



**CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO  
CURSO DE MESTRADO EM CIÊNCIA POLÍTICA**

**Sálua Faisal Husein**

**RECOLHIMENTO OU ACOLHIMENTO:  
a política pública de internação compulsória de pessoas com uso  
problemático de substâncias psicoativas e os direitos individuais –  
o caso do Distrito Federal e análise do artigo 28 da Lei 11.343/2006.**

**BRASÍLIA/JULHO/2016**

**Sálua Faisal Husein**

**RECOLHIMENTO OU ACOLHIMENTO:  
a política pública de internação compulsória de pessoas com uso  
problemático de substâncias psicoativas e os direitos individuais –  
o caso do Distrito Federal e análise do artigo 28 da Lei 11.343/2006.**

Dissertação apresentada ao Centro  
Universitário Euro-Americano Unieuro, como  
requisito parcial do Curso de Mestrado em  
Ciência Política, para obtenção do título de  
Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Manoel Santana Cardoso

**BRASÍLIA/JULHO/2016**

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Beatriz Nascimento CRB1/3088

H969p Husein, Sálua Faisal

Recolhimento Ou Acolhimento: a política pública de internação compulsória de pessoas com uso problemático de substâncias psicoativas e os direitos individuais - o caso do Distrito Federal e análise do artigo 28 da Lei 11.343/2006. / Sálua Faisal Husein – Brasília : Centro Universitário UNIEURO, 2016.

152f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Mestrado em Ciência Política.

Centro Universitário UNIEURO.

1. Ciência Política 2. Substâncias Psicoativas 3. Políticas públicas 4. Internação Compulsória 5. Reinserção Social I. CARDOSO, Manoel Santana (Orientador) II. XAVIER, Lídia de Oliveira (Coordenadora) III. Título.

Proibida a reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio eletrônico ou mecânico, inclusive através de processos xerográficos, sem permissão expressa do Autor. (Artigo 184 do Código Penal Brasileiro, com a nova redação dada pela Lei n.8.635, de 16-03-1993).

**Sálua Faisal Husein**

**RECOLHIMENTO OU ACOLHIMENTO:  
a política pública de internação compulsória de pessoas com uso  
problemático de substâncias psicoativas e os direitos individuais –  
o caso do Distrito Federal e análise do artigo 28 da Lei 11.343/2006.**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Manoel Santana Cardoso  
Orientador

---

Prof. Dr. Vicente Fonseca  
Examinador Interno

---

Profa. Dra. Rachel de Castro Almeida  
Examinadora Externa

**BRASÍLIA/JULHO/2016**

Dedico este trabalho a todos aqueles que, assim como eu, sentem inquietude quando uma medida governamental é denominada política pública sem que antes seja ponderado o valor dos direitos do homem tão duramente conquistados em caráter inderrogável e diariamente submetidos a involuntária negociação.

## AGRADECIMENTOS

Com imensurável afeição agradeço inicialmente ao meu Deus, por me capacitar a ultrapassar obstáculos; logo depois à minha família, começando pela pequena Sofia, filha amada que, precocemente, compreende o tempo dedicado aos estudos e aguarda pacientemente pela mãe, sempre atarefada; à minha mãe querida – Naidied pelo apoio do início ao fim juntamente com minhas irmãs amigas Shadia, cooperando com amor incondicional e Samia.

De igual modo sou grata ao pai levado pela vida – Faisal, e aos que a vida me deu. Também me contemplou com mães e irmãs de coração.

Ao estimado professor Dr. Manoel, orientador deste trabalho, o qual aceitou o desafio em tempos difíceis com sabedoria e paz transcendentais, além de sua família que abriu as portas do lar para orientações extraordinárias.

Aqueles que passaram de colegas de turma a amigos de luta, em especial meu querido Bruno Assis, lhe tenho amor ágape, pois me apresentou à leveza de uma amizade e cumplicidade. Aos meus queridos Alexandre Ferro, Marcos Antonio Nunes e Vinda Daniel encorajando e apresentando soluções às minhas queixas. Ressalto aqui a querida mestre Keula, “a menina do vestido azul” que por onde passa deixa um rastro de benevolência.

Aos preciosos mestres: Iolanda, Delmo, Dominguez, Henrique, Ironildes, Manoel, Renato e Vicente, os quais contribuíram efetivamente para mais uma conquista. Destaco a contribuição fundamental (no sentido literal da palavra) do professor Henrique, pois, com extrema gentileza e admirável segurança, reestruturou minha pesquisa e me reconectou com ao tema.

À coordenadora Lidia e sua brilhante equipe, com destaque para o prestativo Lucas, sempre disposto em ajudar com um sorriso cativante. Na mesma medida agradeço aos demais administrativos e operacionais do centro universitário que se dedicaram ao meu bem estar, limpeza e organização.

Por último e na mesma proporção, agradeço aos gerentes e profissionais das instituições coparticipantes, à Jamila Zgiet da Diretoria de Saúde Mental (DISAM) e, principalmente ao apaixonado Ademário Britto, psicólogo responsável pela CAPSad Flor de Lótus. Sem ele e os demais seria impossível realizar a pesquisa de campo.

O oposto de vício, portanto, não é sobriedade. É conexão humana.

Johann Hari

## RESUMO

O trabalho analisa a internação compulsória de pessoas com uso problemático de substâncias psicoativas. Para tanto, realiza-se um estudo histórico, no Brasil, sobre a drogadição e a recorrente internação manicomial. São apresentadas as políticas públicas de enfrentamento à drogadição, em âmbito nacional e local, com destaque para as ações de prevenção, recuperação e reinserção social. A pesquisa teve lugar no Distrito Federal, junto ao Programa de Educação e Resistência às Drogas – PROERD e, sobretudo, aos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD. Logo, estuda-se a política pública de internação compulsória à luz da teoria da justiça, dos direitos humanos, fundamentais e individuais, com análise das mudanças punitivas do sistema criminal para o porte e uso de entorpecentes. Faz-se uma reflexão sócio jurídica da medida, propondo uma discussão acerca da contradição entre uma Política Pública de Saúde ou mera estratégia política de limpeza das ruas que fere os direitos individuais dos pacientes.

**Palavras Chave:** Internação Compulsória. Substâncias Psicoativas. Políticas Públicas. Reinserção Social. Distrito Federal

## ABSTRACT

The research analyzes the compulsory hospitalization of people with problematic substance use. Therefore, this being made a historical study in Brazil on drug addiction and the applicant asylum admission. Public Policies to face the addiction are presented at national and local level, with emphasis on the prevention, recovery and social reintegration. The research took place in the Federal District, with the Education and Drug Resistance Program - PROERD and, above all, the Psychosocial Alcohol and Drugs Care Center - CAPS AD. Therefore, we study the public policie of compulsory hospitalization in the light of the theory of justice, human, fundamental and individual rights, with analysis of punitive changes in the criminal system for the possession and use of narcotics. It is a reflection legal partner of the measure by proposing a discussion about the contradiction between a Public Health Policy or mere cleansing policy strategy of the streets that hurts the individual rights of patients.

**Keywords:** Internment Compulsory. Psychoactive Substances. Public Policy . Social Reinsertion . Federal District

## LISTA DE SIGLAS

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria  
ASAM – American Society of Adiction Medicine  
CAPS – Centro de atenção Psicossocial  
CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas  
CC – Código Civil  
CF – Constituição Federal  
CID – Código Internacional de Doenças  
CIDH – Comissão Interamericana de Direitos Humanos  
CND – Comissão para Drogas Narcóticas  
CONAD - Conselho Nacional Antidrogas  
CP – Código Penal  
CPCDH – Centro de Polícia Comunitária e Direitos Humanos  
DARE – Drug Abuse Resistance Education  
DEA – Drug Enforcement Administration  
DF – Distrito Federal  
DISAM – Diretoria de Saúde Mental  
DPAS – Divisão de Programas e Ações Sociais  
EUA – Estados Unidos da América  
FDA – Food and Drug Administration  
FUNAD - Fundo Nacional Antidrogas  
GDF – Governo do Distrito Federal  
HSVP – Hospital São Vicente de Paula  
IP – Inquérito Policial  
LC – Lei Complementar  
LSD - Lysergsäurediethylamid  
MP – Ministério público  
MPDFT – Ministério Público do Distrito Federal e Territórios  
MS – Ministério da Saúde  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
ONU – Organização das Nações Unidas  
PC – Polícia Civil  
PDDC – Procuradoria Distrital de Defesa de Direitos do Cidadão  
PDSM – Plano Diretor de Saúde Mental  
PL – Projeto de Lei  
PMDF – Polícia Militar do Distrito Federal  
PND – Política Nacional sobre Drogas  
PNH – Programa Nacional de Humanização  
PROERD – Programa de Educacional de Resistencia às Drogas  
PDSM – Pano Diretor de Saúde Mental  
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia  
SENAD - Secretaria Nacional de Política sobre Drogas  
SESDF – Secretaria de Estado e Saúde do Distrito Federal  
SHRad – Serviços Hospitalares de Referência – álcool e drogas  
SISNAD - Sistema Nacional de Política Sobre Drogas

STF – Supremo Tribunal Federal

SUS – Sistema Único de Saúde

TC – Termo Circunstanciado

TCDF – Tribunal de Contas do Distrito Federal

TJ – Teoria da Justiça

TJDFT – Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Ilustração 1:** tabela com classificação internacional de doenças (F10-19)
- Ilustração 2:** tabela com classificação internacional de doenças subdivisões
- Ilustração 3:** imagem jornalística noticia a promessa do maior hospital da América latina, o qual revolucionaria os moldes anteriores de estrutura proporcionada aos pacientes internados por acometimento de transtorno mental
- Ilustração 4:** imagem do resultado assustador do que deveria ser o maior hospital da América latina, chamado pelos internados de “a casa dos horrores”.
- Ilustração 5:** imagens do caos em que viviam os internados no hospital de Barbacena.
- Ilustração 6:** infraestrutura dos CAPS no DF
- Ilustração 7:** gráfico áreas de cobertura CAPS no DF até 2010
- Ilustração 8:** gráfico estatístico de internação e custo no DF entre 2013 a 2015
- Ilustração 9:** gráfico gastos com internação compulsória entre 2013/2015
- Ilustração 10:** gráfico elevação dos gastos em porcentagem entre 2013/2015
- Ilustração 11:** tabela diferença anual do custo individual da internação compulsória
- Ilustração 12:** gráfico número de internações compulsórias masculinas e femininas no DF entre 2013 a 2015
- Ilustração 13:** gráfico procedimentos instaurados pelo porte e uso de entorpecentes de 2001 a 2006
- Ilustração 14:** gráfico procedimentos instaurados pelo porte e uso de entorpecentes de 2006 a 2014
- Ilustração 15:** mapa do Distrito Federal
- Ilustração 16:** gráfico percentual de unidades dos CAPS ad próprias, alugadas e cedidas
- Ilustração 17:** percentual de demanda nas unidades entre regular e maior
- Ilustração 18:** gráfico questionário multiprofissional (pergunta 1)
- Ilustração 19:** gráfico questionário multiprofissional (pergunta 2)
- Ilustração 20:** gráfico questionário multiprofissional (pergunta 3)
- Ilustração 21:** gráfico questionário multiprofissional (pergunta 4)
- Ilustração 22:** gráfico questionário multiprofissional (pergunta 5)
- Ilustração 23:** gráfico questionário multiprofissional (pergunta 6)

**Ilustração 24:** gráfico questionário multiprofissional (pergunta 7)

**Ilustração 25:** gráfico questionário multiprofissional (pergunta 8)

**Ilustração 26:** gráfico questionário multiprofissional (pergunta 9)

**Ilustração 27:** gráfico questionário multiprofissional (pergunta 10)

# SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	16
<b>CAPITULO 1 - INDIVÍDUO, SOCIEDADE E ESTADO.....</b>	<b>21</b>
1.1 O ESTADO DE NATUREZA E O PENSAMENTO LIBERAL NA FUNÇÃO DO ESTADO.....	21
1.1.1 A justiça, a justiça institucional e a injustiça.....	26
1.1.2 Intersubjetividade e convivência democrática.....	30
1.2 OS DIREITOS DO HOMEM.....	33
1.3 ENTENDENDO POLÍTICAS PÚBLICAS - A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA É POLÍTICA PÚBLICA OU DECISÃO POLÍTICA?.....	38
<b>CAPÍTULO 2 – OS ENTORPECENTES E AS INSTITUIÇÕES ENTORPECIDAS...42</b>	
2.1 A HISTÓRIA SOCIAL DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.....	42
2.1.1 A política nacional sobre drogas e a análise do artigo 28 da lei nº 11.343/2006.....	48
2.1.2 Drogadição: delito ou doença?.....	54
2.2 SAÚDE: DIREITO OU DEVER DO INDIVÍDUO?.....	56
2.3 MEMÓRIAS DA LOUCURA: O ISOLAMENTO NAS “GAIOLAS” DAS INSTITUIÇÕES TOTAIS E A LEI 10.216/2001.....	59
2.4 OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS (CAPSAD).....	66
2.4.1. Qualidade dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal.....	70
2.5 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA.....	76
2.5.1 A internação compulsória e o princípio da liberdade.....	82
2.5.2 A internação compulsória, a bioética e o biodireito.....	83
2.6 A INCAPACIDADE MENTAL RELACIONADA À DROGADIÇÃO.....	85

2.7 OS CASOS PÚBLICOS DE INTERNAÇÕES COMPULSÓRIAS QUE VIOLARAM DIREITOS HUMANOS E INDIVIDUAIS.....	88
<b>2.7.1 O caso das adolescentes carbonizadas.....</b>	<b>88</b>
<b>2.7.2 O caso Damião.....</b>	<b>89</b>
<b>2.7.3 O caso do comércio de cadáveres de “loucos”.....</b>	<b>91</b>

### **CAPÍTULO 3 – CAPSAD: ACOLHIMENTO OU RECOLHIMENTO?**

<b>O CASO DO DISTRITO FEDERAL.....</b>	<b>93</b>
3.1 APRESENTAÇÃO DA PESQUISA DE CAMPO.....	93
<b>3.1.1 Método de pesquisa.....</b>	<b>94</b>
<b>3.1.2 Resultado da pesquisa de campo.....</b>	<b>95</b>
3.1.2.1 Pesquisa de campo nas unidades.....	101
a) CAPSad Samambaia.....	101
b) CAPSad Sobradinho.....	103
c) CAPSad Santa Maria.....	104
d) CAPSad Guará.....	105
e) CAPSad Ceilândia.....	106
f) CAPSad Rodoviária.....	107
g) CAPSas Itapoã.....	108
<b>3.1.3 Gráficos representativos dos questionários.....</b>	<b>109</b>
<b>3.1.4 Acolhimento ou recolhimento.....</b>	<b>118</b>
<b>3.1.5 A redução de danos e a reinserção social.....</b>	<b>120</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>123</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>128</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>136</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>151</b>

## INTRODUÇÃO

A presente dissertação aborda a política pública de internação compulsória de pessoas com uso problemático de substâncias psicoativas<sup>1</sup> no Distrito Federal. Analisa se a internação compulsória é mais um procedimento higienista ou se segue a revolução sanitaria. Por isso, a pesquisa questiona se, após a despenalização do porte de entorpecente para uso pessoal contido no artigo 28 da Lei 11.343/2006, essa política pública veio como resposta à sociedade higienista, cuja prática se resume no recolhimento do usuário, em detrimento aos seus direitos individuais, inclusive de ser acolhido pelo Estado.

Logo, o objetivo geral do estudo é o de encontrar resposta ao questionamento supracitado, tendo por hipótese o entendimento de que a internação compulsória por si só, tende a ser uma resposta à cobrança social por ruas mais limpas, subjugando a vontade e o direito do indivíduo. No caso específico da medida, fazer prevalecer o intento coletivo, embora não injusto, é um recuo ao largo passo dado pela reforma psiquiátrica e, sobretudo pela tendência política global de reconhecer o uso problemático de substâncias psicoativas como patologia e não crime. A partir daí a reflexão: Recolher ou Acolher?

A investigação possui três objetivos específicos. O primeiro é o de identificar e analisar os fundamentos teóricos modernos e contemporâneos, referentes ao Estado, ao indivíduo e à sociedade. O segundo é o de descrever, panoramicamente, a política pública de internação compulsória em âmbito nacional e local, sobretudo das instituições regulamentadas pela legislação de saúde mental e Portarias do Ministério da Saúde – os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad). Outrossim, um estudo dedicado à institucionalização da loucura ou instituições totais (GOFFMAN, 2001), um mercado vigoroso e crescente, inversamente proporcional ao definhamento do “louco” e decadência dos direitos daqueles seres que não eram mais reconhecidos como humanos. Na oportunidade, há um destaque à Lei 10.216/2001, a qual protege, teoricamente, pessoas portadoras de transtorno mental, e redireciona o sistema de saúde a um modelo assistencial. Por

---

<sup>1</sup> “Pessoas com uso problemático de substâncias psicoativas” é a expressão que os agentes de saúde mental têm usado para desmarginalizar o usuário que, por muitos anos, foi chamado de drogado, viciado, noiado, entre outros.

último, a pesquisa visa analisar a implementação da política pública de internação compulsória no Distrito Federal por meio de pesquisa de campo em todos os sete CAPSad de atendimento adulto.

A pesquisa está concentrada na área de direitos humanos, cidadania e estudos sobre violência, e ancorada na linha de políticas de Estado, políticas públicas e cidadania.

Uma política pública deve observar e respeitar os direitos humanos e individuais, e promover a cidadania e a dignidade como fundamento da República. Uma política pública relacionada ao enfrentamento à drogadição deve estar voltada à saúde com medidas que reduzam os danos coletivos, mas que, sobretudo, assegurem os direitos individuais.

Há um paradigma a ser vencido, o de que escolhas individuais e subjetivas e a ausência de uma doença evidente descaracterizam a necessidade de políticas públicas de saúde. Esse é um conceito baseado em uma visão equivocada de que as políticas públicas devam ser voltadas para demandas voluntárias, coletivas e de doenças evidentes, quando, na verdade, o caráter público da política é ser imperativo.

Isso porque saúde não significa ausência de enfermidade, mas bem estar físico mental e social. Assim, torna-se fundamental compreender as duas propostas de análise deste trabalho: a primeira de conhecer os direitos individuais; segunda de avaliar se a política pública de internação compulsória, além de recolher, também acolhe o paciente e preserva-lhe seu direito individual.

Esta pesquisa acredita em políticas públicas voltadas àqueles que fazem uso problemático de substâncias psicoativas, porém, a proposta é a de investigar se a política pública em questão é eficiente e eficaz, e se cumpre seu papel na prática, tão bem delineado na teoria, de proteção e respeito ao indivíduo internado. Ou trata-se, apenas, de uma decisão política simbólica de acolhimento, cuja intenção velada é a de varrer aquilo que chamam de sujeira para debaixo do tapete, isolando o usuário de substância psicoativa em hospitais psiquiátricos protegidos com grades, chaves e seguranças armados?

Efetivamente, há uma tendência, após as sucessivas reuniões da Comissão para Drogas Narcóticas (CND) da Organização das Nações Unidas (ONU),<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Reunião anual realizada no escritório da ONU, em Viena. Em março de 2016 foi realizada a de número de 59.

de minimizar os danos causados aos usuários de entorpecentes e não penalizar. E o Brasil, como signatário das Convenções sobre controle de drogas, dispôs no artigo 28 da Lei 11.343/2006 o abrandamento da penalização ou absoluta despenalização do porte de drogas para uso pessoal que antes era punido com pena de detenção de até dois anos e multa para advertência, prestação de serviço à comunidade e medida educativa.

Assim, o problema era apenas de segurança pública, sendo o “infrator” recolhido e conduzido à delegacia de polícia, e levado, posteriormente, à justiça. Atualmente, o problema da dependência é visto como doença e não crime, no qual o dependente precisa ser acolhido por uma equipe multiprofissional para tratamento. Entretanto, quando feito de forma compulsória, pode ser um retrocesso ao modelo de recolhimento e, aparentemente, uma resposta política à sociedade que se incomoda com a indignância e a associa ao uso problemático de drogas.

De outra forma, é comum que o uso problemático de substâncias psicoativas gere graves disfunções psiquiátricas e funcionais, e pouco provável que o dependente busque ajuda voluntariamente. Mas a questão é: mesmo compulsória, a internação do dependente pode respeitar seus direitos individuais? Esta prática pode ser observada no âmbito do Distrito Federal?

Uma das áreas de interesse deste estudo é a conceituação de doença bem além dos moldes da definição construída pelo senso comum. A etimologia ensina que a palavra é derivada do latim *dolentia*<sup>3</sup>, o que significa dor, padecimento. E o que é, senão a mais profunda dor, o indivíduo perder-se em si mesmo e desconectar-se com os seus, e, querendo um reencontro, não achar o caminho de volta? Isso em referência àquele que faz, de fato, o uso problemático de substâncias químicas, não por recreação ou simples desejo, mas por necessidade que lhe supera a força física e psíquica.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) os transtornos mentais atingirão entre 20 a 25% da população mundial em alguma época de suas vidas. Ademais, cinco das 10 doenças mais incapacitantes estão relacionadas ao sofrimento psíquico. No Brasil, transtornos mentais não relacionados a drogas ou álcool são identificados em 3% da população, enquanto que os associados chegam a 6%.<sup>4</sup> No

---

<sup>3</sup> <http://www.dicionarioetimologico.com.br/doenca/> acessado em 13/06/2016

<sup>4</sup> <http://www.paho.org/bra/> acessado em 14/03/2016.

Distrito Federal, cerca de 600 mil pessoas são portadoras de algum tipo de sofrimento psíquico.<sup>5</sup>

O tema é controverso e trava debates entre os três poderes, considerando a institucionalização<sup>6</sup> da “loucura” e judicialização<sup>7</sup> da saúde. Mais do que isso, a drogadição e as políticas públicas de seu enfrentamento são pautas frequentes em encontros nacionais e internacionais, mesmo porque o Brasil é considerado rota de tráfico de drogas, além de ter um grande número de usuários. Há quem defenda a medida como garantia constitucional e dever estatal de implementação das políticas públicas de extrema relevância social, atraindo os artigos 196 e 197 da Constituição Federal do Brasil. Em oposição, há quem acredite não se tratar de uma temática relativa à segurança pública, mas uma questão política que fere os direitos individuais e humanos. Fato é que nada adianta tantos congressos e conferências se deles resultam poucas políticas eficazes.

O primeiro capítulo aborda os fundamentos teóricos de caráter naturalista, individuais e do Estado enquanto instituição criada pela sociedade para proteção dos direitos inatos, os quais, para evitar uma guerra civil, necessitam de normas de conduta. Para tanto, o teórico utilizado para melhor compreensão do tema é John Rawls em sua Teoria da Justiça-TJ.

Ainda no primeiro capítulo, indispensável a apresentação dos pressupostos conceituais da professora Maria das Graças Rua sobre políticas públicas. De igual modo importa explicar sobre os direitos humanos e fundamentais.

No segundo capítulo estuda-se a história social das substâncias psicoativas e seu uso convencional, fomentando a indústria farmacêutica, cujas consequências sanitárias eram negligenciadas pelo Estado, até este perceber a rapidez da transformação e potencialização dos efeitos de produtos com a união de substâncias químicas, e da robusta movimentação financeira como a compra e a venda dos mesmos. Então, passa-se a um processo de legalização e proibição, em que o uso e o comércio de entorpecentes são legislados e criminalizados.

Nesse capítulo apresenta-se os maiores manicômios nacionais, lugares de maus tratos e tortura, manifesta violação dos direitos do homem. Também descreve-

---

<sup>5</sup> [http://www.saude.df.gov.br/images/LAI/Planos/Plano\\_Diretor\\_de\\_Saude\\_Mental\\_do\\_DF\\_2011-2015\\_final.pdf](http://www.saude.df.gov.br/images/LAI/Planos/Plano_Diretor_de_Saude_Mental_do_DF_2011-2015_final.pdf) acessado em 14/03/2016.

<sup>6</sup> Institucionalização é o ato de caráter institucional a algo.

<sup>7</sup> Judicialização é o ato de tornar qualquer procedimento não jurídico em jurídico. É levar ao Poder Judiciário controvérsia originalmente não vinculada a ele.

se a situação precária atual da saúde mental no Distrito Federal, e são apresentados o Programa de Educação e Resistência às Drogas (PROERD), realizado pela Polícia Militar, e os serviços dos Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPSad), locais visitados durante a pesquisa de campo.

O terceiro capítulo é a análise da internação compulsória de pessoas com uso problemático de substâncias psicoativas no Distrito Federal. Para tanto, a metodologia de pesquisa é exploratório-descritiva, e a sua natureza é, complementarmente, qualitativa e quantitativa. Assim, inicialmente busca-se dados junto à Secretaria de Estado e Saúde e à Polícia Civil, ambas do Distrito Federal, acerca da realidade local dos fenômenos estudados.

O método aplicado compreende visitas, entrevistas e aplicação de questionários semifechados sobre as condições das unidades, e abertos sobre a internação compulsória CAPSad, ambos aos gerentes, bem como o preenchimento de questionário fechado, com “item likert”<sup>8</sup>, direcionado aos profissionais que compõem o quadro interdisciplinar dos Capsad de Ceilândia, Guará, Itapoã, Rodoviária, Samambaia, Santa Maria e Sobradinho, todos os sete até então existentes no Distrito Federal.

O assunto é atual e relevante. O estudo mostra a legitimidade popular na construção dos direitos constitucionais e sociais e que, portanto, não são moedas de troca político-partidária. Ignorar os diversos riscos psicossociais que o uso problemático de substâncias psicoativas traz à sociedade é ilegal; mas ignorar os direitos individuais e a necessidade de tratamento e de reconexão interpessoal do usuário é desumano.

---

<sup>8</sup> Item Likert é afirmação que o sujeito pesquisado concorda ou não, a partir de um critério que pode ser objetivo ou subjetivo.

## CAPITULO 1

### INDIVÍDUO, SOCIEDADE E ESTADO

Este capítulo aborda o fundamento teórico, cuja referência predominante está na Teoria da Justiça (TJ) de John Rawls. Ora, mesmo em uma sociedade que coopera para o bem comum existe conflito, considerando a identificação por interesses contrapostos. Necessário, portanto, um ideal de justiça público que regule a organização básica social. Parte-se de uma abordagem moderna sobre o individualismo, os direitos e habilidades naturais e o pacto social para chegar aos princípios da justiça. Assim, inicia-se o estudo com o pensamento lockeano para adentrar-se à teoria rawlseana. Em seguida, avança-se para o estudo histórico jurídico sobre os direitos do homem, e para a análise de políticas públicas, tendo por referencial conceitual a análise de Maria das Graças Rua.

#### 1.1 O ESTADO DE NATUREZA E O PENSAMENTO LIBERAL DA FUNÇÃO DO ESTADO

A posição original do homem compreende uma situação igualitária. Todos nascem com os mesmos direitos. Na justiça como equidade, a posição original de igualdade corresponde ao estado de natureza na teoria tradicional do contrato social.

O direito natural faz parte da filosofia de grandes pensadores e, junto com ele, as habilidades naturais de julgamento do homem a partir de sua experiência. Pode-se destacar o pensamento liberal de John Locke, no qual o homem criou o governo para assegurar esses direitos. Assim, o criador (homem) pode rebelar-se contra a criatura (governo) por desatenção à proteção do indivíduo.

O discurso liberal trouxe problemas ao pensador com a monarquia predominante que usava a teoria patriarcal ou paternalista de Sir Robert Filmer<sup>9</sup>, a fim de legitimar a continuidade de seu domínio. A teoria de Filmer é a de que o homem

---

<sup>9</sup> Sir Robert Filmer (1588-1653) - sistematizador das ideias do patriarcalismo com a obra em destaque Patriarcha publicado após sua morte.

sequer nasce livre, porquanto depende de seus pais, os quais detêm autoridade real advinda de Adão e depois herdada pelos reis. Neste caso, os súditos dependem do monarca e, de igual forma, Deus lhe concedeu este privilégio de comando em sucessão ao primeiro homem da Bíblia: Adão. O patriarca quando não é a própria lei, coloca-se acima dela, e tem todo direito sobre a vida e a morte daqueles que estão sob seu comando.

Na crise política e religiosa da Inglaterra, reforçada pelo dilema da sucessão ao rei Carlos II que não tinha herdeiros legítimos, dois partidos foram criados: *Torye*, conservador, e *Whig*, revolucionário. O primeiro, favorável à manutenção das prerrogativas monárquicas e a ascensão de Jaime, irmão do rei, ao trono, fundamentou sua ideologia na teoria de Filmer. O segundo pretendia a exclusão do adepto ao catolicismo, Jaime, à sucessão, além de uma monarquia limitada pelo Parlamento. O poder da igreja católica e da monarquia ainda resistia às tentativas revolucionárias de destituição, de modo que o sucessor real, Jaime, continuou a difundir a teoria do direito divino (TREVELYAN, 1982).

Os aclamadores da doutrina patriarcal eram questionados sobre interesses velados ao defender a monarquia absoluta, porquanto a filosofia era considerada infundada e contestável. Não passava de mera suposição irracional, pois jamais houve concessão de Deus a Adão, a patriarcas e a reis, de qualquer domínio privado do mundo e dos homens, tampouco soberania. A autoridade vem mediante um pacto, seja a do rico com o mendigo ou de um abastado em tempo de escassez com o faminto. O consentimento dos necessitados não deriva das posses do senhor, mas da preferência de tornar-se súdito a morrer de fome. (LOCKE, 2001).

Não há, contudo, domínio divino ou por herança de um homem sobre o outro, considerando que todos nascem iguais, sem experiências, embora com capacidades, sobretudo a de ser livre. Todos devem respeitar essa liberdade e os demais direitos naturais uns dos outros, esse é o estado de natureza.

A razão é guia do estado de natureza e não deve haver prejuízos aos pares. Trata-se de uma obrigação de preservar a vida, a liberdade, a saúde, a integridade e os bens próprios e da humanidade. Aquele que transgredisse a lei da natureza, levando desarmonia àquela sociedade, poderia ser punido por qualquer homem devido à perfeita igualdade ali existente.

Mas, para evitar exageros de punição, vingança e parcialidade, ou o “todos contra todos” do discurso de Hobbes (2003), em que “o homem é o lobo do próprio homem”, propõem-se o governo civil, uma autoridade comum capaz de conduzir a sociedade ao estado de natureza, posto que a força sem direito traduz o estado de guerra. Ou seja, uma prudente e racional união de vontades para estabelecer um corpo político que gere a liberdade de viver sob uma regra comum a todos. (LOCKE, 2001).

Aquele que é dono de sua vida tem direito de preservá-la. A melhor maneira é o pacto civil, de forma que, tão logo se estabelece um pacto cessa, supostamente, a escravidão. Supostamente porque especula-se a abdicação da liberdade natural ao unir-se a uma comunidade, a uma sociedade civil e a um corpo político, em que o ato da maioria passa a ser ato de todos. Mesmo parecendo contraditório, tudo isso tem por objetivo a proteção dos direitos naturais de liberdade, igualdade e propriedade. Isso porque há uma limitação pública da liberdade individual para assegurar direitos ao próprio indivíduo que é a base da sociedade, jamais para ampliar a liberdade das instituições sociais.

Aquele domínio particular ou jurisdição paterna de Adão, sucedida pelos reis, justificaria um governo arbitrário que ignorasse a liberdade e os direitos fundamentais do ser humano. Por outro lado, uma visão liberal e contratualista arriscaria o absolutismo patriarcal. Ora, na mesma medida em que o poder político é constituído pelo homem e dado ao governo por união de vontades a fim deste regular as ações dentro do limite da lei natural, preservando direitos e mantendo a ordem, o próprio homem pode destituir.

A filosofia do contrato civil não é a de constituir um governo para assegurar a propriedade do mais rico contra o mais pobre, ou ainda, preservar os direitos coletivos em detrimento dos individuais. O objetivo do pacto é o de preservar os direitos naturais do indivíduo, pois é ele quem antecede a sociedade. Então, para manter a isonomia é necessário um legislativo capaz de elaborar leis que protejam tais direitos, e os demais poderes que funcionem em favor do cumprimento dessas leis. Essa é a função do Estado, e é aqui que começa a teoria da justiça. É aqui, principalmente, que o discurso lockeano se harmoniza com o discurso rawlseano, em que a lei cessa ou deveria cessar a tirania. Os princípios liberais políticos salvaguardavam a justiça e os direitos individuais. O Estado e as instituições sociais

têm o dever natural de guardar com justiça as liberdades. Doutrinas religiosas, patriarcais ou tirânicas são inconcebíveis porque não convergem com os princípios da igualdade e da liberdade. Comparemos o pensamento de Locke e Rawls, respectivamente:

Onde não existe a administração de justiça para a garantia dos direitos dos homens e tampouco nenhum poder restante no seio da comunidade para dirigir a força ou prover as necessidades do público, com certeza não resta governo algum. Onde as leis não podem ser executadas é como se não houvesse leis, e um governo sem leis é, suponho, um mistério político, inconcebível para a capacidade humana e incompatível com a sociedade humana. (LOCKE, 2001: 577).

A justiça é a primeira virtude das instituições sociais, como a verdade o é dos sistemas de pensamento. Embora elegante e econômica, uma teoria deve ser rejeitada e revisada se não é verdadeira. Da mesma forma, leis e instituições, por mais eficientes e bem organizadas que sejam, devem ser reformadas ou abolidas se são injustas. Cada pessoa possui uma inviolabilidade fundada na justiça que nem mesmo o bem-estar da sociedade como um todo pode ignorar. Por essa razão, a justiça nega que a perda de liberdade de alguns se justifique por um bem maior partilhado por outros. (RAWLS, 2000:3-4).

Pertinente à questão, importa-nos esclarecer, habilitados pela experiência, que lei não se confunde com justiça. Enquanto a primeira refere-se a uma sistematização de normas de conduta, sejam dos indivíduos, da sociedade ou do Estado, a segunda deveria ser o bom senso entre a aplicação da lei e o estudo do caso concreto. É o que se espera na internação compulsória para que essa política pública não caminhe apenas até o recolhimento, ou seja, depois da norma aplicada para a internação compulsória é preciso agir baseado em um estudo individualizado do paciente.

Retomando as ideias do contrato social, a diferença de Locke para Rawls está no consenso racional das pessoas em estruturar a sociedade com princípios de justiça com equidade que sejam seguidos em todos os acordos da teoria rawlseana, ou seja, conduz a uma forma de convivência, enquanto o contrato original leva a uma forma de governo.

A justiça tem papel crucial na cooperação da estrutura básica social. Rawls, ao apresentar a justiça como equidade substitui o pacto social a um acordo sobre os

princípios da justiça alcançado mediante restrições de conduta, e ainda propõe uma teoria de justiça alternativa às concepções clássicas utilitária e intuicionista.<sup>10</sup>

Um governo deve não só proteger o acordo dos princípios da justiça, mas fazê-lo cumprir, visto que representa aqueles que fizeram o acordo. As funções do Estado seriam, então, organizar equitativamente a sociedade, harmonizar as liberdades individuais e respeitar esses princípios.

Os dois princípios da justiça, igualdade e liberdade, são para o autor seminais:

Direito igual que toda a pessoa deve ter ao mais abrangente sistema de liberdades básicas iguais que seja compatível com um sistema semelhante de liberdade para as outras; as desigualdades sociais e econômicas devem ser ordenadas de tal modo que sejam ao mesmo tempo consideradas vantajosas para todos dentro dos limites do razoável e vinculadas a posições e cargos acessíveis a todos. (RAWLS, 2000: 64).

Sobre a liberdade, leciona a possibilidade única de seu limite para sua própria garantia:

Uma liberdade básica resguardada pelo primeiro princípio [...] só pode ser limitada em consideração à própria liberdade, isto é, apenas para assegurar que a mesma liberdade ou uma outra liberdade básica estará adequadamente protegida, e para ajustar o sistema único de liberdades da melhor forma possível. O ajuste do sistema completo da liberdade depende exclusivamente da definição e da extensão das liberdades específicas. Naturalmente, esse sistema deve sempre ser avaliado do ponto de vista do cidadão representativo justo. A partir da perspectiva da convenção constituinte ou do estágio legislativo [conforme for o caso], devemos perguntar qual sistema teria a preferência racional desse cidadão. (RAWLS, 2000: 221).

Na obra o autor revela outros meios de restrição à liberdade, como a pobreza, a ignorância e a falta de oportunidades de forma geral. A propósito, o consenso de justiça não é o bastante para constituir os princípios dela. Necessário, também, eficiência e coordenação entre as atividades dos indivíduos para que sejam

---

<sup>10</sup> Princípio da utilidade, parafraseando Bentham (1748 – 1832) toda a ação, qualquer que seja, deve ser aprovada ou rejeitada em função da sua tendência de aumentar ou reduzir o bem-estar das partes afetadas pela ação. Princípio intuicionista refere-se pelo entendimento e pela intuição.

executadas justamente. A liberdade está representada por um sistema completo das liberdades de cidadania igual, enquanto o valor da liberdade depende da capacidade de promover seus fins dentro da estrutura definida pelo sistema. O que define o fim da justiça social é a maximização do valor da liberdade para os menos favorecidos.

E, por falar em liberdade, a palavra está relacionada etimologicamente à denominação latina *Libertas*, empregada pelos romanos para diferenciar escravos e prisioneiros dos cidadãos. *Libertas* vem de líber, tênue tecido que permite a circulação da seiva das plantas. Se a líber está bloqueada por qualquer motivo, a planta pode fenecer e morrer. No dicionário básico de filosofia a liberdade tem o significado de: “Condição daquele que é livre. Capacidade de agir por si mesmo, autodeterminação, independência, autonomia”. (JAPIASSÚ E MARCONDES, 1991: 163).

Para manutenção da paz social, considerando as peculiaridades naturais de cada um e os seus interesses privados, a mediação se torna a melhor solução, porquanto apresenta-se célere, democrática e não conflitante com a liberdade e igualdade das pessoas que, consensualmente, optam pela mediação como princípio de cooperação da justiça para reestabelecer uma relação social equilibrada.

### **1.1.1 A justiça, a justiça institucional e a não justiça**

Para John Rawls, a justiça é a primeira virtude das instituições sociais, como a verdade o é dos sistemas de pensamento; e, numa sociedade justa, as liberdades da cidadania igual são consideradas invioláveis. Os direitos assegurados pela justiça não estão sujeitos à negociação política. A justiça é o vínculo entre os indivíduos de uma sociedade.

Desde a filosofia moderna, a exemplo do pensamento de Voltaire (2001), há uma noção natural e universal sobre justiça, independente de normas legais ou dogmáticas. O equilíbrio e o limite entre o justo e o injusto é que parece de difícil consenso, considerando a pluralidade de ideias.

Rawls não acredita em sociedades bem-ordenadas a ponto de todos aceitarem os mesmos princípios da justiça. Tampouco crê que haja satisfação desses princípios por parte das instituições sociais, pois, não basta aceitar ou satisfazer,

deve-se saber que o outro também aceita e se satisfaz. Todavia, os homens discordam sobre quais princípios deveriam definir os termos básicos de sua associação, além do que, cada um tem sua percepção da justiça.

De fato, há inegável subjetividade na conceituação do que é justo. A justiça tem origem imemorial, baseada em sentimentos e pressupostos que antecedem um conceito formal ou sistemático. Argumentos culturais, religiosos, éticos e até de linguagem carregam o indivíduo de experiências e percepções pessoais do bem e do mal, do justo e do injusto. Porém, são as instituições que normatizam e politizam a definição de justiça, partindo da interpretação do direito, que são as normas complexas e sistematizadas por elas próprias.

Assim, parafraseando Ricoeur, a normatização abstrata do direito, a interpretação das leis e a aplicação da justiça vai além de um sistema jurídico e instituições sociais representadas por regras equitativas. Os elementos que valem são as decisões políticas e a imposição de força de quem pode mais.

Se considerarmos agora as instituições sob o ângulo da dinâmica social, a instituição não é mais representada pelo direito, mas pelo que podemos chamar, no sentido mais amplo da palavra, de 'político', isto é, o exercício da decisão e da força no nível da comunidade. (RICOEUR, 1995: 148).

Pode-se dizer então, que a posição original e o estado de natureza, quando todos são iguais e há uma “boa ignorância” para que não haja interesse parcial, torna-se uma quimera. Isso porque, Rawls idealiza a formação dos princípios da estrutura social partindo de um estado de igualdade entre os indivíduos, sem qualquer favorecimento, sequer conhecimento de cada um sobre seu próprio lugar na sociedade, o que ele vai chamar de “*véu da ignorância*”. (RAWLS, 2000: 13).

Deve-se compreender que o autor propôs a posição original como uma situação hipotética. O véu da ignorância pode ser interpretado, na justiça política, como o desconhecimento de interesses particulares e religiosos por parte dos representantes sobre aqueles a quem representam.

Superado isso, mesmo porque entende-se que o autor propôs uma situação hipotética com a posição original, a justiça como equidade começa com a escolha dos primeiros princípios de uma concepção de justiça, e passa para escolha

de uma constituição e legislatura, uma sequência de consensos hipotéticos com a vinculação a um sistema de regras que o definem. Mas o autor lembra que nenhuma sociedade pode ser um sistema de cooperação, pois cada um tem sua posição particular ao nascer (*status quo*) e, o fundamento da justiça como equidade deve estar coerente com um sistema voluntário, considerando a composição por pessoas livres. Essa é a teoria da justiça.

Por analogia ao pensamento aristotélico de que os homens possuem um senso do justo e injusto, e que o fato de partilharem um entendimento comum da justiça cria a *polis*, um entendimento comum da justiça cria uma democracia constitucional.

Não apenas os princípios da justiça combinam com nossos juízos ponderados, mas também que fornecem os argumentos mais fortes em defesa da liberdade, ao contrário dos pensamentos teleológicos cujas bases são incertas. (RAWLS, 2000: 274).

A desigualdade moral e política entre os homens consistem nas diferenças de privilégios de alguns em detrimento de outros. O direito real de propriedade (quando deveria ser medida de justiça e sobrevivência agrícola e pecuária), e a escravidão, são marcos de desigualdade e guerra.

Compila-se o clássico e atemporal pensamento de Rousseau acerca da desigualdade, também tida como sinônimo de não justiça, uma vez que a igualdade no estado inicial de pureza do ser humano é substituída pela vontade do mais forte, independente se essa é uma vontade justa ou injusta. A força dessa vontade, que é fruto de corrupção, é tão evidente que, do mesmo modo que ela mantém, também pode destituir alguém do poder se outra força lhe superar:

[...] as noções do bem e os princípios da justiça desaparecem de ora em diante; é aqui que tudo conduz exclusivamente à lei do mais forte, e, por conseguinte, a um novo estado de natureza diferente daquele pelo qual começamos, sendo que um era o estado de natureza na sua pureza, e este último é o fruto de um excesso de corrupção. Há tão pouca diferença, aliás, entre esses dois estados, e o contrato de governo é de tal modo dissolvido pelo despotismo, que o déspota não é senhor senão durante o tempo em que é o mais forte; e, logo que o podem expulsar, não tem que reclamar contra a violência. A sublevação que acaba por estrangular ou destronar um sultão é um ato tão jurídico como aqueles pelos quais ele dispunha, na véspera, das

vidas e dos bens dos súditos. Só a força o mantinha, só a força o derruba. (ROUSSEAU, 2001: 136).

Rawls examina a teoria da conformação, princípios determinantes do comportamento frente à injustiça, levantando questões a respeito da teoria da pena, da doutrina da guerra justa e da oposição a regimes considerados inidôneos que induzem desde a desobediência civil à revolução armada. Assim, justiça significa um equilíbrio adequado entre reivindicações concorrentes, sendo necessária a identificação das causas que determinam esse equilíbrio e que levem a um plano superior de abstração da teoria do contrato social.

A justiça como equidade começa com a ideia de que, quando princípios comuns são necessários e trazem vantagem para todos, eles devem ser formulados a partir do ponto de vista de uma situação inicial de igualdade, adequadamente definida, na qual, cada pessoa é representada de maneira equitativa. O princípio da participação transfere essa noção da posição original para a constituição. (RAWLS, 2000).

Sabe-se que os direitos do homem são, dicotomicamente, conquistados e cerceados dia após dia, mesmo nos regimes de governo considerados mais democráticos. A difícil prática do exercício pleno da vontade e autonomia nos faz questionar o que de fato é ser livre. Normas de conduta social, elementares à comunidade, limitam a ação e a omissão do ser, dita o que é moral ou amoral, bom ou mau e, querendo ou não, moldam uma concepção do que é justo e, por mais que dependa de nossas capacidades intuitivas, promovem convergentes juízos de justiça. Assim, enquanto o conceito de justiça for mais discutido em um plano teórico e abstrato, a não justiça impera concretamente na prática.

### 1.1.2 Intersubjetividade e convivência democrática

Habermas, influenciado pela escola de Frankfurt e, a partir de 1960, influenciador dela com o trabalho da razão comunicativa e do discurso filosófico da modernidade, não discorda de toda teoria rawlsiana, até pelo entusiasmo comum no pensamento de Kant do procedimentalismo deontológico e o universalismo ético. Sua democracia deliberativa está entre o modelo liberal e o republicano e encontra na racionalidade comunicativa e na ética do discurso uma teoria discursiva do direito e da democracia.

Quanto à posição original ou condição primitiva rawlsiana para Habermas, traria decisões baseadas no valor, em um egoísmo racional e não a partir da perspectiva moral, universalmente boa de direitos heterogêneos e sem parcialidade, uma vez que “pessoas que representam os cidadãos mediante decisões racionais veem-se submetidas a limitações que, justamente elas, garantem um julgamento imparcial de questões ligadas à justiça” (HABERMAS, 2002: 63).

O engano de Rawls, para Habermas, é a interpretação das liberdades fundamentais como bens e não direitos, além de acreditar somente na teoria do véu da ignorância e da posição primitiva garantidora da igualdade e imparcialidade. Despreza a forma subjetiva e variada de interpretações que cada um traz consigo, dado o pluralismo histórico e sociológico, das convicções e da cosmovisão.

A ética está intimamente ligada às concepções doutrinárias metafísicas e até interpretações religiosas, portanto, é tarefa irrealizável compreender a justiça de uma imagem de mundo dito racional, seja ela qual for, tornando isso verdade. A verdade só existe intersubjetivamente:

Não haverá direito algum se não houver liberdades subjetivas de ação que possam ser juridicamente demandadas e que garantam a autonomia privada de pessoas em particular juridicamente aptas; e haverá direito legítimo, se não houver o estabelecimento comum e democrático do Direito por parte de cidadãos legitimados para participar desse processo como cidadãos livres e iguais. (HABERMAS, 2002: 87).

A essa altura, cabe fazer uma relação entre os mais fortes e os mais espertos, bem como o egoísmo com a figura do jogo do dilema do prisioneiro, senão vejamos:

Dois suspeitos, A e B, são presos pela polícia. A polícia tem provas insuficientes para os condenar, mas, separando os prisioneiros, oferece a ambos o mesmo acordo: se um dos prisioneiros, confessando, testemunhar contra o outro e esse outro permanecer em silêncio, o que confessou sai livre enquanto o cúmplice silencioso cumpre 10 anos de sentença. Se ambos ficarem em silêncio, a polícia só pode condená-los a 6 meses de cadeia cada um. Se ambos traírem o comparsa, cada um leva 5 anos de cadeia. Cada prisioneiro faz a sua decisão sem saber que decisão o outro vai tomar, e nenhum tem certeza da decisão do outro. A questão que o dilema propõe é: o que vai acontecer? Como o prisioneiro vai reagir?<sup>11</sup>

No conceito político, trata-se de uma cooperação social, tendo por pergunta central: Irão cooperar ambos os prisioneiros para minimizar a perda da liberdade, ou um dos presos, confiando na cooperação do outro, o trairá para ganhar a liberdade? A renúncia à liberdade é incompatível com a natureza humana.

Será que na internação compulsória de pessoas com uso problemático de substâncias psicoativas é para a sociedade, que associa aquelas pessoas à sua constante sensação de insegurança, um uso justo de direito à sua própria liberdade? Caberia adotar o equilíbrio reflexivo pleno da TJ, em que os julgamentos devem ser ponderados e razoáveis, bem além de opiniões religiosas e morais. Antes, baseados nos princípios da justiça.

Assim como Habermas, há para Sandel (2008) em toda pessoa, independente da natureza real, o reflexo de suas crenças e convicções, preferindo o autor uma concepção de pessoa mais ligada à antropologia filosófica à ciência empírica:

Podemos colocar o nosso problema desta forma: como o equilíbrio reflexivo deixa claro, as condições da posição original não podem ser tão imunes às circunstâncias humanas reais de forma que qualquer pressuposto que produza princípios de justiça seja aceito. A não ser que as premissas tenham alguma semelhança com a condição de criaturas dicernivelmente humanas, o sucesso do equilíbrio é desta maneira, debilitado. (SANDEL, 2008: 50).

---

<sup>11</sup>Axelrod, Robert (1986). *La evolución de la cooperación: el dilema del prisionero y la teoría de juegos*. O dilema do prisioneiro foi originalmente formulado por Merrill Flood e Melvin Dresher enquanto trabalhavam na RAND em 1950. Mais tarde, Albert W. Tucker fez a sua formalização com o tema da pena de prisão e deu ao problema geral esse nome específico.

No mesmo contexto, a identidade do ser humano não está distante de suas determinações empíricas. Não se pode dizer que o “eu” é anterior a seus fins, nem tampouco que a natureza humana escolhe seus fins. As relações sociais refletem na identidade do homem:

Isto exclui a possibilidade de uma vida pública que, por bem ou por mal, coloca em jogo a identidade e os interesses dos seus participantes. Isto exclui a possibilidade de que propósitos e fins comuns possam inspirar um auto-entendimento mais ou menos expansivo e, então, definir a comunidade em um sentido constitutivo, uma comunidade que envolve o sujeito e não somente os objetos de suas aspirações compartilhadas. De uma forma mais geral, Rawls exclui a possibilidade do que podemos chamar de formas “intersubjetivas” ou “intrasubjetivas” de auto-entendimento, formas de conceber o sujeito que não partem da pressuposição de suas fronteiras. (SANDEL, 2008: 62).

Enquanto comunitarista, Sandel deixa clara sua opinião de que a reflexão moral é uma busca coletiva. E sobre a visão libertária, sua ideia é a de que a legislação não pode proteger o sujeito de si mesmo e que mesmo sendo comum haver divergência entre certo e errado, bom e mau, bem e mal em uma sociedade democrática a justiça deve preservar as escolhas feitas por adultos conscientes.

A teoria da justiça (TJ) e a felicidade para Michael Sandel dependem de uma convivência comunitária e solidária, sem separação radical de direita e esquerda, rico e pobre. Deve haver uma virtude cívica com comprometimento político moral, porém sem que a lei se envolva em disputas morais ou religiosas, caso contrário o, Estado perde sua neutralidade, podendo levar a coerção e intolerância, enquanto seu dever é debater, dedicar-se a supressão desses impasses, aperfeiçoando as relações humanas e distribuindo justiça.

Princípios teleológicos não parecem justificar uma liberdade igual para todos. Até mesmo a liberdade de consciência é limitada pelo interesse geral na segurança e ordem pública e, a manutenção desta, é condição necessária para que todos atinjam seus objetivos, além de cada um satisfazer a própria interpretação de suas obrigações. Trata-se de uma limitação derivada do princípio do interesse comum, tendo por ator um cidadão representativo em uma sociedade moderna.

A crítica à TJ é a de supervalorizar a liberdade do indivíduo e minimizar o direito da coletividade, especialmente quando, em tese, desconsidera a pluralidade

de vontades. Porém, a ideia do teórico é claramente baseada nessas diferenças, em agrupamentos de interesses diversos. Por isso a imprescindibilidade de leis que não sejam vagas e imprecisas para que a liberdade também não o seja e de um judiciário confiável que mantenha o estado de direito.

O que “Uma Teoria da Justiça” propõe, em síntese, é a teoria contratual de Hobbes, com as adaptações de Locke e seus sucessores filosóficos, porém sem o domínio estatal; antes fundamentado nos dois princípios: liberdade e igualdade. A equidade dá-se justamente porque na posição original todos são livres e iguais, e o senso da justiça é coerente com a concepção do nosso próprio bem. O bem humano é heterogêneo porque os objetivos do “eu” também o são.

Para esta pesquisa, a parte teórica filosófica está fundamentada na necessidade de um Estado que cumpra seu papel de forma que interfira mínima e legalmente na vida do indivíduo. E que o fazendo, não aja por barganha em defesa dos interesses dos mais fortes e em detrimento da liberdade individual.

No caso do tema proposto, a teoria da justiça pode representar tanto o recolhimento quanto o acolhimento. O cumprimento da lei é feito na política pública de internação compulsória desde o momento em que a família cansada e a sociedade temerosa exigem sua segurança e bem estar, até a decisão de recolhimento do indivíduo sob a justificativa de velar por sua própria vida. Isso está positivado em lei. Entretanto, também é direito desse indivíduo e de sua família o acolhimento para que esta restrição à liberdade, princípio da justiça, não seja uma forma de penalização, de afastamento social e do Estado guardar o problema longe dos olhos.

## 1.2 OS DIREITOS DO HOMEM

A origem da conquista dos direitos humanos diz respeito aos decretos de Ciro, gravados em um cilindro de barro cozido, denominado Cilindro de Ciro (539 a.C.). Os decretos eram acerca da libertação dos escravos e exilados, da igualdade racial e da livre escolha religiosa<sup>12</sup>. Outrossim, o Código de Hamurabi (1780 a.C.), embora

---

<sup>12</sup> <http://www.humanrights.com/pt/what-are-human-rights/brief-history/magna-carta.html> acesso em 06 de junho de 2015.

rigoroso, também é considerado documento pioneiro a tratar sobre direitos individuais à vida, à propriedade, à dignidade e à honra. Outro marco para a liberdade e os direitos do homem, com a queda da monarquia e o nascimento da república, é a Lei das XII Tábuas (450 a.C.).<sup>13</sup>

Obviamente, são fragmentos dos direitos humanos e individuais que só mais tarde tiveram sua ideologia<sup>14</sup> formalizada através dos seguintes documentos percussores dos atuais: Carta Magna (1215), Petição de Direito (1628), Constituição dos Estados Unidos (1787), Declaração Francesa dos Direitos do Homem e do Cidadão (1789) e a Declaração dos Direitos dos Estados Unidos (1791).

O nazismo de Hitler (1933) e a Segunda Guerra Mundial (1939-1945) são alguns dos exemplos contemporâneos mais conhecidos do aviltamento dos direitos humanos. O resultado de tantas violações impulsionou o processo de desenvolvimento do direito internacional e humano, consoante Cançado Trindade:

O processo de generalização da proteção dos direitos humanos desencadeou-se no plano internacional a partir da adoção em 1948 da Declaração Universal dos Direitos Humanos. Era preocupação corrente, na época, a restauração do direito internacional em que viesse a ser reconhecida a capacidade processual dos indivíduos e grupos sociais no plano internacional. Para isto contribuíram de modo decisivo as duras lições legadas pelo holocausto da Segunda Guerra Mundial. Já não se tratava de proteger indivíduos sob certas condições ou em situações circunscritas como no passado, mas doravante de proteger o ser humano como tal. (TRINDADE, 2000: 15).

Rafael Barretto (2012) define os direitos humanos como um conjunto de direitos básicos que efetivam a dignidade da pessoa humana. Não há dúvida de que os direitos humanos são inerentes à própria condição humana.

As conferências mundiais discutem não só temas recorrentes de violações, mas ainda a difícil conceituação de direitos humanos. O que se espera são efetivações proporcionais aos ônus e bônus que elas produzem. Retomando as manifestações conceituais de direitos humanos, há quem considere que a definição de direitos humanos é produto do desenvolvimento histórico, sócio econômico, político e cultural.

---

<sup>13</sup> Anotações pessoais das aulas de Origem e Transformações do Estado ministradas no segundo semestre de 2014 pelo prof. Dr. Vicente Fonseca no Curso de Mestrado em Ciência Política do Unieuro.

<sup>14</sup> Doutrina que estuda os ídolos, ou seja, as aparições na consciência: uma parte da metafísica, juntamente com a metodologia, a ontologia e a sinecologia, segundo MARCUSE, Herbert. *Cultura e Sociedade*. vol. 1. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

Está baseada na realidade singular de cada país. Outros garantem que existe compatibilidade com qualquer diversidade.<sup>15</sup>

A proteção internacional da pessoa humana tem natureza jurídica *erga omnes*<sup>16</sup> (vale para todos). Obrigação geral de respeitar e fazer respeitar os direitos protegidos, consagrada nos tratados de direitos humanos assim como do Direito Internacional Humanitário. A preocupação deste trabalho é até primitiva, pois se pretende saber se esse respeito alcança a sociedade nacional, ou se ela ainda está indiferente a essa virtude conquistada arduamente, dia após dia. Isso porque, a violação do direito de um indivíduo reflete nas garantias de toda sociedade.

Os direitos humanos e fundamentais se relacionam, estando a diferença entre eles na esfera de aplicação. Os direitos humanos têm caráter supranacional e abrange direito extraterritorial. Os direitos fundamentais são os conteúdos legais reconhecidos e positivados na Constituição de cada País; portanto, é aplicado internamente.

No Brasil, a Constituição Federal (CF) de 1988 é a atual Carta Magna e a sétima na história nacional. Representa a transição para um estado democrático, em que o conjunto de normas regula e limita a atuação do governo na esfera privada, garantindo a liberdade e a cidadania do povo. Por resgatar direitos fundamentais individuais por muito tempo ignorados, a CF/88 é chamada “Constituição cidadã”, como lembra José Murilo de Carvalho (2002). Também é marcada por reinserir o Estado em âmbito visível da esfera internacional ao priorizar os direitos humanos.

Ela traz logo em seus primeiros artigos os princípios, direitos e garantias fundamentais. Destina sua missão em assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias.

A propósito, o constitucionalismo está diretamente ligado ao emergir dos direitos fundamentais. E, embora sejam divergentes os juízos sobre seu surgimento

---

<sup>15</sup> U.N., *Conferência Mundial dos Direitos do Homem – Speech by H.E. Mr. Liu Huaqiu, Head of the Chinese Delegation at the World Conference on Human Rights*, Viena, 15.06.1993, pp. 2-3 *Intervenção de S.E. o Ministro dos Negócios Estrangeiros de Portugal, Dr. José Manuel Durão Barroso*, Viena, 16.06.1993, PP. 2-4 (mimeografado, circulação interna) APUD TRINDADE.

<sup>16</sup> *Erga omnes* é uma expressão latina para indicar que os efeitos de algum ato ou lei atingem todos os indivíduos.

com a doutrina tradicional elegendo a Magna Carta de 1215<sup>17</sup> como precursora do fenômeno. Carl Shmitt pondera que esta não era direcionada a todos. Somente após as revoluções liberais, em especial a Revolução Gloriosa, o documento, Projeto de Lei, “*Bill of Rights*” (Inglaterra, 1688/1689) previu direitos não apenas para uma classe, mas para todos os cidadãos (SHIMITT, 1928).

Somente na atual constituição o princípio do devido processo legal ou em inglês “*due processo of law*”, principio originado da Magna Carta de 1215, consta de forma expressa, rompendo o movimento opressor do passado: "ninguém será privado da liberdade ou de seus bens sem o devido processo legal". (BRASIL. CF, 1988, art. 5º, LIV).

O estudo do devido processo legal é pertinente a esta dissertação porque é preceito legal anterior a qualquer ação do Estado-Juiz, sobretudo quando insurge contra a liberdade do indivíduo, como é o caso da internação compulsória. Ainda, somado aos direitos humanos, o escopo é conduzir a uma firme convicção da hipótese desta pesquisa de que a medida de internação compulsória por si só tende a ser uma resposta à cobrança social por ruas mais limpas (recolhimento) em detrimento dos direitos individuais (acolhimento) dos internados compulsoriamente.

Se a política pública de internação caminhar apenas para o recolhimento, ou seja, quando o poder judiciário determina que aquele indivíduo seja excluído ainda que temporariamente do convívio social e forçado a “tratar-se”, ignorando os passos seguintes de acolhimento, os quais são determinantes para a eficácia da medida tão drástica, o princípio da dignidade da pessoa, inserido no texto constitucional como valor supremo, seria de todo desprezado.

A exclusão social por si só é indigna e ineficaz. Se o indivíduo, precursor da sociedade, aderiu a ela por sua característica natural sociável, como tirar-lhe tal peculiaridade com o isolamento, sob o pretexto de beneficiar-lhe? A participação ativa e responsável na vida coletiva faz parte da definição da dignidade da pessoa humana para Ingo Wolfgang Sarlet:

A qualidade intrínseca e distintiva reconhecida em cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover

---

<sup>17</sup> Redigida em latim bárbaro, a Magna Carta foi outorgada pelo rei João, da Inglaterra, em 15 de junho de 1215.

sua participação ativa e co-responsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos. (SARLET, 2009: 37).

O Estado descumprir com o dever de resguardar a vida e a saúde do dependente químico, ou qualquer outra pessoa é também furtar-lhes a dignidade. Porém, a dúvida que gera na política pública de internação compulsória é se a medida é a volta da privação de liberdade, retirada do Código Penal (CP) brasileiro pelo artigo 28 da Lei 11.343/2006, que penalizava o porte de entorpecentes para uso pessoal.

Acredita-se, no entanto, que independentemente de políticas e até mesmo situação fática, assim como os direitos humanos, a dignidade é inerente ao homem e nada pode afastá-la, mas efetivamente garanti-la. Afinal, o indivíduo, o ser humano preserva a dignidade independente de ações que objetivam sua degradação e extinção.

Não só a dignidade, mas todos os direitos fundamentais são intrínsecos ao homem. São por características, de acordo com Dimoulis e Martins (2007), históricos e inexauríveis, pois surgiram simultaneamente e não se esgotam; universais, porque alcançam a todos os homens; imprescritíveis, já que não se perdem pela passagem do tempo; indivisíveis e interdependentes, por isso essencial analisar conjuntamente a composição dos direitos; inalienáveis, irrenunciáveis e indisponíveis, já que não podem ser transferidos e renunciados; relativos, uma vez que não há direito fundamental absoluto e, quando houver conflito entre si, podem ser relativizados sem que um prevaleça sobre o outro.

Interessante examinar características que são suscetíveis de indagações, embora a própria relatividade consiga responder algumas delas. Se os direitos fundamentais asseguram a autonomia e liberdade do indivíduo, não seria ele livre para renunciar um direito seu? Na internação voluntária, por exemplo, a pessoa renuncia sua liberdade para receber mais atenção à sua condição de saúde. Nesse caso, a autolimitação é entendida por quem o faz como um conflito de direitos resolvido temporariamente. Já a resistência em internar não pode também ser uma renúncia admitida? Digamos que não, que o discurso mais “correto” seja o de que o usuário de drogas é um “doente mental”<sup>18</sup>, incapaz de discernir benefício de malefício e seu

---

<sup>18</sup> Típico (des)entendimento sobre o usuário de entorpecentes em geral. A funcionalidade do indivíduo deve ser considerada. O entorpecente é mais um elemento que pode comprometer a saúde mental. A terminologia também é relevante em decorrência estigma que sofrem aqueles protegidos pela reforma

recolhimento é indispensável para preservar sua saúde e integridade. O não acolhimento e o tratamento individualizado completo e necessário, apenas isolando-o numa maca de hospital psiquiátrico, dopado por drogas lícitas não é uma renúncia disponível e alienada de todos os direitos?

Cada pessoa possui uma inviolabilidade fundada na justiça que não se pode ignorar nem mesmo pelo interesse coletivo. Não só os direitos fundamentais podem ser relativizados, mas também a primazia do interesse público no caso da internação compulsória, se dela apenas resultar o recolhimento do indivíduo para dar sensação de segurança e de limpeza das ruas à sociedade.

A Constituição Federal não é um texto obsoleto e de letras mortas. Antes, deve ser interpretado e aplicado em benefício do cidadão para que não impere a discricionariedade que socorre tão somente a aparência de um bom governo, ou de um judiciário que, sentado confortavelmente atrás da mesa, cumpre seu papel positivista de determinar o recolhimento do paciente, independentemente de haver ou não acolhimento posterior. Contudo, o ato de isolar e esconder aquele que não pode mais ser encarcerado por violação da lei pelo uso de entorpecente, sem interesse ou mesmo condições em tratá-lo por parte do Estado, não pode ser chamado de política pública, até porque, não havendo implementação absoluta da medida, conseqüentemente não haverá eficácia dela.

### 1.3 ENTENDENDO POLÍTICAS PÚBLICAS - A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA É DECISÃO POLÍTICA OU POLÍTICA PÚBLICA?

Anterior à política pública está a própria política. Esta pode ser definida como: “a ciência moral normativa do governo da sociedade civil” (LIMA, 1956: 136) e “estudo das relações de regularidade e concordância dos fatos com os motivos que

---

psiquiátrica. Encontra-se, a exemplo, a expressão “doente mental” no texto de Guilherme de Souza Nucci. *Leis Penais e Processuais Penais Comentadas*, São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2006, p.756. Além desse termo, o autor demonstra seu partidarismo à “saúde” higienista, considerando a análise pela nuvem de palavras. Observe: “{...} A falta de efetiva punição ao usuário de drogas (não estamos falando do dependente, que é **viciado**, logo, doente mental’”. (Destaque nosso).

inspiram as lutas em torno do poder do Estado e entre os Estados”. (ECKARDT, 1932: 14).

A política parte de um processo de construção de identidade nacional e o entendimento da sociedade acerca de política determina as escolhas sobre ela. Embora, no Brasil haja uma visão negativa sobre política, ela é a substituição da violência pelo discurso. A arte de reunir em uma mesma mesa os divergentes.<sup>19</sup>

Considerando a já comentada diversidade da sociedade moderna e a conflituosidade que ela pode trazer ao convívio comunitário, Rua (1998) apresenta a política como meio mais equilibrado de administrá-lo. Para ela, o conjunto de decisões políticas imperativas somadas a ações estratégicas formam as políticas públicas. Nota-se que não trata apenas de decisões políticas, pois estas se resumem a escolhas baseadas em preferências e interesses hierárquicos. As políticas públicas são revestidas não só das decisões políticas, mas de ações pensadas a fim de implementar as decisões.

Para a ciência política, a política pública se conceitua como campo de conhecimento que busca a ação governamental para certas demandas e a análise dessa ação. Para ciência jurídica, é como resultado desse programa de ação do governo, o conjunto de processos juridicamente regulados que visa “coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados” (BUCCI, 2006: 34).

A tipologia mais usada é a de Theodore J. Lowi. Tal tipologia divide as políticas governamentais em distributivas, regulatórias e Redistributiva e as denomina “arenas do poder” (LOWI, 1972: 298):

Políticas Distributivas: decisões tomadas sem caráter individual e favorecedor;

Políticas Regulatórias: estão relacionadas a “padrões legais mais amplos”, a decisões setoriais. Diferente da arena distributiva, a regulatória tende a ser produto de conflito;

Políticas Redistributivas: beneficiam um grupo maior de pessoas com consequências sociais. (LOWI, 1972: 298).

---

<sup>19</sup> Notas pessoais das aulas de sociologia política, disciplina ministrada pelo prof. Dr Manoel Cardoso no segundo semestre de 2015, curso de Mestrado, Unieuro.

Quanto às demandas, se dividem, de forma prática em: Novas, Recorrentes e Reprimidas. As primeiras resultam do surgimento de novos atores políticos; as segundas expressam problemas não resolvidos ou mal resolvidos; as terceiras dizem respeito às constituídas sob por uma não decisão. (LOWI, 1972: 298).

Dando continuidade à explicação de Ruz (1998), o critério mais eficaz para identificar os atores de uma política pública também é o mais simples, basta saber quem ganha ou perde com ela. As preferências dos atores tornam-se mais evidentes com a formulação do problema político, o qual precisa mobilizar a ação, constituir uma situação de crise ou uma situação de oportunidade. Então, apresentadas as alternativas ao problema, a preferência dos atores a elas é que revelará seus interesses.

A autora dinamiza a relação entre os atores através de lutas, jogos e debates. Na luta deve haver um ganhador e um perdedor, ainda que, às vezes, sejam ganhos e perdas parciais. No jogo objetiva-se vencer, mas não eliminar o adversário, até porque ele pode ser útil. No debate usa-se a persuasão ou até a ameaça para convencer ou compelir aliados a seu favor. Em seguida, vem o momento da decisão.

Uma política, assim como o direito, não se esgota em si mesma, tampouco se mostra constante, porquanto composto por interesses conflitantes do Estado e dos indivíduos que o representa, afinal:

O que move o jogo do poder não é a lógica, mas o poder efetivo e as habilidades políticas dos proponentes e adversários de uma alternativa para negociar, barganhar até obter uma solução satisfatória para um determinado problema político. (RUZ, 1998, 1).

A próxima etapa é a implementação, cujas condições são, dentre outras, a de disponibilidade de recursos, da relação entre a causa e o efeito, e a de que haja uma única agência implementadora ou independência entre elas, havendo mais de uma, além de evitar interferências externas. Também é preciso consenso quanto aos objetivos a serem alcançados, as tarefas determinadas, a coordenação e a comunicação entre os atores. Para o sucesso na implementação não pode a política ser vaga e imprecisa, o que será observado na avaliação da política pública de implementação compulsória.

Rua entende que separar as fases de formulação e de implementação pela divisão dos Poderes políticos pode resultar meras promessas ao público, ao invés de intenção real de efetivação. Mais do que isso, a depender do interesse, do recurso e demais elementos de implementação, os programas podem sofrer supostos ajustes para enquadrar-se a novas normas ou à cobrança e satisfação pública, mas que, ao final, são os mesmos programas em novas roupagens. Fato que faz lembrar a internação manicomial.

Será que a internação compulsória de pessoas com uso problemático de substâncias psicoativas é alternativa vantajosa, seja do destinatário intermediário (sociedade e Estado), seja do destinatário final (dependente), considerando o custo/benefício da política pública? Na pesquisa de campo verificar-se-á o fenômeno da internação compulsória a partir da realidade do Distrito Federal.

## CAPITULO 2

### OS ENTORPECENTES E AS INSTITUIÇÕES ENTORPECIDAS

O gênio, o crime e a loucura, provêm, por igual, de uma anormalidade; representam, de diferentes maneiras, uma inadaptabilidade ao meio.

Fernando Pessoa

Neste capítulo apresenta-se a história social das substâncias psicoativas e da drogadição no Brasil e no mundo, do uso comum e os efeitos negligenciados pelo Estado, até a sua criminalização e fiscalização comercial, e recente despenalização. Ressalta-se a legislação brasileira sobre drogas e saúde mental, e as políticas públicas para o enfrentamento das questões, com destaque aos programas de prevenção e tratamento no Distrito Federal, sobretudo os CAPSad. Em seguida passa-se à definição de internação compulsória e ao estudo de casos concretos julgados pelas cortes nacionais e internacionais.

#### 2.1 A HISTÓRIA SOCIAL DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

O consumo de entorpecentes atravessa milênios, povos e culturas. Alguns povos buscavam as curas para os males físicos, enquanto outros queriam experiências espirituais, uma espécie de encontro transcendental; alguns usavam como forma de autoconhecimento ou, inversamente, como fuga de si mesmos.

A arte rupestre pode ser um indício dos primeiros usos de substâncias psicoativas, levando em conta que os desenhos nas cavernas apresentam semelhança aos cogumelos alucinógenos e os efeitos deles no homem. Acredita-se que a revolução psicodélica pode ter influenciado na evolução do cérebro.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> YouTube. A História das Drogas. 2013. Disponível no endereço <https://www.youtube.com/watch?v=wdY2xxKcnro> acessado em 07 de novembro de 2015. O historiador e etnobotânico Terence McKenna acredita que a sinergia da psilocobina na dieta dos hominídeos nos tirou da mente animal e nos inseriu no mundo da fala articulada e imaginação, possibilitando a evolução humana.

No Papiro de Ebers, um dos mais antigos tratados médicos, escrito pelos egípcios em 1536 a.C., o ópio era mencionado como calmante. Mas foi a América considerada a Era dos antigos psicodélicos<sup>21</sup> pelo domínio e conhecimento maia da agricultura e do mundo vegetal. Também, a biodiversidade da América do Sul, em particular a Amazônia com suas plantas psicoativas, capazes de produzirem bebidas alucinógenas como *ayahuasca*, palavra quíchua que pode ser traduzida como “cipó do espírito”<sup>22</sup>.

A Grécia antiga é conhecida como a Era do culto secreto<sup>23</sup>, onde o estado alterado de consciência era parte importante na religião e política. Os mistérios de Elêusis é um exemplo da suposição do uso de plantas alucinógenas no ritual de iniciação ao culto das deusas Deméter e Perséfone. Mais tarde, as discussões políticas nas Assembleias eram precedidas ou acompanhadas pela queima do olíbano e da mirra. Estudiosos como o Dr. Carl Ruck<sup>24</sup> acreditam que os filósofos eram, de alguma forma, iniciados com a inalação de plantas alucinógenas e, sob influência delas, proclamavam seus saberes. O professor vai além e compara o filósofo com o sacerdote *xamã* - “aquele que enxerga no escuro”.

O primórdio da religião é a Era do julgamento moral.<sup>25</sup> Os primeiros cristãos desconfiavam dos prazeres do corpo, e a fé nas drogas conflitava com a fé no cristianismo que era o sistema dominante de valores. Aliás, os bispos usavam o confronto fé versus drogas para obter legitimidade e poder. Contudo, a curiosidade humana e a diversidade vegetal não têm limites, conforme se conclui com as descobertas das expedições marítimas, quando os Europeus conheceram na Ásia a *cannabis*<sup>26</sup> e o ópio na China.

As drogas fomentavam novas economias, estimulavam guerras e inspiravam artistas como Shakespeare, Van Gogh e Picasso. Outra figura conhecida, não por deixar um legado artístico, mas que também fazia uso de substância entorpecente era Hitler. E, embora no século XIX muitas drogas ainda fossem

---

<sup>21</sup> YouTube. A História das Drogas. 2013. Disponível no endereço <https://www.youtube.com/watch?v=wdY2xxKcnro> acessado em 07 de novembro de 2015.

<sup>22</sup> *Ayahuasca* : une synthèse interdisciplinaire. Por Frédérick Bois-Mariage. *Psychotropes* 1/2002 (Vol. 8), p. 79-113. DOI : 10.3917/psyt.081.0079.

<sup>23</sup> Cf. nota 21

<sup>24</sup> Dr Carl Ruck professor classical studies, Boston university.

<sup>25</sup> Cf nota 21

<sup>26</sup> *Cannabis*, conhecida por vários nomes, inclui três variedades: *Cannabis sativa*, *Cannabis indica* e *Cannabis ruderalis*.

comercializadas com fim medicinal, a exemplo da morfina, é inegável o uso recreativo. Com isso vem a Era da regulamentação<sup>27</sup> no século XX, reprimindo e criminalizando o uso de substâncias psicoativas.

A *US Food and Drug Administration* (FDA) - Administração de Alimentos e Drogas dos Estados Unidos - passa a controlar todo uso de substâncias psicoativas quando, nas décadas de 60 e 70, conhecidas como épocas de ouro das drogas, os jovens passam a uma visão mais liberal e atribuem isso ao uso do *Lysergsäurediethylamid* (LSD). Isso preocupa o governo Nixon que promove um escudo jurídico com a criação do *Drug Enforcement Administration* (DEA) ou Órgão para o Controle/Combate das Drogas. Com a comercialização dificultada, surge o contrabando e com ele os custos paralelos para manter os criminosos na prisão.

Na Era da escolha pessoal<sup>28</sup> e da venda da doença para o contínuo enriquecimento da indústria farmacêutica, os médicos ainda são, em parte, os guardiões de substâncias psicoativas. A outra parte continua com o narcotráfico. Estima-se que os Estados Unidos da América (EUA) detenham cerca de 65% dos suprimentos de drogas no mundo, e que pelo menos a metade de todos os crimes ali cometidos são consequências da venda e do uso de drogas.

As agências FDA e DEA trabalham ainda com a política pública de divulgação e informações sobre drogas. O governo estadunidense, vendo o altíssimo custo com o encarceramento que a repressão e o combate às drogas trazem, passa a investir também no tratamento. Contudo, o número de usuários em tratamento é bem inferior quando comparado com o Reino Unido, Holanda e Suíça, provavelmente porque a referida política nos Estados Unidos é separada do sistema convencional de saúde pública.<sup>29</sup>

Ainda assim, o país investe em programas de interceptação e prevenção, como o programa de educação e resistência às drogas, denominado Drug Abuse Resistance Education (DARE). Nele, policiais vão às escolas e palestram sobre o “perigo das drogas”. A crítica é a de que o policial representa repressão e o discurso palestrado é, justamente, repressivo.

---

<sup>27</sup> YouTube. A História das Drogas. 2013. Disponível no endereço <https://www.youtube.com/watch?v=wdY2xxKcnro> acessado em 07 de novembro de 2015..

<sup>28</sup> Cf. nota 27.

<sup>29</sup> <http://www.cbdd.org.br/wp-content/uploads/2009/10/REUTER-Peter-Avalia%3%A7%C3%A3o-sobre-a-pol%3%ADtica-de-drogas-dos-Estados-Unidos.pdf> acessado em 08 de novembro de 2015.

O Programa de Educação e Resistência às Drogas (Proerd) é a adaptação nacional do programa estadunidense, implantado em 1992 pela polícia militar carioca. Chegou ao Distrito Federal seis anos mais tarde, em 1998, não obstante só tenha ganhado força legal em 2007, com a Lei nº 3.946. Atualmente está vinculado à Divisão de Programas e Ações Sociais (DPAS) do Centro de Polícia Comunitária e Direitos Humanos (CPCDH) da Polícia Militar do Distrito Federal (PMDF).

O público alvo do programa são estudantes de escolas públicas e particulares do Distrito Federal (educação infantil, séries iniciais do ensino fundamental, 5º a 7º ano do ensino fundamental) e para pais e responsáveis. Assim, o policial fardado vai à sala de aula como educador social, graças a seu treinamento continuado, propicia uma rede protetiva crescente contra as drogas (lícitas e ilícitas) através da conscientização.<sup>30</sup>

O Proerd tem como missão:

Atuar inserindo na filosofia de polícia comunitária visando oferecer estratégias preventivas ao uso e abuso de drogas por crianças e adolescentes, e o fortalecimento dos fatores de proteção em especial para família, a escola e a comunidade. (PROERD, 2015: 6).

Cabe fazer um destaque ao programa desenvolvido para a educação especial e inclusiva. Os facilitadores usam materiais adaptados às suas necessidades, como cartilha em braile.

A estatística do público atendido pelo Proerd entre 1998 a 2014 é de um total de 612.037 pessoas. No primeiro ano foram 1.719 atendimentos e entre 2010 e 2012 teve um salto para mais de 65.000 pessoas atendidas. Em 2014, o *portfólio* não deixa claro o motivo, mas o número de atendimentos é reduzido para 27.585.<sup>31</sup>

Como política pública, interessa o Proerd para efeitos deste trabalho no que tange a faixa etária em que o ser humano está mais suscetível a aplicação de um sistema preventivo, o que deveria ocorrer em todo campo da saúde. Assim, coerente a assertiva sobre a necessidade de “romper com a visão unidimensional que impera no campo da saúde pública, na qual o modelo é o médico e os problemas são

---

<sup>30</sup> PMDF - Centro de Capacitação. *Portfólio PROERD*. abril/2015.

<sup>31</sup> CF 30.

avaliados apenas por sua dimensão orgânica e biológica”. (TRAVERSO-YEPEZ e PINHEIRO 2002: 10).

Sobre isso, Cavalcante (2003) pontua que a prevenção é primordial porque o tratamento de pessoas já em dependência é longo, difícil e de alto custo. Para o autor é mais do que uma necessidade trabalhar a prevenção em idade precoce e antes que a criança tenha contato seja visual ou presencial com a droga, é uma imperatividade.

Como o objetivo desta dissertação é avaliar a internação compulsória daqueles que já fazem uso de substâncias psicoativas, passa-se a conhecer a política pública de enfrentamento e tratamento no Brasil, com enfoque no Distrito Federal. E, a legislação atual segue a tendência de redução de danos e respeito aos direitos humanos. Resta saber se a política pública é aplicada com o mesmo cuidado, bem como se a prioridade dela é reduzir os danos individuais e, reflexivamente os coletivos, ou somente os coletivos em detrimento dos direitos individuais.

Na verdade, somente no século XX houve preocupação com a drogadição, a partir da Convenção de Haia<sup>32</sup>, quando o Brasil se compromete a exercer maior controle ao consumo de ópio e cocaína. Desde então, outras conferências mundiais reforçaram a ideia de controle, combate e repressão.

A evolução de uma visão legislativa a respeito do sanitarismo teve progresso e retrocesso. Em 1921 o Decreto 14.969 regulamentou o Decreto 4.294 do mesmo ano, determinando internação judiciária em estabelecimento para tratamento médico do ébrio que oferecesse risco. O que o antecedia, previa para o ébrio pena de internação em estabelecimento correccional de três meses a um ano. Veja a norma regulamentadora:

Art. 6º O Poder Executivo creará [sic] no Districto [sic] Federal um estabelecimento especial, com tratamento médico e regime de trabalho, tendo duas secções [sic]: uma de internandos judiciais e outra de internandos voluntários.

[...]§ 3º O processo para a internação na segunda secção com base em exame medico, correrá perante o juiz Orphãos [sic passim] com rito summario [sic], e poderá ser promovido pelo curador de Orphãos, com ou sem provocação por parte da Policia, dando o juiz curador a lide para defender os direitos do mesmo interditando. (BRASIL, 1921).

---

<sup>32</sup> Convenção Internacional do Ópio, realizada em Haia, na Holanda, em 23 de janeiro de 1912.

Em 25 de novembro de 1938 é editado novo Decreto de nº 891 que determina pena de prisão e multa ao que comercializa entorpecente ilegalmente, assim como ao que usa:

Artigo 33 - Facilitar, instigar por atos ou por palavras, a aquisição, uso, emprego ou aplicação de qualquer substância entorpecente, ou, sem as formalidades prescritas nesta lei, vender, ministrar, dar, deter, guardar, transportar, enviar, trocar, sonegar, consumir substâncias compreendidas no art. 1º ou plantar, cultivar, colher as plantas mencionadas no art. 2º, ou de qualquer modo proporcionar a aquisição, uso ou aplicação dessas substâncias - penas: um a cinco anos de prisão celular e multa de 1:000\$000 a 5:000\$000.

Artigo 35 - Ter consigo qualquer substância compreendida no artigo primeiro e seus parágrafos, sem expressa prescrição de médico ou cirurgião dentista, ou possuir em seus estabelecimentos, sem observância das prescrições legais ou regulamentares qualquer das referidas substâncias entorpecentes - pena: um a quatro anos de prisão celular e multa de 1:00\$0000 a 5:000\$000. (BRASIL, 1938).

Com o advento do Código Penal (CP), em 1940, o uso e a comercialização de entorpecentes ilegais ou sem autorização passaram a ser crime contra a saúde pública. Por conseguinte, o Brasil continuou aderindo a protocolos sobre controle de drogas. Eis o artigo do CP:

Art. 281. Importar ou exportar, vender ou expor à venda, fornecer, ainda que a título gratuito, transportar, trazer consigo, ter em depósito, guardar, ministrar ou, de qualquer maneira, entregar a consumo substância entorpecente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar: Pena – reclusão, de um a cinco anos, e multa, de dois a dez contos de réis. (BRASIL, 1940)

Com as mudanças políticas e sociais, o artigo passou por diversas alterações. As interpretações jurisprudenciais descriminalizando o usuário por ausência de prescrição expressa no texto legal foram importantes para a edição do Decreto Lei nº 385 de 26 de dezembro de 1968, o qual equipara a pena do usuário a do traficante.

Poucos anos mais tarde, em 1971, o então presidente da república Emilio Médici, sanciona a Lei 5.726 que dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e ao uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física

ou psíquica. O diferencial da norma é, além do chamamento jurídico da sociedade para o dever de cooperação a esse combate, a inovação com a cláusula de inimputabilidade ao usuário, pois, em razão do vício, segundo a lei, ele não possui capacidade de entender o caráter ilícito do fato. Assim, o juiz deverá encaminhá-lo a estabelecimento especializado para tratamento.

Art 10. Quando o Juiz absolver o agente, reconhecendo que, em razão do vício, não possui êste [sic] a capacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acôrdo [sic] com esse entendimento, ordenará sua internação em estabelecimento hospitalar para tratamento psiquiátrico pelo tempo necessário à sua recuperação.

Art 11. Se o vício não suprimir, mas diminuir consideravelmente [sic] a capacidade de entendimento da ilicitude do fato ou de autodeterminação do agente, a pena poderá ser atenuada, ou substituída por internação em estabelecimento hospitalar, pelo tempo necessário à sua recuperação. (BRASIL, 1971).

A questão da condição discernitiva do usuário e sua capacidade natural de entendimento é fundamental para o desenvolvimento deste trabalho, uma vez que a internação compulsória é regulamentada pela Lei 10.216/2001, a qual trata dos direitos de pessoas portadoras de transtornos mentais.

Ainda em referência à legislação antiga, confirmando a afirmação de constante mudança legal para adaptação a interesses políticos, a necessidades sociais e a pactos internacionais, a Lei 5.726/71 foi revogada pela Lei 6.368/76. Esta, por sua vez, substituída pela Lei 10.409/2002 até o advento da Lei vigente de nº 11.343/2006.

### **2.1.1 A política nacional sobre drogas e a análise do artigo 28 da lei nº 11.343/2006**

A nova lei foi orientada pela Política Nacional sobre Drogas (PND), aprovada em 2005 pelo Conselho Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (CONAD), cuja secretaria executiva está a cargo da Secretaria Nacional de Políticas

sobre Drogas (SENAD. Ela institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD):

Art. 1º Esta Lei 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 e define crimes. (BRASIL, 2006).

O SISNAD buscou organizar a articulação, a integração e a coordenação das atividades relativas ao combate, à oferta de drogas, ao tratamento de usuários e à prevenção ao uso em âmbito nacional, incluindo todas as esferas de governo, bem como a iniciativa privada e o terceiro setor.

A Política Nacional sobre Drogas possui cinco eixos principais: prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, redução de danos sociais à saúde, redução da oferta, estudos, pesquisas e avaliações.

A Secretaria Nacional Antidrogas atua na redução da oferta e demanda de drogas no Brasil, e tem por missões: coordenar as atividades relacionadas à prevenção, tratamento, redução de danos e a reinserção social. De igual modo, secretariar o CONAD e gerenciar o Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD). (RUAPP, 2010).

A inquietação com a união de esforços entre governo e sociedade surge em variados momentos na Política Nacional sobre Drogas. Nesse sentido, se torna possível compreender que o tema “drogas” estabelece um partilhamento do conhecimento, além de uma rede de especialistas de múltiplos setores. É como pontua Andreucci:

Fundamentar, no princípio da responsabilidade compartilhada, a coordenação de esforços entre os diversos segmentos do governo e da sociedade, em todos os níveis, buscando efetividade e sinergia no resultado das ações, no sentido de obter redução da oferta e do consumo. Os estudos realizados na esfera sanitária [medicina, psiquiatria e farmacologia], bem como as pesquisas desenvolvidas na área das humanas [antropologia, sociologia, história, psicanálise, psicologia], por exemplo, têm sido fundamentais no trato da questão. (ANDREUCCI, 2007: 5).

Os princípios e diretrizes da Lei para as atividades de prevenção do uso indevido de psicotrópicos, que, aliás, abrange o reconhecimento do “não uso” e do “retardamento do uso” para a redução dos danos, pretendem o fortalecimento da autonomia e responsabilidade individual em relação ao uso indevido de drogas. Investem, para tanto, ou ao menos deveria investir, seguindo a lei, em projetos pedagógicos continuados e alternativas esportivas, artísticas e culturais.

Mas, além do “não usuário”, o que trouxe a lei de novidade ao “usuário”? Na teoria, a edição e vigência da Lei nº 11.343/2006 rompe de vez com o modelo tradicional criminal de penalização privativa de liberdade. Ela adota medidas voltadas a reinserção do usuário à sociedade após tratamento terapêutico feito por profissionais especializados, por meio de cuidados multidisciplinares, baseados no respeito aos direitos fundamentais, especialmente quanto à autonomia e liberdade, e às diferenças socioculturais para com ele e sua família. Em termos legais:

Art. 22 - As atividades de atenção e as de reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares devem observar os seguintes princípios e diretrizes:

I – respeito ao usuário e ao dependente de drogas, independentemente de quaisquer condições, observados os direitos fundamentais da pessoa humana, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Assistência Social;

II - a adoção de estratégias diferenciadas de atenção e reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares que considerem as suas peculiaridades socioculturais;

III - definição de projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde;

IV - atenção ao usuário ou dependente de drogas e aos respectivos familiares, sempre que possível, de forma multidisciplinar e por equipes multiprofissionais. (BRASIL, 2006).

No tocante ao delito e as penas, chama-se a atenção para a letra da lei. O artigo 28, que também é objeto deste estudo, não faz referência ao simples uso ilegal de entorpecentes. Os verbos ali utilizados que se revelam condutas incriminadoras são: adquirir, guardar, trazer consigo, ter em depósito ou transportar. Veja:

Art. 28. Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trouxer 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. (BRASIL, 2006).

Então, o que antes era punido com detenção de até dois anos e pagamento de multa, passa a ter pena alternativa com medida sócio educativa. Ou seja, a nova lei rompe com o modelo de restrição de liberdade, mas cria um problema de interpretação e efetividade, quando juristas começam a questionar a natureza do crime e a intenção do legislador em descriminalizar ou despenalizar. Seguindo o relatório do ex ministro do Supremo Tribunal Federal (STF) Sepúlveda Pertence, não houve descriminalização do uso de entorpecente, até porque o Brasil é signatário de tratados internacionais que o impedem de descriminalizar, mas houve a despenalização.<sup>33</sup>

Convêm, a título de informação, distinguir descriminalização, despenalização e legalização. Na descriminalização, o uso continua proibido, mas não faz mais parte da estrutura criminal judiciária; é infração administrativa. A despenalização elimina as penas punitivas, mas continua compondo o sistema criminal. Na legalização não há qualquer proibição ou pena.

Apesar da opinião do STF, os questionamentos não param porque, de fato, o texto da lei levanta dúvidas. A começar pelo capítulo o qual o artigo 28 pertence “Dos Crimes e das Penas” e da nomenclatura que recebe a sanção, seja ela pena privativa de liberdade ou restritiva de direito. Por sorte, não cabe a esta dissertação resolver a divergência. A análise do artigo 28 da Lei de 11.343/06 se restringe à verificação de seu reflexo na internação compulsória de pessoas que fazem uso de entorpecentes como forma de nova penalização de privação de liberdade.

Juridicamente, tem sido de extrema complexidade materializar os crimes de tráfico, artigo 33, e uso pessoal, artigo 28. O tráfico, por vezes, tem sido reclassificado para uso, dependendo da quantidade de entorpecente apreendida, já que o traficante se aproveita da dubiedade do texto legal. O usuário, por sua vez, geralmente é abordado após a compra, ou quando está em grupos de uso, mas já usou ou se desfez da substância, evitando o flagrante. Como comprovar o crime? Como o policial poderá diferenciar o que precisa ser penalizado do que o que precisa ser tratado?

---

<sup>33</sup> Informativo STF 465 disponível no site [www.stf.jus.br](http://www.stf.jus.br) acessado em 20 de fevereiro de 2016.

Aquele traficante de rua que, engenhosamente, comercializa portando consigo quantidade de drogas suficiente para, em caso de flagrante policial, facilitar a caracterização de usuário, sendo julgado nessa condição, ou o usuário de fato, estão sujeitos a penas alternativas ou simples admoestação do juiz, após gastos altíssimos para levá-lo a julgamento.

Contudo, há um grupo de usuários que pode estar mais vulnerável a sofrer sanção penal. O parágrafo segundo do artigo 28 coloca nas mãos do juiz decidir se a droga destinava-se ou não para o consumo pessoal, devendo ele avaliar a natureza do entorpecente, a quantidade apreendida, o local, a circunstância social e pessoal e o antecedente do agente. Ora, tenha-se em mente o centro de Brasília, ou o centro da cidade satélite de Taguatinga, locais de grande movimentação de pessoas em situação de rua. Essas pessoas são levadas à delegacia de polícia por incorrer na ação do art. 28 da Lei 11.343/2006 e, obviamente, não ficarão detidas, o que incomoda muita gente. Qual seria a sua apreciação, como magistrado, do local e das circunstâncias pessoais do infrator, independente dos outros elementos, além de um grande clamor público por limpar as ruas da capital e de todo Distrito Federal? Soma-se a isso grandes eventos como a copa do mundo e as olimpíadas.

Em todos esses casos, a manifestação do Ministério Público é obrigatória e, tanto o promotor quanto o juiz, sabem que a medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo, ainda que funcionasse, ao final do curso de uma hora no dia, os levaria de volta às ruas. Assim, o MP, utilizando de Ação Civil, propõe a internação compulsória e o imediato recolhimento do usuário de substâncias psicoativas e em situação de rua. Foi o que ocorreu no entorno do Distrito Federal, quando o promotor pediu a internação compulsória para J.B.M.L, ressaltando no pedido que:

[...] paciente permanece nas ruas, sem tomar banho, ingerindo bebidas alcoólicas todos os dias, submetendo-se a condições de vida degradante, além de ter surtos psicóticos e ficar gritando durante a noite, incomodando os vizinhos, bem como ameaçando pessoas na rua com uma faca e, por ser agressivo, está colocando em risco sua vida, de seus familiares e de terceiros. Requer, nos termos do artigo 527, inciso III, do Código de Processo Civil, a concessão da antecipação da tutela, para que seja determinado ao Município de Novo Gama-GO, através de sua Secretaria de Saúde e Secretaria de Ação Social (Creas), a imediata internação compulsória do paciente J. B. M. L. em estabelecimento de saúde adequado para tanto e às

expensas da municipalidade pelo tempo necessário para seu tratamento, bem como o apoio da Polícia Militar ou Polícia Civil, caso haja necessidade.<sup>34</sup>

Ações<sup>35</sup> como essa vêm se repetindo em todo país, como facilmente se verifica em notícias públicas:

Prefeitura de Passos pede internação compulsória de três “mendigos” que ocupam espaços públicos no entorno do Mercado Municipal, pois recusaram a assistência, mesmo tendo a Secretaria de Assistência Social “percebido” a dependência destes em álcool e drogas. (clicfolha) Destacamos

O Ministério Público do estado do Pará (MPE), por intermédio da 2ª Promotora de Justiça de Direitos Constitucionais Fundamentais e dos Direitos Humanos, Suely Regina Aguiar, ajuizou Ação Ordinária para a defesa do direito individual indisponível visando impor tratamento compulsório à usuária de drogas CLM. (mppa.mp.br)

A 5ª Vara Cível da Comarca do Rio Branco determinou a internação compulsória de um morador de rua (âmbito jurídico)

Justiça manda internar morador de rua a pedido do MP (rondoniagora.com)

Diante de tantas regulamentações, cumpre refletir as etapas que o Brasil percorre, as quais vão de negligências com o sanitarismo e com a saúde do usuário, à criminalização deste e, certamente do seu fornecedor, mais provavelmente porque a oferta (e a demanda) das drogas promove um comércio ativo que preocupa o governo.

---

<sup>34</sup> AI n. 429183-37.2014.8.09.0000 (201494291835)- 12 5 – disponível no site <http://tjgo.jus.br/images/internacao.pdf> acessado em 24 de fevereiro de 2016.

<sup>35</sup> O contrário também pode acontecer como na cidade do Rio de Janeiro, onde houve desmedido recolhimento compulsório de 6 (seis) mil usuários de droga em situação de rua através da operação “Choque de Ordem”. Em 2013 o Ministério Público (MP) pediu a cassação do mandato do prefeito Eduardo Paes, indenização para cada um dos recolhidos pelos abusos sofridos, no valor de R\$ 5 mil, além de danos coletivos de R\$ 300 mil reais.

### 2.1.2 Drogadição: delito ou doença?

Por muito tempo, o uso problemático de substâncias psicoativas foi considerando (talvez ainda seja) uma questão de vadiagem, problema a ser resolvido na esfera penal. De fato, ainda hoje está inserido no sistema criminal de muitos países, inclusive do Brasil. A diferença está em uma tendência de reconhecimento, entre os especialistas, de que a drogadição está além de desvios morais ou desafios ao sistema legal. É um problema social e de saúde pública, e superá-lo, portanto, depende de políticas de saúde física e mental e, sobretudo de motivação para reconexão social.

Obviamente, as drogas ilícitas são a grande preocupação do governo, da sociedade e da família. Mas não se pode ignorar o abuso de remédios controlados, ainda que eles não sejam moralmente reprováveis e também resultem em lucros para as indústrias farmacêuticas e para o sistema tributário.

O Código Internacional de Doenças (CID) classifica os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas, prescritas ou não por especialista, entre os códigos F10 a F19. Diferem entre si pela gravidade e pelo grupo de sintomas característicos que cada droga promove. Classificação, essa, pertinente a este trabalho, pois, provavelmente, constará ao menos um desses códigos no laudo médico (documento, via de regra, indispensável ao deferimento da internação compulsória pelo Poder Judiciário) refere-se aos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de:

Ilustração 1

CID	CLASSIFICAÇÃO
F10.	álcool
F11.	opiáceos
F12.	canabinóides
F13.	sedativos e hipnóticos
F14.	cocaína
F15.	estimulantes
F16.	alucinógenos

F17.	fumo
F18.	solventes voláteis
F19.	múltiplas drogas

Fonte: CID – 10, 2014: 316

Podem ocorrer as seguintes síndromes e transtornos pelo uso problemático das substâncias psicoativas supracitadas, segundo a classificação médica, devendo acompanhar os códigos apresentados como subdivisões:

Ilustração 2

SUBDIVISÃO CID	CLASSIFICAÇÃO
.0	intoxicação aguda (perturbação da consciência, faculdades cognitivas, percepções comportamentais e respostas psicofisiológicas)
.1	uso nocivo para saúde (complicações físicas e/ou psíquicas, ainda que secundárias como a depressão)
.2	síndrome de dependência (fenômenos comportamentais pelo uso contínuo)
.3	abstinência (vários sintomas de gravidade variável)
.4	síndrome de abstinência com delírio
.5	transtorno psicótico (alucinações e delírios)
.6	síndrome amnésica (transtornos crônicos de memórias)
.7	transtorno psicótico residual ou de instalação tardia (modificações da cognição, afeto, personalidade e comportamento)
.8	outros transtornos mentais ou comportamentais
.9	transtorno mental ou comportamental não especificado

Fonte: CID – 10, 2014: 314-315

Não se pode desconsiderar a existência de vícios não químicos, mas que socialmente não parecem tão desviantes. Pode-se dizer que a comunidade não reprimiria nem na ficção, nem na vida real, um simpático milionário sádico, exceto se ele utilizar como um de seus elementos de prazer a cocaína. Ocorre que também são exemplos de comportamento compulsivo não químico os jogos de azar, atividade sexual exagerada, compulsão alimentar, a vigorexia, a oneomania, os jogos eletrônicos, entre muitos outros que, como a droga, podem trazer grande sofrimento ao agente e sua família, assim como transtorno à sociedade. Assim, o vício não parece estar relacionado diretamente com a química, como relata o jornalista Joham Hari:

[...] você pode se viciar em jogo, mas ninguém vai achar que você vai injetar um baralho nas veias. Você pode ser viciado, mas não há o lado químico. Fui a uma reunião dos Viciados em Jogos Anônimos em Las Vegas (com a permissão de todos os presentes, que sabiam que eu estava lá apenas como observador). Eles eram tão viciados quanto os usuários de cocaína e heroína que conheci. Mas uma mesa de pôquer não tem químicos. (HARY, 2012,1).

Todos esses casos problemáticos, inclusive o de estudo deste trabalho, são patologias que geralmente levam a outras tantas doenças e que precisam de tratamento direcionado à necessidade do paciente de forma individualizada, além de, coletivamente, auxiliá-los em um restabelecimento social e de criação de vínculos.

## 2.2 SAÚDE: DIREITO OU DEVER DO INDIVÍDUO?

Segundo o sociólogo Paulo Silvino Ribeiro, o Brasil se tornou um país urbano apenas na segunda metade do século XX, quando tinha como figura social o Jeca Tatu, personagem criado por Monteiro Lobato, o qual simboliza a situação do caboclo brasileiro, abandonado pelos poderes públicos às doenças e à indigência.<sup>36</sup> Então, a medicina declara a luta contra a peste bubônica, a febre amarela, a tuberculose e a varíola, medidas de reforma urbana e higienização, como as

---

<sup>36</sup> Agência Focruz de Notícias — Editora SENAC. Monteiro Lobato e a gênese do Jeca Tatu.

campanhas para a vacinação da população. Lembrando que a violenta imposição da vacina contra a varíola desencadeou grande revolta popular em 1904.

A Constituição Federal de 1988 trouxe em seu texto a evolução da saúde no Brasil, estatuidando o Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios de universalidade, equidade e atenção integrada, regionalização e hierarquização, controle social e descentralização.<sup>37</sup>

Além disso, como não poderia deixar de ser, coloca a saúde como direito fundamental:

Artigo 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1998).

Na sociedade internacional, ensina Renato Zerbini (2012), todo ser humano está assegurado a um nível adequado de saúde e bem estar que supera o fato de não estar enfermo:

O Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) reconhece, em seu artigo 12, o direito de toda pessoa ao gozo do nível mais alto possível de saúde. Esse não deve ser entendido simplesmente como um direito a estar sadio. O direito à saúde entranha - conforme disse o Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da ONU, órgão de supervisão do PIDESC, em sua observação geral 14 de 2000 - liberdades e direitos. Assim, o direito à saúde está estreitamente vinculado com o exercício de outros direitos humanos, dentre os quais: à alimentação, à moradia, ao trabalho, à educação, a não discriminação, à igualdade, à vida privada, ao acesso à informação. (LEÃO, 2012, 1).

Entendem os estudiosos, dessa forma, que a saúde, que não se resume a ausência de doença, antes é um estado pleno de bem estar físico, mental e social, é

---

<sup>37</sup> Princípios: Universalidade: Saúde como direito de cidadania; princípio da Equidade - assegura que a disponibilidade dos serviços de saúde considere as diferenças entre os diversos grupos de indivíduos. Integralidade da Atenção: relativo à prática de saúde, interpretada como o ato médico individual, e também com relação ao modelo assistencial. A hierarquização tem como base, a concepção da Unidade Básica de Saúde como “porta de entrada” do sistema. Regionalização estabelece sua operacionalização a partir de uma lógica organizativa centrada nos distritos sanitários. O Controle Social é a corporificação do processo de redemocratização brasileira dentro das políticas públicas. Descentralização: redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo.

um direito de todos e dever do Estado. Assim, aquele que procura a rede pública de saúde deve receber a atenção dela, na mesma medida em que o governo deve promover políticas públicas eficazes para prevenir, tratar e erradicar tudo aquilo contrário à saúde. De igual forma, pais ou tutores têm o dever legal de cuidados com a saúde do menor de idade, e curadores ou responsáveis pelos curatelados (pessoa incapaz de gerir-se sozinha). O dever oficial do indivíduo de cuidar de outro vai até a tutela e curatela, o remanescente é direito.

Então, aquele que não é tutelado ou curatelado legalmente por outra pessoa tem o direito de receber atendimento de saúde do Estado, mas não tem o dever de tratar-se. Por isso mesmo, há um termo de consentimento que o paciente assina para realização de alguns procedimentos médicos e a falta dele pode até resultar em processo de responsabilidade civil contra o profissional:

Deferimento de dano material no valor estimado do transplante de córneas e dano moral não por erro médico culposo ou obrigação de resultado, mas por decorrência possível de procedimento médico sem esclarecimento ao paciente para sopesar o risco e capacidade de consentir de forma plena, omissão de dever médico – Recurso provido em parte, para julgar procedente, em parte, a ação. (BRASIL, TJ-SP, APC 497193-4/5, Relator Desembargador César Augusto Fernandes, j. 16.04.2008).

Não se trata de casos infectocontagiosos de transmissão consciente, como portadores de doenças venéreas que contaminam seus parceiros intencionalmente ou os expõe ao contágio, pois essa ação é crime. Mas cardíacos, diabéticos, asmáticos, hipertensos ou pessoas com câncer, por exemplo, podem se recusar ao tratamento, como fez uma paciente gaúcha. Após anos de hemodiálise, decidiu abandonar o tratamento alegando grande sofrimento físico e emocional, mas, o hospital particular tentou impedir sua saída, ingressando, inclusive, na justiça estadual para compelir a continuidade do tratamento para conservar-lhe a saúde e a vida. Contudo, o judiciário entendeu que a saúde e a vida são direitos e não obrigação.<sup>38</sup>

---

<sup>38</sup> [www.tjrs.jus.br](http://www.tjrs.jus.br) em pesquisa nominal ou folha de São Paulo em 02 de jun. 2011 - <http://direito.folha.uol.com.br/blog/para-a-lei-viver-um-direito-e-no-um-a-obrigao> acessado em 09 de março de 2016.

## 2.3 MEMÓRIAS DA LOUCURA<sup>39</sup>: O ISOLAMENTO NAS “GAIOLAS” DAS INSTITUIÇÕES TOTAIS E A LEI 10.216/2001

O devoto em pleno gozo da esperança de uma promessa divina, de uma “experiência” extranatural ou mero delírio, paixões indômitas, pessoas que vivem diversamente dos demais, filósofos que imaginam cavernas com prisioneiros, ou expressões como: “está fora de si”, “voltou a si”, “caiu em si” são exemplos que Rotterdam (2003) usou em sua obra *Elogio da Loucura*, publicada no século XVI para demonstrar um gênero de loucura em grau de perfeição. Acrescenta que a Bíblia está repleta de passagens que indicam que a loucura e a ignorância da juventude que levam a ações insanas, deram crédito a profetas para o alcance da misericórdia de Deus e até mesmo a pecadores por clamor do próprio Cristo: *“Perdoai-lhes, pois não sabem o que fazem”* (Lc 23,34).

O usuário de substâncias entorpecentes, como já exposto, não é mais considerado, formalmente, como criminoso que deva ser encarcerado com outros que tenham cometido crimes de maior gravidade. Atualmente ele é tratado como pessoa portadora de transtorno mental amparado pela Lei 10.216/2001, um reflexo do Projeto de Lei (PL) de 1989 do então deputado Paulo Delgado, filiado ao partido dos trabalhadores em Minas Gerais. O PL propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. A lei é uma resposta, embora demorada, ao apelo pela reforma psiquiátrica do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que lutava por um Brasil sem manicômios e pelo cumprimento do compromisso de reestruturação da assistência psiquiátrica firmado pelo Brasil em 1990 na Declaração de Caracas.

Antes disso, sérias denúncias de maus tratos, tortura dos pacientes e até comercialização do tratamento foram feitas e comprovadas, como ocorreu na Casa de Internação Anchieta, inaugurada em 1953 e interdita em 1989. O que prometia ser *“o maior e mais moderno hospital particular da América do Sul”*<sup>40</sup> era, na verdade,

---

<sup>39</sup> <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/retratos06.html> acessado em 22 de outubro de 2015.

<sup>40</sup> Trecho da matéria publicada em 1º de Maio de 1953, no Jornal A Tribuna.

conhecida como “a casa dos horrores”<sup>41</sup> de exclusão social e castigo, onde restou até na morte de pacientes. Esta foi a descrição de um jornal municipal de Santos:

Superlotação, pacientes acamados no chão, falta de profissionais habilitados, falta de medicação, de cuidados de higiene e uso de celas fortes são algumas das irregularidades apontadas no relatório distribuído à imprensa, ontem em entrevista coletiva pelo secretário de Higiene e Saúde, David Capistrano Filho. O documento foi feito pelo Suds/ 52. Em março havia 531 internados, atendidos somente por uma enfermeira, uma psicóloga, três auxiliares de enfermagem e uma assistente social. Em alguns plantões constatou-se que não havia médico responsável pelos doentes. Como não há camas suficientes, 128 doentes se acomodam no que o hospital chama de leitos-chão. Há ainda 12 celas fortes, com pequenas metragens quadradas, cuja única abertura consiste num orifício de 5cm X 20 cm na porta; elas não dispõem de camas e os pacientes ficam confinados e muitas vezes despidos ali. Nos quartos são proibidos de repousar das 7 às 20h, permanecendo amontoados no pátio, sem qualquer atividade de Terapia Ocupacional, com pequena pausa para as refeições.<sup>42</sup>

Ilustração 3

Fonte: <https://radiodajuventude.milharal.org/category/estado-genocida/>

A figura de cima é uma promessa que revolucionaria os moldes anteriores de estrutura proporcionada aos pacientes internados por acometimento de transtorno mental. Já na figura abaixo está o resultado do projeto grandioso que prometia ser o maior e mais moderno hospital particular da América do Sul.

<sup>41</sup> <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/38/reportagens/saude-mental-na-pauta>.

<sup>42</sup> D.O. URGENTE de 28 de abril de 1989, trazendo uma reportagem denominada "Ofensa à dignidade humana no Anchieta".

Ilustração 4



Fonte:<https://radiodajuventude.milharal.org/category/estado-genocida/>

Mas, não foi apenas a cidade de Santos que tomou as manchetes do País com a denúncia da casa de saúde mental Anchieta. O processo de higienização desumana no Brasil é noticiado desde 1903, como o caso do manicômio de Barbacena, em Minas Gerais, responsável por 60 mil mortes decorrentes de tortura, inclusive com eletrochoques. A jornalista Daniela Arbex conta a história do maior hospício do Brasil em seu livro “Holocausto brasileiro” (2013), hospital que, da totalidade de seus pacientes, apenas, cerca de 30% tinham diagnóstico de transtorno mental. O caso é tão comovente que até inspirou o conto “Sôroco, sua mãe, sua filha” da obra “Primeiras estórias” (1962) do escritor Guimarães Rosa<sup>43</sup>.

---

<sup>43</sup> [http://www.asminasgerais.com.br/diamantina/Cult\\_uai\\_s/musica/Mauricio\\_Trindade/area.htm](http://www.asminasgerais.com.br/diamantina/Cult_uai_s/musica/Mauricio_Trindade/area.htm).

Ilustração 5



Fonte: [www.justificando.com](http://www.justificando.com)

Essa figura traz imagens claras do descaso e da condição subumana a qual o paciente era submetido no manicômio de Barbacena/MG, assim como a “casa dos horrores” em São Paulo. Tais fatos nos remetem a uma reflexão baseada no livro de Norbert Elias – *A Solidão dos Moribundos* (2001). O sociólogo alemão discute a morte não convencional, a que não é consumada pela natureza ou pelos males que a medicina estuda, mas pelo abandono, isolamento e solidão uma morte antecipada da alma.

Lima Barreto (1993), entre contos e casos, relata sua passagem pelo Hospital Nacional de Alienados do Rio de Janeiro, e o recolhimento agressivo feito pela polícia que lhe feria, antes do corpo, o amor próprio:

[...] posso garantir que iria para o Hospício muito pacificamente, com qualquer agente, fardado ou não. Era o bastante que me ordenassem segui-lo, em nome do poderoso chefe de polícia, eu obedeceria *incontinenti* [...] Feria-me também o meu amor-próprio ir ter ali pela mão da polícia; doía-me e mais me doeu, quando, nesse dia de Natal, eu tomei café num pátio, sem ser mesa, e, sem ser em mesa, como prato sobre os joelhos, comi a refeição elementar que me deram, servida numa escudela de estanho e que eu levava [à boca] com uma colher de penitenciária. (LIMA BARRETO, 1993: 96)

Outro grande manicômio no Brasil, um dos maiores da América Latina<sup>44</sup>, foi a Casa de Saúde Dr. Eiras, no Rio de Janeiro. O hospital particular construído do período militar só fechou recentemente, em 2012. No ano de 2000, a Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados (CCDH) visitou diversas instituições psiquiátricas, dentre elas o manicômio Dr Eiras, onde encontrou cerca de 1.500 (mil e quinhentos) internos, a maioria com mais de 10 anos internados, inclusive pelo uso de álcool e drogas, cujo método de tratamento foi o isolamento.<sup>45</sup>

A caravana da CCDH que percorreu o Brasil, também esteve na Clínica de Repouso Bom Jesus, em Goiânia, particular, mas com quase todos os leitos conveniados com o SUS. Ali a sensação era de um presídio, no qual só se entrava e saía acompanhados de alguém com um molho de chaves responsável por abrir e trancar cadeados. Nas “celas”, os pacientes mantinham-se sem expressão. A direção defendeu a necessidade de mantê-los sedados por comportamentos agressivos, segundo ela. Ainda no Goiás, a Clínica Isabela, com o mesmo padrão de convênio com o SUS, assustava ainda mais em seu método de tratamento por eletroconvulsoterapia<sup>46</sup> e estereotaxia<sup>47</sup>.

Em Manaus, a Comissão encontrou pacientes acorrentados pelos pulsos; em Pernambuco eles dormiam em chãos imundos; na Bahia estavam nus e realizando necessidades fisiológicas em espaços abertos; em Minas Gerais só foi possível a entrada nas instituições com a força policial, e os relatos eram de agressão física. Assim, abandono, abuso, descaso estão presentes em todas as instituições visitadas, além de completo desrespeito aos direitos humanos e individuais e, certamente, à Lei 10.216/2001.<sup>48</sup>

Goffman (2005) observou o comportamento de pacientes internados com transtornos mentais e a subjetividade vivida por eles, atentando para significativa normalidade desse “mundo” quando se percebe quando está inserido nele, nada obstante haja uma visão preconceituosa até mesmo dos grupos que participam daquele local. É como se os hospitais psiquiátricos tivessem dois lados, dois mundos:

---

<sup>44</sup> <http://www.rj.gov.br/web/ses/exibeconteudo?article-id=850582> acessado em 02 de maio de 2016.

<sup>45</sup> <http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/saude/caravan1.htm> acessado em 02 de maio de 2016.

<sup>46</sup> Eletroconvulsoterapia é a estimulação com corrente elétrica de alta voltagem no cérebro com a finalidade de induzir uma crise convulsiva que dura em média 30 segundos.

<sup>47</sup> Estereotaxia é um sistema de coordenadas geométricas em que o crânio do paciente é perfurado para introdução de uma sonda no cérebro e a destruição de parte dele. [www.psiquiatriageral.com.br](http://www.psiquiatriageral.com.br) acessado em 02 de maio de 2016.

<sup>48</sup> <http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/saude/caravan1.htm> acessado em 02 de maio de 2016.

um do internado, outro dos profissionais e familiares. Goffman então conviveu em uma dessas instituições para depois publicar seu estudo, inovando a literatura que geralmente é escrita por profissional que se envolve efetivamente apenas em um dos mundos.

Os estabelecimentos sociais são considerados totais<sup>49</sup> pela barreira ao mundo externo e social, tanto que possuem um esquema de segurança para impedir a saída dos pacientes, além das grades nas janelas, das portas trancadas e dos muros altos. As instituições totais têm por característica a ruptura com o costume da sociedade moderna que separa locais e atores para diversão, descanso e trabalho. Nos estabelecimentos não há divisões, não há individualidade, tampouco autonomia, sendo que “as várias atividades obrigatórias são reunidas num plano racional único, supostamente planejado para atender aos objetivos oficiais da instituição” (GOFFMAN, 2005: 18).

No Distrito Federal, as internações por transtorno mental se resumem em tratamento medicamentoso. E o internado compulsoriamente por dependência química acaba sendo encaminhado a essas instituições, geralmente ao hospital São Vicente de Paula (HSVP), já que os leitos dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) não se destinam, na prática, a isso. Logo, seu tratamento é, basicamente, com drogas que o fazem dormir a maior parte do tempo. Isso não se aplica aos pacientes de terapia voluntária dos CAPS, ou institutos abertos destinados à saúde mental.

Nas décadas de 50 e 60, um experimento científico quis provar que basta o contato direto com a droga para levar ao uso e ao vício imediato. Então, conectaram ratos em aparelhos autoinjetáveis, isolaram-nos em gaiolas com ração e água, e os treinaram a administrar doses de drogas pressionando uma alavanca. Em pouco tempo, os ratos começaram a autoadministrar grandes doses de drogas, de tal modo que já não sentiam mais fome e sede, levando-os a morte.

Outro pesquisador considerou a possibilidade de a dependência estar relacionada ao isolamento e ócio, então propôs à sua equipe o mesmo experimento, mas com os ratos em recintos bem maiores do que as gaiolas de laboratório, preparados com água, morfina, comida, serragem, brinquedos e, o mais importante,

---

<sup>49</sup> Instituições Sociais Totais, de modo geral Como são chamados na área da saúde mental os hospitais psiquiátricos, presídios e conventos. GOFFMAN, Erving. Manicômios, Prisões e Conventos. Tradução de Dante Moreira Leite. 7ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001, pg 15.

com outros roedores para interagir. Percebeu-se um não consumo ou consumo diminuído da droga, com a opção dos ratos em passar mais tempo convivendo com seus pares.<sup>50</sup>

O isolamento é um processo de mortificação do ser e do indivíduo. Portanto, isolá-lo do convívio social ou mesmo seguir linearmente em uma cultura hospitalocêntrica não se mostra eficaz e não alcança as propostas das leis nacionais e tratados internacionais. De forma alguma se alinha ao pensamento constitucional e a luta pelos direitos humanos “tratar” sem considerar a historicidade do paciente.

Salienta-se a cronologia nacional da saúde mental a partir de 1829, com a fundação da Sociedade de Medicina do Rio Janeiro e do Hospício de Pedro II em 1852 por médicos higienistas que torna recluso aquele considerado “doente mental”. A partir daí surgiram relatórios acusando superlotação pelo recebimento de toda gama de paciente com transtorno mental ou não. Em decorrência desses relatórios, o poder público se manifesta de forma legislativa com decretos e lei sobre alienados e alienação mental.

Inegavelmente, a aprovação da Lei Federal 10.216/2001 traz em evidência a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. É comemorada pelos especialistas como método de processo da reforma psiquiátrica e, por esse motivo, não pode ser interpretada de forma a retroceder as conquistas do movimento antimanicomial. Não convém tão somente internar o dependente, considerado por lei como portador de transtorno mental, para higienização imediata das ruas ou mesmo para guardar o “problema”, isolando-o em uma clínica. São imprescindíveis cuidados multidisciplinares e visão mais humanizada para a questão.

Desde então, políticas públicas de saúde mental vêm sendo implementadas para dar continuidade à luta antimanicomial. Nesta dissertação, estudamos os Centros de Atenção Psicossocial e, sobretudo os centros voltados ao atendimento específico àquele que faz uso problemático de substâncias psicoativas, com a humanização do atendimento aos que deles precisam.

---

<sup>50</sup> O psicólogo, professor e pesquisador canadense Bruce Alexander foi responsável pelo experimento denominado “ratolândia”, o qual desmistificou o vício pela simples sedução da droga considerou a característica gregária dos ratos (igual a do homem) e ofereceu a eles a mesma droga a vontade, mas também entretenimento e vida comunitária.

Tratar da drogadição não é apenas curar os efeitos que as drogas causam no indivíduo, tampouco excluí-lo socialmente, mas sim reorganizar o indivíduo por completo, evitando, assim, as frequentes recaídas. Essa reestruturação não é somente física, mas especialmente psicossocial, como propõe a Lei de saúde mental de nº 10.216/2001, uma formalização da tendência antimanicomial.

## 2.4 OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS (CAPSAD)

O Ministério da Saúde define os Centros de Atenção Psicossocial como principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica e a melhor forma de acolhimento:

Instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. (BRASIL, MS, 2004: 9).

É um serviço do Sistema Único de Saúde<sup>51</sup> criado para substituir as internações em hospitais psiquiátricos, tendo por escopo a prestação diária de atenção àqueles que são acometidos com algum transtorno mental severo ou persistente que justifique o cuidado intensivo e personalizado de acompanhamento clínico e reinserção social, sobretudo no que tange ao exercício dos direitos individuais.

Em uma linha do tempo no progresso para a reforma psiquiátrica no Brasil, tem-se a inauguração do primeiro CAPS, em 1986, no estado de São Paulo. Esse e os demais centros têm por objetivo oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

---

<sup>51</sup> SUS (Sistema Único de Saúde) somente com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e, mesmo considerado um dos maiores sistemas de saúde do mundo, ainda hoje carece de avanços e enfrenta grandes desafios.

Os CAPS prestam atendimento terapêutico, personalizado e contínuo em regime de atenção diária àqueles que estão em grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar e buscam a promoção da inserção social de seus usuários de forma interdisciplinar com estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Também organizam os serviços de saúde mental nas regiões em que se instalam, dando suporte, inclusive, a outros programas de saúde da rede básica, como o Programa de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

O atendimento passa a ser semi-intensivo quando há diminuição daquele sofrimento psíquico, antes intenso, e melhor convívio social e familiar. Não intensivo, quando a pessoa recuperou sua autonomia e não precisa de suporte contínuo. Contudo, os atendimentos não cessam, apenas diminuem a frequência, podendo ser feitos até mesmo em domicílio.<sup>52</sup>

As terapias podem ocorrer em grupo (oficinas, atividades esportivas, suporte social, leitura e debate) ou individualmente (medicamentos, orientação, psicoterapia). Também existem aquelas destinadas às famílias (visitas domiciliares) e ainda atividades comunitárias que visam a integração e convivência social (festas, caminhadas, assembleias). Por isso contam com uma equipe multiprofissional de médicos psiquiatras, médicos clínicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, artesãos e outros profissionais de presença elementar ao funcionamento.

Para esta dissertação, destaca-se um serviço específico criado junto à reforma na saúde pública, que são os Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPSad). São destinados ao atendimento específico de pacientes que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Esses centros surgiram em 2002 por intermédio da Portaria 336 do Ministério da Saúde, exatamente da necessidade em dar maior

---

<sup>52</sup> Os usuários que permanecem um turno de quatro horas nos CAPS devem receber uma refeição diária; os assistidos em dois períodos (oito horas), duas refeições diárias; e os que estão em acolhimento noturno nos CAPS III e permanecem durante 24 horas contínuas devem receber quatro refeições diárias. A frequência dos usuários nos CAPS dependerá de seu projeto terapêutico. É necessário haver flexibilidade, podendo variar de cinco vezes por semana com oito horas por dia a, pelo menos, três vezes por mês.

O que também determina a frequência dos usuários no serviço é o acesso que têm ao CAPS, o apoio e/ou o acompanhamento familiar e a possibilidade de envolvimento nas atividades comunitárias, organizativas, de geração de renda e trabalho. Já os CAPS III funcionam durante 24 horas e podem oferecer acolhimento noturno.

atenção a esse grupo de pessoas, vez que os demais CAPS prestavam somente atendimento secundários a eles.

A finalidade desses centros é o tratamento e a desintoxicação dos dependentes de álcool, crack e outras drogas, com 24h de atenção integral e continuada, e são instrumentos do programa do governo federal “Crack, é possível vencer”, iniciado em dezembro de 2011.

O Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas está dividido em três eixos: *cuidado* - ampliação da capacidade de atendimento e atenção ao usuário e familiares. Prevê a estruturação da rede de cuidados Conte Com a Gente<sup>53</sup> para auxiliar os usuários e dependentes de crack e outras drogas e seus familiares na superação da dependência e na sua reinserção social; *prevenção* - fortalecimento da rede de proteção contra o uso de drogas (PROERD, lideranças religiosas, atendimento telefônico nº 132, etc.) e *autoridade* - enfrentamento ao tráfico de drogas e policiamento ostensivo de proximidade.<sup>54</sup>

O balanço de adesão nos Estados e no Distrito Federal, segundo a secretaria de saúde, é positivo. Os dados revelam, até 2013, 129 bases móveis em todo Brasil, chamados “consultórios na rua”, sendo uma no DF, especificamente na cidade de Taguatinga. Unidades de acolhimento são 34: uma em Samambaia/DF; 26 unidades de acolhimento infantojuvenil, uma no aeroporto de Brasília. Dezoito leitos no DF em enfermarias especializadas dos hospitais regionais e 800 em todo país. Vagas em comunidades terapêuticas são mais de 7.540 no país e 66 no Planalto Central. O programa também conta com 219 centros de referência especializada para população em situação de rua e 2.374 centros de atendimento especializado de assistência social.<sup>55</sup>

---

<sup>53</sup> <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/conte-com-a-gente> acesso em 20 de outubro de 2015 - A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/02, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isto é, que garante a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade Este modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). O Programa de Volta para Casa que oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, também faz parte desta política. Na atenção integral em álcool e drogas, além de todos os recursos da rede, conta-se ainda com leitos de retaguarda e a Escola de Redutores de Danos.

<sup>54</sup> <http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/caderno-destaques/marco-2012/plano-integrado-de-enfrentamento-ao-crack-e-outras-drogas> acesso em 20 de outubro de 2015.

<sup>55</sup> [www.brasil.gov.br/observatoriocrack](http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack) acesso em 11 de outubro de 2015.

A Portaria 336/02, norma fundamentada no SUS e na Lei 10.216/2001 e que institui os CAPSad, faz algumas determinações de funcionamento. Sobre os recursos humanos, por exemplo, deve-se contar para cada 45 atendimentos máximos diários, ou, excepcionalmente 60 por turno: um psiquiatra, um enfermeiro e um clínico; quatro profissionais de nível superior voltados a atendimento terapêutico e mais seis profissionais de nível médio. Sua estrutura física deve comportar de dois a quatro leitos para desintoxicação e repouso.

A Portaria do Ministério da Saúde (MS) 130/12 institui o CAPSad III com atendimento 24 h, todos os dias da semana, inclusive feriados. Caracteriza-se por ser um lugar de referência de cuidado e proteção aos usuários de seus serviços, bem como familiares dos que estão em crise de maior de gravidade, sendo-lhes garantidas disponibilidade para acolhimento até mesmo de novos casos sem necessidade de prévio agendamento e sem qualquer barreira de acesso, incluindo o noturno, funcionando de forma integrada com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192.

A equipe mínima de funcionamento do CAPSad III é de: um psiquiatra, um clínico e um enfermeiro; cinco profissionais de nível superior voltados a atendimento terapêutico, ou pedagogo, ou educador físico e mais quatro técnicos em enfermagem e cinco profissionais de nível médio. A equipe é acrescida no período de acolhimento noturno e nos finais de semana em 12 horas corridas de plantão.<sup>56</sup>

A estrutura física desse modelo de CAPSad conta com atendimento individual, atendimento em grupo, espaço para refeições, espaço para convivência, banheiros com chuveiros, entre 8 a 12 leitos para acolhimento noturno e posto de enfermagem.

Verificar-se-á no terceiro capítulo, o da pesquisa de campo, a realidade desses dados divulgados em sites dos governos Federal e local, bem como todas essas características mínimas determinadas por lei que os CAPSad e CAPSad III devem ter, em termos de estrutura física e de recursos humanos para o bom e efetivo funcionamento e acolhimento dos pacientes. Porém, antes, serão apresentados dados atuais da rede de atenção psicossocial da Secretaria de Estado e Saúde do Distrito Federal (SES/DF) retirados da auditoria operacional do Tribunal de Contas do Distrito Federal (TCDF).

---

<sup>56</sup> Artigo 7º da Portaria MS 130/2012

Os CAPSad trabalham de forma preventiva para redução dos fatores de risco específicos e fortalecimentos dos fatores de proteção para impedir o primeiro uso de substâncias psicoativas ou a continuidade dele. Cuida-se de programas que visam a redução de danos que, até então, teoricamente, considera a história de vida e o caso individualizado na prática de atendimento à pessoa com uso problemático de substâncias psicoativas. Afinal, há característica peculiar em cada dedo de uma mesma mão, que dirá os seres humanos que carregam consigo sua especificidade.

No Distrito Federal existem nove CAPSad distribuídos entre Brasília e as cidades satélites de Ceilândia, Guará, Itapoã, Samambaia, Santa Maria, Sobradinho e Taguatinga. Desses, dois atendem a crianças e adolescentes, e os outros sete destinam-se ao apoio de pessoas maiores de idades, sendo eles objeto do estudo empírico desta pesquisa.

#### **2.4.1. Qualidade dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal**

Em 04 de maio de 2010, o Ministério Público do Distrito Federal e territórios (MPDFT) distribuiu o processo 67203-4 contra o Distrito Federal, o qual, ainda hoje corre na Primeira Vara de Fazenda Pública. A ação civil pública pleiteia a implementação de 25 residências terapêuticas, 19 CAPS e a constituição de equipe multiprofissional para atuação. Isso porque em 2008, a Procuradoria Distrital de Defesa dos Direitos do Cidadão (PDDC) constatou que não havia, no DF, assistência devida ao portador de transtorno mental, nem CAPS suficientes, além de graves problemas no sistema penitenciário de 2.500 pessoas com sofrimento psíquico pelo uso de substâncias psicoativas que ainda se encontravam institucionalizadas/reclusas.<sup>57</sup>

Como sempre, o Governo do Distrito Federal (GDF) não reconheceu a deficiência, antes repudiou a denúncia através de prolixa contestação. Porém, em 2013 foi condenado ao cumprimento integral do pleito ministerial, além de ter que incluir na Proposta Orçamentária seguinte o valor de dois milhões de reais para

---

<sup>57</sup> Investigação Preliminar nº 08190.13193/08-75.

manutenção dos serviços. O GDF recorreu e continua recorrendo, sendo que todos os recursos vêm sendo negados em segunda instância judicial, o último em 11 de abril de 2016.<sup>58</sup>

Para avaliar a qualidade dos serviços da rede de Atenção Psicossocial da Secretaria de Estado e Saúde do DF, o TCDF, segundo relatório de 2014<sup>59</sup>, propôs três perguntas: 1. A Rede de Atenção Psicossocial está satisfatoriamente organizada? 2. A infraestrutura disponível na Rede de Atenção Psicossocial é suficiente para o adequado atendimento dos usuários? 3. A Rede de Atenção Psicossocial promove a reinserção social dos usuários?

Três também foram os eixos da auditoria: 1. A organização 2. A suficiência e a adequação física da Rede da Atenção Psicossocial e 3. A reinserção social dos portadores de doenças mentais e dos dependentes químicos. Tudo baseado na Política Nacional de Saúde Mental instituída pela Lei 10.216/2001.

Os resultados não são animadores, a começar pela desatualização, falta de revisão periódica e implementação apenas parcial do Plano Diretor de Saúde Mental (PDSM) do Distrito Federal, 2011 a 2015. Não há recursos humanos e financeiros suficientes para atender a demanda nas unidades, nem elas apresentam manutenção e conservação, tampouco organização e infraestrutura adequadas às normas do Ministério da Saúde, o que gera maior número de hospitalizações.

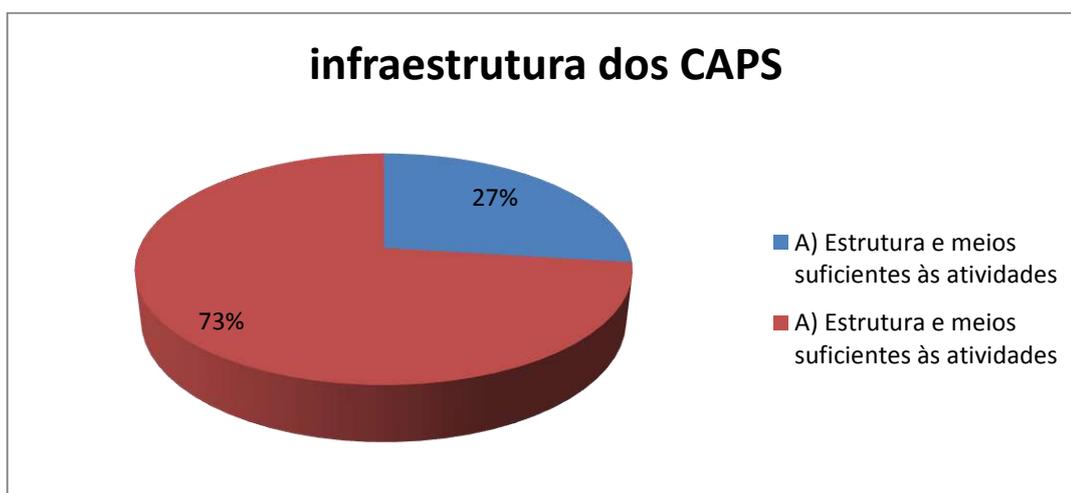
---

<sup>58</sup>[http://tjdf19.tjdft.jus.br/cgi-](http://tjdf19.tjdft.jus.br/cgi-bin/tjcgi1?NXTPGM=plhtml06&SELECAO=1&ORIGEM=INTER&CDNUPROC=20100110672034APC)

[bin/tjcgi1?NXTPGM=plhtml06&SELECAO=1&ORIGEM=INTER&CDNUPROC=20100110672034APC.](http://tjdf19.tjdft.jus.br/cgi-bin/tjcgi1?NXTPGM=plhtml06&SELECAO=1&ORIGEM=INTER&CDNUPROC=20100110672034APC)

<sup>59</sup> [www.tc.df.gov.br](http://www.tc.df.gov.br) e-DOC E3423D21 Proc 1017/2014 acessado em 09 de março de 2016.

Ilustração 6



Fonte: tcdf

Os déficits dos meios suficientes às atividades a que se refere o gráfico são, dentre outros, a comunicação (telefonia, computador e internet, tanto que não há prontuários eletrônicos), com - 73%, segurança – 40% e locomoção, primordial para visitas e acompanhamentos dos pacientes e familiares, – 100%, ou seja, nenhuma das unidades possui meio de locomoção para exercer suas atividades essenciais.

O PDSM do Distrito Federal elaborado para o quadriênio 2011-2015 teve por base, além das legislações pertinentes à reforma psiquiátrica, a III Conferência Nacional da Saúde Mental e sua diretriz de reorientação do modelo assistencial, com a reestruturação da atenção psiquiátrica e a expansão da rede para o atendimento do paciente e de seus familiares. O objetivo é de romper com o modelo hospitalocêntrico de recolhimento e inserir uma rede articulada, sobretudo com a atenção básica, para acolhimento.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) os transtornos mentais atingirão entre 20 a 25% da população mundial em alguma época de suas vidas, e que cinco, das 10 doenças mais incapacitantes são relacionadas ao sofrimento psíquico. No Brasil, transtornos mentais não relacionados a drogas ou álcool são de 3% da população, enquanto que os associados chegam a 6%<sup>60</sup>. No Distrito Federal, cerca de 600 mil pessoas são portadoras de algum tipo de sofrimento psíquico.<sup>61</sup>

<sup>60</sup> <http://www.paho.org/bra/> acessado em 14 de março de 2016.

<sup>61</sup> [http://www.saude.df.gov.br/images/LAI/Planos/Plano\\_Diretor\\_de\\_Saude\\_Mental\\_do\\_DF\\_2011-2015\\_final.pdf](http://www.saude.df.gov.br/images/LAI/Planos/Plano_Diretor_de_Saude_Mental_do_DF_2011-2015_final.pdf) acessado em 14 de março de 2016.

Assim, é de extrema necessidade e urgência a atenção adequada às pessoas com sofrimento psíquico, e a ação coordenada de toda a rede de saúde pública no DF. Por isso, o PDSM prevê o matriciamento das equipes de saúde primária do DF, como “saúde da família”. Também com hospitais regionais e com o Hospital São Vicente de Paula com programa de acompanhamento pós-internação de apoio aos pacientes e a seus familiares, evitando recaídas e novas internações e desinstitucionalizando a saúde mental. Ademais, a recuperação da autonomia do paciente, inclusive com programas de inclusão ao trabalho, foram metas descritas no PDSM.

Até 2010, o Distrito Federal, segundo o MS e para seus parâmetros, tinha cobertura de CAPS por habitantes baixa. Os CAPSad eram apenas quatro (Ceilândia, Guará, Santa Maria e Sobradinho). Os atendimentos e área de cobertura de janeiro a setembro de 2010 foram:

Ilustração 7

UNIDADE	ÁREA DE COBERTURA	AI *	AG *	AF *	OT *	VD *
CEILÂNDIA	Ceilândia	1.722	2757	471	1.378	18
	Brazlândia					
GUARÁ	Guará	16.436	4.567	103	4.717	5
	Candanga					
	Cruzeiro					
	Núcleo Bandeirante					
	Recanto das Emas					
	Riacho Fundo					
	Samambaia					
	Taguatinga					
SANTA MARIA	Santa Maria	**	**	**	**	**
	Gama					
SOBRADINHO	Paranoá	9.566	285	38	105	2
	Brasília					
	Planaltina					
	Sobradinho					
	São Sebastião					
	Lago Sul					
	Lago Norte					

Fonte: PDSM 2011-2015.

Legenda:

\* Atividades

\*\* sem estatística

AI – Atendimento Individual

AG – Atendimento em Grupo

AF – Atendimento Familiar

OT – Oficina Terapêutica

VD – Visita Domiciliar

Dentre as propostas do PDSM estão: implementação de mais 12 CAPSad e 15 casas terapêuticas, habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas (SHRad), contratação de recursos humanos, capacitação profissional continuada, apoio à implementação de projetos de produção cultural promovidas pelos serviços e associações de usuários por meio de programa de incentivo, oficina de geração de renda, dentre outras estratégias para a reinserção processual, corresponsabilização/participação de familiares e ou responsáveis no processo terapêutico e de reinserção social dos usuários atendidos nos serviços de saúde mental, registro correto da informação e a informatização de 100% dos serviços, abastecimento de 100% dos medicamentos e melhoria na gestão da força de trabalho.

Igualmente, com fundamento na Portaria nº 1.190/2009, propõe que cinco hospitais regionais se tornem hospitais de referência para a atenção integral aos alcoolistas e usuários de substâncias psicoativas, disponibilizando entre cinco e 20 leitos, além de seus profissionais especializados para os cuidados específicos a essas pessoas, tudo com recursos do Ministério da Saúde. Assim, efetivação dos arranjos entre a equipe matricial (de atenção básica/primária) e a equipe de referência, ou seja, um compartilhamento da responsabilidade e não encaminhamentos de problemas.<sup>62</sup> Para isso deve haver estrutura:

Não bastam ações que mais parecem o jogo de “gato e rato” ou afirmar que há uma boa infraestrutura de assistência hospitalar à disposição daquele que quer largar as drogas. Não se trata de uma decisão de vontade. O fato é que, hoje, quem depende da rede pública para o atendimento de um familiar

---

<sup>62</sup> PDSM 2011-2015, página 59.

dependente de drogas enfrenta uma burocracia que não combina com urgência da situação. Um dependente em surto coloca em risco sua família e si próprio. Os mecanismos de internação compulsória adotados, atualmente, interferem na agilização que a situação exige. Sem eles, não é possível enfrentar o problema da crackolândia. Acresce que não há, em São Paulo, nenhum hospital de referência em atendimento aos dependentes químicos. Como é possível enfrentar esse problema sem uma infraestrutura que de suporte aos encaminhamentos? Na verdade, muitos médicos e hospitais sequer sabem como proceder diante da situação e não atendem o paciente como um doente, mas como um marginal. O usuário é estigmatizado. (SILVEIRA, 2004: 1).

A conclusão da auditoria do TCDF na rede de atenção psicossocial do Distrito Federal foi, até 2014, de organização insatisfatória, implementação parcial das ações propostas no PDSM, nenhuma casa terapêutica, insuficiência de orçamento, falta de controle da SESDF sobre aquisição de mobiliários e equipamentos, inaplicabilidade do programa de atendimento pós-internação, poucas promoções de reinserção social e geração de renda, ausência de prontuários eletrônicos, atendimento precário e falta de cursos continuados de capacitação dos profissionais.

Ademais, a maioria das unidades não está adequada às determinações do Ministério da Saúde, com ausência de espaços exclusivos para atendimentos diferenciados, ou até inexistência de alguns espaços, como refeitórios e cozinhas. Destaca-se o CAPSad de Itapoã, onde o acesso é vinculado a unidade hospitalar, contrariando a Portaria 336/2002. Nos hospitais de referência dos CAPS não há leitos efetivos, pois são disponibilizados somente quando necessários.

A boa notícia é que os CAPSad estão em bom número no DF e em locais indicados pela FIOCRUZ como estratégicos para o enfrentamento ao crack. Essas unidades, por vezes, trabalham suas oficinas de artesanatos (vendidos na feira da torre) com recursos dos próprios funcionários, já que é incomum receber materiais solicitados à SESDF. Também, há, em termos gerais, bom funcionamento do HSVP.

Como dito, o GDF, embora haja determinação judicial, ainda não cumpriu com a implementação da rede de saúde mental e, não bastasse, conseguiu estender até 2017 o prazo, mesmo tendo sete anos para fazê-lo. Mais do que isso, em 2014 o DF foi entregue ao atual governado com 17 CAPS em funcionamento, mas esse número caiu para 14.<sup>63</sup>

Definitivamente, sem recursos orçamentários destinados diretamente à saúde mental e plano de custo aos CAPS, as instalações físicas e os recursos

---

<sup>63</sup> MPDFT - Defesa da Saúde disponível em: [www.mpdft.jus.br](http://www.mpdft.jus.br), acessado em 05 de abril de 2015.

humanos continuarão precários, refletindo na implementação e operacionalização da rede, o que compromete a qualidade e a eficiência dos serviços, além de perpetrar a institucionalização, a internação psiquiátrica pela falta de articulação entre os setores da saúde e pela inacessibilidade à atenção primária, frustrando o modelo da lei 10.216/2001.

## 2.5 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA

Em 1988 houve a constitucionalização dos direitos do cidadão, incluindo o da saúde. A Constituição Federal, embora preceitue a separação e a independência dos Poderes, fundamenta o direito à saúde e sua aplicação imediata, devendo o Estado promover e garantir sua efetivação. Assim, legislado ou não e sem execução, a lei não pode excluir da apreciação do Judiciário lesão ou ameaça a direito, conforme artigo 5º, inciso XXXV.

A Declaração Universal dos Direitos do Homem também preza por Poderes autônomos, mas, de igual modo, preocupa-se com a garantia da liberdade e dos direitos fundamentais e os assegura com a proteção judicial.<sup>64</sup> Além disso, deve haver uma cooperação e harmonização entre os Poderes, conhecida pelo sistema de pesos e contrapesos que visa o equilíbrio e evita a sobreposição hierárquica, além de recíproco controle, tudo para melhor eficácia das garantias, sejam elas previstas na Declaração Universal ou na Constituição Federal.

Assim, voltando para a saúde, há legitimidade do Judiciário quando o executivo ou o legislativo deixam de exercer suas funções para garanti-la. Porém, não é ideal, nem desejado pelo povo de que sempre haja judicialização e que o Judiciário, reincidentemente, seja o Poder último a declarar um direito já certo. Isso porque, não esgota o problema uma determinação judicial de cumprimento do dever do Executivo em garantir a saúde se não há condições desse fazê-lo, não havendo, portanto, nem efetividade da determinação, nem do direito fundamental.

---

<sup>64</sup> Artigo 8º da Declaração: Todas as pessoas têm direito a um recurso efectivo [sic] dado pelos tribunais nacionais competentes contra os atos que violem os seus direitos fundamentais reconhecidos pela Constituição ou pela lei.

Especificamente na internação compulsória de pessoas que fazem uso problemático de substâncias psicoativas, há a exigência de que o pedido seja feito no Judiciário. Não é só isso, o judiciário é quem determina se a pessoa precisa ou não ser internada, um verdadeiro exemplo do lado inexato da judicialização da saúde, já que o dever do juiz é avaliar provas documentais para o deferimento do pedido, independentemente se o cumprimento de fato será nos termos legais de acolhimento e garantia dos direitos daqueles que sofrem de transtorno psíquico.

Cabe fazer breve explanação das formas de internação, quais sejam: voluntária, involuntária e compulsória. Como visto, não há Lei Federal específica para dependentes químicos, exceto o regulamento já citado, feito pela Portaria MS 3088/12. Para as internações, faz-se uso por analogia a Lei da Reforma Psiquiátrica 10216/02:

Art. 6º - São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:  
I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça. (BRASIL, 2002)

Em pesquisa, percebe-se que existem ainda não só entendimentos divergentes quanto às formas de internação, como também muito engano. Divergem os entendimentos entre os profissionais que, de alguma forma, estão envolvidos no processo, como psiquiatras e operadores do direito.

O entendimento da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) acerca destas modalidades de internação é o de que na voluntária o paciente solicita voluntariamente sua internação. O psiquiatra deve colher dele uma declaração de sua opção por esse regime de tratamento. Quando da alta, se for a pedido do paciente, este também deve fazer uma solicitação por escrito. A ABP define a internação involuntária nos mesmos moldes da compulsória como sendo aquela determinada pela Justiça. O juiz determina o procedimento, mas o paciente se recusa a ser internado. Nesse caso, o psiquiatra procede à internação, não precisando comunicar a sua execução ao judiciário. Ainda acrescenta a internação compulsória, mas voluntária, na qual o juiz determina o procedimento e o paciente também deseja a internação. O psiquiatra procede normalmente à internação. E, por fim, a internação

involuntária, mas não compulsória porque o psiquiatra indica, realiza a internação e comunica ao Ministério Público em um prazo de 72 horas. (FILHO, 2012)

Duailibi, Vieira e Laranjeira (2011) pontuam que:

O caráter voluntário ou involuntário da internação carece seguir critérios médicos que orientam esta indicação com base mais em insucesso de tratamento ambulatorial prévio, presença de ideação ou risco de suicídio, risco de morte iminente, riscos para terceiros e presença de sintomatologia psicótica grave associada ao abuso de substâncias psicóticas, do que em celeumas dogmáticas e ideológicas diante da questão da internação psiquiátrica e da involuntariedade. (DUAILIBI, VIEIRIA e LARANJEIRA, 2011, p. 513).

A visão jurista positivista afirma que o poder judiciário não tem competência arbitrária para determinar internação em nenhuma modalidade, a exceção da medida de segurança aplicada a adulto, autor de crime (arts. 96 e 94 do CP e art. 47 da Lei 11343/06). Mesmo nesse caso, o melhor entendimento é o de que haja também recomendação de internação, e que ela não derivaria diretamente da gravidade do crime. Somente na medida de segurança a justiça pode impor a avaliação médica, caso contrário, não há obrigatoriedade de submissão.

Em termos gerais, a tutela judicial não pode ser requerida com objetivo de impor o tratamento a quem quer que seja, mas sim para garantir o direito à saúde. Ainda que existam alegações acerca do dever da justiça em fazê-lo para resguardar a ordem pública, os inconvenientes sociais e relacionais decorrentes do uso de drogas não justificam a imposição de uma internação sem laudos médicos incontestáveis.

Cabe ao médico avaliar se os inconvenientes justificam, do ponto de vista clínico, a internação. Não é solução para casos em que usuário: a) é violento com familiares, cabe o afastamento da residência comum. b) se está praticando crimes, a questão é policial. c) se produz conflito e angústia na família, é obrigação dos profissionais do CAPS intervir.

A explanação jurídica continua e afirma com veemência o direito de liberdade do internado garantido por via de *Habeas Corpus*<sup>65</sup> em caso de internação ou manutenção dela de forma ilegal ou abusiva, ainda que sob recomendação médica,

---

<sup>65</sup> A expressão em latim *Habeas corpus*, significa "que tenhas o teu corpo". O HC é uma garantia constitucional àquele que sofre violência ou ameaça de constrangimento ilegal na sua liberdade de locomoção, por parte de autoridade legítima.

quando não houver observância do devido processo legal, quando o laudo está fora do modelo regulamentar ou não há fundamentação consistente, não há previsão legal ou manifestação do Ministério Público, ou vem sendo mantida a internação mesmo com pedido de alta formulado por familiar.<sup>66</sup>

Eis decisão proferida a esse respeito:

HABEAS CORPUS. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA. LIMINAR DEFERIDA. CONFIRMAR LIMINAR GARANTINDO O DIREITO DE AGUARDAR A ELABORAÇÃO DE EXAME DE INSANIDADE MENTAL EM TRATAMENTO AMBULATORIAL.

1. A internação compulsória deve ser aplicada, primeiramente em defesa do internado e, secundariamente, da própria sociedade. Tal medida, portanto, possui caráter excepcional.

2. Ordem de habeas corpus concedida, confirmando-se a liminar que garantiu o direito de aguardar a elaboração de exame de insanidade mental, em tratamento ambulatorial.

(BRASIL, Acórdão n.843255, 20140020327313HBC, Relator: JOÃO TIMÓTEO DE OLIVEIRA, 2ª Turma Criminal, Data de Julgamento: 22/01/2015, Publicado no DJE: 27/01/2015. Pág.: 331)

O legislativo faz a diferença de internação voluntária, involuntária e compulsória. Na primeira, a pessoa requer a própria internação ou com ela concorda, ressaltando que pode se tornar involuntária, necessitando, neste caso, de autorização para alta. A seguinte ocorre sem o consentimento do internado, bastando pedido de terceiro, aceite do psiquiatra e informação ao Ministério Público em até 72 horas para não configurar cárcere privado. A última, objeto do nosso estudo, a autorização de um familiar é suprida por um juiz de direito que considerará o laudo médico especializado e as condições do estabelecimento. Assim consta:

#### **Internação compulsória**

Nesse caso não é necessária a autorização familiar. A internação compulsória é sempre determinada pelo juiz competente, depois de pedido formal, feito por um médico, atestando que a pessoa não tem domínio sobre a própria condição psicológica e física. O juiz levará em conta o laudo médico

<sup>66</sup> <http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/0/Documentos/Flavio%20Frasseto%20-%20palestra%20sobre%20tratamento%20para%20pessoas%20com%20uso%20problem%C3%A1tico%20de%20drogas.pdf> acesso em 22 de outubro de 2015.

especializado, as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.<sup>67</sup>

Fato é que mães e pais desesperados batem à porta de instituições ou do Poder Público, relatando que já perderam a paz, o sono, a saúde, o patrimônio. Agora, estão prestes a perder a esperança e a vida, levadas de “roldão pelo comportamento suicida de um filho ou familiar que se atirou no poço profundo do vício, de onde não tem forças para sair”. (COSTA, 2012:20)

A internação voluntária dispensa maiores explicações. Entretanto, é essencial expor as diferenças entre a internação involuntária e compulsória porquanto persistem as perguntas retóricas de igualdade: “não é o mesmo instituto?”, “os internados não vão para o mesmo lugar e têm o mesmo tratamento?”, “ambas não precisam de autorização?”. A grande diferença envolve a última pergunta. Sim, ambas precisam de autorização, mas a internação involuntária precede de solicitação e da autorização de um familiar ou responsável, o que pode ser feito diretamente em uma clínica. A compulsória, independente de a solicitação ser feita por familiar, responsável ou terceiro alheio à relação parental, a autorização parte do poder judiciário após a avaliação médica. Este estudo é feito considerando apenas a internação compulsória.

A internação compulsória dos usuários de substâncias psicoativas será, ou deveria ser indicada quando esgotados todos os recursos extra-hospitalares possíveis, ou quando forem ineficazes, desde que observados os preceitos de recomendação legal de atenção multidisciplinar continuada com finalidade de reinserção social do paciente, evitando recaídas. Ademais, o apoio familiar é de extrema importância para o sucesso do tratamento e pós- tratamento, efetivando os direitos humanos e fundamentais, sobretudo o da dignidade da pessoa humana.

Neste ponto acrescenta-se o relato do esportista e comentarista Walter Casagrande quanto à internação e após ela:

Depois da primeira internação, fiquei legal por algum tempo. Fiz a Copa da Alemanha bonzinho. Mas quando voltei começou tudo de novo. Passei mal em casa e comecei a arrumar desculpa para sair. Assisti num sábado à noite e fiquei dois dias com fissura (desejo quase incontrolável de consumir a

---

<sup>67</sup> <http://www12.senado.leg.br/manualdecomunicacao/redacao-e-estilo/internacao-involuntaria-compulsoria> acessado em 22 de outubro de 2015.

droga) na segunda-feira, voltei a usar cocaína. E voltei ao passado. (CASAGRANDE, 2013: 49).

A internação compulsória não tem, ou não deveria ter caráter carcerário ou de limpeza das vielas. Não é, ou não deveria ser medida estratégica para “varrer a sujeira para debaixo do tapete”, longe dos olhos da sociedade que cobra segurança e manutenção das ruas sem o “perigo” da mendicância e violência que associam às drogas. Compelir o usuário a uma internação judicial para o bem coletivo ou com intuito de higienizar as ruas “para inglês ver”<sup>68</sup> não é, ao menos não deveria ser, a principal missão da política pública.

São múltiplas as situações que indicam a possibilidade legal para a internação compulsória do usuário de entorpecente. Ameaça de suicídio ou comportamento autodestrutivo, ameaça à integridade física de outrem, sintomas psiquiátricos graves como psicose e depressão, desintoxicação, tratamento ambulatorial ineficaz e falta de suporte social com relacionamento exclusivo com outros usuários são exemplos de algumas dessas situações (LEITE, 2000).

Na prática, a lei de internação compulsória parece ter sido criada para retirar das ruas aquelas pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas e suas famílias não têm condições financeiras para pagar a caríssima internação involuntária em clínicas particulares, ou quando as famílias abandonam tais pessoas. O Estado, então, arca com as despesas da internação compulsória, passando uma simbólica sensação de limpeza e segurança nas ruas, bem como o cumprimento constitucional de assegurar a saúde. O indivíduo é internado, maioria das vezes, em caríssimas clínicas particulares de desintoxicação, já que a rede pública não oferece suporte necessário, como se verá no último capítulo desta pesquisa.

---

<sup>68</sup> Príncipe Harry visita o projeto “De Braços Abertos” em São Paulo em 26 de junho de 2014.

### 2.5.1 A internação compulsória e o princípio da liberdade

Conquanto tenha-se trabalhado em todo texto com o princípio da liberdade, é pertinente ressaltar o tema. Inicia-se com a difícil tarefa de conceituar liberdade e princípio da liberdade. A tarefa não é fácil porque o termo “liberdade” tem emprego amplo como liberdades de imprensa, de pensamento, religiosa, poética e outras mais. Todavia, a essência de todas elas é a faculdade de livre escolha.

Para o dicionário da língua portuguesa a liberdade é, basicamente, o exercício da vontade e autonomia, bem como poder de agir livremente desde que permitido ou não restringido em lei. É a condição de não estar em servidão ou cativeiro. (MICHAELIS, 2011).

No campo do idealismo e da metafísica, existe a chamada “liberdade interna” que é exatamente a vontade e o livre arbítrio. Para o direito constitucional positivo, a liberdade é, na percepção de Silva (2006), liberdade do querer. Significa que “a decisão entre duas possibilidades opostas pertence, exclusivamente, à vontade do indivíduo; vale dizer, é o poder de escolha de, de opção, entre fins contrários” (SILVA, 2006: 231).

Mas, o autor considera uma discussão inócua, já que a escolha subjetiva das possibilidades opostas depende do conhecimento que se tem de cada uma. O que de fato se faz determinante é se há condições objetivas para agir sobre a opção eleita. A partir daí, e para a satisfação do direito positivo surge a “liberdade externa”, ou “liberdade objetiva”, quando o homem passa à liberdade de ação, considerando ao artigo 5º, II da CF<sup>69</sup>. (SILVA, 2006:231).

O conflito de entendimento a respeito da internação compulsória está mais relacionado a um conceito criminal. Na liberdade de ir e vir do homem e de não ser submetido ao encarceramento sem que a lei incrimine seu ato, ou, incriminando, sem o devido processo legal.

---

<sup>69</sup> BRASIL. Constituição Federal de 1988. Artigo 5º, II da CF “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei”.

Trata-se da liberdade física do homem, a mesma que gerou guerras de Espártaco<sup>70</sup> a Palmares<sup>71</sup>. E, a oposição dessa liberdade física é o cativeiro, a prisão ou qualquer obstáculo à locomoção. Não se espera com a medida uma política de recolhimento compulsório, no qual os cativos são amontoados em local desestruturado para tratamento, visando apenas afastar dos olhos da sociedade aquilo que têm aparência de coisas inservíveis, afrontando a batalha histórica e continua pela liberdade.

### **2.5.2 A internação compulsória, a bioética e o biodireito**

A bioética interessa a esta pesquisa, uma vez que ligada à dignidade da pessoa humana e conduta ética para qualquer relação de tratamento com a vida. E, a posituação da bioética dá-se através do biodireito, ressaltando o ser humano como valor em si mesmo. O biodireito se dedica à liberdade individual e a proteção da espécie humana

O uso problemático de substâncias psicoativas é uma questão sociopolítica e jurídica, dadas às dimensões alcançadas mostradas pelas estatísticas, em que só a união de forças tem condão para enfrentá-la. A medida de internação compulsória deve ser analisada cautelosamente, sobretudo por duas forças: médica e jurídica. Médica porque a dependência em tóxicos é considerada uma doença idiopática<sup>72</sup>, crônica e progressiva. A definição de drogadição da American Society of Addiction Medicine (ASAM) - Sociedade Americana da Medicina do Vício, 2011, refere que:

Adição, dependência de drogas ou toxicodependência, é uma doença crônica do cérebro associada aos circuitos do prazer, memória e motivação. A disfunção destes circuitos é responsável pelos sintomas biológicos, psicossociais e de falta de sentido para a vida. Esta disfunção reflete-se na

---

<sup>70</sup> A revolta de Espártaco ocorreu entre 73 e 71 a.C. Cerca de 40 mil escravos romanos (gladiadores), liderados por Espártaco, se rebelaram contra o governo de Roma pela condição servil.

<sup>71</sup> Escravos fugitivos se refugiavam na região nordeste do Brasil conhecida por Palmares, concentração quilombola. A partir de 1664 começaram as investidas contra o quilombo. Depois de brava resistência dos escravos, em 1710 houve no quilombola um massacre.

<sup>72</sup> Doenças idiopáticas são aquelas que não se sabe as suas causas, embora possam ser identificados fatores de predisposição ou responsáveis pelo desencadear e manter da doença. São influenciadas por crises de vida ou outros acontecimentos psicológicos, sociais ou biológicos.

procura patológica do prazer ou do alívio do sofrimento através do consumo de drogas ou de outros comportamentos aditivos. Como as outras doenças crônicas a adição desenvolve-se por ciclos de remissão e recaída. Sem tratamento ou envolvimento em atividades de recuperação a adição é progressiva e pode resultar em danos permanentes ou morte.<sup>73</sup>

A força jurídica não diz respeito às ciências criminais e a criminalização da drogadição, mas sim à defesa dos direitos do indivíduo, no que tange a relação entre o tratamento imposto, a autonomia privada e a dignidade da pessoa humana. Os avanços da ciência devem acompanhar as conquistas dos direitos do homem e a dignidade do indivíduo, o que é chamado de biodireito.

Sobre humanização, característica do princípio da dignidade, e a desumanização que reduz o sujeito a objeto, podemos citar a opinião de Maria Celina Bodin Moraes:

Considera-se, com efeito, que, se a humanidade das pessoas reside no fato de serem elas racionais, dotadas de livre arbítrio e de capacidade para interagir com os outros e com a natureza – sujeito, portanto, do discurso e da ação – será “desumano”, isto é, contrário à dignidade humana, tudo aquilo que puder reduzir a pessoa [o sujeito de direitos] à condição de objeto. (MORAES, 2003: 85).

A autora explica que a autonomia era, por vezes, confundida com a liberdade, e o indivíduo agia baseado em sua própria vontade. Contudo, a liberdade está mais relacionada aos valores do respeito, da privacidade e intimidade do ser humano. E, a “dignidade da pessoa humana se realiza quando ao indivíduo é oportunizada a autodeterminação, de acordo com suas aspirações de efetivar sua liberdade e responsabilidade.” (MORAES, 2003: 107).

O debate se acalora a partir daí. Todas as correntes concordam que o princípio da dignidade da pessoa humana se caracteriza pela proteção do indivíduo. Entretanto, gera a oposição quando uns consideram que o princípio é um aliado em proteger a autonomia privada e limitar ação do poder público. E, para outros, é exatamente o contrário, possibilita o Estado à proteção do indivíduo até contra ele

---

<sup>73</sup> <http://www.cita.pt/drogas.html> acessado em 28 de outubro de 2015.

mesmo. Ou ainda, prevê legislativamente situações diferenciadas aos que considera menos protegidos, considerando o não desenvolvido do discernimento ou involução mental destes.

## 2.6 A INCAPACIDADE MENTAL RELACIONADA À DROGADIÇÃO

Importante informar que não há relação necessária entre a internação compulsória e a declaração judicial de incapacidade com interdição para alguns ou todos os atos da vida civil. Isso em caráter formal, já que na linguagem médica o estado do paciente corresponde a uma “escala de grave a completamente saudável, enquanto que na linguagem jurídica é capaz ou incapaz, necessita ser internado ou não”<sup>74</sup>.

Porém, o Código Civil (CC) de 2002 aplica a incapacidade relativa especificamente aos “viciados em tóxicos” por discernimento reduzido (art. 4º, inciso II). Ou absolutamente incapazes aqueles que “mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade” (art. 3º, inciso I). Em todos os casos é necessária a perícia médica para atestar o grau de incapacidade.

Nicácio (1994), distingue a loucura da criminalidade a partir da racionalidade. Cita-se, apesar do termo “louco” usado pelo autor, logo abaixo, uma referência à racionalidade, o que para este estudo seria a capacidade, habilidade natural do homem em discernir vontade e entendimento prudente. Eis a referência:

O que distingue o louco do criminoso é a racionalidade, ambos transgridem leis, porém o criminoso é culpado porque é racional e responsável, enquanto o louco é incapaz na relação de trocas, isento de responsabilidades e, portanto merecedor de assistência. [...] O cidadão louco, ou ainda os loucos de todo gênero a que se refere o código civil (artigo 5º), são considerados incapazes para a vida civil. O que determina que sejam tutelados à

---

<sup>74</sup> ZEMISCHLANY, Z. MELAMED, Y. *The impossible dialogue between psychiatry and the judicial system: a language problem*. 2006. apud BARROS, Daniel Martins de; SERAFIM, Antonio de Pádua. Parâmetros legais para a internação involuntária no Brasil. Rev. Psiquiatria Clínica. São Paulo.v. 36. n. 4. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010160832009000400008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832009000400008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 22 de outubro de 2015.

incapacidade civil significa não apenas um conceito jurídico instrumental, mas formaliza a relação que se estabelece com o louco ao confirmar a inexistência da sua subjetividade. (NICÁCIO, 1994: 7, 22).

Linguagens técnicas ou não a parte, o dependente químico nesta dissertação é tratado como indivíduo, cidadão portador de direitos e deveres. Determinar se o ato de consumo de entorpecentes é lícito ou ilícito compete ao legislativo. Entretanto, garantir seus direitos fundamentais é dever do Estado.

Discute-se aqui os direitos do internado e a internação compulsória nos casos da drogadição. A polêmica gerada entre a garantia dos direitos fundamentais na política pública ou a prevalência da cultura coletivista em detrimento do indivíduo.

Os direitos subjetivos como proposto por Habermas (2003) “impõem limites estabelecidos pela lei positiva, no interior dos quais um sujeito está justificado a gozar livremente da sua vontade”. O autor ainda afirma que a liberdade de ação é compatibilizada, em tese, pelas leis, que garantem esta compatibilização. Prossegue dizendo:

O Direito é o meio pelo qual se espera que estabeleça uma via, ou melhor, um espaço racional de comunicação, que permita conjugar a liberdade subjetiva de uma pessoa com sua autonomia de cidadão. Todavia, até presentemente não se conseguiu construir um entendimento harmônico e satisfatório a autonomia pública e privada. (HABERMAS, 2003: 115).

A drogadição pode ser entendida, segunda a Organização Mundial de Saúde, como um estado de intoxicação periódica ou crônica, nocivo ao indivíduo e a sociedade, por qualquer substância que, introduzida no organismo, modifica alguma função, além de causar dependência física e psicológica. A concepção de Silveira (2004) é harmônica ao conceito da OMS:

Dependência pode ser entendida como um impulso que leva o indivíduo a usar uma droga de forma contínua [sempre] ou periódica [frequentemente] para obter prazer. Dependente caracteriza-se por não conseguir controlar esse consumo. (SILVEIRA, 2004: 14).

Compelindo a ideia da necessidade primeira de reconexão e não isolamento daquele que faz uso problemático de substância psicoativa, oportuno citar o psiquiatra francês Claude Olievenstein, fundador do ‘Centre Medical Marmottan’, centro médico de referência mundial no tratamento para dependentes químicos<sup>75</sup>. Para o especialista, somente o sofrimento do usuário de entorpecente é proibido por uma conotação moralizante e por seu comportamento oposto ao padrão adaptativo de normalidade, a chamada “doença mental”:

Existe na relação do toxicômano com os demais uma palavra e um afeto interditos. De todos os sofrimentos, somente o seu é proibido por uma conotação moralizante. Somente a passagem ao ato – recidiva ou suicídio – pode permitir ao sobrevivente uma comunicação rompida, o sinal-sintoma da perseguição que o sujeito sofre.

O principal obstáculo é o conceito de normalidade, que rejeita o sujeito em seu isolamento. A normalidade é o paradigma da psiquiatria e a neurose o da psicanálise. Para a psiquiatria, o oposto da normalidade considerada como padrão adaptativo de comportamento é o do transtorno mental, com seus sinais e sintomas minuciosamente descritos, o que caracterizaria a Síndrome de Dependência de Substâncias. (OLIEVENSTEIN, 1989).

Olievenstein (1989) informa uma equação de dependência composta por quatro variáveis: 1) o objeto “droga” existe sem dependente. 2) diante desse objeto, a atitude do homem é variável, conforme o espaço, a ideologia, o lugar e o momento sociocultural. Privilegiar a relação social com a droga em detrimento da relação subjetiva com ela é, no mínimo, caminho para grandes equívocos. 3) em um mesmo momento sócio cultural, a atitude dos indivíduos é variável, conforme a vulnerabilidade pessoal ligada à história do sujeito diante da falta. 4) toda falta no ser humano remete a uma outra falta arcaica e, é nisso que se situa a especificidade da dependência humana. Logo, o uso de entorpecente é para fazer face a uma falta também específica, a originada pela imagem especular constituída e partida no mesmo momento, o espelho quebrado. A droga mascara essa falta arcaica, originária, comum a todos os seres humanos.<sup>76</sup>

---

<sup>75</sup> [www.proad.unifesp.br](http://www.proad.unifesp.br)

<sup>76</sup> <http://www.megajuridico.com/tratamento-de-dependencia-quimica-na-visao-de-claude-olievenstein/> acessado em 22 de outubro de 2015.

## 2.7 OS CASOS PÚBLICOS DE INTERNAÇÕES COMPULSÓRIAS QUE VIOLARAM DIREITOS HUMANOS E INDIVIDUAIS

Alguns casos de internação compulsória tornaram-se notórios por infringir direitos humanos e individuais, com relatos de maus tratos e negligência que levaram até a morte dos pacientes. Estes são três desses casos públicos.

### 2.7.1 O caso das adolescentes carbonizadas

Um caso específico de internação compulsória de dependência química terminou em tragédia no Hospital Psiquiátrico da Santa Casa de Rio Grande, no sul do país em 2006. Três adolescentes de 14, 15 e 17 anos de idade, internadas por decisão judicial, morreram carbonizadas em seu quarto.

O hospital informa que as adolescentes já haviam recebido alta, mas a justiça determinou a continuação delas na instituição. Sobre as determinações judiciais ainda revela que são obrigados a acolher pacientes com dependência química sem que o hospital tenha qualquer estrutura para tanto. Quanto ao fato concreto, alega que as próprias pacientes atearam fogo no quarto com fim de autoextermínio.

No dia seguinte ao ocorrido, o quarto das adolescentes e enfermaria do hospital entraram em reforma, o que impossibilitou uma completa perícia requerida pelo Ministério Público.

Em ação cível movida pela genitora de uma das adolescentes o hospital restou condenado ao pagamento de 40 mil reais referentes a danos morais, pois esse tinha o dever de cuidado esperado em hospital psiquiátrico, considerando que as adolescentes estavam internadas pelo risco que oferecia para si e para os outros.<sup>77</sup>

---

<sup>77</sup> Parte do acórdão processo Nº 70063420137 (Nº CNJ: 0027391-95.2015.8.21.7000) "...Diante de tal contexto, é de se concluir que a instituição falhou em relação ao dever de cuidado esperado de um hospital psiquiátrico, uma vez que permitiu que as pacientes – menores – fumassem nas dependências do hospital e, após, retornassem ao quarto sem qualquer tipo de revista. E se destacar que os prontuários médicos acostados ao feito indicam que as três vítimas que ocupavam o aposento onde ocorreu o incêndio, exigiam atenção redobrada face ao comportamento que apresentavam.

Por meio desse processo tem-se conhecimento de parte do teor do laudo pericial do Instituto Geral de Pericias informando que as vítimas foram encontradas abraçadas, encolhidas no chão, posição típica de vítimas fatais que tentam se proteger das chamas. Não foi possível concluir se o incêndio foi acidental ou proposital, mas a investigação deixou claro que as adolescentes entraram no dormitório, posteriormente trancado por funcionárias, portando cigarro e fogo.

### 2.7.2 O caso Damião

O primeiro caso brasileiro a ser julgado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos, da Organização dos Estados Americanos (OEA) foi de Damião Ximenes Lopes internado em 1999, na Casa de Repouso Guararapes, em Sobral no Ceará, onde faleceu decorrente de tortura.

Em visita, sua mãe relatou que:

Ele [Damião] veio até ela [mãe] caindo e com as mãos amarradas atrás, sangrando pelo nariz, com a cabeça toda inchada e com os olhos quase fechados, vindo a cair a seus pés, todo sujo, machucado e com cheiro de excrementos e urina. Que ele caiu a seus pés dizendo: polícia, polícia, polícia, e que ela não sabia o que fazer e que pedia que o desamarrassem. Que ele estava cheio de manchas roxas pelo corpo e com a cabeça tão inchada que nem parecia ele. (COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, 2004: 599).

A mãe solicitou providências do hospital e o filho foi medicado aleatoriamente e levado para um banho. Mais tarde, por telefone ela fica sabendo do falecimento de Damião. Desconfiada, pela condição que encontrou o filho mais cedo,

---

*Veja-se que à fl. 136v, que no dia 17/06/2006, a paciente Ana Carolina Silva, outra vítima do incêndio, ameaçou se matar se não lhe fosse concedida alta hospitalar. No prontuário da paciente Adriana da Silva Góes verificam-se várias tentativas de suicídio durante o período de internação (fls. 145/149). Some-se a tais evidências, os depoimentos colhidos pela autoridade policial por ocasião do inquérito policial, os quais evidenciam que a filha da demandante também foi internada em razão dos riscos que representava a sua integridade física e das demais pessoas (fl. 65). Como se observa à fl. 42, para combater o incêndio, os bombeiros necessitaram “cortar” os cadeados de dois portões laterais; o cadeado da porta que dava acesso à ala feminina e ainda arrombar a janela do quarto onde estavam as vítimas, o que demonstra o despreparo da instituição demandada para enfrentar situações como a ocorrida. Assim, tenho que configurado o dever de indenizar, mormente porque é presumido o dano moral decorrente da perda da filha, prematuramente e de forma trágica..”*

solicitou necropsia, mas esta foi realizada pelo mesmo médico da instituição, Dr. Walter Porto, concluindo ele pela “morte real de causa indeterminada”. (CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, *Caso Ximenes Lopes vs. Brasil*, 2006: 33).

Porém, o relatório indica sinais no corpo de Damião decorrentes de tortura. Marcas nos braços, indicando que foram amarrados para trás, equimose ocular, escoriações no nariz, ombro, pernas e pés. Também foi revelado que não havia médico na clínica na hora da morte de Damião.

A família ajuizou ação criminal e ação civil indenizatória contra o proprietário da clínica psiquiátrica, e também peticionou contra o Estado brasileiro perante a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), a qual admitiu a petição e concluiu pela responsabilidade do Estado brasileiro por violação dos direitos consagrados nos artigos 4 (direito à vida); 5 (direito à integridade pessoal); 8 (direito às garantias judiciais) e 25 (direito à proteção judicial) da Convenção Americana e encaminhou a demanda à Corte Interamericana:

Pela violação ao direito à integridade pessoal, à vida, à proteção judicial e às garantias judiciais consagradas nos artigos 5, 4, 25 e 8 respectivamente, da Convenção Americana, devido à hospitalização de Damião Ximenes Lopes em condições inumanas e degradantes, às violações de sua integridade pessoal, a seu assassinato; e às violações da obrigação de investigar, o direito a um recurso efetivo e às garantias judiciais relacionadas com a investigação dos fatos. A Comissão concluiu igualmente que em relação à violação de tais artigos o Estado violou igualmente seu dever genérico de respeitar e garantir os direitos consagrados na Convenção Americana a que se refere o artigo 1(1) de dito tratado. (COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, 2004: 587).

Ainda em 2004, a CIDH apresentou a demanda para que a Corte decidisse se o Estado brasileiro seria responsável, conforme mencionado antes, pela violação dos direitos consagrados nos artigos 4 (direito à vida); 5 (direito à integridade pessoal); 8 (direito às garantias judiciais) e 25 (direito à proteção judicial) da Convenção Americana, em relação à obrigação estabelecida no artigo 1.1 (obrigação de respeitar os direitos).

O Estado brasileiro reconheceu sua responsabilidade parcial frente às denúncias feitas, logo as condições de tratamento que resultaram na morte de Damião Ximenes. No entanto, o Estado brasileiro não identificou a violação dos artigos 8 e 25

da mesma Convenção. Mas a Corte, no ano de 2006, condenou o Brasil de todas as acusações.

### **2.7.2 O caso do comércio de cadáveres de “loucos”**

Março de 1970, na Universidade Federal de Juiz de Fora corpos sem vida estavam amontoados no pátio da Faculdade de Farmácia e Odontologia. Pela descrição de Daniela Arbex (2013):

[...] Havia dezenas de cadáveres espalhados pelo chão em grotescas posições. Parecia que um maníaco sexual havia passado por ali. Os corpos das mulheres com as saias ou camisolas erguidas, pernas abertas, desnudando sua intimidade. Os homens, com as calças e cuecas – sujas umas, imundas outras – baixadas. As fisionomias eram pálidas, esquálidas. Barbas crescidas, cabelos desgrenhados, pareciam egressos de um manicômio. O cheiro não deixava dúvida de que estavam mortos havia dias. (ARBEX, 2013: 64).

Eram mesmo egressos de um manicômio. Os corpos vinham do Hospital Psiquiátrico de Barbacena e foram vendidos à Faculdade por cerca de R\$ 364 cada um como peças anatômicas.

Não somente aqueles cadáveres foram vendidos, outros 1.823 também foram negociados com diversas faculdades de medicina do Brasil entre 1969 e 1980, criando um verdadeiro comércio de defuntos de “loucos” indigentes desnutridos, comércio esse com maior oferta na estação do inverno, quando havia falecimento em massa no Sanatório de Barbacena.

Dado momento, a grande quantidade de corpos passaram a não ter serventia frequente nas faculdades, fazendo com que optassem pela decomposição em ácido deles dentro de tonéis com objetivo de aproveitar as ossadas para revenda. (ARBEX, 2013).

Não pode uma pessoa livre ser encarcerada para evitar a exposição de sua saúde mental em benefício do bem estar social. Não há porque limitar direitos

constitucionais se o cidadão não representa risco para si ou para outrem, sobretudo quando a internação não é feita para um tratamento humanizado e individualizado.

Deste capítulo pode-se concluir que a lei, por si só, em sua forma abstrata, não tem efeito fabuloso de alcançar toda e qualquer condição da vida real, mesmo porque a sociedade não é estática. De modo que a lei só se aperfeiçoa quando visa proteger direitos individuais e quando esses indivíduos também perseguem seu próprio bem estar.

Ainda assim, sem união de forças de vários segmentos, sobretudo o poder público, será sobremaneira difícil chegar-se a uma política pública eficiente e equânime, capaz de garantir a dignidade do cidadão, princípio intrínseco à pessoa e trazer o bem comum que todo homem almeja: a felicidade real. Logo, a internação compulsória deve ser medida aplicada para reinserção social do indivíduo e nunca como política pública que cria grandes centros de exclusão humana.

### **CAPITULO 3**

#### **CAPSAD: ACOLHIMENTO OU RECOLHIMENTO?**

#### **O CASO DO DISTRITO FEDERAL**

E aqueles que foram vistos dançando foram julgados insanos por aqueles que não podiam escutar a música.

Friedrich Nietzsche

Este capítulo é dedicado à pesquisa de campo nos locais destinados pela Lei 10.216/01 a cuidar de pessoas que fazem uso problemático de substâncias psicoativas, os CAPSad, apresentando aqui o resultado da tabulação dos questionários respondidos pelos atores que colaboraram com este estudo científico, quais sejam: gerentes das unidades e membros da equipe multiprofissional. Locke e as teorias naturalistas, individuais e do Estado - enquanto instituição criada pela sociedade para proteção dos direitos do indivíduo – e Rawls com sua teoria da justiça, são a base teórica para investigar o fenômeno no seu estado real proposto na pesquisa.

#### **3.1 APRESENTAÇÃO DA PESQUISA DE CAMPO**

A pesquisa esta concentrada na área de direitos humanos, cidadania e estudos sobre violência, e ancorada na linha de Estado, políticas públicas e cidadania.

Será feita uma análise sobre o fenômeno da internação compulsória de pessoas que fazem uso problemático de substâncias psicoativas, através de estudo de caso do Distrito Federal, por meio dos CAPSad existentes, os quais, no âmbito da SES/DF estão vinculados à Diretoria de Saúde Mental (DISAM).

Como marco conceitual utilizou-se a lei 10.216/2001 que completou 15 anos em 06 de abril e, em comemoração, foi lançada a Frente Parlamentar em Defesa da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial. No entanto, há pouca aplicabilidade efetiva dos direitos de pessoas portadoras de transtornos mentais

porque ainda encontra-se, em grande escala, clínicas com características de manicômios, onde os pacientes são submetidos à tortura e maus tratos. O mentor da lei ainda critica a escolha do Governo Federal em nomear o psiquiatra Valencius Wurch Duarte Filho como Coordenador Nacional de Saúde Mental, já que ele já foi diretor da Casa de Saúde Dr. Eiras, e é conhecido por sua posição contrária à lei da reforma psiquiátrica.

Trata-se de um estudo de caso exploratório-descritivo, de natureza, complementarmente, qualitativa e quantitativa que procura investigar a eficácia e eficiência da medida de internação compulsória a partir do estado da arte, fontes teórico-filosóficas e bases conceituais realizadas nos capítulos que a este antecedem.

### **3.1.1 Método de pesquisa**

Nesta etapa, primeiramente, buscou-se, por meio da Lei de Transparência<sup>78</sup>, dados estatísticos para o estudo comparativo de caso junto à SES/DF quanto às internações voluntária, involuntária e compulsória, bem como o orçamento destinado e executado a cada uma delas. Também questionou-se sobre os leitos disponibilizados para a internação compulsória na rede hospitalar pública, as características sociais e demográficas dos pacientes, bem como a reincidência e o sucesso do tratamento forçado.

Já no que diz respeito ao dilema desta dissertação: a aplicação da punição em caráter médico, devido à despenalização do uso de substâncias psicoativas ilegais a partir da Lei 11.343/2006. Antes, era tratado, principalmente, na esfera policial, e hoje ainda permanece a tradição da passagem pelo judiciário. Assim, confrontou-se com a informação fornecida pela Polícia Civil do Distrito Federal sobre o número de procedimentos instaurados no período de 2001 a 2014.

Em seguida foram visitados todos os sete Capsad de atendimento destinado ao público adulto do Distrito Federal, e ali foram aplicados dois questionários aos gerentes, um com oito perguntas semifechadas sobre as condições

---

<sup>78</sup> Lei da Transparência é a Lei Complementar 131/2009 que dá acesso às informações públicas ao cidadão através do sistema eletrônico e-sic.

das unidades e o outro com oito perguntas abertas acerca da internação compulsória. Ademais, os gerentes escolheram entre três e quatro agentes de saúde, conforme disponibilidade, da equipe multiprofissional, sendo destes os mais participantes: técnico de enfermagem, enfermeiro, terapeuta ocupacional, assistente social, psicólogo, médico psiquiatra. A maioria das unidades não dispunha de médico clínico e farmacêutico.

Desse modo, parte-se para os resultados na referida ordem.

### **3.1.2 Resultado da pesquisa de campo**

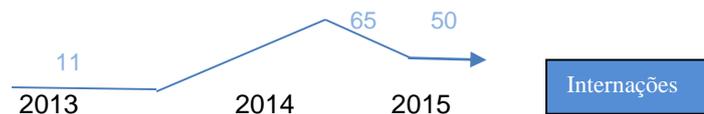
A Diretoria de Saúde Mental, através do despacho 100/2016 respondeu ao Memorando 364/2016 da Secretaria de Estado e Saúde do Distrito Federal, referente ao protocolo de número 00060000071201673 solicitado pela pesquisadora com os questionamentos sobreditos. A DISAM informou que não dispõe de dados anteriores a 2013, nem de registros das características socioeconômicas e demográficas dos pacientes e famílias que solicitaram e/ou foram internados compulsoriamente e o tempo médio da internação. De igual desídia, a SES não possui informações sobre o sucesso do tratamento compulsório com internação, nem das reincidências de internações, o que leva a crer que não há acompanhamento nem durante, nem tampouco depois da internação subsidiada com dinheiro público, ou seja, de responsabilidade da SES/DF. Ademais, não há controle dos gastos ou do que quer seja com internações públicas voluntárias e involuntárias.

Os números disponibilizados pela DISAM de internações compulsórias pelo uso abusivo de substâncias psicoativas e seus valores são: 11 internados em 2013 com custo de R\$ 330.730,40 (trezentos e trinta mil, setecentos e trinta reais e quarenta centavos); em 2014 foram 65 internações, somando um ônus de R\$ 3.089.303,20 (três milhões, oitenta e nove mil, trezentos e três reais e vinte centavos). Já em 2015, o número de pessoas internadas a expensas da SES/DF foi de 50, sob o custo de R\$ 3.143,093,93 (três milhões, cento e quarenta e três mil, noventa e três reais e noventa e três centavos), totalizando, em apenas três anos e 126 internações compulsórias, o

gasto público de R\$ 6.563.127,53 (seis milhões, quinhentos e sessenta e três mil, cento e vinte e sete reais e cinquenta e três centavos).

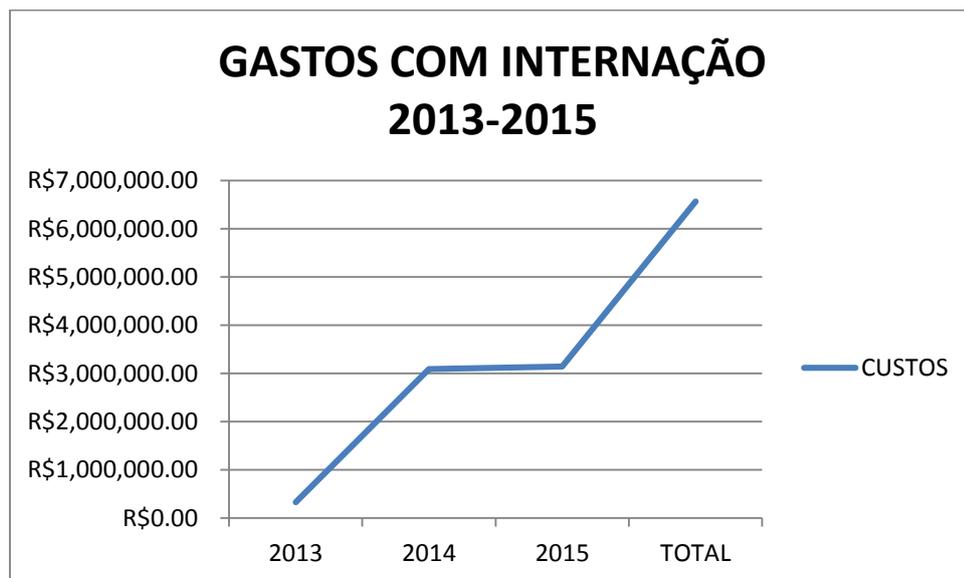
Conclui-se, com isso, que o gasto crescente por paciente internado em 2013 era de R\$ 30.066,40 (trinta mil, sessenta e seis reais e quarenta centavos), 2014 R\$ 47.527,74 (quarenta e sete mil, quinhentos e vinte e sete reais e setenta e quatro centavos) e em 2015 R\$ 62.861,87 (sessenta e dois mil, oitocentos e sessenta e um reais e oitenta e sete centavos). Em ilustração os números de internações e seus gastos, ressaltando que não há orçamento específico para as internações compulsórias:

Ilustração 8



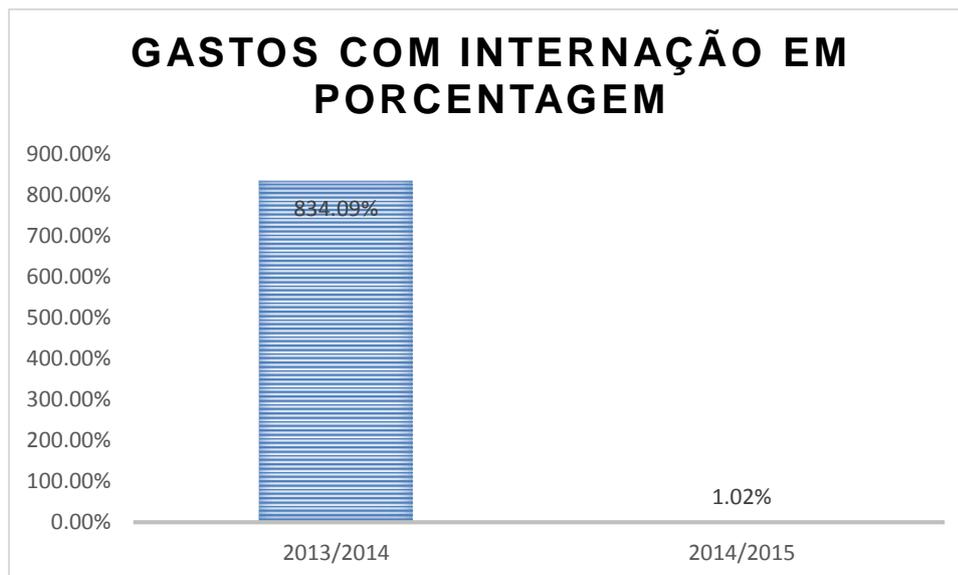
Fonte: Elaboração própria

Ilustração 9



Fonte: Elaboração própria

Ilustração 10



Fonte: Elaboração própria

É, não só evidente, mas assombrosa a elevação de gasto entre 2013 e 2014, no que corresponde ao valor individual da internação compulsória. Todavia, mesmo parecendo pequeno o percentual de elevação nos gastos da SES/DF com essa internação de 2014 para 2015, o custo individual da internação de modo geral, desconsiderando as particularidades de cada uma delas, pois não informadas pela DISAM, foi superior a 32,2%, ou em R\$ 15.334,13 a mais do que em 2014. Observe os números completos:

Ilustração 11

ANOS	2013		2014	2015
<b>CUSTO INDIV</b>	<b>R\$ 30.066,40</b>		<b>R\$ 47.527,74</b>	<b>R\$ 62.861,87</b>
<b>DIFERENÇA ANUAL</b>	2013/2014 + 36,7%	2014/2015 + 32,2%	R\$ 17.461,34	R\$ 15.334,13

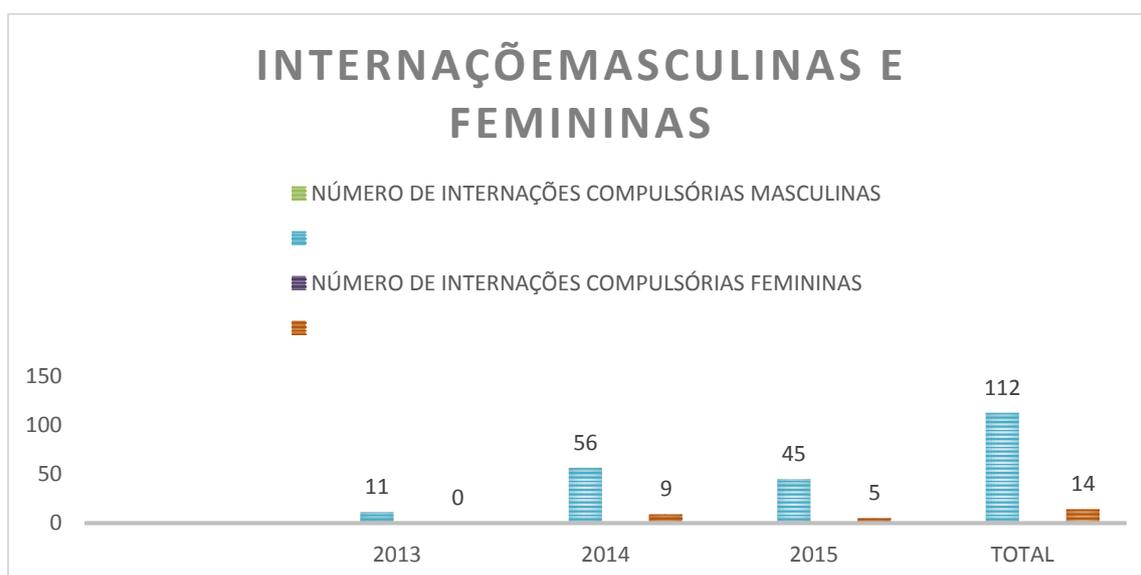
Fonte: Elaboração própria

Sobre os leitos de atenção integral à saúde mental, incluindo aqueles com demandas referentes ao abuso de substâncias psicoativas, em hospital geral o Distrito Federal dispõe de 45, e na rede de Atenção Psicossocial mais 31. Porém, na pesquisa de campo, os leitos dos CAPS são utilizados para uma rápida ministração

medicamentosa, quando há médico na unidade, e na rede hospitalar esse número é apenas formal. Sequer existem leitos suficientes para atendimentos de qualquer natureza. Assim, quando, após muita persistência e sorte do gerente do CAPS, o paciente é aceito em um hospital geral, em decorrência de uma emergência, ele não é acompanhado pelos profissionais necessários a cada demanda específica, nem mesmo reencaminhado ao acompanhamento na unidade de atenção psicossocial. Logo, sua recaída é consequente, assim como seu distanciamento do tratamento.

A única informação social que a SES dispõe é a de que as mulheres são menos internadas compulsoriamente do que os homens. Em 2013, dos 11 casos de internação, nenhum era feminino; em 2014 de 65, apenas nove eram mulheres e no ano seguinte caiu para cinco. Ou seja, do total de internações por ordem judicial efetivadas entre 2013 a 2015 foram pouco mais de 11% mulheres e 89% homens. Vejamos:

Ilustração 12



Fonte: Elaboração própria

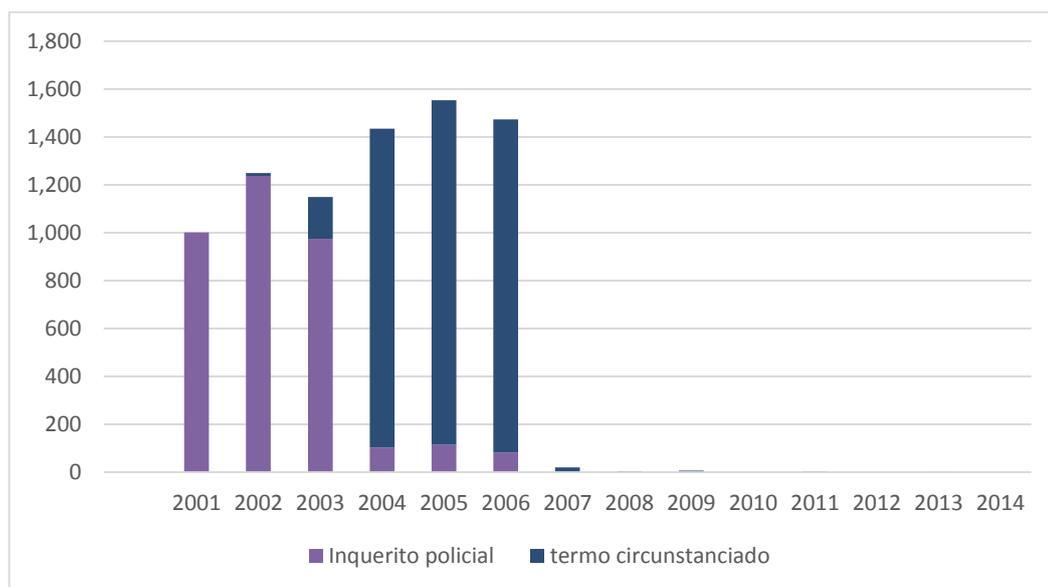
Como já explanado, até o ano de 2006 o porte e uso de entorpecentes era penalizado com pena privativa de liberdade. Atualmente o usuário pode ser punido com pena restritiva de direito, taxativamente: advertência sobre os efeitos das drogas, prestação de serviços à comunidade e medida educativa de comparecimento à

programa ou curso educativo. Assim, antes ficava a critério da autoridade policial, a partir da coleta de provas e circunstâncias do fato, registrar a ocorrência como Inquérito Policial (IP), instrumento de investigação policial levado à justiça comum<sup>79</sup> ou como Termo Circunstanciado (TC) enviado ao juizado especial criminal<sup>80</sup>.

Com a vigência da Lei 11.343/2006, somente há inquéritos policiais havendo concurso de crimes, caso contrário, é lavrado apenas o ato administrativo do TC. Nota-se um extremo crescimento em instauração de TC após 2006 que pode levar a duas reflexões divergentes: sensação de liberdade do usuário em fazer o uso na rua, sem convenções, e continuidade da tentativa do Estado em punir de alguma forma.

Vejamos primeiro os números de IP e TC de 2001 a 2006 e, na figura seguinte de 2006 a 2014, conforme dados coletados junto à PCDF.

Ilustração 13

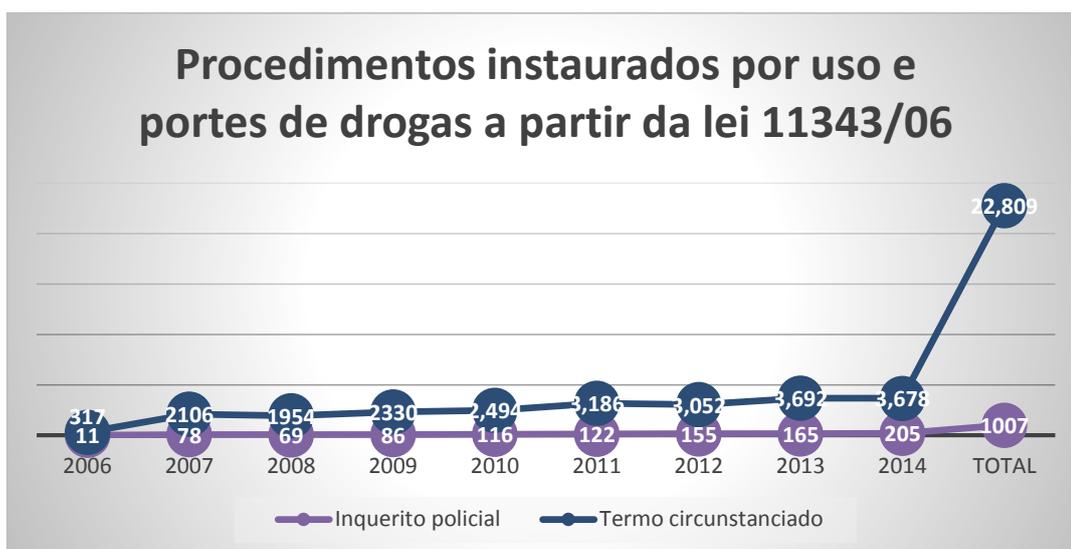


Fonte: Elaboração própria

<sup>79</sup> Justiça comum é aquela composta pela Justiça Estadual e Federal.

<sup>80</sup> Juizado Especial são os órgãos da justiça Ordinária responsáveis por processos de menor valor monetário ou menor potencial ofensivo e características descritas exclusivamente na lei 9.099/95.

Ilustração 14



Fonte: Elaboração própria

A próxima seção é o resultado das visitas feitas às unidades de acolhimento em todo Distrito Federal.

Ilustração 15



Fonte: google mapa

### 3.1.2.1 Pesquisa de campo nas unidades

A pesquisadora conheceu primeiro a estrutura das unidades, sendo a visita guiada pelos gerentes. Em seguida, estes foram entrevistados e responderam questões referentes à estrutura física básica, recursos humanos, demandas e logística dos CAPSad baseados nas Portarias nº 336/2002 e 130/2012<sup>81</sup>, ambas do Ministério da Saúde. A ordem das visitas foram:

#### a) CAPSad Samabaia

O Capsad Samambaia está localizado na área Sul da cidade satélite, ao lado da Unidade de Pronto Atendimento (UPA). A unidade foi visitada pela pesquisadora duas vezes. Sua aparência comercial e seus poucos recursos não são capazes de diminuir o acolhimento com o qual os pacientes são ali recebidos desde o segurança na portaria.

A estrutura vertical com escadas estreitas e pouca iluminação, é desproporcional com o público já cansado e adoecido que recebe, bem como com a dinâmica dos funcionários que precisam deslocar-se frequentemente. Uma sala é destinada como arquivo para comportar tantos prontuários que já deveriam ser eletrônicos.

Na primeira visita, as macas da enfermariam estavam uma sobre as outras, sem colchões. O gerente lutava há mais de dois anos para reativar o serviço, conseguindo essa proeza no mês seguinte à visita.

O funcionamento, por lei, deveria ser de 24h, mas não é. Atende de segunda a sexta-feira, em horário comercial e sábado pela manhã em regime de plantão.

O CAPSad Samambaia possui uma sala de música, com instrumentos novos, e outra sala para a prática de lutas marciais. Os equipamentos adquiridos com

---

<sup>81</sup> Portaria 336GM/MS/2002 - Estabelece as modalidades de CAPS I, II e III, e define porte, complexidade e abrangência populacional. Portaria 130/GM/MS/2012 - Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros.

a ajuda do MPDFT, assim como o material básico para tornar possível a terapia artesanal, que é de extrema importância no processo de tratamento do dependente químico que, além de trabalhar o psicológico, ajuda na reinserção social e no retorno ao mercado de trabalho.

Foi lá também que se conheceu as casas transitórias, locais custeados pela SES/DF que comportam até seis homens e seis mulheres que podem residir por no máximo seis meses, período médio, segundo o gerente, para que o acolhido consiga buscar seu próprio sustento.

A impressão positiva geral é a dedicação dos profissionais ao melhor exercício das atividades desenvolvidas naquela unidade, mesmo em meio a uma visível crise na saúde.

Quanto às informações técnicas e resposta da gestão ao questionário, o CAPSad III de Samambaia atende, além da populosa cidade, o Recanto das Emas e Taguatinga. Assim, obviamente o número de atendimento diário ou por turno é superior ao disposto em Portaria, por isso, embora a equipe esteja completa, ainda não é suficiente para a demanda. A estrutura física é incompatível com o serviço ali prestado, inclusive sem acesso aos cadeirantes.

Acerca dos conhecimentos e opinião referente à internação compulsória de pessoas que fazem uso problemático de substâncias psicoativas, a gerência identifica como motivador para a internação forçada desses indivíduos o uso crônico de entorpecente, com agravamentos clínicos e psicossociais que comprometam, de maneira relevante, a capacidade de sua autogestão, inclusive de escolha própria.

Os registros atuais mostram cinco internações em clínicas privadas custeadas pela SES/DF e que a equipe interdisciplinar avalia todos os processos de capa vermelha (determinação judicial de internação compulsória) para tentar uma vinculação do paciente ao tratamento continuado do Caps, emitindo relatório ao judiciário com a indicação de tratamento adequado. Dado recursos limitados do CAPS, até mesmo de automóvel próprio e motorista, não é possível o acompanhamento sistemático do paciente internado e pós-internado, bem como de sua família.

Quanto à integração dos serviços e leitos hospitalares, os representantes do CAPSad Samambaia explanam que o paciente é acolhido em hospitais apenas no setor de emergência, sendo ele liberado após estabilização mínima, ou sequer esta,

tempo insuficiente para a intervenção mais eficaz da equipe hospitalar e para o conhecimento do CAPS.

Nesse CAPSad a impressão da internação compulsória é

“Um reflexo da dificuldade de implementação dos leitos hospitalares destinados ao acompanhamento de usuário com demandas decorrentes do uso de álcool e outras drogas e transtornos mentais. É mais um diagnóstico resultante da insuficiência da rede de saúde frente ao acompanhamento desses usuários de uma forma mais adequada.” SIC (g nº 1).

Logo, não há eficácia e nem eficiência na medida, uma vez que necessitaria manutenção da desintoxicação. Ademais, não há avanços na qualidade de vida, acompanhamento familiar e reinserção social, sobretudo porque o tempo de internação afasta o paciente do meio.

#### b) CAPSad Sobradinho

A unidade está estabelecida no setor de chácaras de Sobradinho II, muito longe do centro da cidade e das facilidades do transporte público. O paciente, por vezes, caminha por mais de uma hora para chegar ao Centro. Todavia, a estrutura física é ampla e o ambiente compatível com o serviço terapêutico, pois cercado de espaço verde aproveitado até para plantação de hortaliças. Único Capsad que possui um auditório para reuniões e palestras com maior público. Apesar disso, falta reforma e manutenção das paredes e telhados da unidade.

Como respostas técnicas apura-se que seu funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 7h às 18h, atendendo a Sobradinho I e II e Planaltina. O número diário de atendimento é bem maior do que o disposto em lei, o que é incompatível com a equipe multiprofissional que está incompleta, faltando, inclusive, médico clínico.

Para a gerência da unidade a estrutura física é satisfatória, contudo a localização é inadequada por estar afastada do centro da cidade. Os instrumentos básicos para atendimento são escassos, sem manutenção, ou não existem, como medicamentos - mesmo porque não tem médico para prescrever - farmácia e

farmacêutico. O automóvel que utilizam para visitas fica no hospital regional e só é liberado uma vez por semana, mas sem motorista. A situação é agravada pelo fato da unidade não possuir leitos, e, os leitos hospitalares cadastrados não serem acessíveis, o que contraria as Portarias do MS.

Na opinião da gerência, a procura por internação compulsória como recurso para o tratamento de álcool e drogas “passa pelo absoluto desconhecimento do trabalho realizado pelos Caps” (SIC g nº 2). Ademais, existem poucos leitos para desintoxicação e nenhum acesso aos leitos hospitalares, comprometendo o trabalho da equipe, fazendo com que, segundo a gerência, os próprios Caps busquem a internação compulsória, apesar de que esta unidade nunca efetivou nenhuma, mesmo porque o trabalho ali desenvolvido é de desconstrução da internação. A administração daquela unidade acredita que a medida é um recolhimento higienista, sem eficácia e eficiência, agravada pela má gestão dos leitos hospitalares.

#### c) CAPSad Santa Maria

É mais conhecida pelo nome “Flor de Lútus” (planta sagrada em muitos países orientais por representar pureza espiritual, no ocidente simboliza mais a superação), funciona em imóvel público cedido, em área residencial, o que causou muita resistência aos vizinhos que temiam a suposta periculosidade do público.

Foi o centro que causou maior impacto negativo, a começar pela pequena estrutura física. O espaço é uma casa de cômodos pequenos, onde a recepção, o que era para ser a sala de estar, é dividida precariamente com a pseudo enfermaria.

A recepcionista mostrou-se bastante atenciosa, mas a grande surpresa foi presenciar o descaso de um dos profissionais com um paciente que tentou informar-se sobre a casa transitória. Outrossim, famílias de pacientes, principalmente da cidade do Gama, se queixavam da impossibilidade de continuidade do tratamento porque não recebiam ajuda, como uma simples declaração de acompanhamento terapêutico para conseguir transporte gratuito.

No entanto, a responsabilidade da gerência da unidade Flor de Lótus proporciona expectativa de melhora nos serviços ali prestados, mesmo porque Santa Maria é estatisticamente uma cidade vulnerável à drogadição.

A gerência informou em entrevista sobre as condições do Centro como sendo de estrutura de acessibilidade satisfatória que cumpre com seu caráter acolhedor; mas o espaço físico é insuficiente. O número de atendimento diário, normalmente e para o cumprimento legal, é regular, e a equipe, por lei, está completa, porém, não supre as necessidades daquela região por não ter a categoria de Capsad III, ou seja, de atendimento 24 horas. Antes, só funciona das 7h às 19h, de segunda a sexta feira. Considera, ainda, satisfatório os instrumentos básicos indispensáveis ao atendimento, como internet, telefonia, computadores e carro, mas lista como falta na unidade farmácia e farmacêutico.

Perguntada sobre os motivadores para que o indivíduo seja internado compulsoriamente, a gerência respondeu que o motivo principal para chegar à internação compulsória é a “impossibilidade do paciente de responder por si, devido a comprometimento cognitivo severo e persistente” (SIC g nº 3), desde que seja para benefício do próprio paciente, o que levaria a uma “reorganização” do indivíduo.

A unidade efetivou apenas uma internação compulsória, na qual não houve qualquer acompanhamento do paciente durante e após sua internação, tampouco há acompanhamento psicológico da família do paciente. Por consenso geral, ainda que haja determinação judicial, processo conhecido nos Caps pela capa vermelha, a equipe sempre busca avaliar e reavaliar o caso para desconstituir a compulsoriedade e a própria internação. Na opinião da administração desse centro, a internação compulsória, de forma geral, não é eficaz nem eficiente, nada obstante possa ser um instrumento protetivo, mas, se não prescrita de forma responsável, é mero higienismo social.

#### d) CAPSad Guará

Nesta unidade houve visita dupla, por conta da troca da gerência. Local de excelente acesso, pois fica no mesmo espaço do posto de saúde do Guará II.

Funciona de segunda a sexta das 7h às 18h e atende Asa Sul, Candangolândia, Guará, Lago Sul, Núcleo Bandeirante e Riacho Fundo.

Em resposta às perguntas sobre as condições da unidade e depois sobre a medida de internação compulsória, a gerência relata que não há uma regularidade do número diário de atendimento que pode variar de regular a maior do que dispõe a Portaria. Contudo, a equipe é completa e suficiente para a demanda. Mas a estrutura física é insatisfatória, com insuficiência de salas para terapias, além de cômodos pouco ventilados e iluminados. Outrossim, faltam instrumentos indispensáveis ao atendimento como veículo, motorista, internet, computadores e medicamentos.

Para ela, o motivador principal para a internação compulsória é o risco que o usuário de álcool e outras drogas apresenta para si e para os outros. Quando ali chega o processo “capa vermelha”, a equipe encontra-se com o paciente e seus familiares e explica-lhes a forma de tratamento voluntário e acompanhamento do Caps. Envia, posteriormente, ofício com o desfecho da situação ao Poder Judiciário.

Esta unidade tem melhor acesso aos leitos da rede hospitalar regional. Também faz acompanhamento ao paciente internado em comunidade terapêutica através de atendimentos individuais e orientam a continuidade do tratamento após a alta, assim como seus familiares, aos quais são oferecidas terapias em grupos. A gerência acredita que a medida de internação compulsória somente deva ser aplicada em casos específicos e individualmente avaliados por equipe multiprofissional, pois não verifica eficácia na medida.

#### e) CAPSad Ceilândia

Bem localizado, funciona de segunda a sexta das 8h às 18h e, não bastasse a grande demanda da cidade de Ceilândia, ainda atende pacientes advindos de Brazlândia. Mas a estrutura física é ampla e os recursos humanos satisfatórios, inclusive, nas duas visitas realizadas no mês de maio em turnos diferentes, surpreendeu o número de seguranças, três homens e uma mulher.

Os pacientes demonstravam verdadeiro afeto pela gerência que se apresentou muito acolhedora. Feito o mesmo questionamento de condições da

unidade e da internação compulsória em si, a gerência respondeu que, apesar do número de atendimento, por vezes, ultrapassar o indicado na portaria, de até 45 pessoas por turno, a equipe multiprofissional está completa e é suficiente para a demanda.

A estrutura física é satisfatória e a unidade possui ativado o número de leitos regulamentados por lei, de 8 a 12, por ser da modalidade III (24h), e ainda possui todos os instrumentos necessários para o bom funcionamento, mas seria ideal se os prontuários fossem eletrônicos.

Sobre a internação forçada, o principal motivador é quando o paciente está oferecendo risco para si e para terceiros, “mas só é cogitada após outras tentativas (manejos) que não foram bem sucedidos” (SIC g nº 5). Entre 2010 até a presente data a gerente relata que a unidade não efetivou mais do que 10 internações compulsórias, mas todos os pacientes foram acompanhados, bem suas famílias, apesar de não haver muita adesão destas.

O processo de capa vermelha é analisado e discutido em equipe após visitas ao paciente e à sua família. Um relatório, após decisão da equipe sobre a procedência ou não da internação, é enviado à Defensoria Pública do Distrito Federal.

Para a gerência, a estratégia da internação compulsória deve ser último recurso, e só é bem sucedida quando se consegue atuar no núcleo familiar e quando há prosseguimento de tratamento. Enfatiza “repito, é a última estratégia” (SIC g nº 5).

#### f) CAPSad rodoviária

Atualmente é conhecido como CAPSad Candango, pois não fica mais nas proximidades da rodoviária do Plano Piloto, agora está em uma zona de enorme caso de drogadição, o Setor Comercial Sul. O funcionamento, por lei, deveria ser de 24h, mas não é. Muito bem localizado e com excelente estrutura física, atende toda a área central de Brasília, conhecida pela comunidade brasiliense como a cracolândia da capital federal.

De fato, a visita confirmou o senso comum em cada rua das proximidades da unidade cheia de contraste de pessoas em situação de rua e trabalhadores em

horário de descanso compartilhando cachimbos de crack improvisados em latas de refrigerantes vazias e sujas, coincidindo e contrastando, respectivamente, com vazio e limpo centro de acolhimento.

O número diário de atendimento é maior, mas a equipe multiprofissional está completa e é suficiente para a demanda. A quantidade de leitos ativados é regular, de 8 a 12, considerando tratar-se de um Capsad III e a estrutura física é satisfatória e a gerência diz não faltar nenhum instrumento indispensável ao atendimento, nada obstante não receba diretamente o repasse financeiro.

A gerência considera, assim como a maioria dos gestores dos Centros de Atenção Psicossocial, que a internação compulsória deve ser efetuada somente após a tentativa de todos os recursos extra-hospitalares.

#### g) CAPSad Itapoã

Funciona de segunda a sexta das 8h às 18h e atende Itapoã e Paranoá, regiões críticas da cidade em questão de violência, tráfico e uso de substâncias psicoativas<sup>82</sup>. A estrutura insatisfatória para o número de atendimentos, assim como os elementos indispensáveis para o bom funcionamento da unidade como internet, materiais de escritório, manutenção de equipamentos e da própria unidade, farmácia, medicamentos, carro, motorista e profissionais que atendam a demanda do local. A gerência não se pronunciou a respeito da impressão sobre a medida de internação compulsória.

---

<sup>82</sup> PMDF/2016 – [www.pmdf.gov.br](http://www.pmdf.gov.br) acessado em 19 de maio de 2016.

### 3.1.3 Gráficos representativos dos questionários

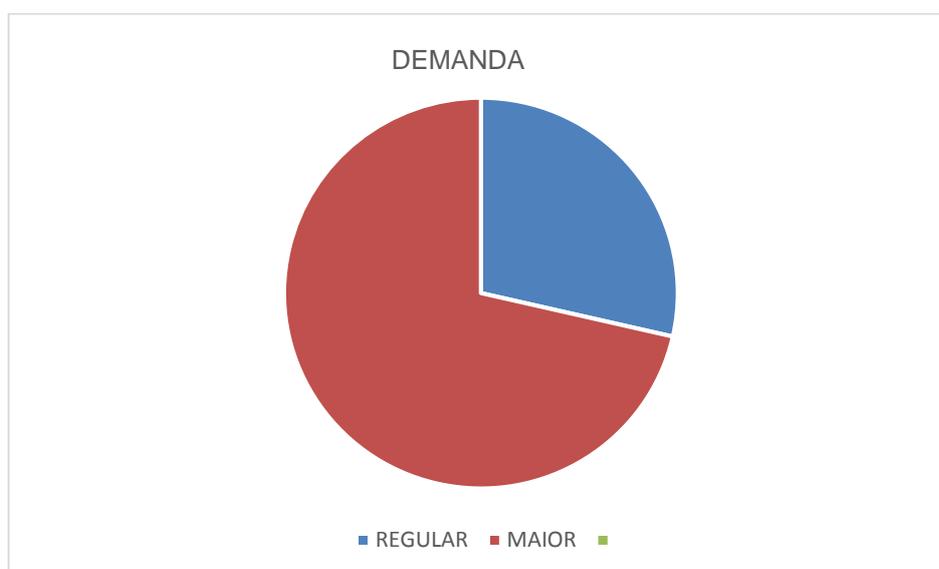
Ilustração 16



Fonte: elaboração própria

A figura supra representa o número de unidades dos CAPSAd estabelecidos em espaços alugados, próprios e cedidos. Já a figura seguinte revela a quantidade de atendimento dos Centros bem maior do que o determinado pelo Ministério da Saúde:

Ilustração 17



Fonte: questionários gerentes CAPSAd

O repasse a que deveriam ter direito todos os CAPSad do Distrito Federal não chega a qualquer deles. Vai direto para o fundo de saúdes da SES/DF e não chega especificamente às unidades. Então, o gerente deve requerer formalmente o suprimento das necessidades do CAPS, o que é burocrático, lento e, na maioria das vezes, desaprovado pela escusa de insuficiência de verba. Assim, muitas vezes os funcionários adquirem seus próprios bens, outras o Ministério Público assume a compra de equipamentos e projetos e outras ainda, graças aos produtos criados nas oficinas artesanais, parte do lucro é utilizada para repor materiais.

Sobre a internação compulsória em si, seis, dos sete gestores deram suas opiniões técnicas e pessoais. Relatam que houve os seguintes números de internação em sua gestão: Candango duas, Ceilândia 10, Flor de Lótus uma e Samambaia cinco. Apenas o Capsad Ceilândia afirma ter havido acompanhamento dos pacientes e de seus familiares, quando estes aderem ao tratamento. Pela pesquisa o acompanhamento se mostra pouco viável porquanto as internações são feitas, predominantemente, em clínicas particulares, portanto, com seus próprios profissionais. As internações feitas no HSVP são acompanhadas pelos profissionais do próprio hospital. Ademais, não há sequer meio de transporte e profissionais suficientes para as demandas ordinárias de cada unidade de acolhimento, quiçá demandas extraordinárias como é o caso da internação compulsória. Logo, não há acompanhamento e acolhimento antes, durante ou após o recolhimento.

Por unanimidade, os gestores consideram que a internação compulsória é reflexo do desinteresse da saúde pública, ou, ainda, da impotência nos poucos casos de interesse dela. Nos moldes em que são feitas, não trazem qualquer solução ao caso, pois a pessoa que faz uso problemático de substâncias psicoativas deve ter acompanhamento individualizado e dirigido às suas necessidades, com o estudo avançado das causas que o levam ao abuso, e para tratamento progressivo das consequências dele, sobretudo a reconexão do indivíduo com ele mesmo e com os demais.

Buscam desconstituir toda ordem judicial de internação compulsória que recebem (os chamados processos de capa vermelha), já que a visita aponta, na maioria dos casos, que a pessoa, mesmo fazendo uso de substâncias psicoativas, tem sua saúde e funcionalidade preservadas, mais até do que aquele que se diz um “bebedor de fim de semana”. Verificam ainda que o uso pode ter passado a abuso por

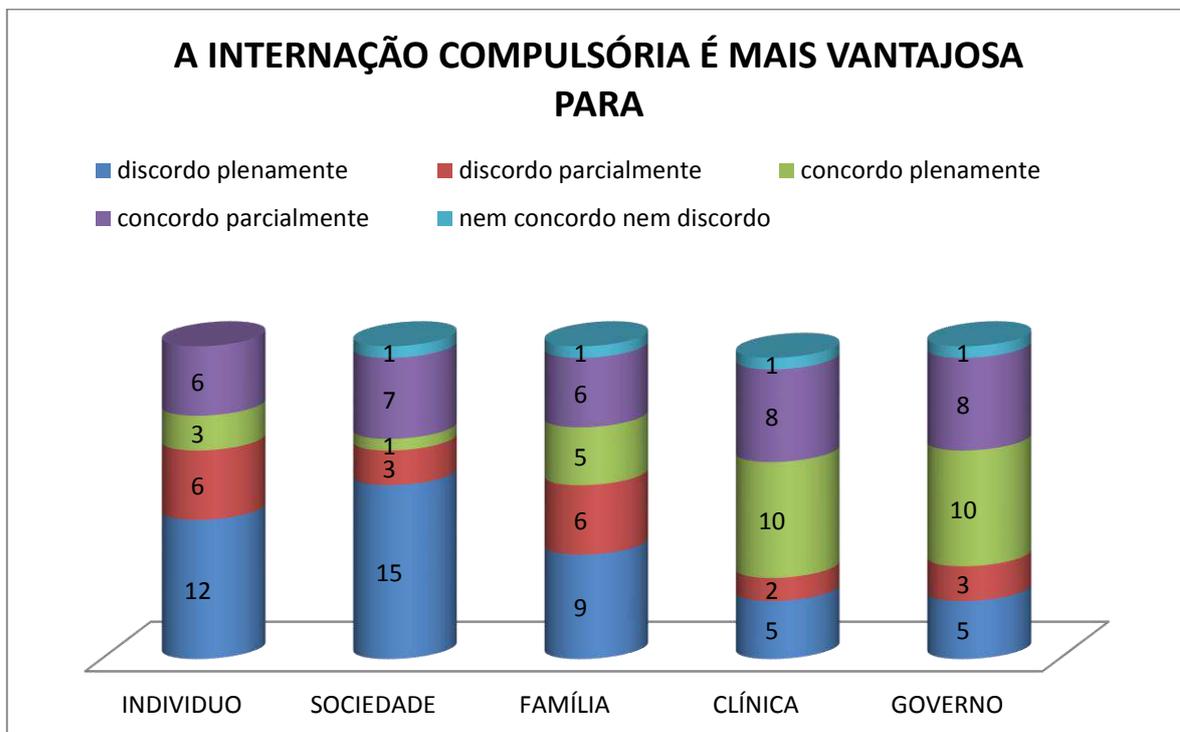
motivos decorrentes do sofrimento corriqueiro a que o ser humano está sujeito, como desemprego, separação, perdas, sendo que, cada um, busca sua forma de consolo, independente dos julgamentos morais. Uns recorrem à religião, outros ao esporte, ou a viagens e outros a vários tipos de drogas lícitas e ilícitas.

Assim, separar esse indivíduo, ou mesmo o que faz uso abusivo de entorpecente que resulta perigo a si e aos outros, não é a melhor opção. É apenas trancafiar um problema que poderá se tornar crônico e não poderá ficar preso para sempre. A internação para os gerentes pesquisados, então, é uma medida higienista, ineficiente e ineficaz.

Vinte e uma pessoas da equipe multiprofissional, assim como mais seis gestores responderam ao questionário de 10 perguntas fechadas compostas, cada uma, de cinco afirmativas, das quais deveriam discordar plenamente, discordar parcialmente, concordar plenamente, concordar parcialmente ou assinalar indiferença.

Perguntados sobre quem lhes parece o maior beneficiário quando aplicada a medida de internação compulsória, consideraram:

Ilustração 18

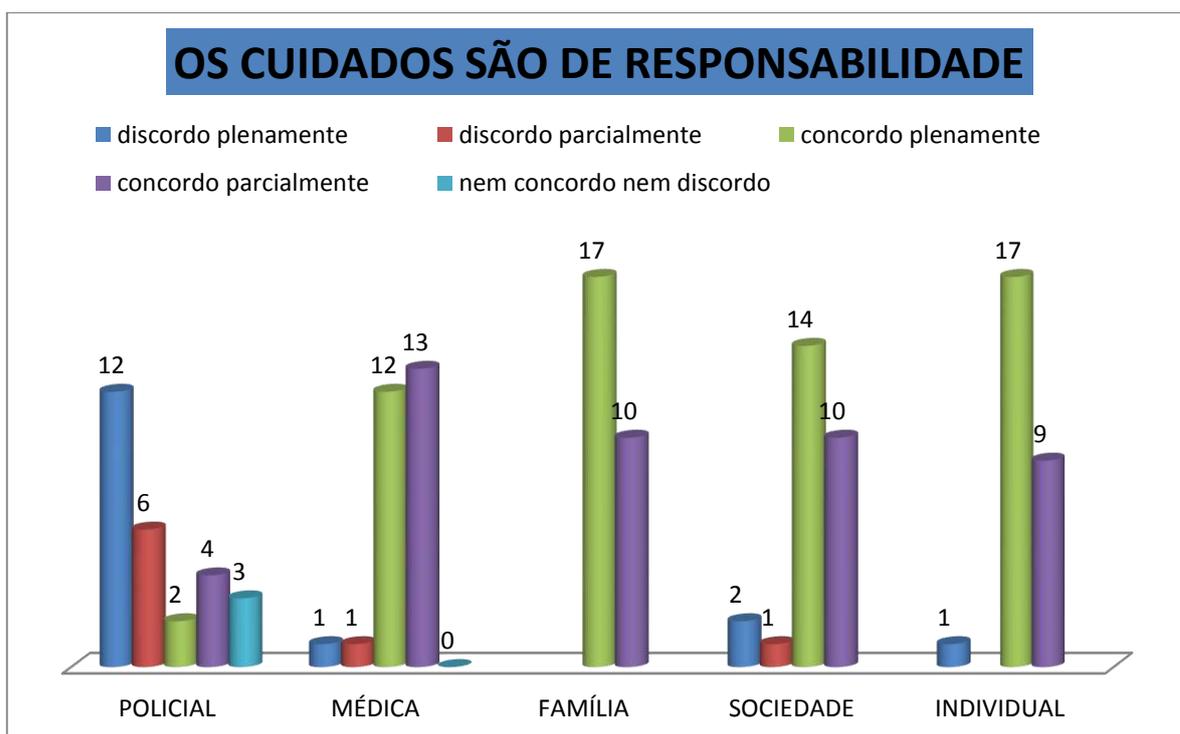


Fonte: elaboração própria

Assim, 44.5% dos entrevistados discordam plenamente que o indivíduo é o maior beneficiado com a medida forçada. Mais de 37% concordam plenamente de que as clínicas particulares conveniadas com o SUS e o governo são os mais beneficiados.

E sobre a responsabilidade dos cuidados para com os dependentes químicos, a resposta da equipe foi:

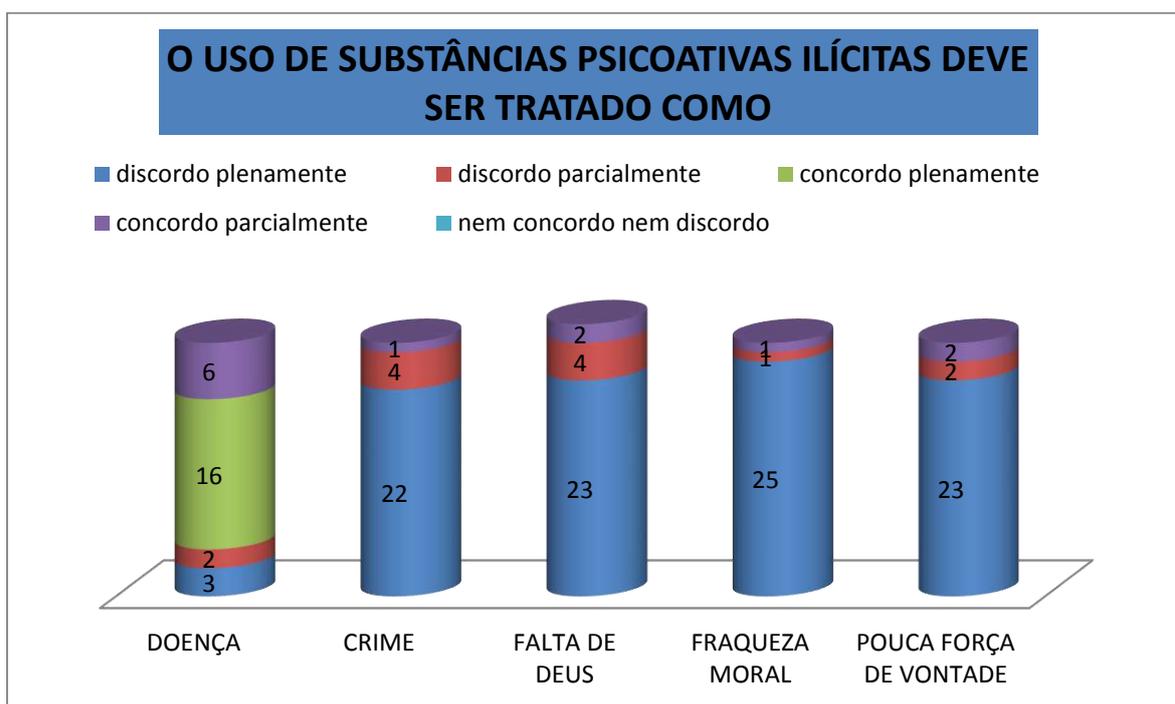
Ilustração 19



Fonte: elaboração própria

Do total de entrevistados, 44.5% discordam plenamente que a responsabilidade para com o usuário de drogas ilícitas é policial, mas ainda 7.5% acreditam que é. Entre os que concordam plenamente e os que concordam parcialmente que é médica de 46 a 47.5%, respectivamente. Índice superado por quem consideram ser de responsabilidade plena da sociedade que somam mais de 51%.

Ilustração 20

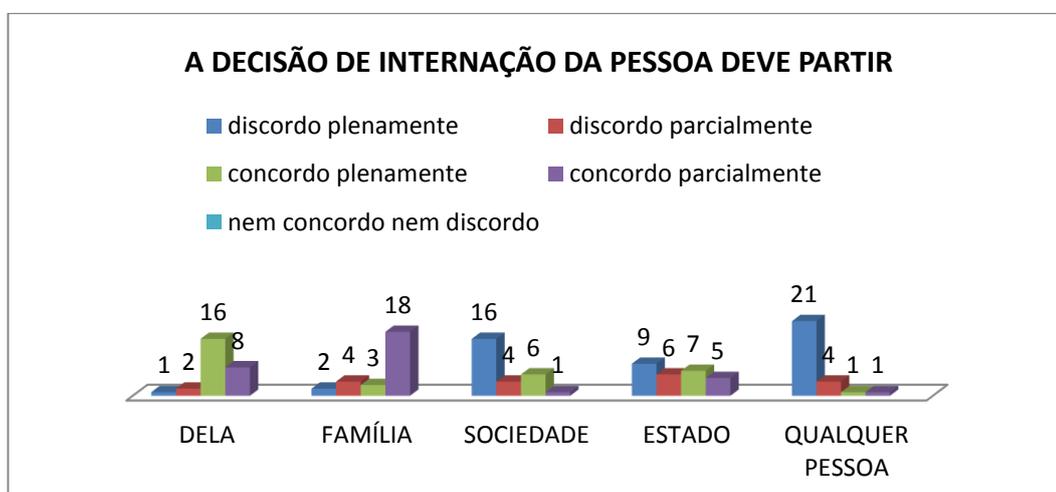


Fonte: elaboração própria

Mais de 59% dos entrevistados acreditam tratar-se de uma patologia e mais de 81% discordam plenamente tratar-se de crime.

Segundo os entrevistados, a decisão de internação deve partir da própria pessoa. Observe:

Ilustração 21

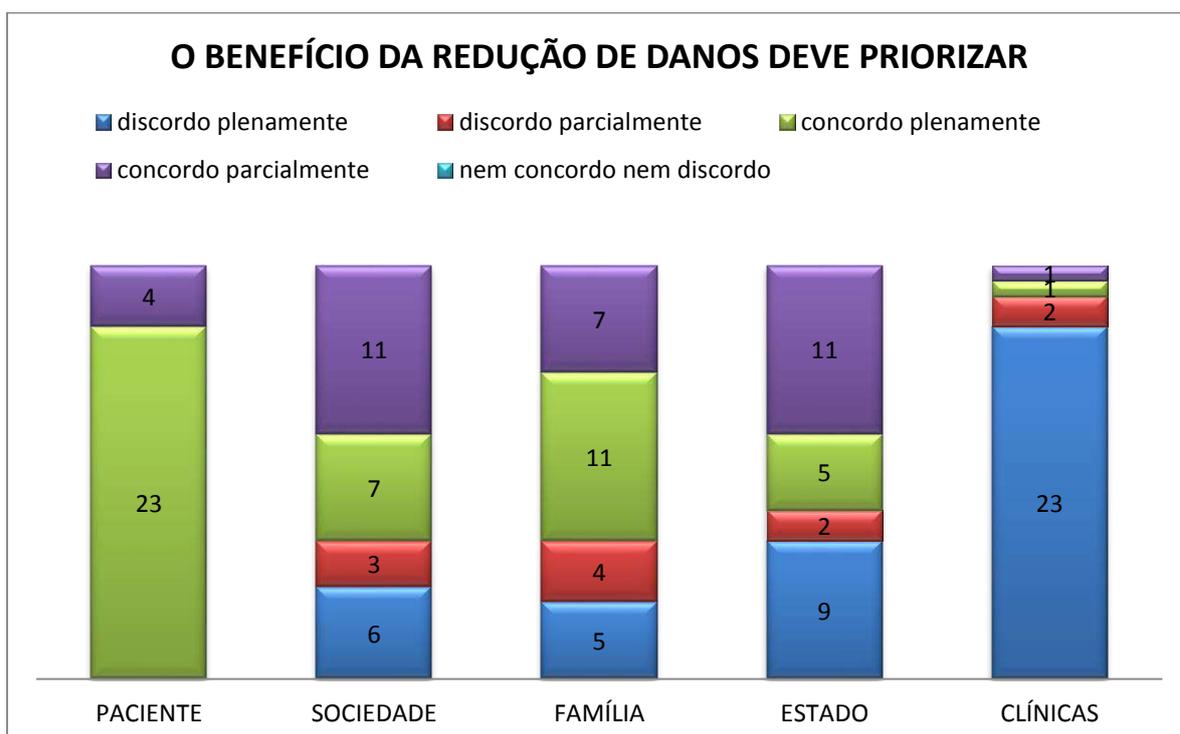


Fonte: elaboração própria

Apesar de a legislação 10.216/01 dispor em seu rol de legitimados para requerer a internação compulsória 59.2% acreditam que a decisão de internação deve ser voluntária, ou seja, do próprio indivíduo e 67% concordam em parte que a família deve intervir.

A redução de danos deve priorizar o benefício:

Ilustração 22

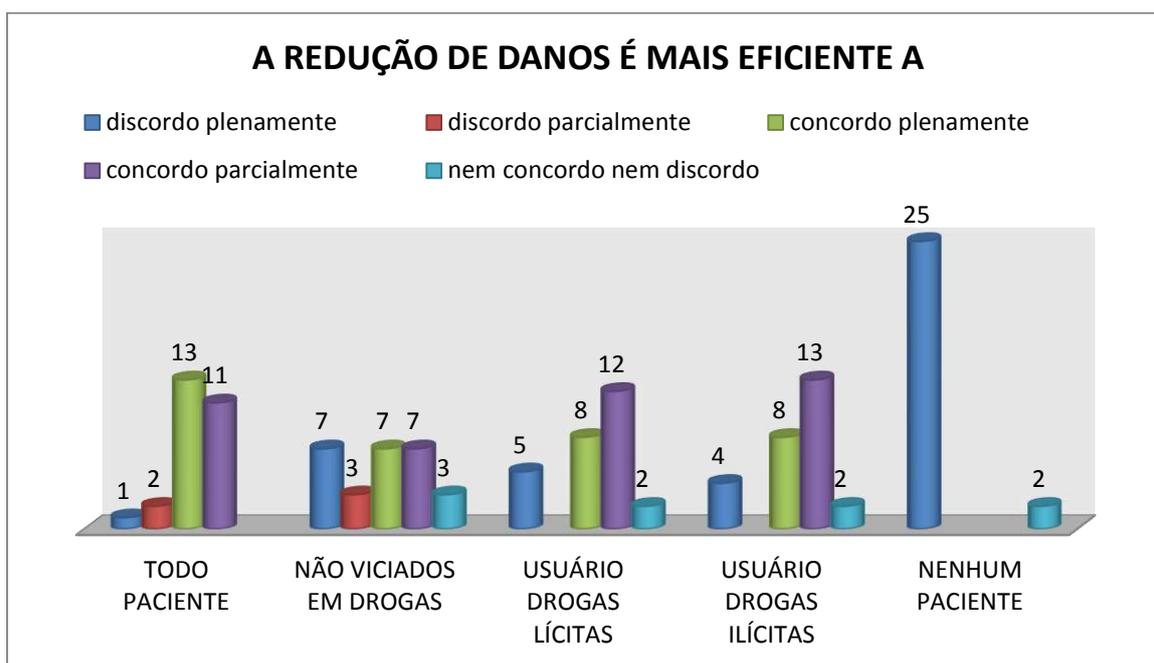


Fonte: elaboração própria

Dos entrevistados, 85.2% estão convictos de que a redução de danos deve priorizar os interesses do paciente contra pouco mais de 18% que pensam primeiro no Estado e 22% na sociedade. A eficiência da redução de danos é creditada por 48.2% dos pesquisados.

A redução de danos é mais eficiente para qual grupo de pacientes? Na opinião dos agentes de saúde:

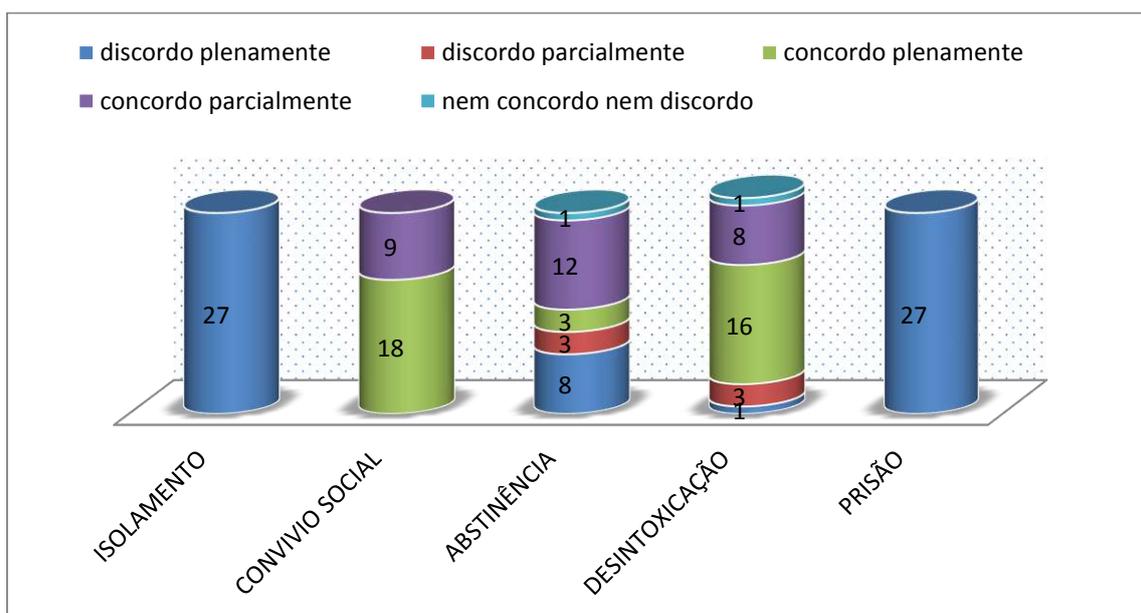
Ilustração 23



Fonte: elaboração própria

A afirmação seguinte diz respeito ao melhor tratamento para o dependente químico. Respondem:

Ilustração 24

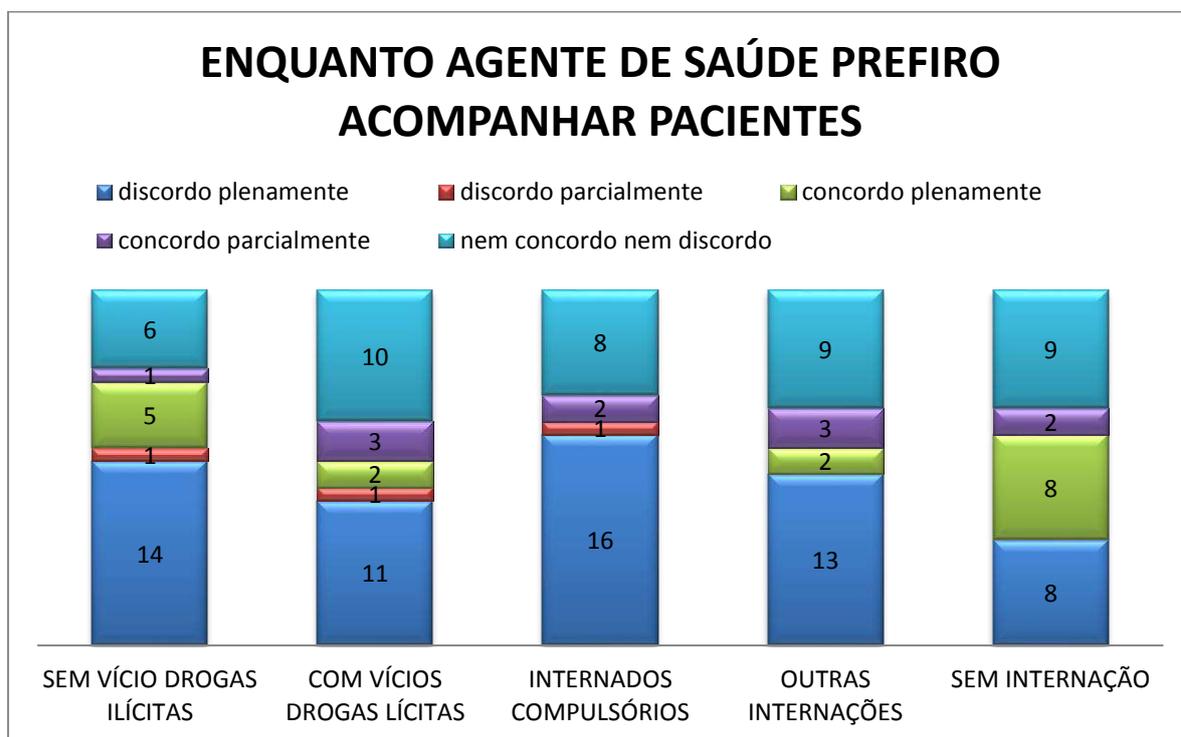


Fonte: elaboração própria

Apreciavelmente, por unanimidade, ou seja, 100% dos entrevistados discordam plenamente que o isolamento e/ou a prisão é o melhor tratamento para pessoa com uso problemático de substâncias psicoativas. O convívio com outras pessoas é a melhor opção para eles.

Sabendo dos desafios, os agentes de saúde falaram de suas preferências de acompanhamento de grupos de pacientes. São eles:

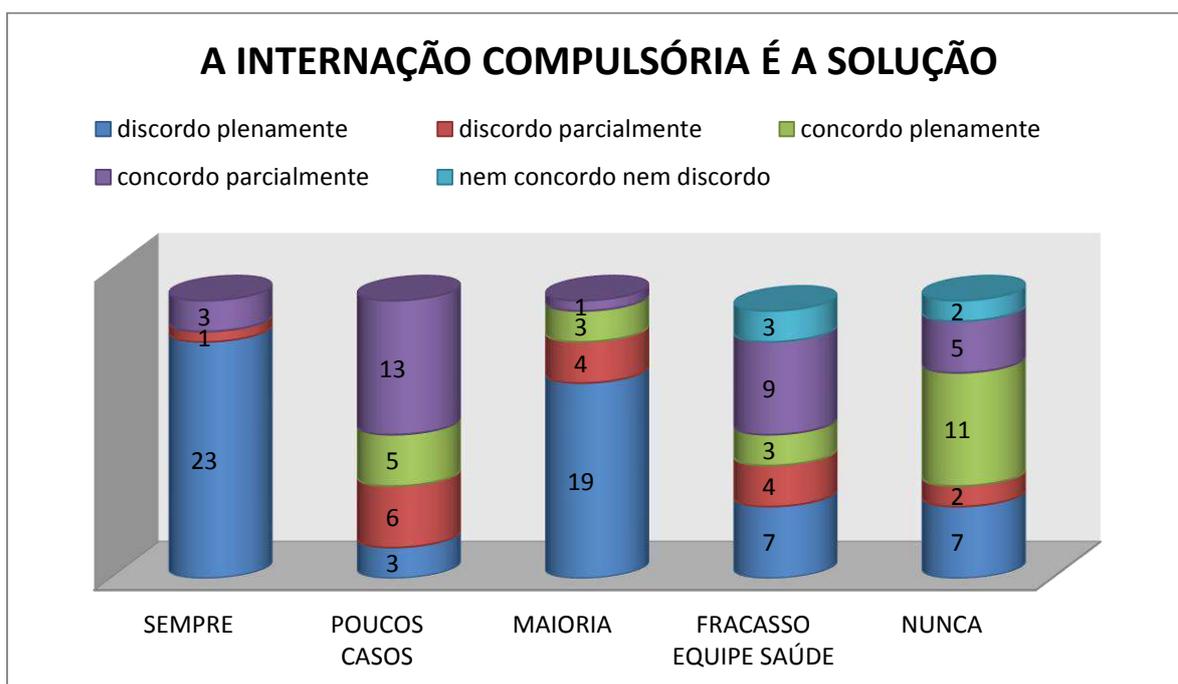
Ilustração 25



Fonte: elaboração própria

No intuito de conhecer o entendimento da equipe multiprofissional dos CAPSad com relação ao melhor tratamento de pessoas que fazem uso problemático de substâncias psicoativas, questionados diretamente sobre a solução da internação compulsória, tem-se:

Ilustração 26



Fonte: elaboração própria

Por fim, questionados sobre a pessoa que foi submetida à internação compulsória e sua recuperação e reinserção à sociedade, percebe-se que a afirmação de que ela se recuperará, e que certamente voltará ao convívio social, com plena autogestão está bem dividida:

Ilustração 27



Fonte: elaboração própria

A recuperação e a reinserção social do indivíduo submetido à internação compulsória ainda causam muita dúvida. Dos entrevistados, 22.2% julgam-nas certas, outros 22.2% acreditam parcialmente na possibilidade; o mesmo percentual que tende mais a discordar em parte. Por bem, todos os entrevistados discordam plenamente que a pessoa que faz uso de substância psicoativa comete crime e deve sofrer encarceramento criminal.

### 3.1.4 Acolhimento ou recolhimento?

A palavra “acolher” vem do latim *acolligere*, que significa levar em consideração, receber; enquanto “recolher”, *legere*, pode ser entendido por coletar.<sup>83</sup> Refletindo no uso diferenciado dessas palavras, refere-se, comumente, ao verbo acolher aos seres vivos e recolher aos não vivos. E o acolhimento é uma diretriz da

<sup>83</sup> <http://www.dicionarioetimologico.com.br/acolher/recolher> acessado em 13 de junho de /2016

Política Nacional de Humanização (PNH)<sup>84</sup> do SUS, como compromisso ético de reconhecer o indivíduo e seu processo de saúde e adoecimento.

Acolhimento é a inclusão do sujeito, é trazê-lo para junto, enquanto que recolher é separar, afastar. Necessário que o atendimento dos CAPSad acolha tanto o usuário quanto seus familiares, mas o indivíduo como prioridade. Na pesquisa de campo ficou evidente uma preocupação maior, um olhar mais ampliado com a queixa do familiar que se mostra esgotado com os cuidados dedicados ao paciente. A realidade e a individualidade do usuário não merecem ficar em segundo plano.

A começar pela estrutura dos CAPSad, a ausência de salas para atendimento individual, a insuficiência de recursos humanos e materiais, a não capacitação continuada dos agentes de saúde, todas essas deficiências comprometem a qualidade dos serviços e a meta de acolhimento dos Centros. O desrespeito à lei de Reforma Psiquiátrica está, inclusive, no desacolhimento, ato presente até mesmo no horário de atendimento, em locais considerados epidêmicos, onde já existem CAPSad III, os quais deveriam atender 24h todos os dias, só ficam abertos de segunda à sexta-feira, em horário comercial.

Os casos vindos da justiça como ordem de internação compulsória, cuja necessidade da medida não foi desconstituída pela equipe do CAPSad seja por ausência de adesão do paciente ao acompanhamento pelo Centro, seja por desconhecimento ou impossibilidade dessa equipe efetuar a visita ao usuário, não são acompanhados pelos CAPSad nem durante a internação nem no período posterior a ela. Mesmo porque, as internações não são feitas nas unidades que mal suportam suas demandas comuns. Difícilmente são feitas na rede pública de saúde, pois os leitos hospitalares são insuficientes. Quando feitos pelo HSVP, existe a equipe do próprio hospital. As internações compulsórias são efetivadas em instituições conveniadas com SUS, transvertidas de clínicas, que não passam de casas de abandono e abuso.

Sequer há uma interação das equipes da SES/DF do Saúde da Família, do pronto socorro e do CAPSad. Assim, o paciente acolhido no posto de saúde, fazendo conhecidas suas queixas e identificado como usuário de substância entorpecente

---

<sup>84</sup> A Política Nacional de Humanização existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários.

deveria ser indicado ao Centro de Apoio Psicossocial, da mesma maneira do paciente que é levado à emergência hospitalar com problemas decorrentes do uso problemático de drogas e que poderia ser priorizado, em prontuário eletrônico e integrado, como pessoa a ser visitada por equipe competente do CAPSad.

Por fim, não pode haver acolhimento do indivíduo sem se pensar na reinserção social dele, e não há, no DF, planejamento e execução da reinserção, além da inaplicabilidade da lei e das diretrizes do SUS, e ignorância à reforma psiquiátrica. Verdadeiramente, o acolhimento deveria ocorrer em todos os setores da sociedade, bem como a preocupação com a reconexão humana deveria estar intrínseca ao próprio homem que, ao contrário, tem forte tendência a afastar do seu meio tudo aquilo e todo aquele que “varia excessivamente com relação à média”, como diria Becker (2008), ao calcular a distância entre o desvio e o comportamento médio.

Logo, o agente de saúde acolher e entender o indivíduo que, por algum motivo faz o uso de substância psicoativa, e, ainda que por força do senso comum lhe considere um “desviante”<sup>85</sup>, é fundamental no processo de vínculo entre ele e o CAPSad. Todavia, não adianta o indivíduo ser acolhido por um e repellido por outro, pois indispensável a integralidade na equipe multiprofissional que reapresenta aquele sujeito como ser individual, peculiar e com valores próprios que valem a pena serem resgatados.

### **3.1.5 A redução de danos e a reinserção social**

A redução de danos é um fenômeno polivalente, idealizado para fim individual e coletivo. Entende-se que o benefício individual refletirá com maior eficácia na sociedade, mas nem sempre o contrário. É uma estratégia eficiente da Saúde Pública mais preocupada em minimizar os prejuízos consequentes do uso de drogas, sem a obstinação da repressão absoluta do uso e do usuário, aproximando-se mais do fundamento constitucional da saúde como direito e não como dever.

---

<sup>85</sup> Desviante e Outsider, termo usado por Becker (2008) em referência àquele que se desvia da regra do grupo.

Contudo, em uma sociedade conservadora, em que a ordem moral é determinada pelo Poder Judiciário, já nas primeiras tentativas de reduzir o risco de contaminação pelo vírus da imunodeficiência humana entre os usuários de drogas injetáveis, os profissionais foram proibidos de distribuir seringas de forma gratuita.<sup>86</sup>

A redução de danos, assim como o acolhimento, deve primar o indivíduo e conhecer e considerar sua singularidade, estimular a autonomia e objetivar a qualidade de vida do paciente. Para isso, indispensável os cuidados transdisciplinares que englobem a saúde, a permanência ou o retorno para o mercado de trabalho e a assistência social desse indivíduo, de modo a reconhecer e respeitar os seus direitos individuais dentro e fora das instalações hospitalares e judiciais.

O pedido judicial de internação compulsória é recorrente no TJDF. Somente no CAPSad de Samambaia, entre 2013 e 2015 a Defensoria Pública do Distrito Federal solicitou 360 demandas de avaliação para a medida forçada, das quais cinco foram efetivadas. Além da internação compulsória, o tratamento extra hospitalar do paciente com uso de substância psicoativa realizado em uma das unidades do CAPS carece de recursos para alcançar a finalidade legal da reinserção social.

Se a SES/DF pode custear a internação comprovadamente dispendiosa, não poderia oferecer meios a esse CAPSad para trabalhar no cumprimento integral da reinserção social desses cinco pacientes? Será possível, após viver meses dopado e em sistema de carceragem reintegra-se por si só, sem o devido acompanhamento profissional? E, como dito, os pacientes que fazem o tratamento livre e voluntário também precisam ser reinseridos na realidade social e no mercado de trabalho. Porém, nenhum programa<sup>87</sup> de reinserção social anunciado pelo GDF está presente, de fato, nas unidades.

Os gestores mais dedicados e os membros da equipe multiprofissional mais comprometidos são os que se esforçam para promover atividades culturais e oficinas de criação de produtos para geração de renda. Ou seja, tudo dependerá da forma de

---

<sup>86</sup> 1989 – No município de Santos (São Paulo), ocorreu a primeira tentativa no Brasil de implantação do programa de redução de danos. Impedidos de fornecer seringas para os UDI como forma de evitar a contaminação pelo vírus HIV, em função de uma ordem judicial, os profissionais estimulavam o uso de hipoclorito de sódio para a desinfecção de agulhas e seringas reutilizadas. Cartilha de Redução de Danos para Agentes Comunitários de Saúde

<sup>87</sup> Participação no “Programa Vida em Casa”; Promoção de projetos de economia solidária associados a Saúde Mental; Promoção de ações de inclusão digital dos usuários; Promoção de ações e práticas que visem à desconstrução do preconceito

desenvolvimento do trabalho da unidade. Não bastasse, são poucas as unidades de acolhimento ou casas transitórias vinculadas aos CAPSad que estão ativas. Em pesquisa de campo, apenas a unidade de acolhimento de Samambaia funcionava. Então, definitivamente não há e não haverá reinserção social sem o pleno funcionamento de um sistema que o promova.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A liberdade é um direito inerente ao homem. É princípio elementar da Teoria da Justiça em conjunto com a igualdade. A liberdade é um fundamento protegido de modo que, ainda que haja uma restrição de certa liberdade do indivíduo, outras tantas lhe são preservadas. No entanto, para que tal limite não se mostre de todo injusto, imprescindível que, primeiro, a finalidade principal seja o benefício do indivíduo que é ou foi privado de sua liberdade e, segundo, que o fim seja eficaz e eficiente.

O Estado surge como forma de mediar as relações sociais e seus conflitos de interesse, e resguardar os direitos básicos do indivíduo e da comunidade. Ocorre que o sistema nacional brasileiro sobrepõe o interesse coletivo ao individual, sem considerar a precedência deste em relação àquele, sem sobrepesar que o desejo da maioria pode não alcançar a necessidade da minoria, violando direitos humanos.

A igualdade em direitos e deveres entre os homens tem se tornado quimérica, enquanto que a desigualdade de uma moral forjada se solidifica em uma sociedade que se mostra preconceituosa. Institucionalizar o “desvio”, judicializar a saúde mental, ou simplesmente criar uma norma, acreditando que, por estar em lei é justo, ou, pior, acreditar que, por não haver lei não há direito, definitivamente não é o caminho para humanizar a saúde ou iniciar uma política pública de saúde. Mesmo porque legalidade e justiça não se confundem, nem tampouco garantem a igualdade. Se a desigualdade for inevitável que ao menos seja razoável e complementar, em benefício de todos, ou, pelo menos, que não seja usada para prejudicar ninguém.

Uma decisão política que esconde, trancafia aquilo que considera problema, supondo ser resolução simbólica, sem enfrentar causas e consequências de forma articuladamente estruturada, não pode receber o nome de política pública. Governar de maneira que subtraia o valor do indivíduo na sociedade não parece ser uma forma ideal de governo. Antes, o papel do Estado é garantir tanto o bem do indivíduo, quanto o bem do grupo, independente de barganha eleitoral.

O higienismo nos moldes atuais, no que se refere às pessoas com uso problemático de substâncias psicoativas, dita regras de comportamento e padrões sociais em nome da saúde, mas o seu fim é profilático e estético. Já a redução de

danos enquanto fenômeno que busca minimizar, primordialmente, os prejuízos vividos pelos indivíduos usuários de drogas parece ser a melhor abordagem, desde que o Estado tenha meios suficientes para aplicá-la, e, sobretudo, que o faça sem uso de violência, ainda que simbólica. Necessário, portanto, que a redução de danos seja meio de promoção de direitos individuais e sociais daquele que está sob o julgo da moralidade construída.

Isso porque há, inegavelmente, um estigma da pessoa que faz uso problemático de entorpecentes, porquanto o vício é associado a crime, logo, a sociedade cobra solução em curto prazo do governo e este usa da força para dar uma resposta imediata à maioria, longe de haver uma preocupação real com a saúde e os danos na vida social do usuário.

A pesquisa mostrou que a internação compulsória não é alternativa vantajosa para o Estado, nem para sociedade, uma vez que a medida é extremamente dispendiosa, levando boa parte do orçamento público de saúde com um tratamento que se mostra ineficaz e ineficiente, além de não minimizar os crimes reais, consequentes do narcotráfico. E, principalmente, não é vantajosa para o paciente que apenas é alvo de descaso e maus tratos em clínicas particulares conveniadas com o SUS que enriquecem à custa do dinheiro público e em detrimento dos direitos do cidadão.

A despenalização da posse da droga para consumo pessoal com o teor do artigo 28 da Lei nº 11.343/2006, que não retira o seu caráter criminoso, legitima o Sistema Nacional de Política Pública sobre Drogas - Sisnad, para prevenção, atenção e redução de danos pelo uso de entorpecente, mas não deixa de reprimir e combater o tráfico. A dificuldade policial e judiciária está em diferenciar o usuário do traficante.

O Brasil não esteve preocupado com o tema da drogadição até ser signatário de acordos internacionais para controle e repressão do tráfico, já que é um comércio paralelo lucrativo às organizações criminosas e, inversamente proporcional ao Poder Público que só recebe parte do lucro com a prisão de grandes traficantes, uma vez que o sistema tributário nacional não faz distinção entre o dinheiro lícito ou ilícito na cobrança de imposto<sup>88</sup>. Mas também, o País, teoricamente, compromete-se a seguir a tendência sanitarista de humanização do sistema de saúde, inclusive no

---

<sup>88</sup> Existe, no Direito Tributário, o princípio “pecúnia non olet”, ou o dinheiro não tem cheiro, expressão e norma que surgiu no Império Vaspasiano que cobrava tributo pelo uso de banheiros públicos na Roma antiga.

que tange ao abuso de entorpecente que começa a ser visto como patologia e não crime, adequando o usuário nos termos das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, nº 10.216/2002 e não mais na legislação penal. Assim, usuário passaria a ser visto como paciente e não presidiário, tendo seus direitos resguardados, inclusive o de ir e vir, e sua dignidade preservada.

Mas a prática é controversa. Os números apresentados pela PCDF reforçam a conclusão de que não há uma adesão à ideia de cuidar dos usuários, ao invés de puni-los. Ademais, a pesquisa de campo confirma que a SESDF e o TJDFT entendem que esse cuidado se traduz no dever do Estado de oferecer saúde e no dever do indivíduo em aceita-la, seja ela de que forma for, ainda que violenta, ineficaz e em desrespeito aos direitos do homem, sua liberdade e autonomia, sem acompanhamento e, sequer, planejamento da reinserção social daquele que é jogado pela força no isolamento proporcionado pelas instituições totais.

Restou comprovado que a medida de internação e tratamento forçado no Distrito Federal é ineficiente, mesmo porque o procedimento não é acompanhado antes, durante ou depois pelo governo e por seus agentes de saúde pública. Trabalha-se apenas com a abstinência desassistida do paciente, sem considerar sua história de vida e condições de saúde. Outrossim, não há atenção integral interdisciplinar e multiprofissional, com projetos que visem a reconexão do indivíduo com a sociedade, mas apenas sua exclusão dele, desconsiderando que o isolamento é um processo de entorpecimento do ser.

Ocorre que o Distrito Federal também não está preparado para acolher nem de modo errado, intra, nem do correto extra-hospitalar as pessoas que fazem uso problemático de substância psicoativa. A situação da saúde apresentada na pesquisa de campo revela uma falência iminente, um caos anunciado por ausência absoluta de recursos indispensáveis ao atendimento humanizado, inclusive o recurso humano.

Destaca-se no batalhão da PMDF da região administrativa de Águas Claras, onde estabeleceu-se o PROERD, a seguinte frase de Pitágoras: “Eduquem as crianças e não será necessário castigar os homens”. Neste trabalho também se defende a prevenção como sensata e acertada estratégia de resistência à drogadição. Contudo, sem o método de apavoramento utilizado como educação preventiva, mostrando-se fotos de pessoas na sarjeta, ou das prisões lotadas como consequência do uso do entorpecente. A prevenção deve alcançar a história social do indivíduo e o

tratamento dos que já fazem o uso deve ser priorizado pela reconexão humana. E isso é convergente com a proposta do acolhimento dos CAPSad, de atendimento individualizado, multidisciplinar e continuado, estendido às famílias.

Como dito, é uma proposta. A mais completa, a mais promissora para reconstruir vínculos, devolver a identidade do indivíduo e sua importância na comunidade e reinseri-lo socialmente. Porém, não há investimento, ou o devido repasse, nem a implementação de programas de cultura, lazer, geração de renda, e autogestão do sujeito. As unidades dos CAPSad não têm estrutura para comportar a demanda de pacientes que as buscam de forma voluntária, que dirá de maneira compulsória. Assim, as ordens judiciais de internação forçada que a equipe do Centro não consegue desconstruir para adesão espontânea ao acompanhamento, são feitas de forma desintegrada com a SES/DF, e no modelo hospitalocêntrico, combatido duramente pela reforma psiquiátrica.

Não há responsabilidade compartilhada entre o Governo do Distrito Federal, a Secretaria de Estado e Saúde, as clínicas conveniadas pelo SUS, as famílias dos pacientes e o Poder Judiciário, já que esse é determinante na medida de internação compulsória. A família apresenta o seu problema à justiça que impõe a efetivação do dever do Estado. O governo, literalmente, paga caro: R\$ 62.861,87 por paciente somente no ano de 2015 para dar uma resposta à sociedade higienista e ao Estado-Juiz, repassando esse problema a um particular que vê sua oportunidade de lucro venda da doença ou da saúde em sua clínica que não passa de casa de abandono e indignidade humana. A exclusão, o isolamento certamente são violências simbólicas não bastasse a violência real a que estão sujeitos os indivíduos rejeitados.

O abrandamento da penalização, ou a despenalização, considerando que não há mais pena formal privativa de liberdade, que era para ser a prática das boas retóricas de convenções internacionais em que o Brasil participou, não foi suficiente para desestigmatizar o usuário de drogas e retirá-lo da linha tênue em que a sociedade, a polícia, todo o Estado o qualifica como criminoso. O recolhimento legalizado com a internação compulsória perpetua a pena de prisão e a comparação com a indigência.

Não há outra resposta à pergunta de pesquisa senão a de que a intenção de dar uma resposta à sociedade higienista, recolhendo a estigmatizada pessoa que faz uso problemático de substância psicoativa é um mal generalizado, ineficiente e dispendioso. É uma providência inútil que não pode ser designada como política

pública, pois lhe faltam características elementares, como: responder às demandas concretas, regular conflito entre atores e efetivar direitos de cidadania. A internação compulsória não passa de espetáculo público que deixa marcas profundas no indivíduo isolado e na história de um País. O Distrito Federal se coloca como palco daquilo que pode ser caracterizado como espetáculo de morte em vida.

## REFERÊNCIAS

ANDREUCCI, R.A *Legislação penal especial*. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

ARBEX, Daniela. *Holocausto brasileiro*. – 1. ed. – São Paulo: Geração Editorial, 2013. ISBN 978-85-8130-156-3.

BARRETO, Rafael. *Direitos Humanos*. Editora Impetus: 2012.

BRASIL. *Constituição* (1998). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1998. Contêm as emendas constitucionais posteriores. Brasília, DF: Senado, 1998.

BRASIL. *Código de processo penal* (1941). Código de processo penal. In: ANGER, Anne Joyce. *Vademecum universitário de direito RIDEEL*. 8. ed. São Paulo: RIDEEL, 2010.

BRASIL. *Novo Código Civil*. Lei nº 10.403 de 10 de janeiro de 2002. Aprova o novo código civil brasileiro. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Lei 10.216, de 06 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*. Disponível em <<http://www.planalto.gov.br/ccivil03/leis/leis2001/l10216.htm>>.

BRASIL. Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006. *Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas- SISNAD*- In: *VadeMecum Forense*. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

BRASIL. Ministério da Justiça. *Crack, é possível vencer*. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/publicações/materialinformativo/seriepor-dentro-do-assunto/crack-e-possivel-vencer>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, Brasília, 07 a 10 de novembro de 2005.

BRASIL. Presidência da República. Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional Antidrogas. *Política Nacional sobre Drogas*. Brasília, DF, 2005c.

BRASIL. Lei nº 5.726, de 29 de Outubro de 1971. *Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem*

*dependência física ou psíquica e dá outras providências.* Disponível em <http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:lei:1971-10-29;5726>.

BRASIL. Decreto nº 4.294, de 6 de Julho de 1921. *Estabelece penalidades para os contraventores na venda de cocaína, opio, morfina e seus derivados; crêa um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substâncias venenosas; estabelece as fórmulas de processo e julgamento e manda abrir os créditos necessários.* Disponível em <http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:decreto:1921-07-06;4294>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria n.º 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.

BRASIL. Decreto-Lei nº 891, de 25 de Novembro de 1938. Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes. Disponível em <http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:decreto.lei:1938-11-25;891>.

BRASIL. Decreto-Lei nº 385, de 26 de Dezembro de 1968. Da nova redação ao artigo 281 do Código Penal. Disponível em <http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:decreto.lei:1968-12-26;385>.

BRASIL. Decreto nº 14.969, de 3 de Setembro de 1921. Aprova o regulamento para a entrada no país das substâncias tóxicas, penalidades impostas aos contraventores e sanatório para toxicomanos. (sic) Disponível em <http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:decreto:1921-09-03;14969>. (sic)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 3088 de 23 de dezembro de 2011. *Institui a Rede de atenção Psicossocial-RAPS, no âmbito do SUS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, ampliando e promovendo o acesso da população, de forma a garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.*

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 130 de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros.

BUCCI, Maria Paula Dallari. *O conceito de política pública em direito*. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (org). Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito Jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 34.

CASAGRANDE JÚNIOR, W. *Casagrande e seus demônios*. São Paulo: Globo, 2013.

COSTA, Alice Albino. *Combate às drogas: internação compulsória* 2012. 20p. Monografia (Conclusão de Curso de pós-graduação Latu Senso) - Escola de magistratura do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro 2012.

DIMOULIS, Dimitri; MARTINS, Leonardo. *Teoria Geral dos Direitos Fundamentais*. São Paulo: RT, 2007, 152-168.

DUALIBI, S.; VIEIRA, D. L.; LARANJEIRA, R. *Políticas Públicas para o controle de álcool, tabaco e drogas ilícitas*. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (orgs.). *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 497 – 513.

ELIAS, Norbert. *A solidão dos moribundos seguido de envelhecer e morrer*. Rio de Janeiro/RJ: Jorge Zahar, 2000.

ECKARDT, H. V. *Fundamentos de la política*. Luengo, Rafael (trad.). Barcelona:Editorial Labor, 1932.

FILHO, A. C. S. Livro: *Direito e Saúde Mental à Luz da Lei 10. 216 de Abril de 2001*. Introdução e Primeiro Capítulo Disponibilizado por Verlu Editora. 2012. Disponível em: [http://direitoefil1.dominiotemporario.com/doc/Introducao\\_e\\_Primeiro\\_Capitulo\\_do\\_Livro\\_DIREITO\\_E\\_SAUDE\\_MENTAL\\_DE\\_ANTONIO\\_CARLOS\\_SATORO\\_FILHO\\_EM\\_17\\_DE\\_OUTUBRO\\_DE\\_2012.pdf](http://direitoefil1.dominiotemporario.com/doc/Introducao_e_Primeiro_Capitulo_do_Livro_DIREITO_E_SAUDE_MENTAL_DE_ANTONIO_CARLOS_SATORO_FILHO_EM_17_DE_OUTUBRO_DE_2012.pdf)>. Acesso em 21 de setembro de 2015.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva, 2005

HABERMAS, Jürgen. *A inclusão do outro: Estudos de teoria política*. Tradução de George Sperber e Paulo AstorSoethe (UFPR). São Paulo: Edições Loyola, 2003.

HARI, Joham. *Artigo Descoberta a provável causa do vício. E não é o que você pensa* publicado em 19 de junho de 2015. História do livro Chasing The Scream: The First and Last Days of the disponível no site [http://www.brasilpost.com.br/johann-hari/descoberta-a-provavel-cau\\_b\\_7597010.html](http://www.brasilpost.com.br/johann-hari/descoberta-a-provavel-cau_b_7597010.html). Acessado em 10 de junho de 2016.

HOBBS, T. *Leviatã*. Trad. João Paulo Monteiro e Maria Beatriz N. da Silva. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

HUME, David. *Investigação acerca do entendimento humano*. Coleção Os Pensadores São Paulo: Nova Cultural, 1989.

\_\_\_\_\_. *Tratado da natureza humana*. Lisboa: Fundação CalousteGulbenkian, 2001.

JAPIASSÚ, Hilton; MARCONDES, Danilo. *Dicionário Básico de Filosofia*. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991. p. 163.

LEÃO, Renato Zerbini. O banimento do amianto. [www.conjur.com.br](http://www.conjur.com.br), 2012.

LEITE, M. C. *Aspectos básicos do tratamento da síndrome de dependência de substâncias psicoativas*. Brasília; Brasil. Presidência da República. Gabinete de

Segurança Institucional. Secretaria Nacional Antidrogas; 2000. 26 p. tab. (Série Diálogo, 3).

LIMA, Alceu Amoroso. *Política*. 4ed. Rio de Janeiro: Livraria Agir Editora, 1956.

LIMA, Barreto. *O cemitério dos vivos*. São Paulo: Ed Companhia das Letras, 1993.

LOCKE, John. *Ensaio acerca do entendimento humano*. Coleção Os Pensadores Tradução AnoarAiex. Editora Nova Cultural, 1999.

\_\_\_\_\_. *Dois tratados sobre o governo*. Tradução Julio Fischer. Ed. Martins Fontes. São Paulo, 2001.

LOWI, Theodor. *Four Systems of Policy, Politics, and Choice*. *Public Administration Review*, 32: 298-310. 1972.

MENDES, Gilmar Ferreira. COELHO, Inocêncio Mártires. BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. *Curso de direito constitucional*. 3 ed. rev. atual. São Paulo: Saraiva, 2008. p.240.

Michaelis - *Dicionário Português Escolar* – Editora Saraiva, 2011.

MORAES, Maria Celina Bodin de. *Conceito de dignidade humana: substrato axiológico e conteúdo normativo*. In: SARLET, Ingo. *Constituição, direitos fundamentais e direito privado*. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2003.

NICÁCIO, F. *O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura*. 1994. 155f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1994.

NORBERT, Elias. *A Solidão dos moribundos*. Tradução: Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

OLIEVENSTEIN, C. *A droga: Drogas e Toxicômanos*. (2ª ed.). São Paulo: Brasiliense. 1989.

PCDF Estatística Inquéritos e Termos pelo uso de entorpecente entre 2001 a 2015.

PLANO DIRETOR DA SAÚDE MENTAL/SES/DF– 2011 A 2015.

PMDF/PROERD. Portfólio, 2015.

RAUPP, L. M. *Adolescência, Drogadição E Políticas Públicas: Recortes No Contemporâneo*. Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social e Institucional. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional. Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2010.

RAWLS, John. *Uma Teoria da Justiça*. Tradução Almiro Pisetta e Lemita M. R. Esteves. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

\_\_\_\_\_. *Justiça como equidade: uma concepção política, não metafísica*". Lua Nova, 1992.

RIBEIRO, Paulo Silvino. *O início das políticas públicas para a saúde no Brasil: da República Velha à Era Vargas*"; *Brasil Escola*. Disponível em <<http://www.brasilecola.com/sociologia/o-inicio-das-politicas-publicas-para-saude-no-brasil-republica.htm>>. Acesso em 15 de novembro de 2015.

RICOEUR, P. *Da metafísica à moral*. Tradução de Sílvia Menezes e António M. Teixeira. Lisboa: Instituto Piaget, 1995, p. 148.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. *Discurso sobre a Origem da Desigualdade*. Tradução Maria Lacerda de Moura. Edição Eletrônica. Ed. RidendoCastigat Mores, 2001 ([www.jahr.org](http://www.jahr.org)).

RUA, Maria das Graças. *Análise de Políticas Públicas: Conceitos Básicos* – Disponível em <http://projetos.dieese.org.br/projetos/SUPROF/Analisepoliticaspublicas.PDFS.A.>, 1998.

SANDEL, Michael. *Justiça: o que é fazer a coisa certa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

SANDEL, M. *Liberalism and the Limits of Justice*. Second Edition. New York, Cambridge: University Press, 2008.

SARLET, Ingo Wolfgang. *As dimensões da dignidade da pessoa humana: construindo uma compreensão jurídico constitucional necessária e possível* In SARLET, Ingo Wolfgang (org.) *Dimensões da Dignidade: ensaios da filosofia do direito e direito constitucional*. 2<sup>o</sup> Ed. Porto Alegre. Livraria do Advogado. 2009.

SES/DF. Relatório sobre internação compulsória entre 2013 a 2015.

SHIMITT, Carl. *Teoría de La Constitución*. Madrid: Revista de Derecho Privado, 1928.

SILVA, J. A. *Curso de Direito Constitucional Positivo*. 36<sup>a</sup> ed. Revista e Atualizada. Malheiros Editores Ltda. 2006.

SILVEIRA, D. X.; SILVEIRA, E. D. X. *Um guia para a família*. 4. ed., Brasília: Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas, 2004. (Série Diálogo; n. 1).

TRAVESSO-YÉPEZ, M. e PINHEIRO, V.S. *Adolescência, Saúde e Contexto Social: Esclarecendo Práticas*. Psicologia e Sociedade, n.14, v.2, p.133-147; jul.-dez. 2002.

TREVELYAN, G. *A revolução inglesa*. Brasília: Universidade de Brasília, 1982.

TRINDADE, Antônio Augusto Cançado. *A proteção internacional dos direitos humanos e o Brasil (1948-1997): as primeiras cinco décadas*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2ª edição, 2000.

\_\_\_\_\_. *Tratado de Direito Internacional dos Direitos Humanos*. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 2013.

VOLTAIRE. *O filósofo ignorante*. Tradução: Antônio de Pádua Danesi. São Paulo: Martins Fontes: 2001.

ZEMISCHLANY, Z. MELAMED, Y. *The impossible dialogue between psychiatry and the judicial system: a language problem*. 2006. apud BARROS, Daniel Martins de; SERAFIM, Antonio de Pádua. Parâmetros legais para a internação involuntária no Brasil. *Rev. Psiquiatria Clínica*. São Paulo.v. 36. n. 4. 2009 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010160832009000400008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832009000400008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 22 de outubro de 2015.

#### SITES:

[www.senado.gov.br](http://www.senado.gov.br)

[www.onu-brasil.org.br](http://www.onu-brasil.org.br)

[www.scielo.br](http://www.scielo.br)

[www.lexml.gov.br](http://www.lexml.gov.br)

[www.ccs.saude.gov.br/saudemental/capsdistritofederal.php](http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/capsdistritofederal.php)

[www.brasil.gov.br/observatoriocrack/index.html](http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/index.html)

[www.radiojuventude.milharal.org](http://www.radiojuventude.milharal.org)

[www.justificando.com](http://www.justificando.com)

[www.cita.pt](http://www.cita.pt)

[www.megajuridico.com](http://www.megajuridico.com)

[www.tjrs.jus.br](http://www.tjrs.jus.br)

[www.proad.unifesp.br](http://www.proad.unifesp.br)

[www.rj.gov.br](http://www.rj.gov.br)

[www.dhnet.org.br](http://www.dhnet.org.br)

[www.psiquiatriageral.com.br](http://www.psiquiatriageral.com.br)

[www.radiodajuventude.milharal.org](http://www.radiodajuventude.milharal.org)

[www.tjdft.jus.br](http://www.tjdft.jus.br)

[www.tjgo.jus.br](http://www.tjgo.jus.br)

[www.fiocruz.br](http://www.fiocruz.br)

www.tcdf.jus.br

#### REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES:

ARISTÓTELES. *A Política*. Tradução de Nestor Silveira. 1 ed.. São Paulo: Folha de S. Paulo, 2010. (Coleção Folha: livros que mudaram o mundo, 11). 208 p.. ISBN 978-85-63270-32-0 (volume 11); ISBN 978-85-63270-21-4 (coleção).

ARENDT, Hannah. *A Condição Humana*. 10<sup>o</sup> ed. Rio de Janeiro: Ed.ForenseUniversitária, 2000.

BOBBIO, Norberto. *A era dos Direitos*. Nova ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

\_\_\_\_\_. *Teoria do ordenamento jurídico*. 8<sup>a</sup> ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2004.

BONAVIDES, Paulo. *Curso de direito constitucional*. 28<sup>a</sup> ed. São Paulo: Editora Malheiros, 2013.

CARVALHO, José Murilo de. *Cidadania no Brasil – O longo caminho*. 3<sup>o</sup> ed. Rio de Janeiro: Civilizações Brasileiras, 2002.

CASTILHO, Ricardo. *Sinopses jurídicas: direitos humanos*. 30 ed. São Paulo. Saraiva, 2011.

CAVALCANTE, A. M. *Drogas: Esse barato sai caro: Os caminhos da prevenção*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2003, p. 81 .

COGGIOLA, O. *O tráfico internacional de drogas e a influência do capitalismo*. Revista Adusp. Universidade São Paulo, ago/1996.

COMPARATO, Fábio Konder. *Ensaio sobre o Juízo de Constitucionalidade de Políticas Públicas*. In: Revista de Informação Legislativa. Brasília, ano 35, n. 138, abr/jun, 1998.

CONTE, M. *Construindo uma política voltada a abordagem do uso indevido de drogas*. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 23, p. 106-119, dez. 2001.

COSTA, Alice Albino. **Combate às drogas**: internação compulsória 2012. 20p. Monografia (Conclusão de Curso de pós-graduação Latu Sensu) - Escola de magistratura do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro 2012.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C. ; LARANJEIRA, R. ; Colaboradores. *Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas*. Editora Artmed. 2011.

DUARTE, P. C. A. V (organizadora-geral). *Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuários e dependentes de drogas*. Brasília: Ministério da Justiça – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011.

ELIADE, Mircea. *O xamanismo e as técnicas arcaicas do êxtase*. SP, Martins Fontes, 2002.

FREIRE JÚNIOR, Américo Bedê. *O controle judicial de políticas públicas*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005.

GONÇALVES, M. C. F. Prefácio. In: SILVA, O. *Droga! Internar não é prender*. Fortaleza: Arte Visual, 2013

MARMELSTEIN, George. *Curso de Direitos Fundamentais*. São Paulo: Atlas, 2008.

MATOS, T. R. *Sobre a internação compulsória*. Disponível em <http://taniadefensora.blogspot.com.br/2012/05/v-behaviorurldefaultvml.html>. Acesso em 25 de setembro de 2015.

MENEZES, J. B.; OLIVEIRA, C. B. *Reforma psiquiátrica brasileira, a difícil passagem do isolamento para o tratamento inclusivo do paciente em respeito aos direitos de personalidade e ao direito à convivência familiar*. In: MENEZES, J. B.; LIMA, R. A. (orgs.). *Justiça social e democracia*. São Paulo: Conceito, 2011.

RONCALLI, A.G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Antonio Carlos Pereira (Org.). *Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: ARTMED, 2003. Cap. 2. p. 28-49. ISBN: 853630166X

SANTOS, M. I. M. *Internação Compulsória De Dependentes De Drogas*. Trabalho de conclusão de curso apresentado à Coordenação de Direito do Centro Universitário do Distrito Federal – UDF, como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Direito. 2013.

SAPORI, L. F. Deve ser permitida a internação compulsória de viciados em crack? Disponível em: <<http://coletivodar.org/2011/06/deve-ser-permitida-a-internacao-compulsoria-de-viciados-em-crack/>>. Acesso em 25 de setembro de 2015.

SOUZA, P. V. S. *A criminalidade genética*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001. Gellino (1997).

WAY, J. *A legalidade na internação involuntária e compulsória de viciados em crack*. 2010. Disponível em: < [http://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id\\_dh=4748](http://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id_dh=4748)>. Acesso em 20 de setembro de 2015.

ZALUAR, A. et al. *Drogas e cidadania*. São Paulo: Brasiliense, 1999.

## APÊNDICE I

### TERMO DE ANUÊNCIA DA SES/DF



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA DE SAÚDE MENTAL

O Diretor de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Dr. Ricardo Albuquerque Lins está de acordo com a realização da pesquisa **RECOLHIMENTO OU ACOLHIMENTO: a política pública de internação compulsória de pessoas com uso problemático de substâncias psicoativas – o caso do Distrito Federal e análise do art. 28 da Lei 11.343/2006**, a ser realizada nos sete CAPS-AD (álcool e drogas) para atendimentos de adultos do Distrito Federal pela pesquisadora principal, a mestranda Sálua Faisal Husein, sob a orientação do prof. Dr. Manoel Cardoso Santana para dissertação de Mestrado do curso de Ciência Política do Centro Universitário Unieuro de Brasília. Com a devida aprovação do Comitê de Ética competente, a pesquisa de campo realizar-se-á apenas com os gerentes dos Caps-AD e membros da equipe multifuncional, com previsão de início para 02/02/2016.

#### O estudo envolve:

- ( ) administração de medicamentos;
- ( X ) realização de entrevistas;
- ( ) exames clínicos;
- ( ) exames laboratoriais/ ou imagem.
- ( X ) Outros: aplicação de questionários.

Brasília, 27 / 01 / 2016

**RICARDO DE ALBUQUERQUE LINS**  
Diretoria de Saúde Mental – DISAM/SAIS/SES

**APÊNDICE II**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO**  
**LIVRE E ESCLARECIMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
**servidor da Secretaria de Saúde do Distrito Federal** aceito participar da pesquisa desenvolvida pela mestrandia em Ciência Política Sálua Faisal Husein (Matrícula: CPD204171), sob a orientação do Dr. Manoel Santana Cardoso, professor do Centro Universitário Unieuro. Estou ciente do tema e dos objetivos desse estudo, bem como dos procedimentos nele envolvidos e das normas éticas que me foram asseguradas à preservação total da minha identidade. Assim, participo voluntariamente deste trabalho e autorizo a transcrição das minhas informações para o fim acadêmico-científico, sem restrições de citações e dados obtidos, por tempo indeterminado, em meio impresso, digital e outros, ciente de que a publicação e divulgação dos resultados contribuirão para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)

Brasília-DF,      de      de 2016.

Contato eletrônico da pesquisadora Sálua Faisal Husein: [saluafh@gmail.com](mailto:saluafh@gmail.com)

### **APÊNDICE III**

#### **QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA COM OS GESTORES**

Este questionário é parte do método de pesquisa *Strictu Senso* em Ciência Política do Centro Universitário Unieuro de Brasília/DF. Aplicado pela mestranda Sálua Faisal Husein (Matrícula: CPD204171), sob a orientação do Dr. Ironildes Bueno da Silva e coorientação do Dr. Manoel Cardoso, ambos, professores do Centro Universitário Unieuro, foi submetido ao CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), portanto obedece aos parâmetros exigidos pelo CONEP através da Resolução CNS 466/12.

Solicita alto grau de fidedignidade por parte do colaborador, possibilitando, assim, a melhor validação dos dados obtidos.

A pesquisa tem fim acadêmico-científico e não acarreta risco à saúde física ou mental, podendo o entrevistado desistir a qualquer momento da pesquisa sem prejuízo próprio.

Não há necessidade de identificação nominal.

#### **ENTREVISTA GESTORES**

**Dividida em 2 etapas: questionário semifechado de 6 (seis) perguntas acerca da condição das unidades; entrevista de 8 (oito) perguntas abertas sobre a internação compulsória.**

##### **UNIDADE:**

- ( ) própria**
- ( ) alugada**
- ( ) reformada**
- ( ) construída**

- **CONDIÇÃO DA UNIDADE** – para responder as questões abaixo, considere as Portarias nº 336/2002 e 130/2012, ambas do Ministério da Saúde, as quais dispõem, dentre outros elementos, da estrutura física básica das unidades, dos

recursos humanos, dos horários de funcionamento e do número de atendimentos diários.

1. O número diário ou por turno de atendimentos a pacientes é:

menor  regular  maior

Obs (caso queira explicar): \_\_\_\_\_

---

---

2. A equipe multiprofissional está completa?

sim  não

2.1. Completa ou não, segundo as normas, é suficiente para demanda?

sim  não

Obs (caso queira explicar): \_\_\_\_\_

---

---

3. Estrutura física da unidade

satisfatória  insatisfatória

3.1 Se insatisfatória, justifique: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

4. Sobre a quantidade de leitos da unidade que gerencia, se o Capsad for II responda na primeira linha; se III, na segunda.

2 a 4  menos  mais  não possui

8 a 12  menos  mais  não possui

4.1 Se possui, eles estão:

ativados  desativados

Obs (caso queira explicar): \_\_\_\_\_

---

---

5. Os CAPSad deveriam receber repasse financeiro?

sim  não

5.1 Este CAPSad recebe?

sim  não

Obs (caso queira explicar): \_\_\_\_\_

---

---

6. Instrumentos indispensáveis ao atendimento, como veículo para visitas domiciliares, telefone, internet e medicamentos são:

satisfatório  insatisfatório

6.1 Liste as faltas: \_\_\_\_\_

---

---

- SOBRE A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA – para responder as questões abaixo considere a Lei 10.216/2001 e a atuação do CAPSad, exceto as de opinião pessoal.
- 1) Quais são os motivadores para que um indivíduo seja internado compulsoriamente?
  - 2) Quantas internações compulsórias esta unidade efetivou? Existe acompanhamento do paciente internado compulsoriamente? Se sim, como é feito?
  - 3) Uma vez determinada a internação compulsória judicialmente e, chegando para unidade o processo de capa vermelha, quais os procedimentos adotados pelo CAPS para seu cumprimento ou desconstituição? Há retorno do cumprimento ou não ao judiciário, ainda que por via da Defensoria Pública?
  - 4) Frequentemente o CAPS precisa de apoio hospitalar para disponibilizar leitos? É fácil conseguir?
  - 5) A internação trabalha apenas com a abstinência, sendo um processo de responsabilidade da clínica que interna. Há um acompanhamento do paciente, ainda que por trocas de relatórios e informações? No período de pós internação há acompanhamento efetivo do paciente para redução de danos e reinserção social?
  - 6) Há acompanhamento psicológico familiar no processo de internação antes, durante e depois? As famílias participam da evolução do paciente?
  - 7) Acredita que a medida de internação compulsória é um recolhimento higienista ou acolhimento sanitário?
  - 8) Em sua opinião, há eficácia e eficiência na internação compulsória?

**APÊNDICE IV**  
**QUESTIONÁRIO**  
**Equipe Multiprofissional**

Este questionário é parte do método de pesquisa *Strictu Senso* em Ciência Política do Centro Universitário Unieuro de Brasília/DF. Aplicado pela mestranda Sálua Faisal Husein (Matrícula: CPD204171), sob a orientação do Dr. Manoel Santana Cardoso, professor do Centro Universitário Unieuro.

Foi submetido ao CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), portanto obedece aos parâmetros exigidos pelo CONEP através da Resolução CNS 466/12.

Solicita alto grau de fidedignidade por parte do colaborador, possibilitando, assim, a melhor validação dos dados obtidos.

A pesquisa tem fim acadêmico científico e não acarreta risco à saúde física ou mental, podendo o entrevistado desistir a qualquer momento da pesquisa sem prejuízo próprio.

Não há necessidade de identificação nominal.

LOCAL DE APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO: CAPSad

-DF

Função:

Numere as afirmações a partir da seguinte tabela de medida:

- (1) discordo plenamente**
- (2) discordo parcialmente**
- (3) concordo plenamente**
- (4) concordo parcialmente**
- (5) nem discordo nem concordo**

1. A internação compulsória da pessoa que faz uso problemático de substâncias psicoativas é mais vantajosa para

- O indivíduo (paciente) que terá melhor acesso a mecanismos de tratamento;
- A sociedade que estará sob menor risco de ações ilícitas praticadas por este indivíduo;
- A família que ficará mais descansada do trabalho que dá o usuário de entorpecente
- A clínica que receber o paciente pelo lucro
- O governo que esconde um problema social por algum tempo

2. Os cuidados com essas pessoas são de responsabilidade

- policial
- médica
- da família
- da sociedade
- da própria pessoa

3. O uso de substâncias psicoativas ilícitas deve ser tratado como

- doença
- crime
- falta de Deus
- fraqueza moral
- pouca força de vontade

4. A decisão de internação da pessoa com uso problemático de substâncias psicoativas deve partir

- dela
- da família
- da sociedade
- do Estado
- de qualquer um que tomar conhecimento

5. A redução de danos deve estar mais relacionada em

- benefício do paciente

- ) benefício da sociedade
  - ) benefício da família
  - ) benefício do Estado
  - ) benefício de clínicas que recebem do governo para internar
6. O melhor tratamento para o dependente químico é
- ) o isolamento
  - ) o convívio com outras pessoas
  - ) a abstinência
  - ) a desintoxicação
  - ) a prisão
7. A redução de danos é mais eficiente
- ) a todos os pacientes usuários de drogas lícitas ou ilícitas
  - ) pacientes com outros vícios que NÃO em drogas
  - ) usuários de drogas lícitas
  - ) usuário de drogas ilícitas
  - ) nenhum paciente
8. Enquanto agente de saúde
- ) prefiro acompanhar pacientes sem vícios em drogas ilícitas
  - ) prefiro acompanhar pacientes com vícios em drogas lícitas
  - ) prefiro acompanhar pacientes advindos de processo de internação compulsória
  - ) prefiro acompanhar pacientes advindos de outras internações (voluntária e involuntária)
  - ) prefiro acompanhar pacientes sem qualquer processo de internação
9. A internação compulsória de pessoas com uso problemático de substâncias psicoativas é:
- ) solução sempre
  - ) solução em poucos casos
  - ) solução na maioria dos casos

( ) solução quando a equipe de saúde não consegue manejar somente eficaz quando

( ) não é a solução

10. A pessoa internada por fazer uso problemático de substâncias psicoativas

( ) tem recuperação, logo reinserção social

( ) não tem recuperação nem pode ser reinserido à sociedade

( ) é apenas mais um gasto para o governo

( ) pode até não ter recuperação, mas menos não “enfeia” as ruas com seus vícios ilícitos

( ) pode até ter recuperação, mas não pode ficar soltos e deveriam ser presos até pagar pelo seu crime

**APÊNDICE V**  
**FOTOS DAS VISITAS AOS CAPSad DF**











FONTE: acervo próprio

## ANEXO I



### CURSO DE MESTRADO EM CIÊNCIA POLÍTICA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO EURO AMERICANA - UNIEURO

#### COMPROMISSO DE AUTENTICIDADE E AUTORIA DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Eu, SÁLUA FAISAL HUSEIN, aluna do Curso de Mestrado em Ciência Política do Centro Universitário UNIEURO, matrícula nº. CP204171, **DECLARO** que estou **ciente** de que a falta de autenticidade em qualquer trabalho acadêmico fere as normas de ética acadêmica previstas no Estatuto Geral desta instituição e no Regimento do Curso de Mestrado em Ciência Política, bem como estou **ciente** de que a violação de direito autoral, nos seus aspectos material e imaterial, é fato tipificado penalmente pelo Art. 184 do Código Penal vigente e cuja proteção encontra-se albergada pela Lei 9.610/1998, de modo que a violação da ética acadêmica enseja reprovação direta e sumária do aluno que deixar de apresentar, em qualquer fase do curso, trabalho acadêmico autoral e autêntico, sujeitando-o, ainda, a processo acadêmico disciplinar. Diante disso, **COMPROMETO-ME** a apresentar, ao longo de todo o mestrado, apenas trabalhos dotados de autoria e originalidade.

Brasília, 08 de agosto de 2016.

---

Aluno: Sálua Faisal Husein

Matrícula: CP204171