVIDES, Paulo. Curso de Direito Constitucional. 12ª ed. São Paulo: Malheiros, 2002, p.200/205.

¹¹ SILVA, José Afonso da. Curso de direito constitucional positivo. 20. ed. rev. e atual. São Paulo: Malheiros, 2002. p. 201.

¹² Ibid, p. 201.

Esses direitos estão inseridos no artigo 5º da Constituição Federal, o que mostra que o Estado tem o dever de atuar efetivamente para garantir tais direitos aos cidadãos.

Como já foi citado acima, derivam do direito à vida uma série de outros, como o direito à saúde, pois a manutenção da saúde é essencial para a manutenção da vida.

Desta forma, o estabelecimento de programas sociais, voltados à garantirem a implementação dos comandos constitucionais, ajuda a minimizar uma mazela social e permitem que muitas pessoas restabeleçam uma vida digna.

Outra forma de implementação destes direitos, pode ser visualizado no Programa da Justiça Terapêutica, que será abordado mais adiante neste estudo, pois faz exatamente isto quando se preocupa com a reabilitação de infratores envolvidos com drogas. É a mais pura e efetiva atuação do Estado em prol do interesse público e do princípio da dignidade da pessoa humana, uma vez que a dependência química é uma doença séria que pode acarretar prejuízos sociais e individuais irreversíveis.

3.1.5 Direito à saúde

Direito à vida e à saúde estão diretamente relacionados, uma vez que o direito à saúde é indispensável para o exercício do direito à vida.

A Constituição Federal assegura o direito à saúde quando em seu artigo 196 dispõe que é dever do Estado garantir efetivamente a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Embora o mandamento constitucional seja bastante claro, não é possível afirmar que o Estado Brasileiro atue de maneira efetiva no que diz respeito à proteção da saúde, muito pelo contrário ainda há um longo caminho a ser percorrido para se alcançar este objetivo, basta andar pelas ruas, olhar os noticiários e ler nos jornais diários para se perceber a quase que inacreditável má qualidade de vida que leva a grande parte da população brasileira.

Assim, bem define o conceito de saúde Germano Schwartz quando diz:

“O direito à saúde integra o conceito de qualidade de vida, porque as pessoas em bom estado de saúde não são as que recebem bons

cuidados médicos, mas sim aquelas que moram em casas salubres, comem uma comida sadia, em um meio que lhes permite dar à luz, trabalhar e morrer”¹³.

Mas, voltando para o lado das drogas, tema central deste estudo, podemos afirmar que o consumo de drogas, como será visto mais à frente, pode constituir uma grave enfermidade, principalmente se verificado o quadro clínico de “síndrome de dependência química”.

A dependência é a necessidade física ou psíquica da substância psicoativa, que, pelo uso continuado, leva ao hábito.

“O dependente caracteriza-se por não conseguir controlar o consumo de drogas, agindo de forma impulsiva e repetitiva. Para compreendermos melhor a dependência, vamos analisar as duas formas principais em que ela se apresenta: a física e a psicológica.

A dependência física caracteriza-se pela presença de sintomas e sinais físicos que aparecem quando o indivíduo para de tomar a droga ou diminui bruscamente o seu uso: é a síndrome de abstinência. Os sinais e sintomas de abstinência dependem do tipo de substância utilizada e aparecem algumas horas ou dias depois que ela foi consumida pela última vez.

Já a dependência psicológica corresponde a um estado de mal-estar e desconforto que surge quando o dependente interrompe o uso de uma droga. Os sintomas mais comuns são ansiedade, sensação de vazio, dificuldade de concentração, mas que podem variar de pessoa para pessoa”.¹⁴

Ao buscar a garantia ao direito a vida e a saúde, portanto não podemos excluir a abordagem ao tema da dependência química, já que se constitui de uma doença, passível de tratamento, tendo em vista os seus efeitos maléficos e a incapacidade que o dependente tem de largar o vício.

¹³ SCHWARTZ, Germano. Direito à saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica. Porto Alegre: Editora Livraria do Advogado, 2001. p. 36.

¹⁴ Este é o conceito fornecido pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), da Escola Paulista de Medicina.

O uso de drogas gera ao infrator problemas multidisciplinares, uma vez que afeta a saúde física e mental, afeta a vida de relação família e trabalho/escola, e ainda gera problemas de questões legais.

Desse modo, entendendo-se o consumo de drogas como uma doença, por ser prejudicial ao indivíduo, como já foi dito, tem-se que o Estado, agindo efetivamente em garantia do direito à saúde, deve instituir programas sociais de tratamento aos usuários.

A legislação brasileira já prevê este tratamento, como ocorre na Lei de Tóxicos, não é suficiente usar somente os recursos da lei penal (mecanismos do direito), para resolver delitos cujo fator predisponente para sua prática seja o uso e abuso de drogas.

O Direito deve se unir à Saúde. O Direito aliado à Saúde provoca uma solução de continuidade nesse binômio droga crime que é interminável até então.

Em conjunto ao seu objetivo de alternativa penal, o programa da Justiça Terapêutica também tem por finalidade oportunizar ao usuário de drogas o devido tratamento à sua enfermidade, portanto, pode-se dizer que ela garante a saúde do usuário de drogas, uma vez que se preocupa além daqueles que são pegos usando droga, portando ou comercializando, mas também com aqueles que praticaram crimes antecedente ou conseqüente ao uso.

3.2 Direito à Saúde e Sistema de Seguridade Social no Brasil

No que diz respeito ao direito à saúde, este constitui um direito humano, que ao ser positivado na carta constitucional brasileira, assumiu contornos de direito fundamental, concebido desde uma perspectiva integradora e harmônica dos direitos individuais e sociais como mencionamos anteriormente. Portanto, o direito à saúde adentra em um rol de prestações que para sua execução devem considerar não somente a dimensão subjetiva de um direito individual, mas também a dimensão coletiva e global deste.¹⁵

¹⁵ RÉ, Mônica Campos de. Direito à Saúde: Critérios para a tomada de decisões judiciais. Disponível em http://www.anpr.org.br/portal/components/com_anpronline/media/ARTIGO_MonicaRe_Direitoasaude_1.pdf. Acesso em 13 de Outubro de 2017.

O direito à saúde exclui qualquer outra norma que se mostre prejudicial a sua tutela jurídica. Neste contexto, sua execução é regulada pela Política Nacional de Saúde sendo exercido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) que, após a Constituição de 1988, passou a integrar o Sistema de Seguridade Social brasileiro, que se sustenta sobre o tripé: Saúde (benefício não contributivo), Assistência Social (benefício não contributivo) e Previdência Social (benefício contributivo). A Proteção Social trata-se, portanto, de direito do cidadão e dever do Estado na garantia da segurança à sobrevivência, de acolhida e de convívio ou vivência familiar. Segundo a Carta Magna, o financiamento da Seguridade Social deve ser de responsabilidade toda a sociedade, de forma direta ou indireta.

Quanto à política pública de saúde, a legislação infraconstitucional que regulamenta o SUS¹⁶ infere ser esta direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. O SUS constitui, portanto, o modelo oficial público de atenção à saúde em todo o país, sendo um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e o único a garantir assistência integral e totalmente gratuita para a totalidade da população.

As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único organizado sobre as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade, sendo este último efetuado através dos Conselhos e Conferências de Saúde. O financiamento do SUS é responsabilidade dos três níveis de governo, federal, estadual e municipal. A direção do sistema é única, sendo exercida em âmbito nacional pelo Ministério da Saúde; em âmbito estadual e no Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente e, no âmbito municipal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Passo significativo na direção do cumprimento da definição constitucional de construção do Sistema Único de Saúde foi a publicação do Decreto no 99.060, de 07 de março de 1990, que transferiu o INAMPS¹⁷, do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde.

Em 27 de Julho de 1993, quase três anos após a promulgação da Lei 8.080, que instituiu e regulamentou o SUS, o INAMPS foi extinto através da Lei 8.689,

¹⁶ SUS- Sistema Único de Saúde, Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990.

¹⁷ Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

sendo suas funções, competências, atividades e atribuições absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal do SUS.

A municipalização da saúde, estabelecida na Constituição Federal e na Lei Federal 8080, compreende dois aspectos: a habilitação dos municípios para assumirem a responsabilidade total pela gestão do sistema de saúde em seu território, e a descentralização da gerência das ações e serviços de saúde para os municípios. Com a municipalização da saúde, o poder público municipal passa a ser o responsável imediato, porém não o único, pelas necessidades de saúde de seus munícipes. A municipalização da saúde, todavia, não exime as demais instâncias dos poderes públicos (União, Estados e Distrito Federal) e a sociedade da corresponsabilidade pela saúde.

3.3 Teoria da Reserva do Possível

Ao abordarmos o tema da Teoria da Reserva do Possível, vimos que esta é contemporânea, originária da jurisprudência alemã e basicamente defende que os direitos previstos em norma constitucional só podem ser efetivamente garantidos quando há recursos públicos disponíveis para tal prestação. Conforme já nos diz sua origem, jurisprudencial, podemos depreender que não se trata de lei maior, construída dentro dos trâmites legitimados pelo sistema democrático brasileiro.

Segundo LIMA (2000) “o conceito de reserva do possível é uma construção da doutrina alemã que coloca, basicamente, que os direitos já previstos só podem ser garantidos quando há recursos públicos”. A ideia subjacente é a de que os indivíduos não têm direito subjetivo frente ao Estado senão nos limites da razoabilidade. Portanto, tal princípio funcionaria como regulador da possibilidade e extensão da atuação prestacional estatal em se tratando de direitos fundamentais sociais. Incluindo-se aqui o direito à saúde.

O entendimento de que por se tratarem de direitos sociais, portanto, garantidos a todos, há de se considerar o quanto de razoabilidade há entre uma demanda de prestação objetiva individual e os interesses maiores de uma sociedade. No Brasil ouve-se dizer popularmente que esta seria a “teoria do cobertor curto”, tendo em vista a impossibilidade do Estado em suprir algumas necessidades em função da falta de recursos para outras áreas. O referido princípio põe em xeque o próprio conceito dos direitos sociais uma vez que propõe que previsões

prestativas, mesmo constitucionais, só poderão alcançar sua real efetividade dentro de um contexto favorável e imprescindível à sua realização. O princípio apoia-se na ideia de que não é possível exigir-se algo que não tem condições de ser cumprido: “Ad impossibilia nemo tenetur”, já proferia o antigo direito romano (OLIVEIRA NETTO, 2005; MEIRA, 1983).

A Teoria da Reserva do Possível, valoriza princípios fundamentais e questões-chaves da economia, tais como equidade, justiça distributiva e limitação de recursos para demandas sociais infinitas, para além da principiologia dos direitos humanos, visando à eficácia destes.¹⁸

O uso da Teoria da Reserva do Possível na prática jurisdicional, para outros autores, entretanto, pode constituir mais um obstáculo para efetivação dos direitos fundamentais. Sendo assim, segundo MARMELSTEIN (2008) apesar de a teoria da reserva do possível ser dotada de boa porção de racionalidade lógica, ela acaba por ser utilizada de forma banalizada no discurso do Poder Público quando se defende em juízo, sem que o Estado apresente os devidos elementos concretos a respeito da referida impossibilidade financeira de cumprir a decisão judicial. Para o autor, as alegações de negativa de efetivação de um direito econômico, social e cultural com base no argumento da reserva do possível devem ser sempre acompanhadas da devida prova legal que as sustentem, pois caberia ao Poder Público o ônus da prova, restando então obrigado a trazer aos autos as referidas planilhas financeiras, extratos de contas bancárias, e demais informações que entender adequadas, como meio de prova da incapacidade a obrigação, pois, as peças orçamentárias de um estado, ou de um município por exemplo, podem expressar as decisões políticas acerca do grau de concretização dos direitos previstos na Constituição Federal. ou seja, “A decisão política já vem inserta no documento solene de previsão de despesas”.¹⁹

De acordo com MÂNICA (2007), no que tange ao exame da definição de políticas públicas e da escolha das prioridades orçamentárias, a doutrina tende a defender a não intervenção material do Poder Judiciário, já que se trata de atividade discricionária do administrador, tanto no momento da elaboração das leis orçamentárias, cuja iniciativa, no Brasil, é privativa do Poder Executivo, quanto no

¹⁸ RÉ, 2010; ROSSETTI, 2008.

¹⁹OLIVEIRA, 2006, pg. 405.

momento da execução do orçamento. Para o autor, a intervenção do Judiciário na implementação de políticas públicas e a forma que tal intervenção deva ser efetuada é matéria controversa, mas quando essa intervenção ocorrer no que tange a direitos fundamentais a possibilidade de intervenção do Poder Judiciário na implementação de políticas públicas é aceita e se trataria de respeito à Constituição. Pois é “evidente que não se inclui na órbita da competência do Poder Judiciário a estipulação nem a fixação de políticas públicas. No entanto, não se pode omitir quando o governo deixa de cumprir a determinação constitucional na forma fixada. A omissão do governo atenta, portanto, contra os direitos fundamentais e, em tal caso, seria cabível a interferência do Judiciário, não para ditar política pública, mas com o intuito de preservar e garantir os direitos constitucionais lesados”²⁰.

Observa-se que o tema é amplo e envolve inúmeras outras áreas, tais como economia e a administração, além disso também se constitui em um dilema ético tanto na área da saúde especificamente, quanto na área dos mínimos sociais.

3.4 Drogas: conceitos e características

Substância psicoativa é qualquer tipo de substância que a pessoa utiliza, por qualquer que seja a via de administração que, ao atingir o sistema nervoso central, é capaz de alterar o humor, a consciência, as sensações, o modo de percepção, a cognição e a função cerebral de um modo geral.

Em uma ampla classificação, podemos congregas as drogas em 3 grandes grupos: depressoras (que diminuem a atividade mental, fazendo o cérebro trabalhar de forma mais lenta, como o álcool, os solventes, a morfina), estimulantes (aquelas que fazem o cérebro trabalhar de modo mais acelerado, como a cocaína, a anfetamina, tabaco) e alucinógenas (que provocam alteração da percepção do usuário, e um desordenamento do cérebro, fazendo-o funcionar de modo delirante, como a maconha).

Como bem ensina Delton Croce:

“Drogas tóxicas são substâncias químicas naturais ou sintéticas, que têm a faculdade de agir sobre o sistema nervoso central, com tendência ao tropismo pelo cérebro que comanda o corpo, alterando

²⁰ Loc.Cit., OLIVEIRA, 2006, pg. 405.

a normalidade mental ou psíquica, desequilibrando a conduta e a personalidade”.²¹

Isso mostra algumas alterações que as drogas ocasionam ao organismo. As drogas agem de maneiras variadas no sistema nervoso central e provocam diferentes efeitos no organismo.

O neurotoxicólogo George Ricaurte, da Universidade Jonh Hopkins, em Baltimore – EUA, afirma que:

“O cérebro controla o corpo, os pensamentos e os sentimentos. As drogas interferem no seu funcionamento. As drogas alteram ou usurpam a função das moléculas neurotransmissoras. Elas distorcem as mensagens entre as células. O seu uso pode levar a alucinação, mudanças de humor e euforia”.²²

3.5 A Problemática das Drogas

Faz-se importante para um melhor entendimento do tema, uma sucinta abordagem sobre substâncias entorpecentes e dependência química, utilizando-se de conceitos médicos, a fim de que se conheça mais sobre as consequências de seu uso.

Em primeiro lugar, faz-se necessário destacar que, de acordo com o artigo 3º da antiga Lei de Tóxicos²³, substâncias entorpecentes ou capazes de determinar dependência física ou psíquica são aquelas devidamente especificadas em lei ou relacionadas pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, do Ministério da Saúde.

De acordo com a Secretaria Nacional Anti Drogas (SENAD)²⁴, as drogas são as substâncias capazes de alterar as sensações e o estado emocional de seu usuário, variando estas de acordo com as características das pessoas, a droga utilizada, a quantidade, a frequência de uso, etc.

²¹ CROCE, Delton; CROCE JÚNIOR, Delton. Manual de medicina legal. 4. Ed.rev. e ampliada. São Paulo: Saraiva, 1998. p. 546.

²² REVISTA SUPER INTERESSANTE. Ecstasy, o que os novos estudos revelam sobre a droga do momento. 09. Setembro de 2000. p. 54 e 55.

²³ Lei nº. 6.368/76

²⁴ PORTAL DA SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICA ANTI DROGAS – SENAD. Disponível em: http://www.senad.gov.br/prevencao_tratamento/prevencao_tratamento.html. Acessado em 25.09.17

O ponto crucial é que a partir do momento em que os homens descobriram que algumas substâncias poderiam ser usadas para o relaxamento das suas funções motoras, para provocar alucinações e permitir a fuga da realidade, as drogas se tornaram um problema em suas vidas.

A lógica que leva uma pessoa a procurar algum tipo de droga pode ser ocasionada pelos mais variados motivos e ainda ocorrer de forma consciente ou até mesmo de maneira inconsciente. Muitas pessoas, pelos mais diversos motivos, acabam percorrendo e se embrenhando no caminho das drogas, seja por dificuldades financeiras, falta de expectativa, má influência, diversão, desespero ou qualquer outro motivo.

O problema surge porque todos os que usam acham que têm o controle da situação. Ocorre que o consumo da droga não consiste apenas na soma de problemas individuais, mas sim em um mal que afeta toda a sociedade.

Isso porque há toda uma estrutura criminosa, muitas vezes oculta e que envolve o tráfico de drogas e a criminalidade.

Daí a importância de se diminuir ao máximo o uso de entorpecentes com a finalidade de se reduzir também a prática criminosa.

Para possibilitar o alcance deste objetivo, a colaboração de programas de saúde instituídos pelo Estado é fundamental para essa tentativa de minimizar os problemas.

O consumo de drogas, como será visto mais à frente, pode constituir uma grave enfermidade, principalmente se verificado o quadro clínico de “síndrome de dependência química”.

A dependência é a necessidade física ou psíquica da substância psicoativa, que, pelo uso continuado, leva ao hábito. Este é o conceito fornecido pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID, da Escola Paulista de Medicina, que diz:

“O dependente caracteriza-se por não conseguir controlar o consumo de drogas, agindo de forma impulsiva e repetitiva. Para compreendermos melhor a dependência, vamos analisar as duas formas principais em que ela se apresenta: a física e a psicológica.

A dependência física caracteriza-se pela presença de sintomas e sinais físicos que aparecem quando o indivíduo para de administrar ou ingerir a droga ou diminui bruscamente o seu uso: é a chamada síndrome de abstinência. Os sinais e sintomas de abstinência dependem do tipo de substância utilizada e aparecem algumas horas ou dias depois que ela foi consumida pela última vez.

Já a dependência psicológica corresponde a um estado de mal-estar e desconforto mental, que surge quando o dependente interrompe o uso de uma droga. “Os sintomas mais comuns são ansiedade, sensação de vazio, dificuldade de concentração, mas que podem variar de pessoa para pessoa”.²⁵

A dependência química é uma doença, passível de tratamento, tendo em vista os seus efeitos maléficos e a incapacidade que o dependente tem em se manter afastado de determinadas substâncias e de largar o vício.

O uso de drogas gera ao consumidor problemas multidisciplinares, uma vez que afeta a saúde física e mental, afeta a sua vida social, as relações familiares e ainda pode gerar problemas relacionados á questões legais.

Desse modo, entendendo-se o consumo de drogas como uma doença, por ser prejudicial ao indivíduo, como já foi dito, tem-se que o Estado, agindo efetivamente em garantia do direito à saúde, deve instituir programas sociais de tratamento aos usuários.

A legislação brasileira já prevê este tratamento, como ocorre na Lei de Tóxicos, não é suficiente usar somente os recursos da lei penal (mecanismos do direito), para resolver delitos cujo fator predisponente para sua prática seja o uso e abuso de drogas.

3.6 Histórico das Políticas Públicas Voltadas aos Usuários de Álcool e Outras Drogas

Podemos afirmar que o ser humano, ao longo de sua história, constantemente recorreu ao consumo de substâncias psicoativas, como álcool, fumo e outras drogas, seja através do seu uso em rituais religiosos, tanto para se alienar do

²⁵ Portal Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID. Disponível em: http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/quest_drogas/dependencia.htm. Acessado em 26.09.17.

sofrimento, como também na busca do prazer. As circunstâncias, as motivações e as novas formas de criação e obtenção das substâncias psicoativas variaram bastante ao longo dos tempos, assumindo características próprias de acordo com cada época e cada segmento social em que o indivíduo está inserido, levando a circunstâncias distintas de vulnerabilidade individual, social e comunitária.

O uso de drogas está intrinsecamente relacionado às interações do indivíduo e ao meio em que vive. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), droga é toda a substância que, introduzida no organismo vivo, modifica uma ou mais das suas funções, independentemente de ser lícita ou ilícita. Nas últimas décadas, o crescimento do consumo abusivo de drogas constituiu, na sociedade, um sério problema que requer integralidade nas ações das políticas públicas para minimizar as consequências de possíveis agravos à saúde, seja a nível individual ou da coletividade.

A sociedade, por outro lado, também possui mais semelhanças com dependentes químicos do que podemos imaginar. A Revolução Industrial do Século XIX e seus efeitos, sobretudo após a metade do século XX, com a produção em massa, o implemento dos recursos tecnológicos e a potencialização do consumo, nosso conceito de felicidade passou a ser a pura satisfação de nossas vontades.

Desaprendemos o nosso pensamento comunitário para nos dedicarmos a todo custo à conquista e aos anseios de nossas vontades (sejam elas bens de consumo ou não). O dependente químico nada mais é do que a expressão máxima deste conceito de felicidade: “preciso ser feliz a todo custo, não posso deixar de ter tudo, não posso passar vontade”²⁶(...).

No Brasil, até a segunda metade do século XIX, não havia nenhum tratamento médico específico para pessoas com sofrimento mental. Apenas em 1841 foi construído o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro e somente em 1886 iniciou-se o ensino regular de Psiquiatria aos médicos generalistas.

Já em 1902, um inquérito revela que este hospital era uma casa de detenção de indivíduos taxados como "loucos", sem acesso a um tratamento adequado,

²⁶ <http://www.correioforense.com.br/colunas/a-internacao-compulsoria-de-dependentes-quimicos-e-eficaz/acessado> em 22.09.2017

porém, até 1920, há um crescimento vertiginoso dos estabelecimentos destinados à internação especificamente dos "loucos".

Em 1923, no Rio de Janeiro, foi fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM)²⁷, cujo objetivo inicial era melhorar "a assistência aos doentes mentais através da renovação dos quadros profissionais e dos estabelecimentos psiquiátricos" (Costa, 2007). Porém, verificou-se que no período de 1928 a 1934, os psiquiatras tendem a ser mais e mais higienistas e, sendo assim como o principal objetivo nos programas de higiene mental era a eugenia, baseada no modelo de psiquiatria organicista alemão, que posteriormente serviu como fundamento para os campos de concentração nazistas.

Nessa direção, acompanhando a tendência da Revolução de 1930, que se esforçou para criar uma nova sociedade para o homem médio, em 1930, o Ministério da Educação e Saúde centralizou todos os serviços psiquiátricos do país, e a eugenia só crescia.

Desta forma, podemos depreender que as políticas públicas no Brasil direcionadas a pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas surgem no início século XX, influenciadas pelas convenções internacionais das Organizações das Nações Unidas (ONU): a Convenção Única sobre Entorpecentes, de 1961; a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, de 1971; e a Convenção contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas, de 1988.

Esse cenário resultou em formas distintas de abordagens, marcadas pela criminalização e exclusão dos usuários de drogas, e intervenções repressivas, sem distinção entre uso e tráfico. A partir da década de 1970, surgem pequenos avanços do ponto de vista legal, com medidas de prevenção, recuperação e reinserção do usuário de drogas. No entanto, essas medidas impactam sutilmente nas políticas públicas do setor saúde e, somente a partir dos anos de 1990, ocorreram mudanças

²⁷ a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), criada em 1923. Tomando por eixo de análise os desdobramentos teóricos e práticos dessa psiquiatria, que consagrava o princípio da prevenção e elegia a eugenia e higiene mental como referentes conceituais básicos, buscou-se esclarecer aspectos importantes do seu novo e ambicioso projeto de intervenção social que, de forma geral, se vinculava ao tema tão caro à época da "regeneração" e/ou "construção" nacional. Como para alcançar tal intuito de regenerar a nacionalidade exigia que se enfrentasse a questão da composição racial do brasileiro, os psiquiatras e médicos agrupados em torno da Liga Brasileira de Higiene Mental se valeram extensamente de proposições eugênicas, vistas, pois, como melhor meio de racionalizar esse processo.

Disponível em <http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/281180>. Acessado em 22.09.2017

significativas nesse cenário político; e os Direitos Humanos fortalecem-se como valores orientadores para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, com intervenções pautadas em serviços com base comunitária e no protagonismo dos usuários e trabalhadores.

A crise evidenciada deste sistema, no Brasil, teve início em 1978 com a greve de várias unidades da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), seguida de centenas de demissões, e recebeu apoio do Movimento de Renovação Médica (REME) e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Nasce então o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o qual teve forte participação popular e se caracterizou pelo perfil não institucional.

As seguidas e recorrentes denúncias de maus tratos e violências contra os pacientes institucionalizados, ocorridas desde crimes cometidos nas unidades, como estupros, agressões, trabalho escravo e mortes não esclarecidas, até precariedade das condições de trabalho, agravados pela defasagem salarial e falta de recursos humanos.

No ano de 1978, com a realização do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, que trouxe grandes pensadores das reformas ocorridas a época no exterior, o movimento ganhou contorno nacional e, dentre as moções lá aprovadas, estava o repúdio à privatização do setor, que vinha ocorrendo com grande desvio de recursos para entidades privadas que prestavam serviços públicos, o que nos permite dizer que esta prática, mesmo tendo se passado quase 40 anos, ainda gera discussões nos meios políticos atualmente e por isso não nos soa como elemento de estraneidade. Daí também se consolidou a questão de que o modelo dos grandes hospitais psiquiátricos públicos é um reduto de marginalizados e não de tratamento.

Após este congresso, vários outros Encontros e Congressos se realizaram até que, finalmente, foi instituída uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) no Congresso Nacional para apurar as distorções na assistência psiquiátrica no Brasil, bem como rever a legislação penal e civil que se relacionava com o tema.

Foi nesse contexto, já no início dos anos 1980, que se estabeleceu um novo convênio, denominado de cogestão, entre o Ministério da Previdência e Assistência

Social e o Ministério da Saúde, na tentativa de acabar com a priorização de compra de serviços de saúde pública em hospitais privados, pela Previdência Social.²⁸

Por conseguinte, a cogestão implantou um novo modelo de administração de recursos e hospitais públicos, buscando priorizar o tratamento ambulatorial e a reinserção social do internado a longo prazo. Em virtude desta nova política adotada, passou por outro lado, a receber críticas ferozes de seus principais opositores, os ditos 'empresários da loucura' e proprietários de hospitais psiquiátricos privados, os quais se organizaram no Setor de Psiquiatria da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), órgão que acabou por realizar críticas infundadas ao modelo público, no intuito de reaver a grande parcela de lucro que haviam perdido com a implantação do novo modelo. Mesmo assim, o MTSM decidiu pela realização do II Congresso Nacional, lembrado como um momento de ruptura, no qual não só os atores do movimento participavam, mas também as associações de usuários e familiares, pedindo a extinção dos manicômios, com base no projeto de desinstitucionalização ocorrido na Itália.

Foi neste efervescer de ideias e ações concretas, bem como da constatação de maus-tratos e mortes não esclarecidas nos hospitais psiquiátricos, que surgiu o primeiro Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS), na cidade de São Paulo, em 1982, e o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), em 1989, na cidade de Santos, os quais passaram a ser modelos de atuação para todo país.

Em 2003, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Essa política expôs suas diretrizes consoantes com a Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, Sistema único de Saúde (SUS), em conformidade com a Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e os pressupostos da OMS.

O texto do dispositivo legal, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Além disso, esta lei é um marco legal da Reforma Psiquiátrica, ratificando de forma histórica as diretrizes básicas que constituem o SUS.

²⁸ Amarante, PDC (org.). Loucos pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SNE / ENSP, 1995.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um relatório intitulado “Saúde Mental: nova concepção, nova esperança”, que traz recomendações básicas para ações na área de saúde mental/álcool e outras drogas²⁹. Além de reafirmar o uso de drogas como um fenômeno complexo de saúde pública, ela avança quando define como marco teórico, político e ético a Redução de Danos (RD). Esta é uma ética do cuidado que atua em defesa da vida dos usuários de drogas. Historicamente, a RD foi desenvolvida no Brasil para enfrentamento da epidemia de aids com os movimentos sociais, órgãos governamentais e não governamentais, sendo posteriormente reconhecida pelo Ministério da Saúde e incorporada nos campos de saúde coletiva, saúde mental e atenção básica, como estratégia de cuidado. Além disso, na RD, no Brasil, foram sendo construídas estratégias que não focam exclusivamente em procedimentos, mas na garantia da cidadania e do respeito aos direitos humanos.

O MS publicou portarias e alguns programas específicos de acordo com as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Mental, com a finalidade de criar parâmetros e diretrizes para atenção aos usuários de álcool e outras drogas nos serviços de base comunitária.

O SUS vem consolidando a implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, pelo MS. A RAPS busca estratégias integradas para responder às necessidades dos cidadãos, em parceria com outras redes intra e intersetoriais. Devem estar baseadas em boas práticas, em práticas inovadoras, evidências, diretrizes da Política de Saúde e princípios éticos, sobretudo quando se presencia o surgimento de novas substâncias de uso, por exemplo: como foi o caso da cocaína, oferecida em novo formato (crack), que requerem modalidades de cuidado adaptadas aos consumidores e aos contextos onde são consumidas.

Os avanços e retrocessos das orientações políticas e os mecanismos legais para diminuição da coerção social e aumento da coesão social são historicamente determinados e estão em permanente disputa na sociedade. Neste contexto, o tratamento deve ser construído a partir da linha de cuidado com os usuários e familiares, partindo do pressuposto da complexidade da realidade, o que torna

²⁹ Relatório Mundial sobre. Violência e Saúde. OMS,. Organização Mundial de. Saúde. Genebra: OMS; 2002.

impossível apostar em uma saída única, padronizada e isolada. Devemos valorizar as demandas dos usuários na sua singularidade e implicando-os na construção de estratégias que fortaleçam a contratualidade na relação com os serviços e os territórios.

A dependência química, por ser considerada uma questão de saúde pública, cada vez mais grave no Brasil, torna importante o ato de conhecer a rede de atendimento a dependência química e como ela está organizada no Brasil.

Cabe ressaltar que além das drogas ilícitas, as lícitas, como o álcool, também são motivo de preocupação crescente. Dados do Ministério da Saúde (2007) mostram que a taxa de prevalência de consumo excessivo de álcool, no Distrito Federal e demais capitais brasileiras, tem sua maior concentração, na quase totalidade, entre jovens de 15 a 24 anos, e os índices mais elevados (entre 10,4 a 14,7%) nessa faixa etária, encontram-se nas cidades de Porto Alegre, Vitória, Recife, São Luiz, Fortaleza e Belo Horizonte.

Outros fatores que merecem atenção, quanto ao uso associado de drogas, especialmente a cocaína e o álcool, são a ampliação do risco de mortalidade precoce e de transtornos de saúde mental, tais como, sintomas psicóticos e maior prevalência de outras doenças. Como consequência social, agrava a transmissão e prevalência de doenças sexualmente transmissíveis, além de infrações às leis, já destacadas. Tudo isso eleva os custos que estes processos demandam em termos de cuidados médicos, hospitalares e assistenciais (WENDDT e APPEL, 2008).

A política Nacional sobre drogas, aprovada em 27 de outubro de 2005, pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) foi, sem dúvida, um grande avanço, em que pese os entraves para sua efetiva materialização integral. Essa política tem por finalidade:

Promover e garantir a articulação e integração em rede nacional das intervenções para tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional (Unidade Básica de Saúde, Ambulatórios, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, Comunidades Terapêuticas, Grupos de Auto Ajuda e Ajuda Mútua, Hospitais Gerais e Psiquiátricos, Hospital Dia, Serviços de Emergências, Corpo de Bombeiros, Clínicas Especializadas, Casas de Apoio e Convivência e Moradias Assistidas) com o

Sistema Único de Saúde e Sistema Único de Assistência Social para o usuário e seus familiares, por meio de distribuição descentralizada e fiscalizada de recursos técnicos e financeiros.

Quanto ao financiamento dos projetos de ações de enfrentamento à drogadição, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), vinculada à Presidência da República, conta com o Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD). Conforme a Secretaria os recursos do fundo:

[...] são constituídos de dotações específicas estabelecidas no orçamento da União, de doações, de recursos de qualquer bem de valor econômico, apreendido em decorrência do tráfico de drogas de abuso ou utilizado em atividades ilícitas de produção ou comercialização de drogas, após decisão judicial ou administrativa tomada em caráter definitivo. (BRASIL, 2010).

3.7 As Drogas e a Criminalidade

Basta olhar para o dia a dia da sociedade brasileira para perceber que os anos vão se sucedendo e o Estado não tem conseguido dar uma resposta positiva ao combate ao crime e a violência. Cada vez mais essa violência se aproxima das nossas portas, nos submetendo ao cárcere de nossas próprias residências, gera perdas financeiras e consome a vida e as perspectivas de vida dos nossos jovens.

Isso porque, o Estado que não reduz as desigualdades sociais, se por um lado não investe em educação, por outro lado também não sabe o que fazer para barrar um dos principais fatores e que faz a criminalidade crescer a cada dia: as drogas.

As drogas estão estreitamente ligadas à criminalidade, uma vez que a utilização de substância entorpecente, além de trazer sérios prejuízos à saúde pública, mobiliza toda uma estrutura ilegal, que é a do tráfico de drogas.

Em que pese a Lei que trata dos tóxicos proibirem o uso e a comercialização das drogas, é fácil encontrar a cada esquina ou a cada canto, pessoas vendendo drogas a luz do dia.

O tráfico que antes estava somente nas periferias, hoje em dia espalhou-se pelos centros das grandes cidades, atingindo também as classes mais altas.

Para se ter uma ideia, o tráfico de drogas, além de ser ilegal por si só, envolve uma série de outros crimes, como o contrabando de armas, a formação de quadrilha, a corrupção, o próprio uso de drogas, entre outros tantos .

Além da problemática causada pelo tráfico, ainda se tem crimes em que a droga, agindo no sistema nervoso central do infrator, desvia a sua conduta considerada normal e o leva à prática delituosa. São os delitos praticados pelo usuário/dependente de drogas para, de certa forma, sustentar o vício. Assim, ou ele pratica o crime para conseguir meios de adquirir o entorpecente, se tornando escravo do vício, ou ele pratica delitos porque está sob os efeitos que as drogas causam no organismo. Nesses casos, o usuário ou dependente furta, rouba, se prostitui e até mata no intuito de obter mais e mais entorpecente.

Desse modo, o uso das drogas não trás prejuízos apenas para quem usa. Seus reflexos atingem toda a sociedade diretamente e por isso a importância do Estado tomar medidas para combater o tráfico, esclarecer preventivamente a população acerca dos malefícios das drogas e possibilitar o tratamento e a reabilitação dos usuários ou dependentes químicos, nos aponta como um dos caminhos a serem percorridos.

3.8 A Justiça Terapêutica

A prática criminosa é um vício que devasta a sociedade e um dos problemas mais graves da atualidade.

Durante muitos anos se vem buscando soluções para conter essa crescente violência, seja na deturpação de valores sociais ou no próprio instinto humano, e o resultado de tantas teorias leva à conclusão de que a criminalidade não pode ser erradicada, porém é um dever do Estado tentar mantê-la em níveis minimamente toleráveis.

Contudo, mesmo que não se possa excluir este vício social, ele pode ser amenizado se tratado com medidas eficazes.

Todavia, entende-se que medida eficaz não é sinônimo de medida severa. Eficaz é a medida que, além de servir de exemplo e de ressarcir a vítima, produzindo o sentimento de justiça, visando reeducar e reintegrar o autor do delito,

de maneira que ele perca a vontade delitiva e passe a contribuir para a realização da paz social.

Historicamente, verifica-se que o sistema jurídico brasileiro sempre trabalhou na repressão. Grande parte da doutrina atual sustenta que o sistema prisional está falido, ou seja, deixou de atingir às suas finalidades reeducativa, preventiva, ressocializadora e retributiva, aspectos basilares para a manutenção do pacto social entre o Estado e os indivíduos.

Mas, essa falha estrutural que perpassa os poderes do Estado, pode ser resolvida com o estabelecimento de medidas efetivas na realização dos fins penais, ou seja, por meio de penas que permitam a reestruturação social após a prática criminosa e, conseqüentemente, garantam a manutenção da ordem pública e da paz social.

Atualmente pesquisam-se meios alternativos à pena privativa de liberdade e, podemos dizer que os substitutos penais e as penas alternativas são medidas, já adotadas no Brasil, que objetivam a realização efetiva das finalidades e dos princípios norteadores do Direito Penal.

No país, a proposta onde a legislação seja cumprida harmonicamente com medidas sociais e tratamento às pessoas que praticam crimes onde o componente 'drogas', no sentido amplo, esteja presente de alguma maneira, pode ser chamada de Justiça Terapêutica.

A Justiça Terapêutica consiste, em um conjunto de medidas que visam à possibilidade de infratores usuários ou dependentes de drogas (e que em razão delas tenham cometido crimes) receberem tratamento, ou outro tipo de terapia, buscando-se evitar a aplicação de pena privativa de liberdade, modificando seus comportamentos delituosos para comportamentos que sejam considerados como socialmente adequados e aceitáveis.

O seu estudo torna-se indispensável, tendo em vista a importância do tema e da sua aplicabilidade prática, haja vista que a Justiça Terapêutica tem sua base de sustentação sobre o princípio da dignidade da pessoa humana e sobre os direitos à vida e à saúde, como já salientamos em item anteriormente abordado neste estudo.

Quanto a viabilidade do programa no ordenamento jurídico brasileiro, bem como sua aplicabilidade às hipóteses processuais nas quais pode ser proposta a

aplicação da Justiça Terapêutica como proposição de um instrumento pronto para auxiliar a solucionar problemas do sistema punitivo, ocorre através da possibilidade de reeducação e reintegração efetiva de infratores usuários ou dependentes químicos que precisam de tratamento especial, avaliadas as especificidades do caso.

Neste intuito, a Justiça Terapêutica aparece como uma alternativa, ou um novo caminho para a operacionalização do direito penal de uma forma mais humanitária e benéfica, tanto para o imputado quanto para a sociedade em geral, destacando-se de outros programas por envolver a atuação da Justiça e estar vinculado ao binômio delito drogas.

Como já foi dito, a realidade em que vivemos no Brasil nos faz buscar soluções viáveis para enfrentar as dificuldades que há tanto nos desafiam ao longo da História.

Foi assim, embasado por estes argumentos, que o Poder Judiciário do Estado do Rio Grande Sul, sob a supervisão da Corregedoria Geral de Justiça, implantou a partir do ano de 2000, portanto há quase 20 anos, o projeto "Justiça Terapêutica"³⁰, com o fim de contribuir para o esgotamento dos problemas sociais causados pela droga, dentro dos parâmetros possíveis ao cumprimento das medidas sociais de tratamentos terapêuticos em harmonia com a legislação vigente.

A realização deste projeto conta com a integração multidisciplinar de profissionais do Poder Judiciário, através da atuação conjunta dos operadores do Direito, Juízes, Promotores de Justiça, Advogados, Defensores Públicos, bem como dos profissionais da área da saúde e de outras áreas, objetivando promover o bem-estar físico e mental do infrator, através de acompanhamento e tratamento biopsicossocial mediante sua aceitação, bem como na procura por conscientizar a sociedade em geral para o direito à cidadania³¹.

3.8.1 Conceito e denominação

De um modo simplificado, podemos aferir que a Justiça Terapêutica é o programa judicial que compreende um conjunto de medidas voltadas para a

³⁰ Projeto Justiça Terapêutica. Disponível em: www.tj.rs.gov.br Acesso em: 10.10.2017.

³¹ Mazoni, Edson Lucio. Programa de Justiça Terapêutica: uma abordagem jurídica especial ao infrator usuário de drogas. Disponível em: www.anjt.org.br/index.php?id=99&n=95 Acessado em: 10.10.2017. P. 49

possibilidade de se permitir que infratores usuários, em uso indevido, ou dependentes químicos tenham a faculdade, salvo exceções, de entrar e permanecer em tratamento médico ou receber outro tipo de medida terapêutica, em substituição ao andamento de processo criminal ou à aplicação de pena privativa de liberdade, quando da prática de delitos relacionados ao consumo de drogas.

A denominação “Justiça Terapêutica”³² foi adotada estrategicamente, com a finalidade de demonstrar a possibilidade de viabilização de uma resposta justa e útil ao autor do delito e à sociedade, fornecida pelos profissionais que trabalham diretamente com essa demanda, em busca da efetiva resolução do problema, sempre em harmonia com as disposições legais que possibilitam o tratamento adequado. E, o mais importante, buscando resolver os conflitos em um espaço de consenso entre as partes.

3.8.2 Origem e evolução histórica

O Programa da Justiça Terapêutica tem sua origem nos Estados Unidos, onde surgiu o primeiro programa que previa tratamento supervisionado aos usuários de drogas que haviam cometido alguma infração. Essa iniciativa ocorreu em meados da década de 90 em Miami e, os bons resultados atingidos pelo programa fizeram com que ele fosse adotado por várias outras jurisdições daquele país, iniciando-se assim, o denominado programa das “Drug Courts” (Cortes de Drogas)³³, em decorrência da grande criminalidade que ocorria na época, tendo sido apontado como plano de fundo as drogas.

Até hoje, esse sistema tem obtido grande sucesso já há quase duas décadas e está espalhado por todo o território americano, com sensível redução nos gastos públicos e na recuperação dos dependentes químicos. Tal proposta racional e econômica acabou servindo de modelo para outros países que vêm desde então, adotando programas similares, como Austrália, Inglaterra, Canadá, Espanha, etc.

³² Mazoni, Edson Lucio. Programa de Justiça Terapêutica: uma abordagem jurídica especial ao infrator usuário de drogas. Disponível em: www.anjt.org.br/index.php?id=99&n=95 Acessado em: 10.10.2017. P. 48.

³³ Os tribunais de droga são programas de cadastro de tribunais especializados que visam os acusados e infratores criminosos, os infratores juvenis e os pais com casos de assistência à criança e dependentes que têm problemas de dependência de álcool e outros medicamentos.

A Justiça Terapêutica é ainda um tema que vem ganhando espaço no Brasil. Aos poucos o programa vem sendo instituído em diversas regiões e vem ganhando aplicação prática.

Historicamente, o sistema jurídico Brasileiro, especialmente o Ministério Público, sempre trabalhou com ênfase na repressão, nas questões relativas às drogas. O sistema jurídico necessitava de ajuda para solucionar o binômio droga crime que se encontrava em ascensão em todo o mundo.

Outra importante questão impulsionadora do programa ocorreu com o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) Brasileiro, em 1990, onde se passou a cogitar a ideia de implantar um sistema que conciliasse justiça e saúde. Isso porque o ECA trouxe consigo o princípio da Atenção Integral, que significa, na prática, olhar para o infrator e enxergar, além do conflito com a lei, o problema do uso abusivo e da dependência do uso de drogas.

Esse novo diploma legal, possibilitou a aplicação de medidas socioeducativas para jovens envolvidos no mundo das drogas e as medidas protetivas, que preveem requisição de tratamento médico, psicológico e psiquiátrico, além de inclusão em programas oficiais ou comunitários de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos.

Dessa forma, veio à tona a sinalização, direcionando para uma aplicação geral de tratamento estimulado pelo sistema de justiça.

Como decorrência das operacionalizações ocorridas na área da infância e juventude, começaram a surgir por diversos Estados brasileiros, principalmente a partir do Rio Grande do Sul, projetos que integravam especialistas de saúde, assistência social e os operadores do direito. Assim, a evolução desses projetos apoiados pelo Poder Judiciário, culminou com o lançamento do Programa de Justiça Terapêutica.

Considerando esses aspectos, a Justiça Terapêutica foi trazida para o Brasil por membros do Ministério Público do Rio Grande do Sul, desde o ano de 1999 através da divulgação em congressos, seminários e estudos, inclusive fundando a Associação Nacional da Justiça Terapêutica³⁴.

³⁴ Silva, RO., Freitas, CC., Bardou, LA., Pulcherio, G. Justiça Terapêutica – um programa judicial aos infratores envolvidos com drogas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002. p.213-224.

Um dos estados considerados pioneiros é Pernambuco onde funciona, desde 2001, o Centro de Justiça Terapêutica³⁵, pioneiro na América Latina, que abrange a região metropolitana de Recife.

No Rio de Janeiro³⁶, o programa foi instituído em 2002. No estado de Minas Gerais o programa foi instituído em 2003 e recebeu o nome de Justiça Cidadã e, assim como no Rio de Janeiro, restringiu os destinatários do programa aos usuários de substâncias entorpecentes.

No Sergipe e no Paraná, existem programas de tratamento para usuários e dependentes químicos que tenham cometido infrações, mas são programas de acompanhamento que se aproximam mais do previsto na Lei de Tóxicos do que da Justiça Terapêutica e são marcados pela viabilidade sem a intervenção da tutela jurisdicional.

Podemos afirmar, portanto, que a Justiça Terapêutica no Brasil vem avançando pelos estados, tomando formas inicialmente distintas em alguns aspectos, mas que tendem a convergir para o mesmo propósito.

Além disso, a Comissão Nacional de Apoio ao Programa de Penas e Medidas Alternativas, do Ministério da Justiça³⁷, vem estudando maneiras de viabilizar um modelo ideal, através de uma política de aplicabilidade para os programas de tratamento para usuários e dependentes químicos envolvidos com a prática criminosa.

Desde então o programa se estende pelo território nacional, sendo compreendido como um conjunto de medidas que visam a oferecer atenção terapêutica aos infratores usuários e/ou dependentes de drogas, e com isso, a possibilidade de modificar os comportamentos anteriores delituosos para comportamentos legais e socialmente adequados.

A Justiça Terapêutica, assim como o ECA, prioriza o princípio da atenção integral ao infrator envolvido com drogas. Busca encaminhar os infratores que cometem crimes (sob o efeito de substâncias entorpecentes ou para sustentarem o

³⁵ Centro de Justiça Terapêutica de Pernambuco - Av. Des. Guerra Barreto s/n, 5º andar Tel: 3412-5915 - Fax: 3412-5913 – CJT – Email: justicaterapeutica@tjpe.jus.br

³⁶ Programa de Justiça Terapêutica do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.mp.rj.gov.br/portal/page?_pageid=577,3856462&_dad=portal&_schema=PORTAL Acesso em 20.09.2017

³⁷ PORTARIA Nº 514, DE 8 DE MAIO DE 2003.

vício) para a rede de saúde a fim de tratar seu abuso ou dependência de drogas, sendo um programa judicial que busca a redução do dano social, voltado não somente para aqueles que são pegos usando, portando ou comercializando drogas, mas também para aqueles que praticam crimes antecedentes ou consequentes ao seu uso, porte ou comercio.

O direito precisa evoluir para aproximar a sociedade dos seus ideais de justiça. A Justiça Terapêutica desenha-se como uma alternativa ao processo e à pena de prisão, oportunizando aos delinquentes usuários de drogas o tratamento, e, constitui um significativo avanço na questão do usuário de entorpecentes, aplicando-lhe um tratamento rigoroso e individualizado e, sobretudo, eficaz, de modo a afastá-lo em definitivo das drogas.

3.8.3 Crimes relacionados

O Programa se preocupa não só com aqueles que são flagrados usando, portando ou comercializando drogas, mas também com aqueles que praticam crime antecedente ou consequente ao uso.

Sendo assim, pode-se dizer que, são passíveis de aplicação da medida alternativa:

- as contravenções penais, como provocação de tumulto, perturbação do trabalho ou do sossego alheio, ofensas ao pudor, embriaguez e perturbação da ordem e da tranquilidade, etc.;
- crimes contra o patrimônio, como o furto, o roubo, dano ao patrimônio ou á terceiros, apropriação indébita, estelionato e receptação, etc.;
- crimes contra os costumes, como o estupro, atentado violento ao pudor, corrupção de menores, favorecimento da prostituição, ato obsceno, etc.;
- crimes contra a assistência familiar, como abandono material e intelectual;
- crimes contra a paz pública, como a formação de quadrilha ou bando;
- crimes da Lei de Tóxicos, como o porte para uso de substância entorpecente;

- crimes da Lei nº. 9.503/97, como o homicídio culposo, lesão corporal culposa, condução de veículo sob a influência de álcool ou de efeitos análogos, participação em delitos de trânsito ou competição na via pública, etc.;

Pode-se perceber uma vasta lista de possibilidades para a propositura da Justiça Terapêutica, cabendo ressaltar que esses delitos devem ter sido cometidos por evidente envolvimento com substâncias entorpecentes;

3.8.4 Condições de aplicabilidade do programa

A Justiça Terapêutica, por encontrar amparo em vários dispositivos legais e sua aplicabilidade encontrar-se vincula às hipóteses ali previstas, em que a pena privativa de liberdade pode deixar de ser aplicada ou pode ser substituída por outra, desse modo, a Justiça Terapêutica é de certa forma imediata, pois encontra amparo legal, sendo desnecessário que se crie uma lei voltada para o seu estabelecimento.

Muitos críticos da Justiça Terapêutica defendem que o tratamento não pode ser imposto ao toxicômano, mas sim que este deve procurá-lo voluntariamente.

Por esse motivo, salienta-se que as hipóteses legais de cabimento podem ser classificadas de acordo com a forma de aplicação da Justiça Terapêutica. Assim, ela pode ser aplicada como³⁸:

a) Forma de sanção: havendo submissão coercitiva do condenado à intervenção terapêutica necessária.

b) Condição Judicial Alternativa, possibilitando que o usuário-infrator escolha entre a submissão ao tratamento ou à incidência do processo penal e da pena privativa de liberdade.

c) Imposição Judicial, não havendo a faculdade de escolha do infrator-usuário, que é coercitivamente submetido à aplicação da medida terapêutica conjugada a uma pena.

Essa classificação ajuda a explicitar a grande crítica em relação ao programa da Justiça Terapêutica. Ao contrário do que muitos dizem, na grande maioria dos casos, o tratamento é uma proposta alternativa ao infrator-usuário, que pode aceitá-lo ou não, portanto sendo uma faculdade sua.

³⁸ PONTAROLLI, André Luis. A Aplicabilidade da Justiça Terapêutica no Brasil. 2004. Disponível em: http://www.mp.rs.gov.br/just_terapeutica/doutrina/id430.htm. Acessado em: 03.11.17.

Sabendo disso, o programa pode ser aplicado a dois diferentes grupos etários e em diferentes momentos processuais: Na infância e Juventude e nos Adultos, ou seja, das seguintes formas:

- Adequadas as medidas protetivas, previstas no ECA (Lei nº. 8.069/90).
- Na Suspensão Condicional do Processo, previsto no art. 89 da Lei nº. 9.099/95.
- Na Transação Penal, prevista no art. 76 da Lei nº. 9.099/95.
- Na Suspensão Condicional da Pena, previsto no art. 77 do Código Penal.
- No Livramento Condicional, previsto no artigo 85 do Código Penal.
- Na Limitação do Final de Semana, previsto no art. 43 do Código Penal.

Ao traçarmos um parâmetro entre a classificação e as possibilidades de aplicação, temos o seguinte:

Possuem caráter sancionatório as medidas previstas no ECA e na Lei de Tóxicos, uma vez que não há imposição de pena privativa de liberdade.

Por sua vez, a Suspensão Condicional do Processo e a Transação Penal possuem caráter de condição judicial alternativa, ou seja, a Justiça Terapêutica poderá ser aceita ou negada pelo infrator usuário. Essa possibilidade de escolha é muitas vezes utilizada exclusivamente, em programas semelhantes ao da Justiça Terapêutica, como única possibilidade de aplicação do programa (faculdade de escolha).

Podemos dizer que do mesmo modo, são formas de se aplicar a Justiça Terapêutica como condição judicial alternativa a Suspensão Condicional da Pena e do Livramento Condicional. Entretanto, como será melhor explicado em tópico a seguir, nesses casos, não há uma manifestação direta de vontade do infrator usuário e sim uma aceitação tácita, na medida em que ele cumpre a medida terapêutica.

Por ultimo, possui ainda, o caráter de imposição judicial a utilização da limitação do Final de Semana, quando o juiz pode determinar a frequência

obrigatória a programa de auxílio e tratamento, cursos e palestras específicas sobre o uso e o consumo de drogas e seus efeitos³⁹.

Sabendo disso, cabe ressaltar que, o Código Penal adota em seu artigo 32, como penas do ordenamento jurídico brasileiro, as penas privativas de liberdade, as penas restritivas de direito, além das penas de multa.

A pena privativa de liberdade é, de forma inequívoca, a principal modalidade de sanção penal adotada aos delinquentes de alta periculosidade, sendo defendida a idéia de que de forma alguma, deva ser reprimida do sistema. O que ocorre é a falta de revisão na forma em que essas penas estão sendo aplicadas já que elas não estão cumprindo a finalidades para as quais foram criadas, por inúmeros motivos que não serão tratados de forma aprofundada, tendo em vista que a pena privativa de liberdade não viabiliza a aplicação do programa da Justiça Terapêutica, razão pela qual não será estudada no presente trabalho.

Com relação às penas restritivas de direito, são consideradas penas substitutivas, uma vez que como se supõem, substituem outra pena. Entretanto, como substitutivas dependem da incidência anterior da pena privativa de liberdade, o que as diferenciam das penas alternativas, pois estas se aplicam sem que haja condenação à pena privativa de liberdade.

O Código Penal, em seu artigo 43, aponta como penas restritivas de direito:

"Art. 43 - As penas restritivas de direitos são:

I - prestação pecuniária;

II - perda de bens e valores;

III - (vetado)

IV - prestação de serviços à comunidade ou à entidades públicas;

V - interdição temporária de direitos;

VI - limitação de fim de "semana."

Estas penas então podem substituir as privativas de liberdade, de acordo com o artigo 44 do Código Penal, nas seguintes hipóteses:

³⁹ MIRABETE, Júlio Fabbrini. Manual de Direito Penal. 16. ed. rev. e atual. São Paulo: Atlas, 2000. v. 1. p. 275.

"Art. 44 - As penas restritivas de direitos são autônomas e substituem as privativas de liberdade, quando:

I - aplicada pena privativa de liberdade não superior a quatro anos e o crime não for cometido com violência ou grave ameaça à pessoa ou, qualquer que seja a pena aplicada, se o crime for culposo;

II - o réu não for reincidente em crime doloso;

III - a culpabilidade, os antecedentes, a conduta social e a personalidade do condenado, bem como os motivos e as circunstâncias indicarem que essa substituição seja suficiente."

Como podemos avaliar através da observação das condições degradantes e desumanas às quais os apenados estão submetidos no sistema penitenciário brasileiro, não seria exagero afirmar que o mesmo está falido e encontra-se fora dos padrões de funcionamento para atender as finalidades penais.

Para Júlio Fabbrini Mirabete, a aplicação da pena privativa de liberdade também já teria entrado situação de falência:

"A tendência moderna é procurar substitutivos penais para essa sanção, ao menos no que se relacione com os crimes menos graves e aos criminosos cujo encarceramento não é aconselhável".⁴⁰.

Tem-se, portanto, das penas substitutivas previstas no artigo 43 do Código Penal, a única que viabiliza a aplicação da Justiça Terapêutica é a limitação de fim de semana.

E por fim, no que diz respeito a pena de multa, da mesma forma que a pena privativa de liberdade, não possui relação direta com a aplicação da Justiça Terapêutica e por isso não será estudada no presente trabalho.

3.8.5 Estatuto da Criança e do Adolescente

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), ao recepcionar em seu artigo 1º o princípio da proteção integral como objetivo central, foi o instrumento legal que permitiu a busca de uma atenção integral da criança e do adolescente, devido às condições peculiares e de vulnerabilidade apresentadas pelas crianças e adolescentes.

⁴⁰ MIRABETE, Júlio Fabbrini. Manual de direito penal. 16. ed. ver. e atual. São Paulo: Atlas, 2000. v.1. p. 267.

Conforme o ponto de vista de Valter Kenji Ishida, a criança ou adolescente em situação irregular necessita de atendimento, de ajuda:

“Verificando a hipótese da criança ou do adolescente em situação irregular, têm-se as medidas do artigo 101 pelo juiz da Vara da Infância e Juventude. (...) Outras medidas incluem requisição de tratamento médico, psicológico e psiquiátrico e o encaminhamento de dependentes de drogas ou álcool “⁴¹.

Partindo desse princípio é que o ECA em seu artigo 112 prevê as medidas sócio educativas possíveis de serem aplicadas aos menores que venham a cometer atos infracionais.

"Art. 112 - Verificada a prática de ato infracional, a autoridade competente poderá aplicar ao adolescente as seguintes medidas:

- I - advertência;
- II - obrigação de reparar o dano;
- III - pressão de serviços à comunidade;
- IV - liberdade assistida;
- V - inserção em regime de semiliberdade;
- VI - internação em estabelecimento educacional;
- VII - qualquer uma das previstas no art. 101, I a VI.”.

O texto legal remete ainda a artigo antecedente, neste caso a medida prevista no inciso VII, ou seja, qualquer das previstas no artigo 101, inciso I à VI.

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

- I - encaminhamento aos pais ou responsável, mediante termo de responsabilidade;
- II - orientação, apoio e acompanhamento temporários;
- III - matrícula e frequência obrigatórias em estabelecimento oficial de ensino fundamental;

⁴¹ ISHIDA, Valter Kenji. Estatuto da Criança e do Adolescente: doutrina e jurisprudência. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 2000. p. 159

IV - inclusão em programa comunitário ou oficial, de auxílio à família, à criança e ao adolescente;

V - requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial;

VI - inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos;

VII - abrigo em entidade;

VIII - colocação em família substituta.“

Seguindo esta lógica, verifica-se nos incisos V e VI do artigo 101 do ECA que é onde a Justiça Terapêutica encontra seu amparo legal, pois são dispositivos especificamente, que possibilitam a requisição da intervenção de profissionais da saúde através de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial, direcionando ainda para a inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos.

Para a Justiça Terapêutica, o inciso VI é o de maior relevância, pois viabiliza expressamente sua aplicação.

De acordo com Wilson Donizeti Liberati:

“O programa para tratamento, auxílio e orientação de alcoólatras e toxicômanos será realizado pela comunidade ou por entidade governamental, que deverá manter pessoal com formação profissional especializada para a sua execução”.⁴².

Acerca da Justiça Terapêutica, diz ainda:

“A toxicomania, por sua vez, relaciona-se estreitamente com a criminalidade e arrasta a criança e o adolescente para um comportamento antissocial e perturbado”.⁴³.

A fonte inspiradora do programa da Justiça Terapêutica, para o Dr. Ricardo de Oliveira Silva, foram os bons resultados da aplicação das medidas sócio educativas e de inclusão em programa de tratamento, para os usuários de álcool e drogas.

⁴² LIBERATI, Wilson Donizeti. Comentários ao estatuto da criança e do adolescente. 5. ed. São Paulo: Melheiros, 1999. p. 69

⁴³ Ibid.p.69

“Pode-se afirmar que os resultados positivos advindos da aplicação do Estatuto da Criança e do Adolescente, em especial aos autores de atos infracionais usuários de drogas, foi um referencial significativo para, a partir da legislação vigente, servisse de inspiração para a proposta do Programa da Justiça Terapêutica”.⁴⁴

3.8.6 Sobre o Imputado

O acusado ou réu é a pessoa contra quem se propõe a ação penal. Assim, o autor do fato delituoso só adquire a qualidade de imputado no momento em que se deduz em juízo a pretensão punitiva, isto é, quando são oferecidas a denúncia ou a queixa e será, portanto o sujeito sobre o qual deverá recair a atuação do direito penal, a repressão, a coerção e a persecução penal por parte do Estado.

Durante todo o tramite processual e pré-processual ou investigatório, o infrator recebe denominações diversas, de acordo com a fase em que estiver situado, ou seja: durante a fase de investigação (inquérito policial) o infrator denomina-se investigado, sendo considerado indiciado após a apresentação do relatório feito pelo Delegado de Polícia ao Ministério Público. Com o oferecimento da denúncia, passa a ser denominado de denunciado e finalmente, após o recebimento da inicial acusatória, passa a ser denominado réu. A importância desta distinção se faz necessária, pelo fato de que existem direitos e garantias que a lei só concede ao réu, deixando de prever tais benefícios aos que se encontram na posição investigados⁴⁵.

O Programa Justiça Terapêutica pode ser oferecido ao infrator no interrogatório, já em fase processual e por isso é considerado correto denominar a parte de réu.

Como veremos á seguir, de acordo com o artigo 187 do CPP, o interrogatório é constituído de 02 (duas) partes: sobre a pessoa do acusado e sobre os fatos.

O parágrafo primeiro do referido artigo diz que:

“Art. 187.

⁴⁴ OLIVEIRA SILVA, Ricardo de.; FREITAS, Carmen Có. Justiça Terapeutica: uma estratégia para a redução do dano social. Disponível em: http://www.mp.rs.gov.br/just_therapeutica/doutrina/id415.htm Acessado em: 03.11.2017.

⁴⁵ FENSTERSEIFER, Daniel Pulcherio. JUSTIÇA TERAPÊUTICA: Uma breve investigação sobre sua aplicabilidade no direito brasileiro. Porto Alegre, 2006. p.16

§1º. Na primeira parte o interrogando será perguntado sobre a residência, meios de vida ou profissão, oportunidades sociais, lugar onde exerce a sua atividade, vida pregressa, notadamente se foi preso ou processado alguma vez e, em caso afirmativo, qual o juízo do processo se houve suspensão condicional ou condenação, qual a pena imposta, se a cumpriu e outros dados familiares e sociais”.

A primeira parte do interrogatório refere-se às perguntas, abordando sobre a pessoa do acusado, tendo em vista a obtenção de informações pessoais que possam ser úteis no âmbito dos processos, assim como à discussão da causa e auxiliando na formação da convicção do juiz, bem como na hipótese de condenação, à individualização da pena⁴⁶.

Dessa forma, o juiz poderá conhecer melhor o réu e a sua vida pregressa, aumentando as chances de obter um prognóstico mais favorável, possibilitando ou não a aplicação do tipo de tratamento mais adequado, no caso da aplicação da Justiça Terapêutica ao réu do processo criminal que neste caso, é o sujeito que cometeu um determinado crime em que a droga era fator predisponente, ou seja, a droga estava relacionada, tanto diretamente, quanto indiretamente ao delito.

3.8.7 O tratamento

O tratamento da síndrome de dependência de drogas, via de regra possui um custo elevado, aliado a um baixo índice de efetividade e na maioria das vezes, não é buscado de forma espontânea ou voluntária pelo dependente, ou seja, raramente os usuários decidem procurar ajuda em tratamento por estarem cientes da necessidade de tal medida, sem que ocorra algum tipo de pressão da família, dos amigos, da escola, do trabalho ou da sociedade como um todo.

O tratamento do indivíduo no Brasil não é obrigatório, na medida em que o acusado tem a opção de escolha pela via do acompanhamento terapêutico ou a submeter-se a um processo judicial, onde poderá ser condenado ou absolvido.

No entanto, a partir do momento em que o acusado opta pelo programa e ingressa no tratamento, passa a ser supervisionado e controlado judicialmente.

⁴⁶ BEZERRA, Ana Claudia da Silva. Interrogatório OnLine e Ampla Defesa. Disponível em: <http://www.advogado.adv.br/artigos/2005/anaclaudiadasilvabezerra/interrogatorioonline.htm> Acessado em: 03.11.2017.

A alternativa da Justiça Terapêutica compreende um conjunto de medidas voltadas para a possibilidade de se permitir que infratores envolvidos com drogas, possam entrar e permanecer em tratamento, através do programa judicial, em substituição ao andamento de processo criminal ou à aplicação da pena privativa de liberdade, nos casos em que a prática de delitos esteja ligada a droga como fator predisponente, nos casos previstos em lei.

Como já foi dito anteriormente, a essência do programa, portanto, é oferecer ao usuário ou dependente de drogas que cometeu uma infração, a oportunidade de receber intervenção educativa ou tratamento para o uso de drogas como alternativa para a instauração do correspondente processo criminal e eventual condenação.

O processo de tratamento pode ser dividido em três momentos distintos e funcionam de forma conjunta, cada uma servindo de base de sustentação para a outra fase, da seguinte forma:

Inicia-se a primeira etapa do tratamento, a chamada fase pré judicial, apurando-se se a infração encontra relação com o consumo de drogas, isto para que, em fase posterior, possam ser aplicadas, ou não, as medidas da Justiça Terapêutica. É uma fase prévia e subsidiária, pois o programa não é aplicado nesse momento, refere-se ao delito e está relacionada ao consumo de drogas, que, via de regra, vai desencadear a propositura da ação penal.

Posteriormente, tem início a segunda etapa que é considerada a mais relevante, denominada de fase judicial porque é nela que se decidirá pela aplicação ou não do programa. É neste momento que o programa é proposto para o infrator, observados os requisitos e formalidades da hipótese legal, que servirá de base para a decisão final do juiz competente. A fase judicial vai desde o momento anterior à proposição da denúncia, no qual poderá ser feita a transação penal e estende-se até o final do cumprimento da pena, durante o curso da execução penal.

A terceira fase, também chamada de fase terapêutica, ocorre logo após a aplicação de uma das medidas proferidas por decisão judicial. É na fase terapêutica que o tratamento efetivamente se realiza, sempre de maneira individualizada e de acordo com as necessidades de cada uma das pessoas encaminhadas pelo juiz, à instituição na qual será realizada a medida de tratamento com o suporte de uma equipe interdisciplinar composta por profissionais da saúde.

O tratamento é realizado contando com o auxílio das redes público e privada de saúde, além de poder contar com diversos grupos de apoio, como Associações ou Organizações não Governamentais (Ong's), em convênio com a Administração Pública e o Poder Judiciário.

3.8.8 Vantagens

As vantagens do programa, ao serem comparadas com as demais penas que compõem o ordenamento jurídico são inúmeras, seja porque é uma forma de se dar maior efetividade à incidência penal, garantindo desta forma uma melhor reeducação e reintegração social do infrator usuário, ou seja, por apresentar um custo financeiro reduzido para o Estado⁴⁷.

O encarceramento, nas atuais estruturas disponibilizadas pelo Estado não recupera, não trata, não recupera e não prepara para a reinserção do apenado na sociedade, muito pelo contrário, o encarceramento promove a escola do crime.

A aplicação da Justiça Terapêutica permite a possibilidade da solução do problema legal, ou seja, da infração cometida, bem como a do problema de saúde que envolve o uso de drogas. Evitando-se a prisão, abre-se a oportunidade de oferecer ao infrator a possibilidade de receber atendimento profissional especializado, aumentando a probabilidade de se romper com o binômio droga crime, diminuindo desta forma a reincidência da conduta infracional e o comportamento recorrente do uso de drogas com a consequente redução na criminalidade.

Ao analisar o impacto sob os aspectos econômicos, a aplicação da Justiça Terapêutica reduz o custo social, por ser a atenção à saúde menos onerosa aos cofres públicos, e desta forma, mais efetiva que o simples encarceramento pelo simples fato de evitar a prisão e os seus efeitos prejudiciais, representando um menor custo social e financeiro para o Estado.

Outro ponto positivo é a possibilidade de arquivamento do processo, que acaba por não gerar antecedentes criminais, o que com certeza, auxilia na reinserção no mercado de trabalho e na vida social como um todo.

⁴⁷ 3º Seminário Internacional: Violência e Juventude. A Efetividade do ECA e o sistema de Justiça. São Paulo. 08.11.06. Procuradoria de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/files/4/4/111609092006/RO.ppt#256,1>. Acessado em: 13.10.2017.

Possibilita também uma maior integração entre os operadores do direito e os profissionais da saúde, fortalecendo a ideia de uma rede institucional, contribuindo desta forma para dar maior efetividade na solução dos problemas sociais.

4 TRATAMENTO DA DEPENDENCIA QUIMICA E LEGISLACAO APLICAVEL

Faz-se importante para um melhor entendimento do tema, uma sucinta abordagem sobre substâncias entorpecentes e dependência química, utilizando-se de conceitos jurídicos e conceitos científicos, a fim de que se conheça mais sobre o assunto.

Primeiramente, é necessário destacar que, de acordo com o artigo 3º da antiga Lei de Tóxico (Lei nº. 6.368/76), substâncias entorpecentes ou capazes de determinar dependência física ou psíquica são aquelas devidamente especificadas em lei ou relacionadas pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, do Ministério da Saúde.

De acordo com a definição da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD)⁴⁸, as drogas são as substâncias capazes de alterar as sensações e o estado emocional de seu usuário, variando estas de acordo com as características das pessoas, a droga utilizada, a quantidade, a frequência de uso, etc.

Sabemos que a partir do momento em que os homens descobriram que algumas substâncias poderiam ser usadas seja para estimulação ou para o relaxamento das suas funções motoras, para provocar alucinações, permitindo a fuga da realidade, as drogas se tornaram um problema em suas vidas.

A lógica na forma de pensamento que leva uma pessoa a procurar o uso de algum tipo de substância psicoativa, pode ser ocasionada pelos mais diversos motivos. A opção pelo caminho das drogas pode ocorrer, seja por dificuldades financeiras, falta de expectativa, má influência, diversão, desespero ou qualquer outra causa que desencadeie o seu uso.

O problema surge porque, via de regra, o que se verifica é que todos os que acessam o seu uso, acabam por pensar que têm o controle da situação. Porém ocorre que o consumo da droga não consiste apenas na soma de problemas

⁴⁸ PORTAL DA SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICA ANTI DROGAS – SENAD. Disponível em: http://www.senad.gov.br/prevencao_tratamento/prevencao_tratamento.html. Acessado em 25.09.2017.

individuais, mas sim em um mal que acaba por afetar toda a sociedade. Isso porque há toda uma estrutura criminosa que envolve o tráfico de drogas e a criminalidade.

Verifica-se deste modo, a importância de se diminuir ao máximo o uso de entorpecentes com a finalidade de se reduzir também a prática criminosa. Para tanto, a colaboração de programas de saúde instituídos pelo Estado mostra-se como fundamental para essa tentativa de minimizar os problemas.

Importante destacar, que alguns dos aspectos que interferem na garantia de direitos das pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas são a criminalização do usuário de drogas ilícitas e a desigualdade social e econômica, que resultam na diminuição da coesão e no aumento da coerção social. O termo “Coesão” deriva do Latim “*Cohaesum*” e consiste no ato ou efeito de adesão ou reunião de coisas entre si, ou seja, na união ou vínculo entre essas coisas.

A coesão social faz supor que exista, entre as pessoas de uma determinada comunidade, um sentido de pertencimento a um espaço comum ou ainda pode estar ligado a um grau de consenso entre os seus integrantes e membros. Podemos interpretar então, que a coesão social possa funcionar de forma dialética entre os mecanismos de inclusão e exclusão social e nas respostas da vida em sociedade. As Comunidades com maior nível de coesão social apresentam maior vitalidade comunitária, maior aproveitamento dos recursos no território, laços sociais fortalecidos e se encontram mais resilientes e mais proativos em relação aos problemas relacionados às drogas e ao crime.

Por outro lado, o termo “Coerção” tem sua origem na palavra em Latim “*Coercio*” e significa a ação de reprimir ou refrear, repressão ou ainda castigo. Dessa maneira, podemos entender a coerção social como a pressão e/ou repressão que a sociedade exerce sobre o indivíduo e que se manifesta por meio das leis e das normas sociais.

Essas normas podem fazer parte de determinadas culturas ou comunidades e não necessariamente estão traduzidas em documentos legais, podendo estar inseridas de forma simbólica na organização, na cultura e na estrutura da sociedade na qual convivemos. As consequências da coerção social podem ser traduzidas através das violências, doenças, marginalização, degradação ambiental e diminuição do crescimento econômico social, entre outras.

Dito isso, passamos a abordar os aspectos inerentes à legislação brasileira, onde temos na Constituição Federal de 1988, em seu art.5º, que garante a todos o direito à vida e a sua disponibilidade (leia-se, sua direção/condução, mesmo que contrário a moral e aos bons costumes, logicamente, desde que não infrinja os direitos de outrem). Nesta temática, como internar involuntariamente o usuário?

A regulamentação passa então à ser observada ao analisarmos alguns dispositivos legais. A Portaria n. 148 do Ministério da Saúde, publicada em 2012, que traz esclarecimentos quanto à prevenção, tratamento e redução dos danos e riscos advindos do uso de drogas, ampliando o acesso ao tratamento hospitalar, em hospitais gerais, às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, instituída pela Portaria n. 3.088/11, e instituiu incentivos financeiros de investimento e de custeio.

Assim, o Governo Federal enfatiza mais uma vez, a necessidade de tratamento em hospital geral, com internação de curta duração quando necessária, integrando a rede de atenção psicossocial, incorporando as estratégias singulares de redução de danos.

Quanto a Portaria n. 148/12 citada acima, esta dispõe ainda, que os leitos destinados ao tratamento de drogas para crianças ou adolescentes deverão estar localizados em espaço próprio, resguardando-se o direito à permanência de acompanhante em tempo integral, de modo a impedir o isolamento do usuário de álcool e outras drogas da vida familiar.

Quanto à rede de suporte especializado não hospitalar, as Portarias nº. 336/02 e 3.088/11 estabelecem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), de acordo com seus níveis de complexidade e especialidades para doenças mentais, álcool e drogas e infantil, CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad, CAPS ad III e CAPS, serviços comunitários ambulatoriais, no molde basagliano de tentar evitar internações, que tomam para si a responsabilidade de cuidar de pessoas com

sofrimento mental e dependentes de drogas, especialmente os severos e persistentes, em seu território de abrangência.

Embora esse modelo de tratamento ambulatorial mostre-se adequado para uma parcela considerável de indivíduos, existem casos em que tais recursos se mostram insuficientes e, ainda, há diversos municípios que sequer implantaram tal estrutura, mesmo após mais de uma década de vigência da Lei e da Portaria que os instituiu.

Outro exemplo de estrutura que poderia servir como facilitador do tratamento, evitando internações desnecessárias, é a Estratégia de Saúde da Família (ESF) em comunidades com acentuada vulnerabilidade social, como as periferias das grandes e médias cidades brasileiras. Porém o que se verifica em muitos casos, é a falta de estrutura e o preconceito, até mesmo dos agentes da ESF, prejudicam o trabalho e muitas dessas ações sequer incluem a atenção ao uso de álcool e outras drogas.

Por sua vez, a redução de danos, é uma estratégia que deve ser levada em consideração, tendo em vista que alguns indivíduos não conseguem manter-se abstinentes em tratamento ambulatorial e apresentam comportamentos de risco à sociedade e à sua integridade física e/ou mental, motivo pelo qual a Lei n. 11.343/2006 e a Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, prescrevem, como medida de atenção, dentre outras atividades, aquelas que visem à redução dos riscos e dos danos sociais e à saúde associados ao uso de drogas.

Apesar da política de pânico criada sobre o crack, assim como já ocorreu com o temor sobre o uso de álcool, fazendo com que o Estado muitas vezes opte pelo discurso tradicional, anterior à Reforma Psiquiátrica, o programa de redução de danos vem apresentando ótimos resultados, já que o importante, mais do que a abstinência é a redução dos efeitos prejudiciais do uso, sem deixar de lado a possibilidade de usuário deixar definitivamente de consumir drogas (Moreira, Haiek & Silveira, 2013).

O tratamento, neste caso, visa sobretudo a diminuição do consumo e, inclusive, a substituição de uma droga por outra, mesmo que esta seja ilícita.

Entretanto, o que temos visto atualmente diante do pânico gerado pela chegada do crack nos grandes centros urbanos e na tentativa de frear o problema, é que a redução de danos vem perdendo espaço para ações imediatistas que são,

inclusive, um contrassenso frente ao dispositivo CAPS, como a criação de novos leitos em comunidades terapêuticas e em hospitais especializados, por período relativamente longo, prevista no "Plano Crack"⁴⁹, o que vai de encontro com a declaração conjunta de várias agências da ONU, de março de 2012, que insta os Estados participantes da ONU a fecharem os centros de detenção e reabilitação relacionados ao tratamento de dependentes químicos, implantando-se serviços de cuidados à saúde comunitários e de maneira voluntária, que respeitem os princípios dos direitos humanos. Importante ressaltar que a declaração ainda destaca que não há comprovação de que os tratamentos contra vontade do paciente são eficazes mas que estes constituem flagrante violação aos direitos humanos, bem como constata que tais internações são realizadas sem o devido processo legal, ferindo esses direitos diretamente.

Ao realizarmos uma interpretação mais abrangente, de forma a analisar os dispositivos Constitucionais e os Tratados Internacionais, compatibilizando a norma existente na Portaria 3.088 do Ministério da Saúde com os direitos fundamentais, infere-se que a única possibilidade de internação em unidades de acolhimento, comunidades terapêuticas ou hospitais especializados seria aquela que ocorre de forma voluntária.

Reiterando este pensamento, observa-se que é isso que expressamente dispõe o artigo 2º § 2º da Portaria n. 121/GM, segundo o qual a:

"Unidade de Acolhimento tem como objetivo oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo".

Desta forma, o SUS trabalha com a lógica do CAPS, ou seja, busca apoio na rede especializada e não prioriza a internação, mas sim a reinserção social e o tratamento em meio aberto, sendo a internação utilizada como último recurso, em casos excepcionais e apenas para desintoxicação.

Como podemos ver até aqui, realmente, como a muito se fala, o caso envolve saúde pública. Não se trata, portanto como se pode ver, de um problema policial.

⁴⁹ <http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/caderno-destaques/marco-2012/plano-integrado-de-enfrentamento-ao-crack-e-outras-drogas>

Ademais, o art. 28 de lei de drogas (lei 11.343/06) não considera crime a conduta do usuário e, por isso, não o priva da liberdade, mas, ao contrário, estipula admoestação e medidas preventivas de conscientização sobre os efeitos prejudiciais das drogas.

4.1 A lei de drogas (Lei 11.343/06)

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, em seu art. 3º, considera a liberdade como um direito indisponível do ser humano, conforme já vimos anteriormente.

No Brasil em 2006 com a nova lei de drogas, Lei n. 11.343/06, que prometia seguir a política de não encarcerar mais usuários, o Brasil parecia ter encontrado um meio de reverter o crescimento do número de pessoas presas por crimes ligados às drogas. Porém, ao deixar nas mãos da autoridade policial a definição de quem seria usuário e quem seria traficante e da quantidade de droga que separa na prática um do outro, o novo diploma legal resultou em um fator chave para o drástico aumento da população carcerária do país.

As prisões brasileiras transformaram-se ao longo dos anos, em verdadeiros depósitos de seres humanos, abarrotados de pessoas sem qualquer organização ou diretriz por parte das políticas para o setor, desenvolvidas pelo Estado. Não se trata apenas de avaliar a questão de ser o preso merecedor ou não de respeito, é basicamente uma questão de descumprimento da lei. Na realidade o que se pretende fazer, é que uma pessoa tenha a punição porque descumpriu a lei em prisões que descumprem a Lei de Execução Penal de forma institucional.

Primeiramente porque beira às raias do absurdo o que se está fazendo, misturando uma pessoa envolvida em uma relação comercial, mantendo-a na mesma penitenciária, dividindo espaço com toda sorte de delinquentes, sejam eles estupradores, assassinos, homicidas ou latrocidias.

A legalização das drogas, assunto bastante polemico e que não é o objeto deste estudo, quebraria a base de financiamento das facções criminosas. A discussão sobre o tema da legalização e a regulamentação de todas as drogas, entretanto se faz necessária, porque o que acontece com a proibição é a venda desregulamentada e o financiamento do crime organizado por intermédio do comércio dessas drogas, entregues ao mercado paralelo.

Em tempos de supremacia dos direitos humanos e dos direitos fundamentais e aversão aos atos que atentem contra estes direitos, surge uma questão interessante na cena jurídica nacional quando nos deparamos com a gravidade da questão dos usuários de drogas e o seu tratamento pelo Estado de Direito. Imaginar um mundo sem drogas é praticamente impossível, assim como nunca teremos um mundo perfeito, portanto cabe a nós pensarmos um mundo com uma menor quantidade de danos, e a guerra envolvendo o tráfico de drogas tem matado muito mais do que qualquer uma das drogas proibidas.

Apesar de a lei 13.146 de 6 de julho de 2015, que alterou dispositivos do Código Civil brasileiro, continuar a tratar os viciados como relativamente incapazes ocorre que, sendo essa forma de estado caracterizado pela ação contundente da lei em todas as áreas da vida, a lacuna existente quando do trato ao dependente químico, gera dúvidas e debates intermináveis. Mormente quanto às discussões acerca da possibilidade de internação involuntária dos usuários de drogas.

4.1.1 A nova legislação de tóxicos

Vimos até aqui, que a legislação brasileira sobre drogas concentrava-se basicamente na Lei nº. 6.368/76 que revelava cunho claramente repressivo. Em janeiro de 2002 uma nova lei anti-drogas (Lei nº. 10.409/02) entrava em vigor, pretendendo substituir o dispositivo anterior . Entretanto, por encontrar-se eivada de diversos vícios de inconstitucionalidade e defeitos técnicos e jurídicos encontrados em seu projeto, restou por ter toda sua parte penal vetada, tendo passado a vigorar apenas em seus aspectos processuais.

Sendo assim, as duas leis passaram a vigorar ao mesmo tempo, embora com as modificações trazidas pela nova lei, a parte penal utilizada continuava sendo a de 1976, com a manutenção do mesmo cunho repressivo, enquanto a parte processual era de 2002. Para por fim á essa situação, revogando os antigos diplomas legais foi criada a Lei nº. 11.343/06, cujo ponto mais importante foram as modificações surgidas em relação à figura do usuário de drogas, merecendo destaque as penas para o usuário.

Ao analisar o assunto, Fernando Capez, em artigo publicado na Revista Consultor Jurídico afirma que:

“O crime previsto no revogado art. 16 da Lei nº. 6.368/76 era punido com pena de detenção, de 06 meses a 02 anos, e a pena de multa, de 20 a 50 dias-multa, calculados na forma do revogado art. 38 da Lei nº. 6.368/76. Tratava-se, no entanto, de crime de menor potencial ofensivo, sujeitando-a ao procedimento da Lei nº. 9.099/95, incidindo igualmente seus institutos despenalizadores, desde que preenchidos os requisitos legais”⁵⁰

Ao analisarmos a lei, vimos que esta trouxe substanciais modificações nesse aspecto. Com efeito, para as condutas previstas no caput e § 1º do artigo 28, passou a prever:

“Art. 28 Quem adquirir guardar tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas:

I - advertência sobre os efeitos das drogas;

II - prestação de serviços à comunidade;

III - medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo.

§ 1 Às mesmas medidas submete-se quem, para seu consumo pessoal, semeia, cultiva ou colhe plantas destinadas à preparação de pequena quantidade de substância ou produto capaz de causar dependência física ou psíquica”.

Observe-se que as penas descritas no artigo citado acima, poderão ser aplicadas isolada ou cumulativamente, bem como substituídas a qualquer tempo, ouvidos o Ministério Público e o defensor.

Conforme a Lei de Drogas, atualmente em vigor, entende-se por drogas aquelas substâncias ou produtos capazes de causar dependência, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União. No art. 66 da Lei n. 11.343/06, ampliou-se o rol de substâncias abarcadas pela criminalidade de tóxicos, incluindo-se neste dispositivo aquelas sob controle especial.

⁵⁰ CAPEZ, Fernando. Nova lei de Tóxico – das modificações legais relativas à figura do usuário. Consultor Jurídico. Disponível em: <http://www.oabsp.org.br/noticias/2006/12/07/3962/> Acessado em: 29.10.2017

Cabe liberdade provisória nos denominados crimes hediondos, na prática da tortura, no tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins e no terrorismo (os chamados crimes assemelhados). O fato é que não houve descriminalização da conduta, muito embora tenha havido o intuito de despenalização e de educação do usuário de drogas.

Na prática, o juiz deverá atentar para decidir-se ou pelo consumo ou pelo tráfico, aos seguintes tópicos:

- a) natureza e quantidade da substância;
- b) local e condições em que se desenvolveu a ação;
- c) circunstâncias sociais e pessoais;
- d) conduta e antecedentes do agente.

O Livramento condicional poderá ocorrer após dois terços de cumprimento da pena, sendo vedada a sua concessão ao reincidente específico.

Não deverá ser imposta prisão em flagrante para o usuário, devendo o autor de o fato ser imediatamente encaminhado ao juízo competente ou, na falta deste, assumir o compromisso de a ele comparecer, lavrando-se termo circunstanciado e providenciando-se as requisições dos exames e perícias necessários.

O Prazo para a conclusão do inquérito policial é de 30 dias no caso do indiciado preso, e de 90 dias se estiver solto. Havendo a possibilidade de duplicação destes prazos, devendo ser justificado o pedido por parte da autoridade de polícia judiciária.

A maior pena prevista refere-se ao crime de financiar. Caso o autor seja tão somente financiador do tráfico, aplica-se a pena do Art. 36 (reclusão, de 8 a 20 anos, e pagamento de 1.500 a 4.000 dias-multa). Se for financiador e também traficante, responderá por tráfico mais a agravante do art. 40, inc. VII (pena de 5 a 15 anos, aumentada de 1 sexto a 2 terços).

O prazo máximo previsto para a formação da culpa poderá chegar a até 195 dias, em se tratando de réu preso, sem que com isso seja caracterizado o constrangimento ilegal por excesso de prazo.

Antes do recebimento da denúncia, o juiz notificará o acusado para oferecer defesa prévia no prazo de 10 dias. Esta defesa prévia, tem como finalidade fazer com que o juiz não receba a denúncia, após o que o juiz terá 5 dias para decidir entre receber ou rejeitar a denúncia, ou ainda requerer diligências.

Poderá haver a progressão de regime, inicialmente fechado, quando cumpridos 2/5 da pena, se primário, ou 3/5, se reincidente.

A delação premiada está prevista na lei de drogas⁵¹.

A pessoa que for encontrada de posse de drogas para uso próprio será encaminhada à autoridade policial (Delegado de Polícia) ou ao Judiciário, onde tiver vara especializada de entorpecentes. Na delegacia, faz-se o Termo Circunstanciado de Ocorrência (TCO) que é o registro do fato de menor potencial ofensivo que não ultrapasse a pena máxima de 2 anos de cerceamento de liberdade ou multa e junta-se o exame de constatação. Após, encaminha-se o aludido expediente ao juizado especial criminal para que seja apreciada a transação, se esta for possível, e a aplicação das penas necessárias, se assim for determinado o caso.

Havendo o descumprimento da transação ou das penas aplicadas, o juiz fará a admoestação verbal do usuário e, se entender necessário, aplicará pena de multa entre 40 a 100 dias multa, no valor de 1/30 avos até 3 vezes o maior salário mínimo.

O crime, portanto, não é usar droga ilícita, mas sim proceder a aquisição, a guarda e manutenção em depósito, ou o transporte consegua para consumo pessoal. Sendo assim, entende-se que não se pune o consumo em si da droga. No crime de posse ilícita de drogas para consumo pessoal, a apreensão da droga, que é o objeto material, é obrigatória.

Quanto ao tipo penal do tráfico não exige como elementar a finalidade de lucro ou de obter vantagem econômica. Poderá haver o crime de tráfico, ainda que não exista o fim lucrativo por parte do agente delitivo, ou seja, mesmo que á título gratuito.

Importante observar que nas alterações surgidas com a Nova Lei de Drogas, foram criadas duas figuras penais que, na lei anterior (6.368/76), caracterizavam

⁵¹ O artigo 41 da Lei de Drogas estabelece que “o indiciado ou acusado que colaborar voluntariamente com a investigação policial e o processo criminal na identificação dos demais coautores ou partícipes do crime e na recuperação total ou parcial do produto do crime, no caso de condenação, terá pena reduzida de um terço a dois terços”.

crime de tráfico, e que na atual Lei de Drogas (11.343/2006), não configuram tráfico. A primeira alteração é a conduta de “induzir, instigar ou auxiliar alguém ao uso indevido de droga”. A segunda modificação é a conduta de “oferecer droga, eventualmente e sem objetivo de lucro, a pessoa de seu relacionamento, para juntos a consumirem”. Desta forma, as duas hipóteses citadas acima, são consideradas exceções e, portanto, não incidirá crime de tráfico.

Com relação às figuras do erro de tipo e do erro de proibição, tem-se que são plenamente possíveis nesses crimes, exigindo-se nestes casos a prova cabível para a sua verificação. Por exemplo, se uma pessoa que, a pedido do amigo, transporta uma encomenda não sabendo que a mesma é droga (erro de tipo) ou se um estrangeiro estando de férias no Brasil que imagina ser lícito fumar maconha (erro de proibição).

Quanto ao concurso de crimes do art. 33 (tráfico) com o art. 35 (associação para o tráfico), é plenamente possível, como por exemplo, no caso de um grupo de traficantes que formaram uma quadrilha ou bando para exercerem suas atividades, já tendo iniciado os atos de execução do crime de tráfico, estes deverão responder por dois crimes em concurso material: tráfico ilícito de drogas e associação para o tráfico (artigos. 33 ou 34 em concurso com o art. 35 da Nova Lei de Drogas).

Para a caracterização do delito de associação para o tráfico, é importante poder demonstrar que a associação de pessoas continha um prévio e duradouro ajuste, afastando-se da mera reunião ocasional de coautores para a prática de determinado crime de tráfico ilícito de entorpecentes. Na ausência do animus associativo afasta-se a incidência do art. 35 da Lei, tratando-se então como mera coautoria.

Já o crime de colaboração com o tráfico (art. 37) não constitui tráfico ilícito de drogas. O informante, na Nova Lei de Drogas, é responsabilizado num tipo penal autônomo.

Quanto à única figura culposa descrita na Nova Lei de Drogas, esta se caracteriza, como sendo o crime de prescrever ou ministrar (art. 38), culposamente, drogas, sem que delas necessite o paciente, ou fazê-lo em doses excessivas ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar.

Os núcleos dos verbos “prescrever” ou “ministrar”, para caracterizar o presente delito, devem ocorrer culposamente. Destarte, se as condutas forem eminentemente dolosas, o agente delitivo então, deverá responder por crime de tráfico de drogas.

Uma das mais importantes inovações jurídicas da Nova Lei de Drogas foi abolir as penas privativas de liberdade para o crime de posse ilegal de drogas para consumo pessoal (art. 28), deixando de existir qualquer possibilidade de prisão para aquele agente que adquire, traz consigo, guarda, tem em depósito ou transporta droga para consumo pessoal. As penas cominadas são exclusivamente restritivas de direitos.

Nos casos em que a conduta for semear cultivar ou colher plantas para a preparação ou produção de drogas caracteriza crime de tráfico. Todavia, se for para o consumo pessoal do agente e em pequena quantidade, não será considerado tráfico, e sim o crime de acordo com o § 1.º, do art. 28, já abordado acima.

Todos os delitos, estejam ou não submetidos a procedimento especial, cuja pena máxima não ultrapasse 2 anos de prisão estão sujeitos à Lei 9.099/95. Com a redação da Nova Lei, o crime de posse ilegal de drogas para consumo pessoal tornou-se crime de menor potencial ofensivo.

Em hipótese alguma será cabível prisão para o caso de posse ilegal de drogas para consumo pessoal, nem mesmo no caso de prisão em flagrante. Uma vez encontrado portando a droga, o criminoso será encaminhado para a Delegacia, ouvido e posto em liberdade, após assinar o termo de compromisso de comparecer à audiência preliminar. E mesmo que não aceite prestar termo de compromisso, ainda assim, não poderá ser preso.

Ao todo, são elencados e deverão ser levados em consideração, oito critérios para que se passe a proceder a aferição se a droga se destina ou não ao consumo pessoal do agente. São eles: a natureza da droga; sua quantidade; o local da apreensão; o desenvolvimento da ação; as circunstâncias sociais; as circunstâncias pessoais; a conduta e os antecedentes do agente.

Não existe mais previsão de regime integralmente fechado no ordenamento jurídico-penal. A Lei dos Crimes Hediondos foi alterada pela Lei nº 11.464/07, para admitir a progressão de regime em hediondos e assemelhados. Antes mesmo da

alteração legislativa, o STF havia declarado a inconstitucionalidade do antigo § 1º do artigo 2º da Lei nº 8.072/90, considerando que a vedação de progressão de regime feriria os princípios constitucionais da individualização das penas, isonomia, humanização das penas e dignidade da pessoa humana.

Podemos verificar ainda, que a Lei nº 11.343/2006, que revogou expressamente a Lei n.º 6.368/1976 e a Lei n. 10.409/2002 ao definir novos crimes e penas, não previu a incidência de majorante na hipótese de associação eventual para a prática dos delitos nela previstos. Isto nos permite dizer, que se impõe retirar da condenação dos pacientes a causa especial de aumento previsto no art. 18, inciso III, da Lei nº 6.368/1976, em obediência à retroatividade da lei penal mais benéfica. Não se trata propriamente de *abolitio criminis*, uma vez que a nova redação não aboliu o crime de tráfico ilícito de drogas, mas apenas aboliu do rol de causas de aumento de pena aquela referente ao concurso de agentes (associação eventual), prevista no art. 18 da antiga Lei, e conseqüentemente neste aspecto, a Nova Lei acaba se tornando mais benéfica, devendo por princípio retroagir para beneficiar o condenado.

Quanto aos crimes previstos nos art. 33, caput e § 1.º, e 34 a 37 da Lei de Drogas são inafiançáveis e insuscetíveis de sursis, graça, indulto, anistia e liberdade provisória, vedada a conversão de suas penas em restritivas de direitos.

Em relação a possibilidade de livramento condicional para o crime de tráfico, existe esta possibilidade após o cumprimento de dois terços da pena, vedada sua concessão ao reincidente específico.

A destruição de drogas será efetuada através do método de incineração, no prazo máximo de 30 dias, por meio de autorização judicial, ouvido o Ministério Público, e executada pela autoridade de polícia judiciária competente, na presença de representante do Ministério Público e da autoridade sanitária competente observada à cautela necessária com razão aos cuidados com meio ambiente, no caso de queimadas, guardando-se as amostras necessárias à preservação da prova.

Com relação á jurisprudência, temos nos casos considerados como tráfico privilegiado, ou seja, aquele praticado por agente primário, com bons antecedentes criminais, que não se dedica a atividades criminosas nem integra organização

criminosa, sendo-lhe aplicada a redução de pena de um sexto a dois terços, independentemente de o tráfico ser nacional ou internacional e da quantidade ou espécie de droga apreendida, ainda que a pena mínima fique aquém do mínimo legal. Dessa forma, a quantidade e a natureza da droga não irão impedir a aplicação da diminuição de pena decorrente do crime de tráfico privilegiado, muito menos o fato de o tráfico ser nacional ou internacional, conforme orientação do Superior Tribunal de Justiça (STJ REsp 1133945 / MG 15/04/2010).

O STJ não admite também a aplicação do princípio da insignificância no crime de posse ilegal de drogas para consumo pessoal (art. 28, da Nova Lei de Drogas). A pequena quantidade da droga não desnatura o delito; Orientação do STF é no sentido de ser favorável à aplicação do princípio da insignificância ao crime de posse ilegal de drogas para consumo pessoal em estabelecimento militar (delito previsto no art. 290 do Código Penal Militar), desde que atendidos certos requisitos.

4.2 Controle de entorpecentes e substâncias que produzem dependência física ou psíquica, e de precursores.

Como já abordamos anteriormente, vimos que os distúrbios e as sequelas ocasionadas pelo abuso de álcool e pelo uso de outras drogas têm se destacado como importante problema de saúde pública no Brasil e no Mundo.

Por esse motivo, as questões relacionadas às drogas, pela sua complexidade, reclamam ações coordenadas em vários campos, exigindo a atuação conjunta das políticas governamentais de saúde, justiça, educação, direitos humanos, trabalho, comunicação e cidadania nesta área.

No campo da saúde pública, além das atividades de prevenção e de assistência às pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de substâncias entorpecentes ou psicotrópicas, se faz necessário o controle das drogas lícitas utilizadas em medicina, compreendendo a sua fabricação, distribuição, prescrição e venda, bem como o estabelecimento de padrões para o funcionamento de serviços voltados à prevenção e recuperação dos usuários.

As ações na execução de controle e fiscalização do uso lícito de substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial no Brasil, incluídos os entorpecentes e

psicotrópicos, antes executadas pelo Ministério da Saúde sob o amparo no art. 6o da Lei no 6.368/76 que trazia a seguinte redação:

Art. 6o - Compete privativamente ao Ministério da Saúde, através de seus órgãos especializados, baixar instruções de caráter geral ou especial sobre proibição, limitação, fiscalização e controle da produção, do comércio e do uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e de especialidades farmacêuticas que as contenham.

Atualmente, esta competência, por força da Lei no 9.782/99, cabe à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), órgão federal de regulação no SUS, instituído para ser consequente com a missão do poder público a ele atribuído, “de proteger e promover a saúde do conjunto da população brasileira, garantindo a segurança sanitária de produtos e de serviços”, conforme está explicitado na Lei 8.080/90.

Em 2002 a Lei nº 10.409/02 ampliou a atribuição do Ministério da Saúde para controle dos precursores, ficando a ANVISA com a responsabilidade institucional do controle da grande maioria dos precursores definidos na Convenção das Nações Unidas Contra o Tráfico de Entorpecentes e Psicotrópicos, de acordo com a Portaria SVS/MS nº 344/98.

Dito de outra forma, a Lei 11.343/2006, que cuida dos crimes relacionados ao assunto "DROGA", não definiu quais substâncias são consideradas drogas ilícitas no Brasil, por sua vez isso foi deixado a cargo da ANVISA que por meio da portaria 344 de 1998 listou todas as substâncias (lista D1).

Á partir do surgimento de novas drogas e a partir do momento que novas substancias são incluídas na portaria, caso essas substâncias sejam encontradas em território nacional sendo vendidas, ou em posse de alguém, o responsável pode ser enquadrado na lei de drogas, como tráfico.

Por outro lado, o vazio encontrado em muitos municípios, com relação as possibilidades para a reabilitação das pessoas com dependência ao álcool ou a outras drogas possibilitou a instalação no Brasil de serviços autodenominados de “Comunidades Terapêuticas”. Estes serviços multiplicaram-se, muitas vezes sem qualquer regulamentação, evidenciando-se um funcionamento precário para muitos

deles, tendo sido determinado pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) o estabelecimento de um padrão básico para funcionamento dos mesmos, assegurando direitos e um mínimo de qualidade aos usuários.

Foi então que a ANVISA, por meio da Resolução da Diretoria Colegiada de No 101/2001, publicada em 31 de maio de 2001, estabeleceu o Regulamento Técnico para o Funcionamento de Serviços de Atenção a Pessoas com Problemas Decorrentes do Uso ou Abuso de Substâncias Psicoativas. Segundo Modelo Psicossocial, também denominado “Comunidades Terapêuticas”. A construção desta proposta de regulamento foi elaborada por Grupo de Trabalho coordenado pela ANVISA, integrado por representantes da Coordenação de DST/AIDS e da Assessoria de Saúde Mental da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (MS, 1999), com contribuições de órgãos e entidades envolvidas na assistência às pessoas com problemas de dependência química.

Através destas atribuições a ANVISA inclui-se entre os atores que abraçam o desafio do enfrentamento das questões referentes a álcool e drogas, um dos grandes desafios da sociedade contemporânea com seus determinantes psíquicos, sociais e econômicos.

4.3 1 A dependência química e as internações compulsórias.

Atualmente, o regramento normativo que disciplina a questão é a lei 10.216 de 6 de abril de 2001 que, em seu art.6, § único, inciso III, ao se referir às formas de internação, apregoa como uma de suas espécies a internação involuntária. Esta, entretanto, deverá ser precedida por termo escrito de solicitação do familiar ou responsável legal (numa interpretação à contrário sensu do transcrito no art. 8º, § 2º).

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

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

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

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

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

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

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

§ 2 O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Contudo, a Lei em comento diz respeito à internação das pessoas acometidas de transtornos mentais, ou seja, de maneira genérica.

De fato, o uso de substâncias entorpecentes é fator de risco ao sistema encefálico humano, pois, na grande maioria das vezes, essas substâncias agem diretamente no sistema nervoso central e, por essa ação contundente, causa a dependência num curtíssimo espaço de tempo. A mente, então, se acostuma com os efeitos psicoativos dos seus elementos constitutivos e a ânsia por euforia, alegria e prazer momentâneos que a droga causa fica mais fortes e a necessidade de quem a ela credita todos os bons sentimentos da vida são potencializados e sem que perceba, torna-se viciada em determinadas substâncias.

Por esses e outros motivos, o dependente químico é considerado, para os parâmetros legais, um transtornado mental e, por essa via, é respaldado pelo dispositivo da lei. É evidente que não é todo usuário que será considerado como tal, mas apenas e tão somente, os casos de maior relevância, ou seja aqueles que apresentam um estado de maior dependência e que essa seja então um fator prejudicial em sua vida, sob os aspectos individual, social e familiar.

4.3.2 Como a Lei 10.216/2001 regula as internações psiquiátricas?

Passaremos a discutir aqui os aspectos que envolvem a lei que regulamentam as internações, fazendo alguns questionamentos e que serão respondidos a seguir:

O que dispõe a Lei em Comentário?

A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O que é Transtorno Mental?

É toda anormalidade, sofrimento ou comprometimento de ordem psicológica e/ou mental.

Quais são os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental?

Segundo artigo 1º da Lei Nº 10.216/2001, os direitos são:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Quais principais direitos das pessoas portadoras de transtorno mental?

Segundo Artigo 2º da lei em epígrafe são:

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

De quem é a responsabilidade do desenvolvimento da política de saúde mental?

Segundo o artigo 3º da respectiva Lei a responsabilidade é:

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

Como é a internação e tratamento de pessoas com transtorno mental?

Vejamos o que a lei em comento nos leciona em seu artigo 4º e parágrafos:

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

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Como é a Internação Psiquiátrica?

A internação psiquiátrica é realizada da seguinte maneira:

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

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

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

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

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

O que deve fazer a pessoa para internar voluntariamente?

Vejamos o procedimento no artigo 7º da respectiva lei, a saber:

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Por quem é autorizada a internação voluntária ou involuntária?

Vejamos redação legal:

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

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

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Por quem é determinada a internação compulsória?

Esta é de competência do Juiz. Vejamos:

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

O que ocorre nos casos de evasão ou morte das pessoas com transtorno mental no local da internação?

Art. 10º Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Importante lembrar que pesquisa científica para fins diagnósticos precisa-se da devida autorização do paciente ou do seu representante legal, a saber:

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

4.4 Pode o dependente químico ser internado contra sua vontade?

À medida que os usuários de drogas ocupam os mais diversos cenários, desde as periferias até as áreas nobres das grandes cidades do país, a dependência química surge como um problema de saúde pública que exige ações inadiáveis. Enquanto cidades de todo o Brasil ainda buscam uma solução para o problema, a discussão em torno do papel e das medidas a serem tomadas pelo poder público ainda gera discussões. E no eixo central da polêmica está a internação compulsória.

Não obstante, a angústia experimentada pelas famílias, na ânsia de acabar definitivamente com o problema da dependência e desacreditadas com o tratamento "demorado" disponibilizado na rede pública, acabam procurando o Judiciário para fazer valer a sua vontade de internar involuntariamente seu parente usuário de drogas e assim obter um resultado de forma mais imediatista.

Porém, em muitos casos, a busca pelo dispositivo da internação compulsória como recurso, é utilizada pela parte equivocadamente, já que deveria ser restrita à medida de segurança, pretendendo que o Juízo realize a análise meritória sobre a necessidade ou não de internação (o que não cabe ao Judiciário, mas à equipe

técnica de saúde mental), e supra a deficiência dos relatórios médicos apresentados pela família, que não constituem laudo médico circunstanciado, não atestam o esgotamento dos recursos extra hospitalares e, portanto são inadequados e insuficientes para a internação involuntária.

Vigente desde 2001, a Lei 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos dos portadores de transtornos mentais, estabelece que qualquer internação só deve ocorrer após a utilização de todos os recursos extra hospitalares e desde que estes tenham se mostrado insuficientes. Porém, a internação compulsória, cabe ressaltar aqui, como sendo aquela que é determinada pela Justiça, sem o consentimento do paciente, vem sendo frequentemente requisitada como primeira alternativa para o tratamento de dependentes, quando deveria ser a última.

A internação compulsória que deve ser usada apenas em situações limite, quando o dependente oferece risco para si ou para outros, resta muitas vezes desvirtuada e o que vemos é que hoje a internação é o reflexo, no plano da Saúde, de um modelo militarizado de combate às drogas. Neste modelo de confronto, de enfrentamento e não focado na redução de danos, com a disponibilização de psicólogos, enfermeiros, médicos, assistentes sociais entre outros profissionais.

As situações, portanto devem seguir uma lógica e serem avaliadas caso a caso, sendo mantido o caráter individual dos pedidos de internação provisória feitos à Justiça, seja pelas famílias ou pelo poder público, não cabendo providências de apreensão coletiva, que refletem um fundo ideológico higienista, expondo veladamente uma forma de “limpeza” dos espaços urbanos.

Desde 2001, com a publicação da Lei n. 10216/01, a internação involuntária, por período prolongado, deveria ter sido abolida. Aliás, o projeto original da lei em questão, baseada no modelo italiano e na tradição basagliana, tinha como justificava não ser o hospital psiquiátrico um local adequado para tratamento de pessoas com transtornos mentais em geral, incluindo-se os dependentes químicos.

Após diversas modificações no projeto original, a Lei n. 10.216/01 passou a prever três tipos de internação; a voluntária, a involuntária e a compulsória. Esta última, no entanto, é apenas indicada pela lei como uma das formas de internação, já que a própria legislação tratou de dispor que a internação compulsória somente seria possível na forma da legislação vigente à época de sua edição, ou seja é

importante que se diga, na forma da lei penal, a única após a Constituição Federal, que dispunha sobre internação por decisão judicial.

Deste modo, se percebe um erro gravíssimo na atuação judicial ainda hoje , que é fundamentar internações compulsórias na Lei n. 10.216/01 combinada com o Decreto n. 24.559/34, revogado expressamente pelo Decreto n. 99.678/90, em seu anexo, e o Decreto-Lei n. 891/1938, que apesar de não ter sido expressamente revogado, não foi recepcionado pela Constituição de 1988, de modo que ambos não estavam em vigor quando da publicação da Lei n. 10.216/01.

Ressaltamos, portanto mais uma vez, que a única legislação vigente a respeito de internação autorizada pelo juiz era e continua sendo a legislação que rege a medida de segurança. Isto equivale dizer que, mesmo que necessária, a internação involuntária para o início do tratamento, se nenhum recurso extra-hospitalar se mostrar suficiente e se houver risco de vida iminente para o usuário ou para terceiro, esta deve se dar apenas para a desintoxicação, tendo amparo na Lei 10.216/2001, art. 4º, §§ 1º a 3º.

Vale lembrar, no entanto, que quaisquer das formas de internação dependem necessariamente de laudo médico circunstanciado, que deve apresentar, minuciosamente, os motivos que justificam a internação, além da existência de diagnóstico fechado, com a descrição da intensidade e gravidade da doença, a indicação da necessidade da extrema medida, que somente pode ser realizada após frustrados os recursos extra hospitalares, de acordo com o artigo 4º da Lei n. 10.216/01, e inclusive os motivos da recusa do usuário em internar-se voluntariamente, conforme prevê o art. 5º da Portaria n. 2391/GM.

A mesma portaria, impõe a constituição de uma Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas em seu art. 10, composta por profissionais de diferentes áreas de saúde mental, desde que não façam parte dos quadros do local de internação, que deve acompanhar as internações involuntárias e rever a internação no prazo de 7 (sete) dias, confirmando ou sendo contrário á sua necessidade.

Temos então que, se o usuário realmente preencher os requisitos para a internação involuntária, esta já poderia ocorrer sem intervenção judicial, pois a internação involuntária ocorre a pedido de terceiro e por recomendação médica, mesmo sem o consentimento do paciente, não podendo ser utilizado apenas o

argumento do sofrimento de familiares, para fundamentar a internação, mesmo porque há disposições legais que permitem o afastamento de tal pessoa do lar, como por exemplo, os art. 22 da Lei n. 11.340, Lei Maria da Penha, e art. 1.777 do Código Civil.

Nesse caso, porém, a legislação não prevê a permissão da internação em hospital psiquiátrico ou mesmo em comunidades terapêuticas, mas sim o simples afastamento do lar, podendo o dependente procurar a rede de atenção psicossocial voluntariamente para residir em uma das Unidades de Acolhimento, como prevê a Portaria n. 3088, na qual o regime é de portas abertas e não asilar, que pode ou não ser terapêutica⁵². Neste caso, não se verifica a necessidade de internação sequer involuntária, e mesmo que assim não fosse, a previsão da Portaria n. 121/GM é de que as Unidades de Acolhimento e Serviços de Atenção em Regime Residencial apenas podem ser disponibilizadas em caso de tratamento voluntário.

Não se defende aqui, que aquele que procura o Poder Judiciário por não encontrar vaga no serviço público para internação, quando esta é necessária, voluntária ou involuntariamente, de acordo com laudo médico circunstanciado, não tem direito a ser internado, o que se está buscando deixar claro é que a ação a ser proposta não é a internação compulsória em face do dependente, mas sim a ação de obrigação de fazer contra o Estado, para dirimir lide existente entre a pessoa com sofrimento mental e com problemas decorrentes do uso e dependência de álcool e outras drogas e o Poder Público, já que é papel deste o dever de proporcionar o tratamento adequado ao dependente e até mesmo a internação em CAPS III, enfermarias ou hospitais gerais, de acordo com a Lei n. 10216/01 e Portarias que a regulamentam, inclusive as Portarias n. 336/02, 3.088/11, 121/12 e 148/12.

A internação compulsória continua sendo restrita às medidas de segurança, enquanto a possibilidade de internação involuntária passa a ser permitida apenas em casos específicos em que o tratamento ambulatorial não funcione como meio de reinserção social do dependente, quando há risco iminente de vida do usuário ou terceiro, sendo que entendimento diverso leva necessariamente a violações constitucionais e de tratados internacionais de direitos humanos, dos quais o Brasil é signatário.

⁵² Rev. latinoam. psicopatol. fundam. vol.17 no.2 São Paulo June 2014
Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0381v17n2a13>. Acessado em 22.nov.2017.

A internação, sendo definida como compulsória fica a critério do juiz que determinará tanto a entrada do paciente no serviço quanto sua saída, tonando depende de autorização judicial, o que leva ao absurdo em muitos casos, de pessoas com alta médica permanecerem no hospital ou comunidade terapêutica ,ocasionando muitas vezes o agravamento dos problemas que geraram a procura pelo uso de drogas, gerando quadros de irritabilidade, ansiedade e demais problemas psicológicos que levam à recaída.

Outra situação que também cabe nesta discussão é o fato de que o internado, mesmo que involuntariamente, tem direito à defesa, uma vez que, além do art. 8, § 1º, da Lei n. 10.216/01, exige o artigo 5º, parágrafo único, inciso VI, da Portaria GM n. 2.391, de 26 de dezembro de 2002, do Ministério da Saúde, que a comunicação de internação involuntária contenha a descrição dos motivos da discordância do usuário sobre sua internação, sendo certo que o paciente deve ser ouvido.

Nesse intuito, dispõe o Tratado de Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde que o internado tem direito de ser defendido por defensor público, quando financeiramente hipossuficiente, bem como que tem direito ao devido processo legal e contraditório.

A partir do exposto até aqui, é possível afirmar que a internação para tratamento contra a vontade do indivíduo, apenas é possível por prazo curto, para desintoxicação ou se houver risco para a vida do usuário de drogas ou terceiros, desde que haja laudo médico circunstanciado para tanto, sem necessidade de ordem judicial, a qual apenas é permitida no âmbito do processo penal.

Por outro lado, a internação pode atender aos interesses econômico-financeiros de comunidades terapêuticas e de clínicas privadas, às quais são destinados os recursos do Estado para a internação, o que no país não seria fato de causar estranhamento, tendo em vista a confusão que se faz muitas vezes entre os recursos públicos e os interesses políticos e privados.

Ao questionar os resultados, as estatísticas mostram que a internação compulsória não é a maneira mais eficiente de tratamento para se lidar com o problema do vício. Especialistas da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial de Saúde (OMS) não recomendam esse tipo de medida, a internação compulsória, restaria indicada, apenas nos casos de extrema

vulnerabilidade, em que o indivíduo perdeu os vínculos familiares e vive nas ruas, ou quando o dependente cometeu crimes. Uma outra alternativa que se apresenta como proposta é pensar em estruturas de retaguarda, que incluem estudos sobre o número de leitos disponíveis em clínicas e hospitais e a busca pelo contato com as famílias.

Á partir das propostas que foram enfaticamente recomendadas pela III Conferencia Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 2001. (III CNSM, Relatório Final, 2001) o Ministério da Saúde passou a assumir de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar, reabilitar os usuários de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública, entretanto, é imprescindível que haja integração dos poderes. Justiça, Saúde, Assistência Social, Segurança, todos devem trabalhar juntos, os conflitos relacionados às drogas (lícitas e ilícitas) demandam políticas públicas e projetos terapêuticos multidisciplinares para que sejam eficazes.

4.5 A medida de segurança

Conforme a legislação penal brasileira, a Medida de Segurança caracteriza-se pela intervenção, através do poder coercitivo estatal na liberdade do indivíduo imputável em razão de doença mental, á quem cometeu fato típico e antijurídico, ao qual se atribui a função de tratamento, visando preservar a sociedade do perigo que o indivíduo representa.

De acordo com o que determina o Código Penal (art. 26), a medida de segurança aplica-se, aos imputáveis que, em razão de doença mental, eram ao tempo do crime incapazes de entender e de se manifestar de acordo com seu entendimento; ou às pessoas que, em razão de um retardo mental ou desenvolvimento mental incompleto não eram ao tempo do crime inteiramente capazes de entender o caráter ilícito do seu ato ou de se manifestarem de acordo com esse entendimento (BRASIL, 1940).

Ao analisarmos a legislação penal, especificamente, o art. 97 do Código Penal, considerando as espécies de medida de segurança previstas, internação e tratamento ambulatorial, verifica-se que a primeira é aquela que, em regra, deve ser aplicada pelo juiz, ao passo que o tratamento ambulatorial deve ser utilizado como exceção. Sendo assim, o juiz só poderá determinar o tratamento extra hospitalar se o fato previsto como crime for punível com detenção.

Quanto aos fundamentos que a legitimam, enquanto a pena está pautada no conceito de culpabilidade, a justificativa para a adoção da medida de segurança é a periculosidade presumida, ou para outros autores, a perigosidade do indivíduo fruto da influência da Escola Positiva (BRUNO, 1977).

No Brasil, seguindo influência do movimento da luta antimanicomial ocorrido na Itália, liderado por Franco Basaglia, foi promulgada a Lei n. 10.216/2001, denominada Lei de Reforma Psiquiátrica, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Trata-se, portanto de reconhecer a pessoa com transtorno mental como sujeito de direitos, do direito a um tratamento não institucionalizador e violento.

Dessa forma, a medida de segurança precisa ser repensada à luz da reforma psiquiátrica, que se coloca como um contraponto ao discurso e à práxis da hospitalização, que como já constatamos na seara criminal, tem sua base legal no art. 97 do Código Penal.

Nesse sentido buscamos refletir sobre as características da medida de segurança cumprida em um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, que a lei penal ainda legitima como busca do ideal de defesa social contra ato ilícito cometido pelo louco infrator, para que se possa analisar o conflito existente entre a aplicação da Lei de Reforma Psiquiátrica, e essa prática encarceradora e a garantia de direitos das pessoas portadoras de algum transtorno mental.

Historicamente no Brasil, o Código Penal de 1940, construiu esta prática com forte influência do Código Rocco⁵³, na qual a internação do alienado mental infrator, vulgarmente também denominado como louco, em um Hospital de Custódia e Tratamento foi reconhecida como medida de natureza jurídico-penal a ser imposta quando o indivíduo, ao praticar conduta tipificada como crime, revelasse periculosidade.

Foi assim nesse primeiro momento, que a medida de segurança foi adotada para os inimputáveis em razão de doença mental, mas também àqueles que, embora imputáveis, fossem considerados perigosos, conforme o disposto no art. 77.

⁵³ Código Penal Italiano de Arturo Rocco de 1930, extremamente fascista, nascido de uma época policialesca em que regia um Estado autoritário.

O sistema do duplo binário, que permitia a aplicação de pena seguida da execução de uma medida de segurança, teve vigência no Brasil até meados da década de 1980, quando foi alterada a Parte Geral do Código Penal.

No caso do indivíduo que, “[...] por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento” (art. 22) (BRASIL, 1940), o Código previa a aplicação de uma medida de segurança, tendo como pressuposto a prática da conduta prevista como crime e a periculosidade do agente (art. 76). E dispunha expressamente que tais indivíduos presumiam-se perigosos (art. 78).

Entretanto, por influência da Escola Sociológica ou Político Criminal e da chamada Terceira Escola Italiana, a medida de segurança passou a ser adotada como reação ao ato ilícito cometido pelo inimputável em razão de doença mental (GRACIA MARTÍN, 2007, p. 42), o que desencadeou a adoção do denominado sistema vicariante, por meio da Lei n. 7.209/84, ainda em vigor, que reformou a Parte Geral do Código Penal e estabeleceu um novo sistema para aplicação das medidas de segurança. Essa modificação implicou na restrição da aplicação da medida de segurança ao inimputável que, em razão de “doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento” (BRASIL, 1984); e aos indivíduos aos quais, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não eram inteiramente capazes de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, o juiz decidisse ser mais adequada a aplicação da medida de segurança, em substituição à pena (art. 26). Manteve-se inalterada a definição de quem pode ser considerado inimputável em razão de doença mental (art. 26, caput), bem como a aplicação compulsória da medida de segurança.

Embora não haja mais referência expressa à presunção de periculosidade, esta não deixou de existir, estando implicitamente contida nas disposições dos referidos artigos. Além disso, o Código prevê que a medida será executada por tempo indeterminado (art. 97, § 1º), dependendo da cessação da periculosidade, verificada por perícia médica.

A medida de segurança tem como fundamento básico a periculosidade do agente revelada no cometimento de ilícitos penais. Está apoiada no ideal de realização de defesa social, traduzindo-se como uma faceta do jus puniendi, com o fim de afastar pessoas perigosas do convívio social. Aníbal Bruno (1977, p. 257) atenta que:

“na doutrina, a instituição da medida de segurança resultou de dois movimentos que se manifestaram no Direito Penal nas últimas décadas”.

Diante do aumento criminalidade, para fins práticos de segurança, buscaram-se novos rumos – “defesa social era um dos termos do problema”, intimidação e correção, a solução apresentada. Ademais, para além da construção formal de crime, proposta pela Escola Clássica, a criminologia acentuava outros traços,

“O homem com sua carga hereditária e as suas deformações criadas pela vida, esse homem que se extraviara da norma e em quem possivelmente existiam condições que o levariam novamente a delinqüir, [...] a sua condição, que os tornava inimigos potenciais da sociedade, foi chamada perigosidade criminal” (BRUNO, 1977, p. 257).

A partir do desenvolvimento da ideia de periculosidade ou perigosidade, o louco pôde também ser alcançado por medidas de natureza penal, pois, ao praticar um ilícito penal, se revelaria perigoso e, portanto, merecedor de um tratamento que prevenisse a prática de outros delitos.

A teoria do estado perigoso do agente, portanto, serviu e ainda serve de base para justificar a aplicação de medidas de segurança. Entretanto, merece crítica o fundamento da periculosidade, que legitima a imposição da medida de segurança. De forma resumida, o que se entende por periculosidade é o risco que o indivíduo representa para a sociedade, presumido pelo fato de ele não ter condições de entender o caráter ilícito da conduta ou de se posicionar de acordo com esse entendimento, uma vez que se encontra afetado por uma doença mental no momento da ação, o que se comprova por meio de um exame pericial. Gracia Martín (2007, p. 52-53) esclarece que, se o fundamento das medidas de segurança é exclusivamente a perigosidade criminal, esta é que deve ser o conteúdo do “suposto de fato” que servirá para determinar e proporcionar a consequência jurídica (a

medida). A partir daí atenta que o crime praticado pelo indivíduo deve ser considerado apenas um “sintoma revelador” de sua perigosidade, mas que esta não pode radicar no fato prévio em si. No entanto, destaca o referido autor que a exigência de anterior cometimento de um fato típico e antijurídico é, como diz Romeo Casabona (apud GRACIA MARTÍN, 2007, p. 53), “uma garantia para a segurança jurídica, ao contribuir para a diminuição de fatores de incerteza no prognóstico da perigosidade (*nulla periculositas sine crimen*), e para o próprio indivíduo, que não se verá submetido a um processo se não cometeu um delito”.que ocorre atualmente é que o conceito de periculosidade não está definido no sistema normativo. A lei presume a periculosidade do infrator acometido por doença mental e ao Poder Judiciário é dado, mediante o exame médico-pericial, o atestado de que o indivíduo é perigoso para o convívio social – afinal, conforme criticam Antônio Nery Filho e Maria Fernanda Tourinho Peres (2002, p. 352-353),

“a periculosidade é um risco e, por isso, uma incerteza que se expressará, talvez, num futuro também incerto”.

O incidente de insanidade é realizado por médicos psiquiatras, constituindo-se no exame que verifica a integridade mental e, conseqüentemente, a periculosidade do infrator. Ele ocorre por meio de um incidente processual e será considerado pelo juiz para determinação da inimputabilidade do indivíduo e conseqüente imposição da medida de segurança. Conforme Gracia Martín (2007, p. 57,):

[...] o estudo das características típicas da personalidade do sujeito é muito importante, pois serão um indício de que sua possível perigosidade radica em componentes mais ou menos permanentes da personalidade, e não no delito concreto cometido.

Caberá a análise de outros fatores, como os biológicos, os ambientais etc. sendo necessário que se tome cuidado para que não se relacione a medida estritamente ao fato, sem levar em consideração a pessoa em sua individualidade, pois, presumida a periculosidade com base em critérios objetivos, restariam desrespeitados o princípio da necessidade e da individualização da medida de segurança. O que se deve observar é que a avaliação da insanidade, objeto do referido exame, não se confunde com a análise da perigosidade do sujeito, mas sim

diz respeito à verificação da existência e da manifestação da doença mental no momento do fato, e se esta afastou a capacidade de entendimento e de vontade, enquanto a verificação da perigosidade deveria passar pela avaliação do risco que o indivíduo representa para o grupo social o que não ocorre na prática.

O que vemos na prática é que a cultura de encarceramento, acaba por ser legitimada pelo dispositivo legal na busca para solução de problemas relacionados ao cometimento de atos ilícitos, mesmo por aqueles que sofrem de transtornos mentais. Acaba ainda por reforçar a exclusão social dessas pessoas, porque, assim como a pena privativa de liberdade, a internação compulsória em instituições totais não favorece mudanças positivas em relação ao indivíduo nem em relação ao contexto que o rodeia, implementando um processo de “desculturação” (BARATTA, 2002, p. 183), de perda da identidade, de “desadaptação às condições necessárias para a vida em liberdade” (GOFFMAN, 1974, p. 11), por exemplo.

Por outro lado, percebe-se que o critério determinante para definir o tipo de medida de segurança nunca foi a necessidade do doente mental, e sim a gravidade do delito, seguindo a mesma proporcionalidade que deveria reger a previsão e aplicação da pena.

Quanto ao período de duração e a extinção da medida de segurança, o exame de cessação de periculosidade, é o instrumento que legitima a saída dos pacientes do Hospital de Custódia, em contraponto ao exame realizado no incidente de insanidade solicitado na fase de instrução processual penal. Este será realizado depois de transcorrido o prazo que varia de um a três anos, de acordo com o que foi fixado pelo juiz na sentença, ao avaliar a periculosidade do agente. Enquanto a periculosidade do agente não cessa, mantém-se a execução da medida de segurança a cada três anos, o que pode resultar na permanência de pacientes por décadas na instituição. Merece destacar também que a duração indeterminada da medida de segurança, enquanto a periculosidade não cessar, é evidentemente inconstitucional, conforme o inciso XLVII do art. 5º da Constituição Federal de 1988, que veda expressamente a aplicação de sanções penais de caráter perpétuo e cruéis, o que torna a desinternação, após determinado tempo de aplicação da medida de segurança, não só um direito do paciente, mas um dever do Estado. No âmbito do Poder Judiciário, destaca-se, nesse sentido, a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal (STF), que se manifestou entendendo que o limite da duração da

medida de segurança é de 30 anos, conforme disciplina o art. 75 do Código Penal, em relação ao limite da pena; e do Superior Tribunal de Justiça (STJ), que é mais favorável, por compreender que o limite da medida deverá ser o máximo da pena prevista em abstrato para o respectivo crime.

5 DESCRIÇÃO DAS TECNOLOGIAS A SEREM AVALIADAS

A internação psiquiátrica nos manicômios foi por mais de três séculos o principal pilar da psiquiatria. Contudo, à medida em que a humanidade e a ciência evoluíram, este instrumento se comprovou não só um modelo terapêutico ineficaz como danoso ou mesmo lesivo, que tem como função primordial a segregação e exclusão social dos doentes mentais. A partir desta constatação, desde meados do século XX, um movimento de reforma psiquiátrica iniciado na Itália logo se expandiu a vários outros países e a internação psiquiátrica compulsória e prolongada passa a ser duramente criticada. A OMS faz questionamentos contundentes aos hospitais psiquiátricos. Após décadas de acirrados debates político-ideológico que muitas vezes perpassavam interesses econômicos, a Reforma Psiquiátrica se consolida no Brasil principalmente através da Lei Federal 10.216 (Lei Paulo Delgado).

Assim, de acordo com recomendações da OMS, está em curso no país, a realocação de recursos do SUS com abertura de serviços comunitários e descentralizados para atenção em Saúde Mental. A recomendação da OMS, é o uso de leitos em Hospitais Gerais para manejo pontual de casos graves que esgotaram ou superaram as tentativas terapêuticas de outros instrumentos de intervenção. Desta forma, entende-se que as Internações prolongadas em hospitais psiquiátricos estão proscritas

A prevenção, forma de tratamento voltada para o uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas pode ser definida como um processo de planejamento, implantação e implementação de múltiplas estratégias voltadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade e risco específicos, e fortalecimento dos fatores de proteção à saúde. Tal iniciativa implica necessariamente em inserção comunitária das práticas propostas, com a colaboração de todos os segmentos sociais disponíveis, buscando atuar, dentro de suas competências, para facilitar os processos que levem à redução da iniciação no consumo, do aumento deste em

frequência e intensidade, e das consequências do uso em padrões de maior acometimento global.

Para tanto, a lógica da redução de danos deve ser considerada como estratégia ao planejamento de propostas e ações preventivas.

“Descriminalizar uma conduta longe está de, necessariamente, significar uma ausência de qualquer controle sobre esta conduta. Significa apenas, afastar uma das formas pelas quais se exerce o controle social de condutas sem invadir o âmbito da liberdade individual, mostrando-se igualmente mais racionais, eficazes e menos danosas. Tomemos como exemplo a restrição ao uso de cigarros e outros produtos derivados do tabaco em recintos coletivos, com o que se evitam efeitos eventualmente danosos ou indesejáveis para terceiros, respeitando-se, ao mesmo tempo, a opção individual, com a reserva da área, devidamente isolada e com arejamento conveniente, destinada exclusivamente ao fim de uso daquelas substâncias psicoativas. É nesta mesma linha que podem e devem ser tratados a produção, a distribuição e o consumo de quaisquer outras substâncias psicoativas, abrindo-se maior espaço para o desenvolvimento de políticas que, como a que informa os programas e ações voltados para a redução de danos eventualmente causáveis por um consumo excessivo, descuidado ou descontrolado, daquelas substâncias, verdadeiramente se destinam a preservar e proteger a saúde pública” (Karan, 2003).

Nas últimas décadas, contudo, questões acerca do tratamento da drogadição, principalmente no que se refere a internação compulsória de dependentes químicos, volta a ser alvo de acalorados debates no país, não havendo ainda consenso a este respeito no Brasil. A OMS, como já vimos, critica duramente a internação compulsória e recomenda claramente que seja priorizada a implantação de ações e serviços de saúde comunitários com características voluntárias. As internações compulsórias em hospitais, se utilizadas, só devem ser realizadas em circunstâncias claramente definidas como excepcionais e, mesmo assim, respeitando os direitos humanos previstos na legislação internacional, sempre por curto período de tempo (poucos dias). A internação compulsória para programas de recuperação cuja duração varia de 6 a 12 meses não tem evidenciado bons resultados, sendo seguida por alto índice de recaídas e com uma relação custo/benefício negativa.

5.1 Padronizações de Serviços de Atenção à Dependência Química

5.2 Unidades Básicas.

Para o tratamento de pacientes com transtornos mentais, inclusive por álcool e outras drogas, é a Unidade Básica de Saúde (UBS), onde os pacientes devem ser acompanhados.

5.3 CAPS.

Os casos graves são encaminhados para os Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS).

O dispositivo do CAPS, fazendo um uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, realiza uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, representando uma eficiente ação de prevenção secundária dos transtornos mentais severos e persistentes.

Um CAPS ad tem como objetivo oferecer atendimento à população, respeitando uma área de abrangência definida, oferecendo atividades terapêuticas e preventivas à comunidade, buscando:

1. Prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos;
2. Gerenciar os casos, oferecendo cuidados personalizados;
3. Oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, garantindo que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e acolhimento;
4. Oferecer condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem de tais cuidados;
5. Oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços;
6. Promover, mediante diversas ações (que envolvam trabalho, cultura, lazer, esclarecimento e educação da população), a reinserção social dos usuários, utilizando para tanto recursos intersetoriais, ou seja, de setores como educação, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas;

7. Trabalhar, junto a usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso e dependência de substâncias psicoativas, buscando ao mesmo tempo minimizar a influência dos fatores de risco para tal consumo;

8. Trabalhar a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo / educativo.

Desta forma, entende-se que se as manifestações do uso indevido de álcool e drogas encontram seu lugar na comunidade, é neste ambiente que terão lugar as práticas terapêuticas, preventivas e educativas de maior impacto sobre os chamados fatores de risco para este uso indevido.

Os CAPS ad devem oferecer atendimento diário, sendo capazes de oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Este instrumento possibilita ainda intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento.

Assim, a rede proposta se baseia nestes serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária (ex.: internação domiciliar, discussão comunitária de serviços), de acordo com as necessidades da população-alvo dos trabalhos.

Os CAPS ad atuam de forma articulada a outros dispositivos assistenciais em saúde mental (ambulatorios, leitos em hospital geral, hospitais dia) e da rede básica de saúde (unidades básicas de saúde, etc.), bem como ao Programa de Redução de Danos.

Para o tratamento de pacientes com transtornos mentais, inclusive por álcool e outras drogas, é a Unidade Básica de Saúde (UBS), onde os pacientes devem ser acompanhados.

5.4 Internações

O objetivo é estabilizar o paciente e seu uso deve ser avaliado como ultimo recurso ao tratamento, ou seja, de acordo com a lei federal 10.216/2001, a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes , quando então poderão ser utilizadas em suas formas :

Voluntária - Tem o consentimento do usuário.

Involuntária - Ocorre sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiros.

Compulsória - Aquela determinada pela Justiça, na qual o Estado é obrigado a pagar pelo custo dos leitos.

Deverão ainda, ser observados os requisitos abaixo descritos, sendo:

Socialização - O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

Multidisciplinaridade - A assistência aos portadores de transtornos mentais, inclui serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, etc.

Comprovação - A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico.

Comunicação - A internação involuntária, bem como a alta, devem ser avisadas ao Ministério Público em até 72 horas pelo estabelecimento no qual tenha ocorrido.

Término - O término da internação involuntária deve ser feito por solicitação escrita do familiar ou responsável legal ou quando estabelecido pelo especialista.

Direitos - Os familiares também têm direito a serem informados acerca do tratamento do paciente e à promover visitas.

5.5 Políticas de Redução de Danos

Recomenda também a adoção dos princípios da Redução de Danos na abordagem da dependência química. Entende-se por redução de danos um conjunto de políticas e práticas em saúde pública que visa prevenir possíveis consequências adversas do consumo de álcool e outras drogas, sem necessariamente interromper o uso ou interferir na oferta, buscando a inclusão social e a promoção da cidadania das pessoas que usam drogas. Assim como no Brasil, a redução de danos é a política oficial de enfrentamento às drogas em diversos países do mundo. Mas, paradoxalmente, se por um lado o Ministério da Saúde adota os princípios da redução de danos por outro vem fazendo parcerias com Comunidades Terapêuticas que não seguem este princípio. A Política de Redução de Danos deve ser realizada de forma tripartite, no entanto, as principais ações mais relacionadas a uma abordagem de longo prazo diretamente com o paciente, ficam a cargo principalmente do município.

5.6 Abordagens de longo prazo

Como a dependência química e a psicose são consideradas doenças crônicas, os pacientes necessitam de cuidados clínicos contínuos em longo prazo. O projeto terapêutico deve obrigatoriamente ser individualizado e deve contemplar tanto o tratamento da drogadição como o tratamento da psicose associada. Não existe protocolo único e o paciente não deve sofrer qualquer tipo de preconceito ou estigma pelas doenças que o acometem. A intensidade e o tipo de tratamento indicado podem variar de acordo com cada um ao longo do tempo. A internação hospitalar por poucos dias, como parte de um plano global de tratamento, está indicada para desintoxicação e deve obrigatoriamente ser seguida por outras modalidades de tratamento como Programas de Recuperação em Comunidades Terapêuticas, Hospitais-dia, Residências Terapêuticas, tratamentos psicológico e psiquiátrico em regime ambulatorial aliado ao suporte aos familiares.

As diretrizes do National Institute for Health and Clinical Excellence, do Reino Unido (NICE) recomendam que pacientes portadores de psicoses não devam ser excluídos dos tratamentos especializados para dependência química.

6 AS POLITICAS PUBLICAS NA AREA DA SAUDE MENTAL EM PORTO ALEGRE

A rede especializada em saúde mental de Porto Alegre, do ponto de vista de serviços especializados, é composta por:

Equipes de Saúde Mental: são serviços especializados que se constituem na porta de entrada dos serviços voltados aos atendimentos na área da saúde mental. Estão localizados em cada uma das 8 gerências distritais e possuem o objetivo de fortalecer as redes e serviços de cuidados da comunidade. Observa a atenção integral à saúde mental dos usuários na prestação de avaliação e tratamento das mais diversas patologias, provendo consultas regulares, atenção individual e grupal e exercendo atividades de matriciamento, através da assistência destinada a todas as faixas etárias.. Entre seus objetivos, podemos destacar a racionalização dos encaminhamentos para os serviços de maior complexidade e a implementação da ligação entre a atenção básica e os ambulatorios especializados, CAPS, e internações.

Regiões – conforme regionalização da saúde. Em Porto Alegre existem oito (08) gerencias distritais de saúde, conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Recursos da rede de saúde mental por gerência

Local	Total
Região Centro	8
CAPS II Centro	
CAPS II HCPA	
CAPSi Casa Harmonia	
CAPSi HCPA	
EESCA	
Equipe de Saúde Mental Adulto	
Consultório na Rua	
Oficina de Geração de Renda	
Região Sul Centro Sul	3
Equipe Saúde Mental Adulto	
EESCA	
CAPS AD II Vila Nova	
Região Glória Cruzeiro Cristal – GCC	6
CAPS II GCC	
CAPS AD II GCC	
EESCA	
Plantão de Emergência em Saúde Mental (PESM)	
Serviço Residencial Terapêutico Nova Vida	
Equipe de Saúde Mental Adulto	
Região Norte Eixo Baltazar –NEB	6
CAPSi GHC	
CAPS AD III GHC	
CAPS II GHC	
Consultório na Rua GHC	
Equipe de Saúde Mental Adulto	
EESCA	
Região Leste Nordeste – LENO	2
Equipe de Saúde Mental Adulto	
EESCA	
Partenon, Lomba e Pinheiro – PLP	3
CAPS AD III PLP	
Equipe de Saúde Mental Adulto	
EESCA	
Restinga Extremo Sul	2
Equipe de Saúde Mental Adulto	
EESCA	
Noroeste, Humaitá, Navegantes Ilhas - NHNI	6
Equipe de Saúde Mental Adulto IAPI	
EESCA IAPI	
CAPS AD III IAPI	
Plantão de Saúde Mental IAPI	
EESCA Navegantes	
Equipe de Saude Mental Adulto Navegantes	
Total de Locais para Atendimento	36

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde - POA

Ambulatórios de Saúde Mental: configuram o seu atendimento a partir de equipes multidisciplinares, atendendo a todas as faixas etárias e gênero de acordo

com a designação do serviço. A rede de Porto Alegre atende as especificidades voltadas para atenção a vítimas de violência doméstica e urbana, acompanhamento de jovens em cumprimento de medida judicial, transtornos mentais severos e persistentes e dependência química e conta com profissionais das áreas de serviço social, psicologia, psiquiatria, terapia ocupacional, ginecologia, pediatria, medicina interna (clínica geral) e psicopedagogia. Na área da infância e juventude, Porto Alegre conta com quatro (04) serviços de execução direta e nove (09) conveniados ou contratualizados.

Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): que tem como atribuições o tratamento e reabilitação de crianças, adolescentes e adultos com transtornos mentais severos e persistentes e dependentes químicos e usuários de álcool, em caráter não intensivo, semi intensivo e intensivo. Sua principal função é se constituir com um serviço substitutivo à internação hospitalar, atendendo o usuário em caráter integral e compondo a rede de referência matricial.

Com relação ao quadro de profissionais disponíveis, a equipe mínima é composta por 01 psiquiatra, 01 enfermeiro com especialização em saúde mental, 04 profissionais de nível superior, dentre os quais, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeiro, pedagogo, ou outro, definido a partir da realidade local e 06 profissionais de nível médio, entre eles: técnico de enfermagem, técnico administrativo, artesão e outros.

Porto Alegre possui equipamentos nas modalidades de CAPS II, CAPSi para atendimento infantil e CAPSad para atendimento aos usuários de álcool e drogas. Sua distribuição obedece ao critério populacional informado, por gerência distrital. De acordo com pactuado para o Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre tem necessidade de um CAPSad para cada 100.000hab, um CAPSi e um CAPS II para cada 200.000hab ou um CAPS III, para cada de 200.000hab. Deste modo o município deveria contar com um CAPS de cada modalidade por Gerencia Distrital, sendo que a Região Centro comportaria um CAPSIII. Na área da infância e juventude, Porto Alegre conta com dois (02) serviços (CAPSi) de execução direta e nove conveniados ou contratualizados.

Serviço Residencial Terapêutico: que está organizado a partir de três casas onde a equipe realiza acompanhamento individual e grupal continuado, em caráter

de moradia, para portadores de transtornos mentais graves com o objetivo de reabilitação psicossocial, oriundos ou não de instituições. Mantém contínua articulação em rede, buscando a atenção integral a saúde dos usuários durante a abrigagem e após o seu desligamento e retorno a comunidade. Conta com terapeuta ocupacional, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, cozinheiro, técnico de enfermagem, motorista e serviços gerais. O serviço, mais conhecido como Pensão Protegida, executa o Programa de Volta para Casa que tem como marco legal a Lei Federal 10708/2003 e consiste na oferta do auxílio-reabilitação psicossocial para assistência e reintegração social de portadores de transtorno mental egressos de hospitais credenciados pelo Sistema de Internações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), após período de internação, ininterrupto, igual ou superior a dois anos. O município vem acompanhando e preparando o desligamento da totalidade destes usuários a partir do trabalho conjunto com os hospitais psiquiátricos e do Instituto Psiquiátrico Forense.

A execução deste programa é uma importante estratégia para a reinserção social e diminuição de leitos hospitalares conforme preconiza a legislação federal.

Casa de Apoio Viva Maria: cujo atendimento direciona-se à mulheres em situação de violência doméstica. Serviço assemelha-se à serviço de abrigo.

Pronto Atendimento em Saúde Mental: encontra-se vinculado técnico e administrativamente a Coordenação de Urgência e Emergência da SMS e oferece pronto atendimento 24 horas a pacientes com transtorno mental grave e/ou dependentes químicos, em crise e ou em risco de agressão ou agitação psicomotora, de todas faixas etárias. Possui sala de observação, com 14 leitos, onde os pacientes podem ficar internados por até 72 horas para esbatimento dos sintomas ou aguardando leito hospitalar na rede pública. Tem como objetivo evitar a internações de longa duração através da intervenção breve da equipe multidisciplinar, sendo: psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro, técnico em enfermagem. Em Porto Alegre, o atendimento de urgência e emergência em saúde mental divide-se em dois locais, de acordo com a regionalização proposta pela SMS, uma localizada no Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul, através do Plantão de Emergência em Saúde Mental ,que conta com recursos humanos do quadro efetivo da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, e outra no Pronto

Atendimento em Saúde Mental do bairro IAPI , através de convênio com o Hospital Mãe de Deus que administra os recursos humano contratados.

Leitos Psiquiátricos: a SMS mantém convênio para oferecimento de leitos psiquiátricos organizados e coordenados pela Gerência de Regulação de Serviços de Saúde (GRSS) setor da SMS. Porto Alegre gerencia 247 leitos, apontados como o número necessário para a população de Porto Alegre. Destes 153 são em Hospitais Gerais e 127 em Hospitais Psiquiátricos.

Na área infanto juvenil a cidade conta com os serviços da internação em psiquiatria infantil do Hospital de Clínica (HCPA), do Hospital Presidente Vargas (serviço próprio municipal) e 87 vagas conveniadas com as Clínicas Gramado e São José para internação de casos de transtornos por uso de substâncias.

Comunidades Terapêuticas: Porto Alegre possui convênio com duas Comunidades Terapêuticas, somando 34 vagas.

As equipe e serviços acima descritos desenvolvem atividades de:

1) Matriciamento, tendo como meta atender de 06 a 09 equipes de PSF Programa de Saúde da Família (PSF) ou Unidade Básica de Saúde (UBS). A equipe básica deve ser composta por psiquiatra, psicólogo e assistente social. A capacidade de atendimento por ESM é de aproximadamente 08 (oito) PSFs. Como os serviços de saúde na atenção básica ainda não estão todos organizados em PSF, há uma estimativa, considerando os dados populacionais referenciados para os PSFs (3.500 a 4.000 habitantes), que cada equipe de saúde mental, excetuando-se, portanto, os CAPS, poderia atender uma população referenciada de 30.000hab.

2) Oficinas de Geração de Renda tendo como objetivo efetivar ações e compor redes para a ressocialização dos usuários da saúde mental, através da geração de renda em diferentes formas de organização de trabalho coletivo e protegido. A atividade agrega ações estratégicas no campo das artes, cultura, e economia solidária, constituindo espaços potencialmente terapêuticos, que estimulam a autonomia e a cooperação.

As oficinas atendem jovens e adultos em caráter individual e grupos.

3) Redução de Danos cujos agentes mantém relação intersetorial com as demais secretarias envolvidas no atendimento dos usuários.

As estratégias de atuação vêm sendo gerenciadas a partir da demanda de diferentes seguimentos de usuários, que se caracterizam pelo uso contínuo de substâncias, não aderência aos serviços de saúde tradicionais, e o alto grau de vulnerabilidade e exposição a uso decorrente das condições de vida e territórios de pertencimento. Atendendo a totalidade das gerências distritais.

Tem como objetivo prevenir, tratar e reintegrar usuários com dependência química, bem como suas comorbidades, promovendo ações de atenção integral à saúde do usuário.

7 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

7.1 Apresentação dos dados

Os dados utilizados neste estudo foram encontrados no Relatório de Processos Judiciais de Saúde mental do Setor de Saúde Pública da Procuradoria Geral do Município (PSP-PGM) de Porto Alegre, totalizando os registros de 512 processos encontrados, sendo a data utilizada como referência o levantamento realizado no mês de Dezembro de 2017.

Para confecção do relatório acima referido, foi utilizada pelo autor a técnica por amostragem, tendo sido selecionados e servindo para sua base, um total de 65 processos judiciais, compreendidas as demandas existentes no período de 6 anos, considerando os anos de 2012 à 2017, independente da data em que a Secretaria da Saúde havia respondido às mesmas, quer tenha sido prestado o serviço solicitado, quer tenha apresentado defesa em face à decisão proferida judicialmente.

7.2 Caracterização das demandas judiciais

Nos processos avaliados, foram encontradas as demandas, de acordo com os quadros abaixo:

Tabela 2 - População com solicitação judicial para internação compulsória

Processo Judicial	Demandas	%
ILP: institucionalização	25	5%
Saúde: home care	47	9%
Saúde: internação psiquiátrica/residencial terapêutico	440	86%

Total	512	100%
-------	-----	------

Fonte: RELATÓRIO PROCESSOS JUDICIAIS – SAÚDE MENTAL PGM/POA

Tabela 3 – Amostra avaliada da população com solicitação judicial para internação compulsória

Processo Judicial	Demandas	%
ILP: institucionalização	6	9%
Saúde: home care	4	6%
Saúde: internação psiquiátrica/residencial terapêutico	55	85%
Total	65	100%

Fonte: RELATÓRIO PROCESSOS JUDICIAIS – SAÚDE MENTAL PGM/POA

O gráfico a seguir resume a natureza das demandas encontradas.

Tabela 4 - Demandas judiciais especificadas pela natureza

Natureza das demandas judiciais	Demandas	%
Acidente Vascular Cerebral (AVC)	1	1,5%
Dependência álcool e/ou drogas	37	56,1%
Demência mental	14	21,2%
Internação idoso	1	1,5%
Vulnerabilidade social	1	1,5%
Home care	4	6,1%
Patologias psiquiátricas graves	2	3,0%
Execução de medida socioeducativa meio aberto	1	1,5%
Não especificado	5	7,6%
Total	66	100%

Fonte: RELATÓRIO PROCESSOS JUDICIAIS – SAÚDE MENTAL PGM/POA

Em números brutos, observa-se que a maioria das demandas diz respeito à dependência drogas. Quanto à faixa etária, as maiores ocorrências de demandas judiciais para internação compulsória, cerca de 38,4%, encontram-se na faixa entre 14 e 22 anos de idade.

Quanto à situação dos processos verifica-se que aproximadamente 80% encontram-se baixados definitivamente, ou extintos os feitos.

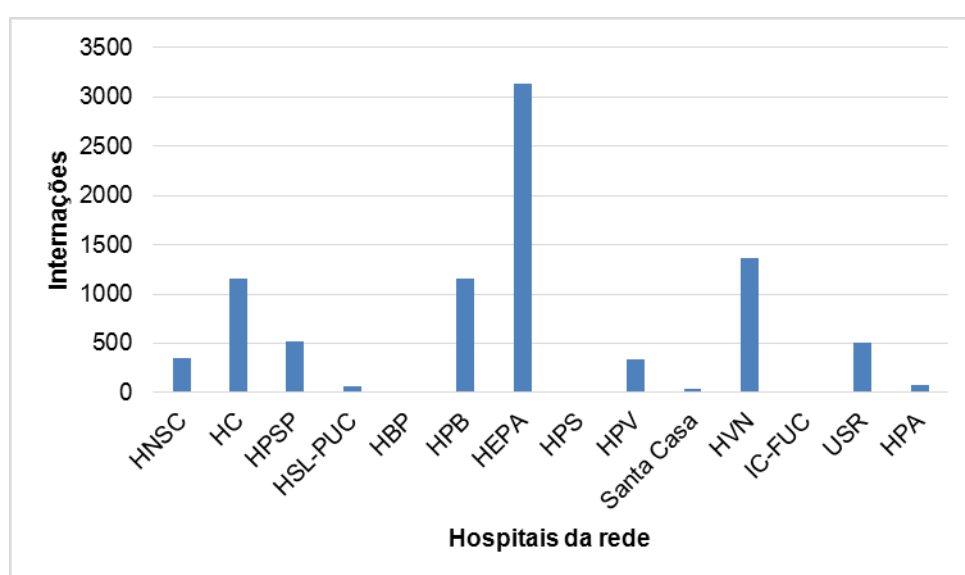
As petições referentes à internações compulsórias para instituições particulares, são a maioria e via de regra ocorrem após a alta hospitalar ocorrida em hospitais públicos ou conveniada ao SUS, através de contratos firmados com a SMS, onde podemos citar, por exemplo: Hospital Conceição, Hospital Vila Nova e Hospital de Clínicas, entre outros.

7.3 Dados apresentados pela Central de Regulação de Internações Hospitalares para internações em saúde mental

A Secretaria Municipal de saúde centraliza, e sistematiza as internações hospitalares das diversas áreas de atuação , através da Central de Regulação de Leitos Hospitalares (CERIH) e desta forma, possui um controle operacional sobre as internações bem como o controle mais efetivo dos dados , tanto á nível geral , como também em relação aos dados da área específica da saúde mental.

A Figura 1 apresenta o número de internações por hospital, para o período de 2013 a 2017 em Porto Alegre.

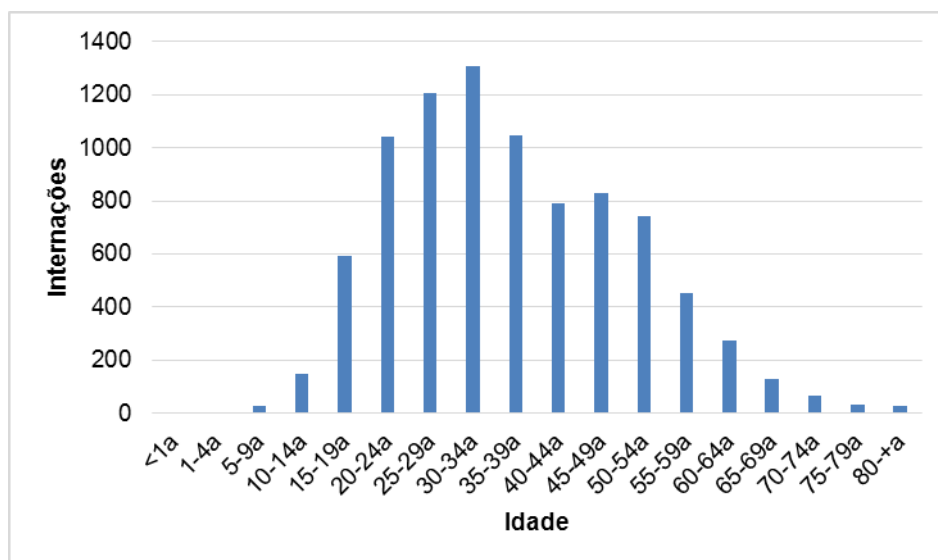
Figura 1 - Total de internações em saúde mental



Fonte: Central de Regulação de Internações Hospitalares (CERIH-SMS/POA)

Sobre a faixa etária, os dados da SMS apresentam os seguintes resultados, apresentados na Figura 2.

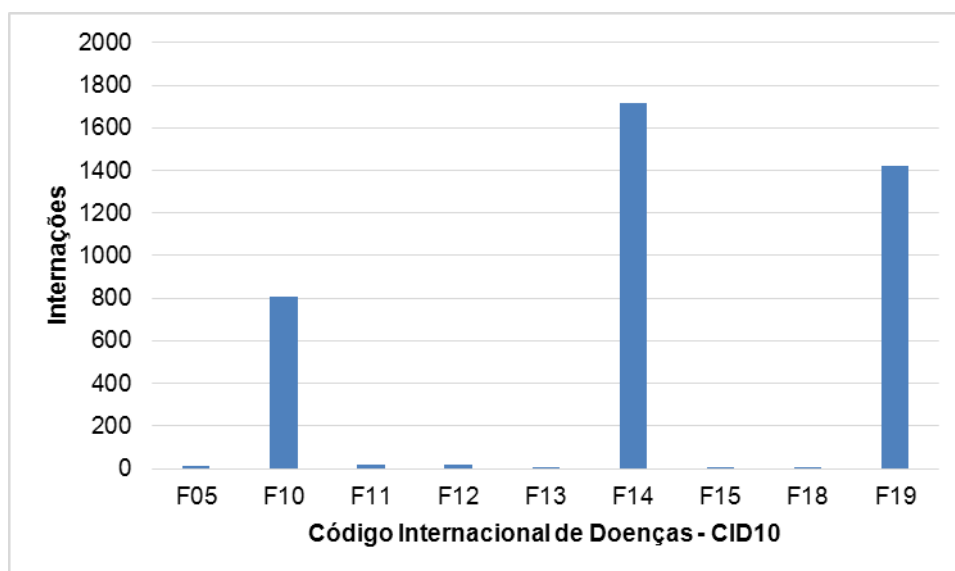
Figura 2 - Número de Internações em saúde mental



Fonte: Central de Regulação de Internações Hospitalares (CERIH-SMS/POA)

Com relação à classificação das doenças mentais relacionadas ao uso de substâncias psicoativas, no mesmo período, apresenta-se a Figura 3.

Figura 3 - Total de Internações devido ao uso de drogas



Fonte: Central de Regulação de Internações Hospitalares (CERIH-SMS/POA)

Conforme foi possível verificar, evidencia-se um maior número de internações psiquiátricas no HEPA, seguido pelo HVN e diferentemente dos dados apresentados pela PGM referentes às ações com pedido de internação compulsória, onde a faixa etária preponderante representava as idades entre 14 e 22 anos, aqui as

internações seguiam preponderantemente a faixa etária entre 30 á 34 anos de idade.

Verificamos também que a maior incidência de internações entre as patologias envolvendo o uso de substâncias psicoativas, classificadas á partir do Código Internacional de Doenças (CID-10), é a correspondente ao uso de Crack (F14), seguida pelo uso de Cocaína (F19) e o uso de Álcool (F10), respectivamente.

8 CONCLUSÃO

A questão da dependência química e seu grave custo social, não é situação nova no Brasil. As relações entre o uso do álcool, outras drogas e os eventos acidentais ou situações de violência, evidenciam o aumento na gravidade das lesões e a diminuição dos anos potenciais de vida da população, expondo as pessoas a comportamentos de risco. Contudo, os agravos vêm se acentuando e tendo maior visibilidade, conformando-se como uma importante expressão da questão social.

As drogas e a criminalidade, conforme a visão de alguns autores são vícios que caminham juntos na desvirtualização da sociedade, pois a solução de um necessita efetivamente da solução do outro.

Isso significa dizer que, para que se consiga alcançar bons resultados no combate à criminalidade é necessário primeiramente o combate ao uso de substância entorpecente. Por esse motivo não basta punir o infrator usuário sem abranger o combate ao uso das drogas, pois o vício persistirá, o fator predisponente do crime continuará e, na maioria dos casos, ele voltará a delinquir.

Foi diante desse contexto que a Justiça Terapêutica nasce como proposta alternativa para quebrar a ligação existente entre as drogas e a criminalidade, buscando deslocar o foco da punição estabelecida pelo Estado através das leis, oferecendo ao usuário um tratamento de modo a oportunizar o resgate de sua própria identidade em respeito ao princípio da dignidade da pessoa humana.

Observa-se que até então, em termos de saúde pública, os esforços voltados ao combate e a prevenção da drogadição, não foram suficientes e o que, sem dúvida, ampliou de sobremaneira as sequelas diretas e indiretas, para o conjunto da população.

A dependência química acaba por afetar não só a saúde do dependente químico, mas todas as áreas de sua vida, a família, bem como os demais espaços onde estabelece suas relações sociais. Esse processo desestabiliza a qualidade e as possibilidades de convivência laboral e comunitária, envolve graves riscos a segurança, pois as “gangues” e o submundo do tráfico de drogas arregimentam, muitas vezes, crianças muito jovens, impõe suas próprias leis e impedem a superação desse drama, já bastante complexo, literalmente escravizando famílias e comunidades.

Por tratar-se, portanto, de uma problemática social grave e que afeta a todos, nas mais diversas faixas etárias e classes sociais, mas especialmente os mais jovens e aqueles indivíduos situados entre as classes sociais menos favorecidas, estão sujeitos à suas repercussões mais nefastas, na medida em que são restritas as possibilidades de apoio e alternativas de proteção efetiva. A proteção efetiva passa não só por uma rede acessível e de qualidade para a prevenção e o tratamento, mas também passa pelo suporte à família que também adoece com o dependente químico, visto que vivencia o longo e penoso processo.

Vimos também que muitos pedidos de internação compulsória, apresentadas ao judiciário nos últimos meses, quase sempre em razão da dependência do crack, tem se mostrado desnecessários. Outro equívoco que se percebe é a acumulação dos pedidos de internação com a interdição por incapacidade, quando há familiar para assumir a curatela e pedir a internação.

Quanto à legislação que orienta o assunto, ou seja a internação do paciente acometido de transtorno mental é regida pela Lei 10.216/2001, que representou um marco no processo de valorização da vontade do paciente, mesmo tendo reconhecido que, momentaneamente, a expressão da vontade pode não ser possível e como previsto no parágrafo único do artigo 6º da mencionada Lei, vimos que há três tipos de internação psiquiátrica: a -voluntária, solicitada pelo paciente; a-involuntária, pedida por terceiro; e a compulsória, “aquela determinada pela Justiça”, observando-se obviamente, quando da a necessidade de internação, em qualquer modalidade acima referidas, esta será sempre avaliada por profissional médico.

Como a lei citada acima afirma que a internação involuntária pode ser pedida por “terceiro”, as pessoas habilitadas a formularem o requerimento são, por

analogia, as mesmas previstas no art. 1.768 do CC, a saber: pais ou tutores, cônjuge (ou companheiro), ou por qualquer parente.

Sem adentrar na questão de haver ou não um problema epidêmico relativo ao uso do crack, como vem sendo veiculado pela mídia, o certo é que para que haja a internação involuntária, basta que um familiar formule o requerimento na unidade hospitalar e que o médico a autorize (art. 8º da Lei 10.216/2001).

Desta forma ,quando o pedido de internação for feito por terceiro, sendo entendido como tal o familiar, o requerimento deve ser administrativo e apresentado diretamente no estabelecimento de internação, ou no centro de regulação, no caso do Sistema Único de Saúde (SUS). Não há aqui a necessidade de intervenção Judicial ou do Ministério Público para que haja a internação involuntária. Apenas é preciso que o estabelecimento hospitalar comunique ao Ministério Público, em 72 horas, na forma da referida lei.

Já na internação compulsória prevista em lei para aplicação naquelas situações em que há necessidade de intervenção estatal (questão de saúde pública), não há solicitação de familiar para a internação. Nestes casos, tanto o Ministério Público quanto o setor próprio da área de saúde pública podem formular ao Judiciário o pedido de internação compulsória do paciente.

O pedido de internação compulsória deve ser direcionado ao Juiz da Vara de Família, pois o fundamento do pedido é o fato de o usuário de substância entorpecente estar impossibilitado, momentaneamente, de decidir acerca do próprio interesse, no caso sua saúde. De qualquer forma, a medida, deferida em caráter emergencial e temporária, deve preceder de manifestação do Ministério Público e será sempre deferida no intuito de proteger o interesse do usuário. O magistrado jamais deve fixar o tempo da internação, pois caberá ao especialista responsável pelo tratamento decidir sobre o término da internação (§ 2º do Art. 8º).

Seja involuntária ou compulsória, a internação deve ser o mais breve possível, pois assim que tenha condições, o paciente deve ser formalmente cientificado dos direitos previstos no parágrafo único do Art. 2º da Lei 10.216/2001, mormente o direito previsto no inciso V: “ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária.”.

Outro aspecto importante a ser ressaltado, é que a internação, seja na forma involuntária ou compulsória, não deve estar atrelada à interdição, pois esta é medida muito mais drástica que a internação. Somente se cuida de interdição quando constatado que o tratamento foi ineficaz e que a dependência química resultou em incapacidade para os atos da vida civil. Aliás, prevê o artigo 4º, II do CC, que os viciados em tóxicos são “incapazes relativamente a certos atos, ou à maneira de exercê-los”. Logo, em caso de declaração da incapacidade devido à dependência química, a sentença deve especificar os limites da incapacidade.

Muitos pedidos de internação visam, na verdade, a entrada dos pacientes em estabelecimentos hospitalares, por força de ordem judicial, sem observância à regulação do SUS. De fato, em vários Estados da Federação a falta de vagas no Sistema Único de Saúde é problema que agrava ainda mais a situação do usuário de substâncias entorpecentes.

Todavia, o problema não deve ser enfrentado com pedido judicial de internação compulsória, o que via de regra acaba quase sempre por desrespeitar a regulação do SUS. Por isso é necessário que se tome cuidado para que o foco de enfrentamento do problema não seja desvirtuado.

Pode-se argumentar que a intervenção judicial se faz necessária para o uso de força quando o paciente resistir à internação. Contudo, uma vez autorizada a internação involuntária ou compulsória, cabe ao SUS providenciar a entrada do paciente no hospital, o que, por certo, deve ser feito com atuação dos agentes do SAMU. Tais providências são de saúde pública e não exigem atuação do Poder Judiciário.

O Ministério Público, de acordo com suas atribuições, pode buscar o enfrentamento do problema público relativo à falta de vagas e regulamentação de ações no SUS, por meio de ajustamento de condutas ou proposituras de ações para obrigar o poder público (SUS) a regulamentar a internação e a oferta das vagas necessárias. O tema é polêmico por entrar na esfera de deliberação administrativa do executivo, questão esta que não foi desenvolvida como objeto deste estudo.

Quando a medida judicial buscar tratar da obrigação estatal de fornecer tratamento médico, a causa de pedir deverá ser outra e, neste caso, a competência

para julgamento será do juízo das fazendas públicas, estadual, municipal, ou mesmo da Justiça Federal, dependendo da posição em que se encontre o ente estatal.

Como as Portarias do Ministério da Saúde a cuidar do tema são muitas, gerando um verdadeiro emaranhado, a falta de informação acerca das disposições previstas nas normas pode estar dificultando o enfrentamento do problema. Uma alternativa seria a criação de um protocolo explicativo, direcionado aos órgãos e profissionais envolvidos na questão, tratando dos seguintes pontos: locais onde se deve buscar tratamento, profissionais habilitadas a fazê-lo, tipos de internação, procedimento a ser adotado pela instituição hospitalar quando das internações, direitos dos pacientes e familiares, pois além dos direitos aqui mencionados há vários outros descritos na Portaria 3.088/2011 do Ministério da Saúde, a qual faz referência a todas as normas relativas ao enfrentamento do transtorno mental por uso de substância entorpecente.

A proposta apontada atualmente então como alternativa ao tratamento via internação, baseia-se na construção de atendimentos integrais que conjuguem diversos níveis de atenção e formas de acolhimento, vínculo e tratamento para usuários e familiares, uma vez que as intervenções devem ter como norte a questão do uso abusivo de substâncias psicoativas enquanto um fenômeno complexo, que requer respostas intersetoriais; tendo a redução de danos como estratégia e diretriz de gestão de cuidado; a preconização de ações voltadas para promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação social, com foco em superar o senso comum sobre os usuários de drogas e o fortalecimento da autonomia dos usuários para o exercício de sua cidadania e coesão social.

Entretanto, mesmo aos favoráveis à medida extrema através da internação, uma questão ainda mais complexa surge. A internação compulsória é eficaz? Daí a importância dos profissionais da saúde que possuem a árdua tarefa de provocar uma reflexão no dependente, uma vez que se o paciente não estiver disposto ou “convencido” a mudar, qualquer tentativa de auxílio estará fadada ao insucesso. Através do meio de técnicas e de uma abordagem multidisciplinar, eles buscam aproximação com o dependente, para a construção conjunta de um objetivo de vida tendo como norte não apenas parar o consumo de drogas, mas o de auxiliá-lo na construção de sua identidade e seu círculo de referências familiar, social e

profissional, resgatando suas habilidades e qualidades positivas. A interrupção do uso de drogas é uma consequência da reflexão e da apropriação desses valores.

Podemos afirmar, portanto, que a internação por si só não faz milagres. Ela surge como garantia a não utilização de drogas durante algum tempo, porém o que se evidencia é que no primeiro dia de liberdade, o usuário voltará ao mesmo convívio e estrutura social onde está inserido e adotará todos os maus hábitos anteriores. Com a internação, trata-se de um recurso durante a qual será traçado o plano terapêutico individual do paciente e se buscará sua reflexão.

Como os cuidados não devem recair somente sobre o paciente, sua família se constitui em um elo fundamental em seu processo de reabilitação, uma vez que na dependência, esta também adocece e seus membros passam a construir diversos mecanismos de defesa, através de justificativas no meio social, como por exemplo a negação ou a minimização da dependência, entre outros. Sem se darem conta, alguns familiares, muitas vezes, passam a atuar como facilitadores, pois suas personalidades e características se potencializam diante dos danos causados pela doença. Por exemplo, aquele que possui o papel do herói, sempre faz tudo e resolve os problemas de todos, não percebe que está facilitando o agravamento da dependência ao pagar as contas e resolver determinadas pendências do dependente.

Outros recursos de tratamento surgem como auxiliares, como por exemplo, as comunidades terapêuticas, entretanto a falta de regulamentação e de fiscalização dessa atividade acaba ocasionando a abertura de alguns locais com natureza de verdadeiros presídios sem as mais básicas regras de saúde e higiene. Nestes casos não há uma regulamentação para um trabalho em rede com os serviços de saúde e de reinserção sócio assistencial, em um sistema de referência e contra referência, justamente uma medida imprescindível se considerarmos que muitos dependentes sofrem de comorbidades, e nestas comunidades terapêuticas, não há recursos médicos como regra geral. As entidades de autoajuda como os Alcoólicos Anônimos (AA), Narcóticos Anônimos (NA), Pastoral da Sobriedade, Amor Exigente e outras poderiam ser outro excelente recurso para usuários e familiares, que prestam um valioso serviço para sua reflexão e seu comprometimento para a reorganização de sua vida.

Tal reflexão não se limita ao usuário, cabe também à sociedade em geral e ao Poder Público. Quanto ao nosso sistema de justiça, por exemplo, usuários de drogas figuram em milhares de processos cíveis e criminais em todo o País, sem que lhe seja possibilitado um desburocratizado tratamento em rede ou sua prevenção.

Com relação aos dados obtidos junto à SMS de Porto Alegre, verifica-se que há falta de sistematização das informações relativas aos dados coletados para confecção do relatório da PGM- PSP, acerca das ações de internações compulsórias em saúde mental.

Com base na planilha obtida junto ao sistema e-PMG, constatou-se que as informações disponíveis são insuficientes e por este motivo, não possibilitam que sirvam como base para a tomada de decisão à função gerencial de informações, dificultando desta forma, o direcionamento das políticas públicas voltadas para a área da saúde mental e especificamente à dependência química, restando, portanto evidenciada a necessidade de adoção por parte do ente público da esfera municipal, a implementação do sistema cadastral já existente no e-PGM, ou do sistema eletrônico de informação (SEI) ou ainda a contratação de um sistema de informações gerenciais que possibilite uma melhor e mais eficiente acessibilidade aos dados, já que no site do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul (acompanhamento processual) e no sistema e-PGM as informações aparecem de forma parcial .

Quanto aos dados analisados, ainda podemos verificar que a Secretaria Municipal de saúde centraliza, controla e sistematiza as internações hospitalares das diversas áreas de atuação, através da Central de Regulação de Leitos Hospitalares (CERIH) e desta forma, possui um controle operacional e mais efetivo em relação aos dados , tanto á nível geral , bem como em relação aos dados da área específica da saúde mental e que também podem ser encontrados no Relatório Anual de Gestão (RAG).⁵⁴

Para finalizar, ao avaliarmos todos os elementos que fizeram parte deste estudo, temos o entendimento de que tal reflexão não se limita ao usuário, cabe também à sociedade em geral e ao Poder Público. Quanto ao nosso sistema de justiça, por exemplo, vimos que um número considerável de usuários de drogas

⁵⁴ Relatório de Gestão - 2º Quadrimestre de 2017 - http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=895

figuram em incontáveis processos cíveis e criminais em todo o País, sem que lhes seja possibilitado um desburocratizado tratamento em rede ou sua prevenção. Todos os problemas sociais acabam por desaguar na Justiça, porém nossos processos cível e criminal são pensados para resolver somente o litígio em si, e não a sua verdadeira causa neste caso a dependência. A soma de esforços conjuntos se mostra necessária para evitar que um usuário inicial se transforme em um futuro dependente em potencial, não perdendo de vista, que a saúde integral é dever do Estado, mantendo assim essa condição fundamental para que um indivíduo numa sociedade pós-moderna possa obter reconhecimento social e dignidade.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. (Coord.) (1995). **Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. (2. ed. rev. e aum.). Rio de Janeiro: Fiocruz.

ANDRADE, Tarcísio Matos. (2011). **Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil**. - Salvador - Bahia, BA - Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia. Disponível em <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/reflexoes-sobre-politicas-de-drogas-no-brasil/8789?id=8789> Acessado em 18 ago. 2017

AÑÓN, Maria José. **Igualdad, diferencias y desigualdades**. México: Biblioteca de Ética, Filosofía del Derecho y Política, 2001.

ARAUJO, Luis Alberto David; NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. **Curso de direito constitucional**. 5. Ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva 2001.

ASSIS, Rafael Damasceno de. **A Realidade Atual do Sistema Penitenciário Brasileiro**. Centro de Estudos Judiciários do Conselho da Justiça Federal. Brasília: Revista CEJ. 39ª. 2007.

ASSIS, Rafael Damasceno de. GIACOMINI, Eduarda. **Evolução da ideia de pena humanitária e sua proposta ressocializadora**. Disponível em: <http://www.direitonet.com.br/artigos/x/33/72/3372/>. Acessado em: 23.de set 2017.

BASAGLIA, Franco (Coord.). (1985). **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. (Heloisa Jahn, Trad.). Rio de Janeiro: Edições Graal.

BEZERRA, Ana Claudia da Silva. **Interrogatorio OnLine e Ampla Defesa**. Disponível em: <http://www.advogado.adv.br/artigos/2005/anaclaudiadasilvabezerra/interrogatorioonline.htm>. Acessado em: 03.de nov. de 2017.

BITTENCOURT, Cezar Roberto. **Falência das Penas de Prisão**. Porto Alegre: Revista dos Tribunais, 1993.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Falência da pena de prisão: causas e alternativas**. 2. Ed. São Paulo: Saraiva 2001.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. 12. Ed. São Paulo: Malheiros, 2002.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

BRASIL. Código Penal (Decreto – Lei no 2.848/40). Código Penal. São Paulo: Rideel, 2002.

BRASIL. DECRETO Lei nº 891 de 25 de novembro de 1938. Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes. Brasília DF, 25 de novembro de 1938.

BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília-DF, 11 de julho de 1984.

BRASIL. Lei nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a lei do SUS, dispõe sobre a organização, planejamento da saúde, a assistência á saúde e a articulação interfederativa. Brasília- DF, 28 de junho de 2011.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 13 de julho de 1990.

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. Brasília-DF, 25 de julho de 1990.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. (SUS). Brasília-DF, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Lei nº 9.099, de 26 de setembro de 1995. Dispõe sobre os Juizados Especiais Cíveis e Criminais e dá outras providências. Brasília, 26 de setembro de 1995.

BRASIL. Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997. Institui o Código de Trânsito Brasileiro. Brasília-DF, 23 de setembro de 1997.

BRASIL, Lei nº 9.714, de 25 de novembro de 1998. Altera dispositivos do Código Penal. Dispõe sobre as penas alternativas e restritivas de direitos. Brasília, mar.2017

BRASIL. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Brasília- DF, 26 de janeiro de 1999.

BRASIL, Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Lei de Proteção e Direitos das Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais. Brasília-. DF, 6 de abril de 2001.

BRASIL. Lei nº 10.259, de 12 de julho de 2001. Dispõe sobre a instituição dos Juizados Especiais Cíveis e Criminais no âmbito da Justiça Federal. Brasília, 12 de julho de 2001.

BRASIL. Lei nº 10.708 de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília-DF, 31 de julho de 2003.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal. Brasília- DF, 7 de agosto de 2006.

BRASIL. Lei no 11.343/2006, de 23 de agosto de 2006. 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. Brasília, 23 de agosto de 2006.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência(Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília-DF, 6 de julho de 2015.

CAPEZ, Fernando. **Nova lei de Tóxico - das modificações legais relativas à figura do usuário.** Disponível em: <http://www.oabsp.org.br/noticias/2006/12/07/3962/>. Acessado em: 29 outubro. de 2017.

CARVALHIDO, Hamilton. **Propostas para um novo modelo de persecução criminal – combate à impunidade.** CEJ Vol. 25. Brasília 2005.

CEBRID - **Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas.** Disponível em: http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/quest_drogas/dependencia.htm. Acessado em 26 de setembro de 2017.

COSTA, J. F. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico.** (5a ed. rev.). Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2006.

CROCE, Delton; CROCE JÚNIOR, Delton. **Manual de medicina legal.** 4. Ed. rev. e ampliada. São Paulo: Saraiva 1998.

DOTTI, René Ariel. **Bases e Alternativas para o Sistema de Penas.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 1998.

DOTTI, René Ariel. **O Novo Sistema de Penas: Reforma Penal.** São Paulo: Saraiva 1985.

FENSTERSEIFER, Daniel Pulcherio. **JUSTIÇA TERAPÊUTICA: Uma breve investigação sobre sua aplicabilidade no direito brasileiro.** Porto Alegre. 2006.

GELÁS, VERA LÚCIA LORENZETTI. **Programa Amor Exigente – Pauta Anti-Drogas.** Disponível em: http://www.pautaantidrogas.com.br/pages/artigos_18.htm Acessado em: 02 de agosto de 2017.

GOMES, Luis Flavio. **A Nova Lei de Toxicos no país e a situação dos usuários.** Revista Consultor Jurídico. 2002. Disponível em: <http://www.nossacasa.net/recomeco/0103.htm>. Acessado em: 28 de julho de 2017.

GRINOVER, Ada Pellegrini; FERNANDES, Antônio Scarance; GOMES Filho, Antônio Magalhães. **As nulidades no processo penal.** 8ª Ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2004.

ISHIDA, Valter Kenji. **Estatuto da Criança e do Adolescente: doutrina e jurisprudencia.** 2ª Ed. São Paulo: Atlas, 2000.

LIBERATI, Wilson Donizeti. **Comentários ao estatuto da criança e do adolescente.** 5ª Ed. São Paulo: Melheiros, 1999.

LIMA, George Marmelstein. **Críticas à teoria das gerações dos direitos fundamentais.** Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=4666>. Acessado em: 28 de julho. de 2017.

MAZZILLI, Hugo Nigro. **Regime jurídico do Ministério Público.** 5ª Ed. São Paulo: Saraiva 2001.

MAZONI, Edson Lucio. **Programa de Justiça Terapêutica: uma abordagem jurídica especial ao infrator usuário de drogas.** Disponível em: www.anjt.org.br/index.php?id=99&n=95 Acessado em: 10 de outubro de 2017.

MEIRA, Raphael Correa. **Curso de Direito Romano.** São Paulo: Saraiva 1983.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos de investimento e de custeio. Saúde Legis – Sistema de Legislação da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 189, de 20 de março de 2002. Inclui tabela de procedimentos do SIH-SUS os procedimentos de Acolhimento a pacientes de Centro de Atenção Psicossocial. Sistema de Legislação da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece as modalidades de CAPS – I II e III. Sistema de Legislação da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 816 aumenta a oferta de atendimento aos dependentes químicos na rede do SUS. Sistema de Legislação da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 2.391, de 26 de dezembro de 2002, regulamenta o controle das internações psiquiátricas constantes da Lei 10.216. Sistema de Legislação da Saúde

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Gabinete do Ministro. 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) Saúde Legis – Sistema de Legislação da Saúde.

MIRABETE, Júlio Fabbrini. **Execução penal: comentários à Lei 7.210/84**. 9ª. Ed. São Paulo, Atlas, 2000.

MIRABETE, Júlio Fabbrini. **Manual de Direito Penal**. 16. Ed. rev. e atual. São Paulo: Atlas, 2000. v 1.

MOREIRA, F.G., Haiek, R., & Silveira, D. X. da. **Redução de danos no Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes - PROAD**. Disponível em: www.proad.unifesp.br/pdf/artigos/rd_proad. Acessado em 23 de ago.2017.

National Institute on Drug Abuse (NIDA), dos Estados Unidos. **Instituto Nacional de Abuso de Drogas para anunciar resultados de 2012. Acompanhamento do Inquérito ao Futuro**.

Disponível em: <https://www.nih.gov/.../national-institute-drug-abuse-announce>. Acessado em 13 de set.2017.

Novaes, P.S. (2014 junho). **O tratamento da dependência química e o ordenamento jurídico brasileiro**. Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental, 17(2), p.342-356.

OLIVEIRA NETTO, Sérgio de. **O Princípio da Reserva do Possível e a Eficácia das Decisões Judiciais**. Disponível em: <http://www.mundojuridico.adv.br.postado>. Acessado em 12 de junho de 2017.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Manual de Processo Penal e Execução Penal**. 3ª ed. ver. atual. ampl. 2 tir. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2007.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Manual de Direito Penal: parte geral: parte especial**. 3ª ed. ver. atual. Ampl. 2ª tir. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2007.

OLIVEIRA, Carlos A. C. de Almeida. **A justiça terapêutica e os seus objetivos**. Disponível em: <http://www.ibccrim.org.br>. Acesso em 15 de maio de 2017.

OLIVEIRA SILVA, Ricardo de. **Justiça terapêutica, um programa judicial de atenção ao infrator usuário e ao dependente químico**. Disponível em:

http://www.mp.rs.gov.br/hmpage/homepage2.nsf/pages/jterap_progjudici. Acesso em 22 de novembro de 2017.

OLIVEIRA SILVA, Ricardo de; FREITAS, Carmen Có; **Justiça Terapêutica: uma estratégia para a redução do dano social**. Disponível em: http://www.mp.rs.gov.br/just_terapeutica/doutrina/id415.htm. Acessado em: 03 de Nov. de 2017.

PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro**. Vol.1: parte geral. 5ª Ed. ver. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2005.

PONTAROLLI, André Luis. **A Aplicabilidade da Justiça Terapêutica no Brasil**. 2004. Disponível em: http://www.mp.rs.gov.br/just_terapeutica/doutrina/id430.htm. Acessado em: 03 de ago. de 2017.

RECH, Andrei de Oliveira. **Falência do Sistema Prisional Brasileiro**. Monografia. Pós Graduação Curitiba, 2002.

SCHWARTZ, Germano. **Direito à saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica**. Porto Alegre: Editora Livraria do Advogado, 2001

SEMINÁRIO ESTADUAL DE EXECUÇÃO PENAL PENAS E MEDIDAS ALTERNATIVAS, 06.06.2003. São Luís / MA - Dr. Ricardo de Oliveira Silva. Disponível em: <http://www.redesol.org.br/trabalhosap/Apresentaodia06062003DR.RICARDO.ppt#315,30>. Acessado em 25.09.2017.

SICA, Leonardo. **Direito Penal de Emergência e Alternativas à Prisão**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

SILVA, JOSÉ AFONSO DA. **CURSO DE DIREITO CONSTITUCIONAL POSITIVO**. 20. ED. REV. E ATUAL. SÃO PAULO: MALHEIROS, 2002.

TOURINHO FILHO. Fernando da Costa. **Processo Penal 1**. 28ª ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2006.

ZAFFARONI, Eugenio Raul. **Em busca das penas perdidas**. Trad. Vânia Romano Pedrosa e Amir Lopes da Conceição. Rio de Janeiro: Revan, 1991.



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Procuradoria Geral do Município – PGM
 Procuradoria de Serviços Públicos - PSP

RELATÓRIO PROCESSOS JUDICIAIS – SAÚDE MENTAL

Atendendo demanda da Chefia desta PSP, para produção de relatório capaz de demonstrar a situação dos processos judicializados em que a Prefeitura de Porto Alegre é ou foi considerado pólo passivo em Saúde: internação psiquiátrica/residencial terapêutico, ILP: Institucionalização – Internação de Longa Permanência Idosos e Saúde: home care.

As informações iniciais foram extraídas (*Nome parte; Pa principal; Cnj e Assunto*) a partir do sistema e-PGM que tem o objetivo de gerenciar os processos judiciais e da equipe de trabalho da PGM/PSP.

A partir delas, foi necessário buscar as informações complementares nos sistemas do SEI – Serviços Eletrônicos de Informações, TJ/RS, acompanhamento processual, e-PGM e arquivo de processos físicos.

Numa primeira inferência sobre os dados dos processos nos diversos ambientes já referidos anteriormente e o prazo para entrega do relatório, optou-se por adotar a técnica estatística por amostragem para avaliar a população total.

Outra situação não menos importante é a dificuldade para obtenção das informações solicitadas.

Os ambientes de pesquisa: SEI, e-PGM, GPA e TJ/RS acompanhamento Processual não possuem funcionalidades de informações gerenciais e trazem como consequência uma restrição significativa para detalhar informações a partir destes processos ou sistemas.

População Total

Processo Judicial	Qte	% Part
ILP: institucionalização	25	5%
Saúde: home care	47	9%
Saúde: internação psiquiátrica/residencial terapêutico	440	86%
Total	512	100%

Amostra Calculada

Processo Judicial	Qte	% Part
ILP: institucionalização	6	9%
Saúde: home care	4	6%
Saúde: internação psiquiátrica/residencial terapêutico	55	85%
Total	65	100%

Cálculo

Erro amostral:

10%

Nível de confiança:	95%
População	512
Amostra necessária:	55

Fórmula de cálculo

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Onde:

n - amostra calculada

N – população

Z - variável normal padronizada associada ao nível de confiança

p - verdadeira probabilidade do evento

Assunto	Natureza	Total
ILP: institucionalização	AVC	1
	Demência mental	2
	Demência mental (doença de Huntington)	1
	Internação idoso	1
	VULNERABILIDADE SOCIAL	1
ILP: institucionalização Total		6
Saúde: home care	home care	4
Saúde: internação psiquiátrica/residencial terapêutico	Demência mental	11
	Dependência álcool e drogas	4
	Dependência Drogas	26
	Diagnóstico de esquizofrenia refratária	1
	Execução de medida socioeducativa meio aberto	1
	Patologias psiquiátricas graves	1
	Ver processo físico	3
	Dependência química - álcool	7
	Demência mental	1
Saúde: internação psiquiátrica/residencial terapêutico Total		55
Total geral		65

Situação	ILP: institucionalização	Saúde: home care	Saúde: internação psiquiátrica/residencial terapêutico	Total geral	% Part
Aguarda as partes	1		2	3	5%
Aguarda partes			1	1	2%
Aguarda prazo	1			1	2%
Aguarda Réu		1		1	2%
Arquivado			2	2	3%
Arquivo judicial			1	1	2%
Ativo	1	1	1	3	5%

Baixa Definitiva	1		13	14	22%
Baixado			16	16	25%
Carga MP			1	1	2%
Com cartório			2	2	3%
Concluso Despacho	1			1	2%
Em andamento			1	1	2%
Extinto			5	5	8%
Improcedente		1		1	2%
Improcedente a ação contra o Município de Porto Alegre			1	1	2%
PMPA intimada			1	1	2%
Prazo	1			1	2%
RECEBIDOS OS AUTOS ARQUIVAR		1		1	2%
RECEBIDOS OS AUTOS MOVIMENTADO O APENSO 001/1.17.0069572-0			1	1	2%
Suspensão do Feito			1	1	2%
(vazio)			6	6	9%
Total geral	6	4	55	65	100%

Sequestro de Valores PMPA

Identificamos somente 3,07% dos processos que envolveram sequestro de valores da conta movimento dois processos na amostra.

Assunto	Natureza	data	Pagamentos
Saúde: home care	home care	13/9/17	R\$ 11.600,00
Saúde: internação psiquiátrica/residencial terapêutico	Demência Mental	11/10/17	R\$ 19.908,30

Situação dos Processos

A maioria dos processos analisados: + de 80% estão baixados, baixados definitivamente, extinto e outras definições processuais extinguem os feitos.

A maioria são petições de ações de internação compulsória para internação em clínicas particulares, após estarem internados com alta em hospitais públicos, tais como: Hospital Conceição, Vila Nova e Hospital das Clínicas, em especial.

Destes, 38,4% estão na faixa de 14 a 22 anos, por dependência química, todos os processos encerrados e sem sequestro de valores.

Análise

O trabalho está baseado nas informações recebidas em planilha que foram obtidas junto ao e-PGM.

A análise efetiva das informações aqui apresentadas carecem de sistematização. Nenhum dos ambientes pesquisados tem a função gerencial de informações que permitam a tomada de decisão.

Neste sentido, é imperioso adotar um sistema de informações gerenciais, seja por implementação de cadastro das informações no e-PGM ou outro aplicativo.

Na sua grande maioria, os processos estão encerrados, por várias definições processuais. No Sistema de Eletrônico de Informação - SEI é encontrado somente os dados da petição inicial e quase sempre a extinção do processo.

No TJ/RS, acompanhamento processual e e-PGM informações parciais.

Sendo assim, o trabalho fica extremamente prejudicado pela falta de informações ou a própria dificuldade e tempo em extrair dentro dos processos eletrônicos.

PSP/PGM em 12 de dezembro de 2017

Jefferson Gonçalo Pereira
Administrador CRA nº 7205
Matricula 94782.1