

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS
FACULDADE DE DIREITO

**ANÁLISE DA LEI Nº 13.840/2019:
AVANÇOS OU RETROCESSOS EM MATÉRIA DE DIREITOS HUMANOS?**

LUCIA HELENA MARQUES KORN

Rio de Janeiro
2020

LUCIA HELENA MARQUES KORN

**ANÁLISE DA LEI Nº 13.840/2019:
AVANÇOS OU RETROCESSOS EM MATÉRIA DE DIREITOS HUMANOS?**

Monografia de final de curso, elaborada no âmbito da graduação em Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em Direito, sob a orientação do Prof. Dr. Antonio Eduardo Ramires Santoro.

Rio de Janeiro
2020

FICHA CATALOGRÁFICA

CIP - Catalogação na Publicação

k84a korn, Lucia Helena Marques
Análise da Lei nº 13.840/2019: avanços ou retrocessos em matéria de direitos humanos? / Lucia Helena Marques korn. -- Rio de Janeiro, 2020.
53 f.

Orientador: Antonio Eduardo Ramires Santoro.
Trabalho de conclusão de curso (graduação) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade Nacional de Direito, Bacharel em Direito, 2020.

1. Política de drogas. 2. Internação compulsória.
3. Direitos humanos. I. Santoro, Antonio Eduardo Ramires, orient. II. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UFRJ com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob a responsabilidade de Miguel Romeu Amorim Neto - CRB-7/6283.

LUCIA HELENA MARQUES KORN

**ANÁLISE DA LEI N° 13.840/2019:
AVANÇOS OU RETROCESSOS EM MATÉRIA DE DIREITOS HUMANOS?**

Monografia de final de curso, elaborada no âmbito da graduação em Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em Direito, sob a orientação do Prof. Dr. Antonio Eduardo Ramires Santoro.

Data da Aprovação: ____ / ____ / ____.

Banca Examinadora:

Orientador

Membro da Banca

Membro da Banca

Rio de Janeiro
2020

AGRADECIMENTOS

Dedico esta monografia a meus familiares, aos colegas de curso, aos professores e a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para esta conquista. Exaltação especial à ciência e à pesquisa, aos profissionais mundialmente ligados à área de saúde, principalmente, na fase atual pandêmica em que vivemos.

Longa jornada até esta etapa de conclusão do curso de graduação em Direito... jornada esta na qual a perseverança se fez presente, impulsionando o meu caminhar, mesmo diante de momentos turbulentos. Agradecimentos efusivos a cada um que, com uma palavra, um gesto, um momento de atenção, me impulsionou a vencer barreiras. Especial agradecimento ao CACO, a professores exemplares que fizeram parte de meu histórico acadêmico, dentre os quais destaco: o orientador deste trabalho, Prof. Dr. Antonio Eduardo Ramires Santoro, Prof. Dra. Carolina Araújo de Azevedo Pizoeiro, Prof. Hamilton Gonçalves Ferraz, Prof. Anna Cecília Faro Bonan e Prof. Dr. Luiz Felipe Brandão Osório.

RESUMO

O presente estudo objetiva abordar quais os avanços ou retrocessos trazidos pela Lei nº 13.840/2019 em matéria de Direitos Humanos. Para tanto, esclarece sobre as diferenças entre usuário de drogas e dependente químico; explica o tratamento dado ao usuário de drogas e dependente químico dado pela Lei nº 11.343/2006 e Lei nº 13.840/2019; discute o direito à autonomia individual e defende a política de redução de danos em detrimento à internação compulsória no tratamento do dependente químico como forma de garantir a dignidade da pessoa humana. Como metodologia foi empregada a pesquisa teórico-dogmática, tendo em vista que foi realizada uma revisão de literatura em doutrinas e legislações com o intuito de responder ao problema de pesquisa delimitado, permitindo concluir que o uso de drogas se consubstancia em uma autolesão que afeta apenas o usuário. Destarte, a alternativa que parece ser mais viável é entender que o uso de drogas implica exercício da autonomia do indivíduo. Neste compasso, não se mostra aceitável qualquer forma de paternalismo jurídico-penal para proteger o indivíduo de autolesões consentidas caso isto implique em óbice ao exercício da autonomia.

Palavras-chave: Drogas. Internação compulsória. Direitos humanos. Redução de danos.

ABSTRACT

This study aims to address the advances or setbacks brought by Law No. 13.840 / 2019 in the field of Human Rights. Therefore, it clarifies the differences between drug users and drug addicts; explains the treatment given to drug users and drug addicts given by Law No. 11.343 / 2006 and Law No. 13.840 / 2019; discusses the right to individual autonomy and defends the policy of harm reduction to the detriment of compulsory hospitalization in the treatment of drug addicts as a way of guaranteeing the dignity of the human person. Theoretical-dogmatic research was employed as a methodology, considering that a literature review was carried out on doctrines and legislation in order to answer the delimited research problem, allowing us to conclude that the use of drugs is self-harm that affects only the user. Thus, the alternative that seems to be more viable is to understand that the use of drugs implies the exercise of the individual's autonomy. In this sense, any form of legal-penal paternalism is not acceptable to protect the individual from consented self-harm if this results in an obstacle to the exercise of autonomy.

Keywords: Drugs. Compulsory hospitalization. Human rights. Harm reduction.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1. UM PANORAMA GERAL SOBRE AS DROGAS NO BRASIL	12
1.1. A legislação brasileira e sua eficácia	13
1.2. Críticas sobre a eficácia da nova lei de drogas no combate ao crime organizado.....	17
1.3. A polêmica discussão sobre a descriminalização das drogas	19
2. O TRATAMENTO DO USUÁRIO DE DROGAS E A POSSIBILIDADE DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA	29
2.1. Dependência Física, Psicológica e Tolerância	33
2.2. Possibilidades de tratamento	34
3. LEI Nº 13.840/2019: AVANÇOS OU RETROCESSOS EM MATÉRIA DE DIREITOS HUMANOS.....	37
3.1. Política de redução de danos	40
3.2. O princípio do respeito à autonomia.....	43
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51

INTRODUÇÃO

A Lei nº 13.840/2019 trouxe mudanças importantes e controversas à Lei nº 11.343/2006, estando as mais discutidas previstas nos artigos 23-A e 26-A.

A internação compulsória sempre foi alvo de controvérsias, angariando posicionamentos contrários e favoráveis à prática. Porém, após ser publicada a Lei nº 13.840/2019, este tema ganhou destaque na mídia e no meio jurídico, posto que esta lei ampliou as hipóteses em que se admite a internação involuntária do dependente químico. Porém, entende-se que esta prática se consubstancia em clara violação aos direitos humanos, implicando, portanto, em retrocesso no que diz respeito à política de saúde pública.

O presente estudo tem como tema a Lei nº 13.840/2019, que dispõe sobre algumas mudanças na Lei de Drogas (Lei nº 11.343/2006), delimitando-se a uma análise crítica sobre os avanços ou retrocessos em matéria de direitos humanos.

Para tanto, a questão que norteou esta pesquisa foi: em matéria de direitos humanos, quais os avanços ou retrocessos trazidos pela Lei nº 13.840/2019?

Dito isto, o presente estudo tem como objetivo geral abordar quais os avanços ou retrocessos trazidos pela Lei nº 13.840/2019 em matéria de Direitos Humanos. Para atingi-lo, elegeram-se os seguintes objetivos específicos: esclarecer sobre as diferenças entre usuário de drogas e dependente químico; explicar o tratamento dado ao usuário de drogas e dependente químico dado pela Lei nº 11.343/2006 e Lei nº 13.840/2019; discutir o direito à autonomia individual e defender a política de redução de danos em detrimento à internação compulsória no tratamento do dependente químico como forma de garantir a dignidade da pessoa humana.

A Lei nº 13.840/2019 faz uso de condutas punitivas e proibicionistas em detrimento da política de redução de danos. Complementarmente, a nova legislação deixa brechas para que sejam cometidas violações aos direitos humanos, a exemplo de tortura, tratamentos cruéis, desumanos e degradantes muito praticados no passado e que foram duramente combatidos pelo movimento da reforma psiquiátrica, que ganhou força com a edição da Lei nº 10.216/2001.

A nova Lei fala também em inclusão em comunidades terapêuticas; no entanto, especialistas têm criticado também esta prática, alegando que a inclusão em comunidades terapêuticas representa um retorno ao tão criticado modelo manicomial.

Com relação ao tratamento possível ao dependente químico, alguns autores entendem que a redução de danos é a política mais viável, pois garante o respeito à autonomia individual e contradiz o ideário de abstinência, assegurando espaço para diálogo e interação entre aquele que sofre com a dependência de drogas e o possível tratamento.

Assim, entende-se que este estudo é importante, por explicar cada um dos tratamentos previstos nas legislações, por verificar os pontos positivos e negativos de cada um deles e por propor caminhos para que o dependente químico seja tratado, sem que sua dignidade seja violada.

Com vistas a alcançar os objetivos propostos nesta monografia foi empregada a pesquisa teórico-dogmática, tendo em vista que foi realizada uma revisão de literatura em doutrinas, legislações e jurisprudência com o intuito de responder ao problema de pesquisa delimitado.

As áreas do conhecimento abrangidas pela presente pesquisa apresentam caráter transdisciplinar, perpassando searas distintas da Ciência do Direito, a exemplo do Direito Penal e do Direito Constitucional. No campo do Direito Penal, destaca-se o fato de a nova lei impor tratamento ao dependente químico que se assemelha à punição. No que tange à incidência do Direito Constitucional, destaca-se o fato de a internação compulsória tirar do indivíduo o direito que este possui de se autodeterminar.

Para a consecução dos objetivos propostos, esta monografia encontra-se dividida em três capítulos.

O primeiro capítulo apresenta um panorama geral sobre as drogas no Brasil, discutindo a legislação brasileira e sua eficácia; tecendo críticas à eficácia da nova lei de drogas no combate ao crime organizado e a polêmica discussão sobre a descriminalização.

O segundo capítulo aborda o tratamento do usuário de drogas e a possibilidade de internação compulsória. Para tanto, explica a dependência física, psicológica, tolerância e as possibilidades de tratamento.

Por fim, o terceiro capítulo discute a Lei nº 13.840/2019, demonstrando se houve avanço ou retrocesso em matéria de direitos humanos e defendendo a política de redução de danos com vistas a assegurar o princípio do respeito à autonomia.

1. UM PANORAMA GERAL SOBRE AS DROGAS NO BRASIL

Não é de hoje que pesquisadores de diversas áreas se interessam por certos tipos de usos que as sociedades adotaram em relação a substâncias de caráter psicoativo. O modo como inseriram certas plantas em suas dietas, os rituais que implicavam o consumo destas e o sentido que tais usos representavam são práticas que intrigaram e ainda intrigam os estudiosos.

Segundo Bucher (2012), as drogas fazem parte da vida humana desde as primeiras organizações sociais, seja como elemento secundário que compõe as relações culturais, ou, em alguns casos, em temporalidades específicas, como elemento de caráter de alta relevância na vida social para certos grupos sociais.

Coelho (2017) informa que as utilidades de certas substâncias foram objeto de observação e análise de naturalistas e botânicos, possivelmente, estes foram os primeiros a testemunhar as relações de usos e consumos de psicoativos entre as sociedades. Referidos usos também foram registrados durante os processos de descobrimentos. Nas terras brasileiras, por exemplo, o padre Antônio Vieira observava o papel das chamadas “drogas do sertão” para a economia metropolitana e reclamava da utilização de mão de obra indígena no processo.

No decorrer do tempo se constituiu uma vasta historiografia sobre os usos dessas substâncias; as alcoólicas em especial possuem uma ampla bibliografia, mas há também outras como o tabaco, o ópio e o cânhamo.

O uso de substâncias capazes de alterar a percepção ou os “estados de consciência” por diversas vezes na história foram objeto de interditos. Segundo Bucher (2012), a busca por tais alterações sempre ocorreu, mas não se limita apenas aos usos de psicoativos:

O homem sempre procurou modificar as suas percepções, assim como a orientação com relação a si mesmo e com relação a seu meio, e provavelmente vai continuar a fazê-lo. A utilização de substâncias psicotrópicas é apenas uma das inúmeras maneiras de atingir esse objetivo; mas ela sempre esteve presente através da história e no mundo inteiro (BUCHER, 2012, p. 46).

No entanto, segundo Coelho (2017), foi a partir da época quinhentista que teria emergido um sistema mundial de comercialização especializada em traficar certos gêneros, promovendo a circulação de artigos que outrora eram considerados de luxo. Portanto, a circulação inicialmente era restrita, a exemplo do açúcar, ópio, café, chá e tabaco, tornando-os cada vez mais acessíveis a todos os grupos sociais com o passar dos tempos.

Henrique Carneiro (2002) expõe que foi no século XX que o consumo de psicoativos atingiu a maior extensão mercantil, ao mesmo tempo em que os dispositivos de interdição institucionalizados alcançaram níveis elevados em volumes e sofisticação.

1.1. A legislação brasileira e sua eficácia

Entende-se como droga, qualquer substância que seja capaz de modificar as funções dos organismos vivos, fisiológicas ou comportamentais. Já o termo ilícito aparece como tudo que seja proibido por lei. Portanto, drogas ilícitas são substâncias obtidas de maneira ilegal, onde seu consumo é proibido do ponto de vista da Medicina, por causar prejuízos e do ponto de vista da Justiça, por tratar-se de uma contravenção social (CEBRID, 2003).

Didaticamente, consoante Passagli (2009), as drogas podem ser assim classificadas: drogas estimulantes do SNC, drogas depressoras das atividades do SNC e drogas modificadoras ou perturbadoras do SNC.

Drogas estimulantes do SNC: classe de substâncias que levam a um aumento do estado de insônia, alerta e aceleração dos processos psíquicos provocando um estado alterado da consciência, que se caracteriza por um estado de excitação e euforia. Nesta classe podem-se incluir a Metanfetamina, o Êxtase e a Cocaína.

Drogas depressoras das atividades do SNC: drogas que tendem a reduzir atividade motora, do estado de ansiedade e de reação à dor, apresentando um aumento da sonolência após estimular um efeito euforizante, inicialmente. Incluem-se nesta classe os Solventes ou Inalantes (*Spray Aerosol*) e a Heroína.

Drogas modificadoras ou perturbadoras do SNC: categoria na qual se incluem as drogas que podem modificar, qualitativamente, as atividades cerebrais, provocando um surgimento

de diferentes fatores psíquicos anormais (delírios e alucinações, entre outros), sem que possa ser percebida inibição ou estimulação global do SNC. Destacamos para esta classe a Maconha.

Quanto aos efeitos sobre o comportamento e a percepção, como explica Mota (2009), as drogas podem ser divididas em estimulantes, depressoras e perturbadoras do sistema nervoso central. As drogas estimulantes aceleram o organismo, diminuindo o sono e o apetite, elevando a adrenalina, pressão sanguínea e a ansiedade, como é o caso da heroína. Já as depressoras diminuem os estímulos cerebrais, deixando uma sensação de sonolência, pois têm efeito analgésico, minimizando a função dos neurônios responsáveis pelo processamento da dor. Tais efeitos são alcançados com o consumo do álcool e substâncias inalantes. Por fim, as drogas perturbadoras são responsáveis por aumentar e/ou reduzir a atividade do sistema nervoso central, fazendo com que ele opere de forma distorcida, causando delírios e alucinações. É o que ocorre, por exemplo, com os usuários de LSD e maconha.

Não obstante ser um problema não apenas criminal, mas também de saúde pública, desde quando a Lei Antidrogas entrou em vigor, o tráfico de drogas passou a responder por quase 1/3 (32,6%) dos crimes ocorridos no Brasil, ou seja, um a cada três presos responde atualmente pelo tráfico de drogas e muitos deles são presos provisórios. Esses números não deixam dúvidas de que a atitude predominante repressiva do Estado levou ao maior encarceramento de pessoas pela venda ilícita de entorpecentes (GLOBO.COM, 2017).

Nesse contexto, importa citar alguns dados sobre as prisões por tráfico de drogas por estado federativo: Paraná (59,3%); Santa Catarina (42,0%); Mato Grosso do Sul (39%); Espírito Santo (38,5%); São Paulo (35,8%); Rio Grande do Sul (28,8%); Roraima (28,5%); Pará (28%); Ceará (26,7%); Sergipe (26,3%); Mato Grosso (26%); Minas Gerais (25,9%); Acre (25,3%); Goiás (24,5%); Amazonas (23,2%); Rio Grande do Norte (23%); Tocantins (23%); Maranhão (22%); Distrito Federal (20,7%); Amapá (18,6%); Rondônia (18,4%); Paraíba (15%) (GLOBO.COM, 2017). Essa pesquisa não computou o número de presos nos estados de Alagoas, Bahia, Pernambuco, Piauí e Rio de Janeiro, tendo em vista que os governos destes estados não divulgam os números. No entanto, existem indicativos que o Rio é o estado onde o tráfico se faz mais presente.

Desta forma, frente aos dados acima citados, verifica-se que o tráfico de drogas, após entrar em vigor a lei nº 11.343/06, passou a ser o crime praticado mais recorrentemente e responsável pelo elevado índice de encarceramento no Brasil.

O aumento no número de presos por tráfico de drogas ajuda a compreender o porquê de os presídios brasileiros estarem tão superlotados, abrigando, em alguns casos, o triplo de detentos que têm capacidade de abrigar.

A lei nº 11.343/2006 inaugura uma nova forma de tratar um tema tão complexo. Antes, a lei antidrogas tratava o tema de uma forma penalista. Porém, com o surgimento da atual legislação, a questão passou a ser vista do ponto de vista sociológico.

O legislador compreendeu que as drogas não eram apenas um problema de direito penal, mas também de assistência social, critérios criminológicos, economia e políticas públicas.

No que tange aos aspectos legais, a lei trouxe, em seu capítulo II, os conceitos de crimes relacionados às drogas e excluiu o termo “entorpecente” que já perdurava desde 1921, tratando o assunto no art. 33 que conceitua o tráfico já trazendo a expressão “droga”.

Uma das principais mudanças é a retirada da pena de prisão para o usuário, ou seja, aquele que detém a droga para fins de consumo pessoal. E aumentada a pena para 05 anos, preservando a pena máxima em 15 anos para os que forem enquadrados como traficantes.

A conduta do traficante de drogas, prevista no art. 33, *caput* da lei nº 11.343/2006 é reconhecida quando realiza as condutas abaixo sumariadas:

[...] importar, exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda, oferecer, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar, entregar a consumo ou fornecer drogas, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar (BRASIL, 2006).

Ademais, ressalte-se que irá se submeter às mesmas penalidades aquele que incorrer nas práticas elencadas no parágrafo primeiro do artigo 33 da lei nº 11.343/2006:

[...] importar, exportar, remeter, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda, oferecer, fornecer, ter em depósito, transportar, trazer consigo ou guardar, ainda que

gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar, matéria-prima, insumo ou produto químico destinado à preparação de drogas; semear, cultivar ou fazer a colheita, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar, plantas que se constituam em matéria-prima para a preparação de drogas; utilizar local ou bem de qualquer natureza de que tem a propriedade, posse, administração, guarda ou vigilância, ou consentir que outrem dele se utilize, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar, para o tráfico ilícito de drogas (BRASIL, 2006).

O artigo 34 da lei nº 11.343/2006, a seu turno, elenca as ações que podem ser consideradas como tráfico de drogas e entorpecentes. Referidas condutas consistem em:

[...] fabricar, adquirir, utilizar, transportar, oferecer, vender, distribuir, entregar a qualquer título, possuir, guardar, ou fornecer, ainda que gratuitamente, maquinário, aparelho, instrumento ou qualquer objeto destinado à fabricação, preparação, produção ou transformação de drogas, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar (BRASIL, 2006).

Ressalte-se, ainda, que as condutas previstas nos arts. 35 e 36 são punidas com os mesmos rigores penais imprimidos às condutas capitaneadas no art. 33, *caput*, e § 1º, art. 34 e no art. 37. Na hipótese de duas ou mais pessoas se aliarem com a finalidade de praticar, seja reiteradamente ou não, algum dos crimes elencados nos arts. 33, *caput*, e §1º, e art. 34 da Lei de Drogas não se permitirá a concessão de fiança, *sursis*, graça, indulto, anistia e liberdade provisória.

No entanto, por meio da Resolução nº 5, foi decretada no Senado Federal, a suspensão do termo “vedada a conversão em penas restritivas de direitos”, presente no §4º do art. 33 da Lei de Drogas, ficando, desta forma, possível aplicar a pena restritiva de direitos em detrimento da pena privativa de liberdade (GRECO, 2013). Também o livramento condicional sofreu restrição, posto que este, com a nova legislação, poderá ser concedido apenas após ser cumprido 2/3 da pena, vedada sua concessão ao reincidente específico, nos termos do art. 44, da lei nº 11.343/06.

O art. 28, da lei nº 11.343/06 trata do usuário, sendo este definido como aquele que “adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar” (BRASIL, 2006).

Assemelha-se ao usuário aquele que, para seu próprio consumo, “semeia, cultiva ou colhe plantas destinadas à preparação de pequena quantidade de substância ou produto capaz de causar dependência física ou psíquica” (BRASIL, 2006).

Para o usuário, não mais se aplica pena privativa de liberdade. É possível que o juiz aplique uma advertência, informando sobre os efeitos das drogas (efeito educativo), sendo também possível condenar o usuário a prestar serviços comunitários, ou, ainda, aplicar uma medida educativa, a exemplo da participação em programa de recuperação ou curso educativo, possibilidades previstas no art. 28, incs. I a III.

Assim, como informa Silva (2019), para que seja conhecido como usuário, o indivíduo tem que praticar a conduta, para consumo pessoal, de semear, cultivar e colher plantas que se destinam à preparação de reduzida quantidade de produto ou substância que seja capaz de causar dependência química ou psíquica.

Fica evidente que a Lei não reprime penalmente o vício, visto que não tipifica a conduta “usar”, mas a manutenção ou detenção da droga para consumo próprio. Faz saber que o objeto jurídico desse delito não é o viciado, mas, sim, a saúde pública.

1.2. Críticas sobre a eficácia da nova lei de drogas no combate ao crime organizado

A descriminalização para o uso das drogas tem sido alvo de críticas pela doutrina, tendo em vista que o uso de drogas tem sido citado como uma das explicações para a violência, criminalidade, desigualdades social e desestruturação das famílias.

Segundo Coelho (2017), o usuário de drogas, para conseguir sustentar seu vício, muitas vezes, pratica furtos, roubos e outros crimes por estarem sob efeito da droga, havendo também aqueles que se utilizam das drogas para obter coragem para praticar um ato ilícito.

Assim, os doutrinadores que defendem a necessidade de punir também o usuário, assim como Carvalho (2016), priorizam a proteção da coletividade, tendo em vista os vários perigos que aquele que está sob os efeitos de drogas traz à sociedade.

O simples uso de drogas ilícitas pode ser entendido por muitas pessoas, inclusive pelos usuários, como um problema pessoal, no entanto o simples ato de usar droga movimenta um enorme comércio que coloca em risco a sociedade como um todo.

Segundo Coelho (2017), o comércio de drogas movimenta um ciclo, onde o usuário compra a droga de um traficante que, para preservar seu negócio, não raro faz uso de meios violentos, muitas vezes matando, roubando, além de diversos outros crimes que acabam ocorrendo em consequência deste ciclo, gerando insegurança na sociedade que clama por medidas efetivas por parte do Estado, o qual deveria agir para evitar a ocorrência desses crimes, no entanto, age usando a mesma ferramenta, a violência, o que resulta em um ciclo vicioso, sem fim, em que é a sociedade quem sempre perde.

Estudos têm pesquisado o papel do consumo de drogas ilícitas na ocorrência de crimes diversos, especialmente os crimes contra a vida e contra a propriedade. Existe uma relação complexa entre o consumo de drogas e a criminalidade. Andreucci (2008) diferencia a figura do viciado e do dependente da seguinte maneira:

O vício e a dependência são figuras distintas, que devem ser avaliadas no momento de se aferir a imputabilidade do agente. O vício se caracteriza pela mera compulsão no uso do entorpecente, sem qualquer consequência na liberdade de querer do agente. O vício não retira deste a consciência da ilicitude do crime, mantendo preservada a capacidade de entender e de querer. Já a dependência integra o conceito de doença mental, de modo que retira totalmente a responsabilidade do agente, subvertendo-lhe a consciência e a vontade, bem como a capacidade de autodeterminação (ANDREUCCI, 2008, p. 94).

Na verdade, o comportamento violento pode ser ou não consequência do uso de substâncias psicoativas. Uma pessoa pode fazer uso de drogas com o intuito de praticar atos agressivos (o que é conhecido juridicamente como embriaguez pré-ordenada), ou pode, simplesmente, fazer uso destas substâncias sem ter o intuito de praticar atos violentos, porém, mesmo neste último caso, poderá apresentar comportamentos agressivos, dando causa a acidentes de trânsito, brigas, homicídios, além de alimentar a indústria das drogas que fatura bilhões de dólares/ano em todo mundo. São os usuários que alimentam esta indústria e fazem com que aumente cada vez mais o número de traficantes, pois se não houvesse a procura, também não existiriam os traficantes.

Portanto, como expõe Coelho (2017), para aqueles que criticam a descriminalização do uso de drogas, o simples uso de substâncias psicoativas extrapola os limites individuais do cidadão trazendo problemas para a sociedade, mortes, gastos por parte do Estado afetando, portanto, a todos. Dessa forma, a maior proteção que a sociedade teria contra as drogas e as consequências delas advindas deveriam ser fornecidas pelas leis e pela punição daqueles que expõem todos a risco e é por esta razão que a descriminalização do usuário pela lei de drogas tem recebido tantas críticas.

Complementarmente, a decisão de não aplicar punições ao usuário vem seguida de propostas para descriminalizar também a comercialização das drogas. Os que defendem a liberalização das drogas defendem que a descriminalização faria cessar o tráfico e, conseqüentemente, os problemas dele advindos. É o que será discutido a seguir.

1.3. A polêmica discussão sobre a descriminalização das drogas

A retaliação a determinadas drogas, bem como aos seus usuários tornou-se um movimento simbólico de grandes proporções, unindo setores governamentais, mídia, líderes religiosos, autoridades médicas, professores etc. Como bem pontua Mota (2009), o usuário de drogas ilícitas tornou-se um “desviante global”, uma vez que praticamente todos os países do mundo são signatários dos tratados antidrogas. Talvez nenhuma outra ideologia tenha obtido tanto consenso em nível mundial como ocorreu com a repressão a alguns tipos de narcóticos.

A partir de então, as interpretações reducionistas a respeito das drogas, ou seja, teses como a demonização das drogas, o mito do maconheiro e a edificação de uma “sociedade livre de drogas” ganharam grande espaço no imaginário, na mesma proporção em que a violência associada ao tráfico ilegal de tais substâncias se exacerbava.

Veiculadas em tom altamente emocional pelos meios de comunicação de massa, tais representações são também apreciadas por satisfazer a necessidade de designar um inimigo comum da sociedade e nele projetar suas contradições, como ocorre atualmente com a “guerra contra o terrorismo”. Nos Estados Unidos, no início do século XX, foi divulgado que os negros haviam adquirido o hábito de usar cocaína para estuprar mulheres brancas. Dessa forma, em vários estados do sul dos Estados Unidos, muitos xerifes começaram a aumentar o

calibre de suas pistolas para caçar negros “enlouquecidos pela cocaína” em busca de mulheres brancas para estuprar (MOTA, 2009, p.117).

Em se tratando de negros ou homossexuais, Mota (2009) entende que quando determinadas minorias são alvo das cruzadas antidrogas, a estigmatização é potencializada a partir da conexão com uma droga ilegal. Nunca é tarde para lembrar que, em ambos os casos, não existem evidências de que homossexuais consumissem mais maconha que os heterossexuais, como também de que os negros estadunidenses se constituíssem em usuários mais assíduos de cocaína que a população branca.

A condenação social ao abuso de álcool e outras drogas também ocorre em virtude de esta conduta entrar em choque com o fato de que, em suas atividades diárias, a maioria das pessoas deve estar sóbria para garantir sua sobrevivência através de trabalho disciplinado. Em uma sociedade obcecada pela noção de eficácia instrumental, o indivíduo intoxicado – principalmente tratando-se de um hábito regular – será rotulado como desviante. Neste caso, a intoxicação crônica por substâncias inscreve-se neste rol de comportamentos “indesejáveis” que conduzem a um processo de rotulação negativa.

Mota (2009) acrescenta que a condição de ilegalidade de uma substância potencializa seu efeito condenatório em relação aos dependentes de drogas lícitas. Os usuários de drogas ilegais são quase sempre vistos como criminosos ou cúmplices. Atualmente, boa parte do discurso veiculado pelos meios de comunicação de massa e campanhas antidrogas acusa os usuários de drogas ilícitas de serem os principais responsáveis pelo atual poder do narcotráfico e, por consequência, por toda e qualquer forma de violência praticada contra a população civil nos grandes centros urbanos. Resumidamente, o usuário de drogas ilícitas é visto como o principal financiador do crime organizado no Brasil.

Referido pensamento direcionado principalmente a possível lesividade consiste no principal obstáculo à descriminalização das drogas no Brasil.

Há também quem entenda que a descriminalização das drogas pode desmotivar o tráfico e desafogar o sistema penitenciário. No Brasil, as propostas de descriminalização das drogas no geral ainda se mostram tímidas, havendo maior concentração de esforços sobre a

descriminalização da maconha. Nesse contexto, o primeiro dilema que se coloca é a proteção da saúde pública *versus* a saúde pessoal do usuário.

Para dar-se seguimento ao presente item, vale recordar alguns aspectos referentes ao bem jurídico-penal. O bem jurídico-penal se consubstancia na pedra angular do Direito Penal, isto é, a “[...] manifestação de um interesse ou valor pessoal ou comunitário ou ainda como interesse ou valor cristalizado para manutenção de uma realidade comunitariamente relevante” (COELHO, 2017, p. 119).

A doutrina pontua que os bens jurídicos podem ser individuais ou supraindividuais (nas suas três concepções: institucionais, difusos e coletivos). Destarte, os bens jurídicos individuais (v.g., vida, patrimônio, integridade física etc.) têm como seu titular o próprio indivíduo, ou seja, o particular que os controla e deles dispõe. Já quanto aos bens jurídicos supraindividuais (v.g., saúde pública, administração da justiça etc.), têm como seus titulares a coletividade e o Estado, por exemplo. Os bens jurídicos ainda podem ser distinguidos em pessoais e não-pessoais (ou impessoais). Ainda, vale destacar que os bens jurídicos podem ser disponíveis ou indisponíveis. Em se entendendo a saúde pública como sendo o objeto de proteção jurídico-normativo do ilícito-típico do art. 28, *caput*, Lei nº 11.343/2006, importa referir que seu titular imediato seria a coletividade, “[...] que se traduz titular por excelência de bens jurídicos supraindividuais coletivos como a saúde pública” (SPORLEDER DE SOUZA, 2004, p. 301).

Recordadas as noções fundamentais referentes ao bem jurídico-penal, importa enfrentar a seguinte questão: o ilícito-típico do art. 28, *caput*, Lei nº 11.343/2006, protege (legitimamente?) a saúde pública ou a individual? Sendo assim, passa-se à análise doutrinária sobre o referido questionamento.

Na doutrina há posições em ambas as direções, ou seja, 1) trata-se de legítima interferência na liberdade do usuário, uma vez que o objetivo do legislador seria a proteção da coletividade através da saúde pública (SILVA, 2019); 2) trata-se de ilegítima a proteção da saúde pública em razão do uso de drogas para consumo próprio, pois que caracteriza uma autolesão, logo, um prejuízo à saúde individual, não à pública (CARVALHO, 2016).

Veja-se. De acordo com o que comentam Bizzoto e Rodrigues (2007), ainda que se reconheça a proteção da saúde pública como sendo o objeto de proteção jurídico-penal do art. 28, caput, Lei nº 11.343/2006, entende-se a mesma como uma forma ilegítima de proteção, isto é, a saúde pública é o bem jurídico tutelado pelo dispositivo normativo, “[...] contudo, o uso afeta a saúde individual e não a pública. A incolumidade pública fica sossegada com o uso individual. Se não há lesão ao bem jurídico tutelado, não há crime” (BIZZOTO; RODRIGUES, 2007, p. 42).

Na mesma linha de raciocínio, Martinelli (2010) coloca que com o argumento legitimador quer proteger a saúde pública, evitando a cumulação de pessoas atingidas pela droga e o consequente colapso do sistema de saúde, porém tal argumento não se mostraria convincente por dois motivos: 1) o caos na saúde pública pelo uso generalizado da droga é uma suposição não comprovada; 2) mesmo que a saúde pública atinja um estado crítico, o resultado é remoto em relação ao uso individual.

Roxin (2012) afirma que tipos penais não podem ser fundados sobre bens jurídicos cuja abstração se mostra impalpável. Assim, não seria legítima a criação de tipos à proteção de bens jurídicos, sendo estes explicados por conceitos baseados nos quais não se mostra possível pensar nada de concreto. Como exemplo, Roxin elenca o posicionamento da jurisprudência e legislador alemães, que postulam como bem jurídico protegido, o qual “deve legitimar a penalização de qualquer trato com drogas, a ‘saúde pública’” (ROXIN, 2012, p.50).

Para Roxin (2012), como o “público” não possui um corpo real, não se faz possível que algo como a “saúde pública”, no literal sentido da palavra, exista. Destarte, não se pode, contudo, fundamentar uma proibição penal com base na necessidade de proteger um bem jurídico fictício. Roxin (2012) refere, que na verdade, só se poderia estar se referindo à saúde de diversos indivíduos integrantes de uma comunidade. Assim, “estes só podem, entretanto, ser protegidos respeitando o princípio de que auto-colocações em perigo são impuníveis [...] Não é possível, assim, deduzir da proteção da ‘saúde pública’ um fundamento adicional de punição” (ROXIN, 2012, p.51).

Bottini (2005) assinala que a punição pelo uso de drogas se traduz num tipo penal que não protege bem jurídico algum, pois que a conduta é inadequada para lesionar terceiros além

do próprio agente: “A absolvição do agente consumidor de entorpecentes deve se fundamentar na ausência de lesividade a bem jurídico, pela falta de perigo, mesmo abstrato, para a comunidade. Trata-se de uma questão moral, de foro íntimo, afastada dos interesses do Estado repressor” (BOTTINI, 2005, p.81).

Carvalho (2016), a seu turno, pontua que não é legítimo ao Direito Penal proteger bens jurídicos fundados essencialmente em preceitos morais, sob pena de aproximar-se muito daquilo que diz combater. Asseveram que a proteção irracional ao falso bem jurídico-penal saúde pública possui uma racionalidade oculta: “[...] os mortos existem não pelo uso de drogas feitas ilícitas, mas sim por uma política criminal de extermínio da população jovem, negra e pobre da nossa cidade” (CARVALHO, 2016, p.265).

Portanto, não há que se falar que a descriminalização das drogas é uma ameaça à saúde pública. O usuário, sendo liberadas ou proibidas, faz uso de drogas de qualquer jeito. Ele precisa de tratamento e não que lhe seja imputada uma pena.

Ademais, a atual política de drogas, apesar de descriminalizar o usuário, aquele que é pego com uma pequena quantidade de drogas para uso próprio, não define qual quantidade pode ser considerada como pequena. O que ocorre, em grande parte das vezes, é que usuários que são pegos, por exemplo, com uma quantidade de drogas que seria suficiente para seu consumo por uma semana, já podem ser considerados traficantes, por ser subjetivo o critério para definir esta quantidade.

A realidade demonstra que, não raro, é muito difícil distinguir se a conduta típica configura porte visando ao consumo pessoal ou tráfico de reduzida quantidade de droga. Isto porque normalmente as quadrilhas do tráfico, a exemplo das que operam nas favelas comercializam a droga em pequenas porções. São os chamados “papelotes” de cocaína; os “baseados” de maconha; as “pedras” de craque; as pílulas de *ecstasy* e para operacionalizar este comércio se valem dos préstimos de pequenos traficantes que também são consumidores. Estes pequenos traficantes, muitas vezes custeiam o seu vício repassando drogas a outros compradores, consumidores e viciados (LEAL; LEAL, 2010).

Nesse terreno tão melindroso da existência humana, a pequena quantidade pode ser um indicador, mas, não necessariamente uma certeza de que a droga servirá mesmo para o consumo pessoal daquele que a porta.

Consequentemente, e com o objetivo de enfrentar essa complexa tarefa de diferenciar tráfico de uso e identificar se, no caso concreto, a conduta estava mesmo sendo praticada apenas por um consumidor ou por um traficante, a Lei 11.343/2006, em seu art. 28, § 2º, preconiza que o juiz deverá atender à “natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente” (BRASIL, 2006).

Observa-se que a lei cita os elementos e as circunstâncias que, obrigatoriamente, devem ser levados em conta pelo juiz, a fim de que seja possível decidir se se trata de caso de porte para consumo próprio, ou tráfico. O dispositivo, ao estabelecer os marcos intransponíveis que integram o espaço de liberdade e de convencimento pessoal do magistrado, visa objetivar as motivações da decisão judicial. No entanto, é inevitável que o juiz faça uso de certa dose de discricionariedade para julgar se, no caso concreto, estão presentes a dimensão e a relevância de todos os elementos e circunstâncias descritas no § 2º do art. 28, já citado anteriormente.

Esta talvez seja a explicação para a existência de um grande número de presos por tráfico de drogas, quando na verdade são somente usuários. Também, aquele a quem a lei deveria atingir, o grande traficante, dificilmente é pego, ficando a prisão destinada aos chamados “peixes pequenos”.

Os grandes traficantes integram verdadeiras redes de crime organizado e mesmo que algum dos chefes seja capturado, a estrutura organizada permite que a atividade criminosa tenha continuidade. Por este motivo, é cada vez maior o número de pessoas que se posiciona favoravelmente à descriminalização das drogas.

Alguns países já discutem ou, até mesmo, já descriminalizaram algumas drogas como é o caso da Holanda e da Espanha, cujo tratamento dado às drogas será discutido a seguir.

Em 1976, a Holanda adotou uma política que visava a não intervenção ou execução penal relativa a ofensas que envolvessem a posse ou venda de *cannabis*, até 30 gramas. A

droga é considerada, em vários países que discutem as suas problemáticas, como uma “porta de entrada” para outras drogas, e, assim, é vista como um meio de dar lugar a outros comportamentos não conformes às normas. No entanto, e surpreendentemente, a noção de um efeito de “porta de entrada” era parte do ímpeto para permitir que os *coffeeshops* vendessem pequenas quantidades desta substância (KORF, 2002).

A política holandesa continua a ser desenvolvida em resposta às pressões políticas internas e externas. Em 1995, o limite de 30 gramas foi reduzido para 5 gramas e o estoque permitido para um *coffeeshop* foi afixado em 500 gramas. Em 2008, a Holanda proibiu o ato de fumar tabaco nestes *coffeeshops* (bem como em todos os outros espaços comerciais) sendo que a este fato é importante acrescentar as novas políticas que visam fechar lojas que se encontrem num raio de 250 metros de escolas (CARVALHO, 2016).

O mais importante referente a esta questão, começou no final dos anos 70, e diz respeito a um conjunto de diretrizes que foram desenvolvidas para regular as vendas tecnicamente ilícitas de *cannabis* em comércios abertos ao público; como foi formal.

Como foi formalizado pelo Ministério Público, os proprietários dos *Coffeshops* não seriam processados e responsabilizados pela comercialização da *cannabis* se cumprissem cinco regras: 1) Não podem vender mais do que 5 gramas por pessoa, por dia; 2) Não podem vender *ecstasy* ou outras drogas pesadas; 3) Não podem anunciar drogas; 4) Devem assegurar que não causam incômodo à sua vizinhança; 5) não podem vender drogas a pessoas com menos de 18 anos ou até mesmo permitir que elas entrem nas instalações (KORF, 2002).

A venda de *cannabis* continua a ser uma ofensa, uma vez que, se as regras acima referidas não forem verificadas, as instalações serão fechadas e os proprietários ou gerentes podem ser processados. Os municípios podem ainda acrescentar regras para o funcionamento destas *coffeeshops* para evitar a existência de incômodo.

Nos últimos anos, os holandeses têm levado a cabo inúmeros debates sobre o modelo dos *coffeeshops*, tendo sido argumentado que os municípios ou proprietários de *coffeeshops* deveriam poder cultivar legalmente a *cannabis*. Outros entendem que esta situação iria violar os acordos internacionais da ONU e da UE. Alguns defenderam, ainda, a ideia de que deveria existir uma proibição total de venda das substâncias encontradas nestes *coffeeshops* para os

turistas que não fossem holandeses. Por outro lado, há quem entenda que esta situação iria contra as leis holandesas referentes aos direitos humanos. Mas a maioria das autoridades, funcionários e cidadãos holandeses defendem a abordagem mais básica utilizando a expressão holandesa *gedoogcultuur* (cultura de permissividade) e com uma ideia de pragmatismo que defende a solução “menos má” (MACCOUN, 2010).

Bessa (2010) expõe que a principal lei relativa a drogas na Holanda é a Lei do Ópio (*Opium Act*). A primeira lei surge em 1919 e foi um dos resultados da participação do país na Convenção de Ópio Internacional em 1912 que se realizou em Haia. A nova lei entrou em vigor em 1928, e permanece ainda hoje servindo de base para a legislação atual. No âmbito desta lei, a importação e a exportação de qualquer droga é vista como uma grave violação, sendo que a pena por tráfico de drogas duras pode ir de 12 a 16 anos de prisão. Contrastante é a pena máxima para a importação ou exportação de qualquer quantidade de *cannabis* que é de 4 anos de prisão e/ou 67.000€ de multa.

A Lei do Ópio inclui disposições contra o tráfico de drogas. O Código Penal prevê as situações relativas ao confisco de bens ilícitos e à prevenção e repressão de atividades de lavagem de dinheiro. Referente ao encarceramento, segundo esclarece Bessa (2010), prender e criminalizar os consumidores que possuem pequenas quantidades para uso pessoal, de qualquer droga, não é considerada como uma prioridade para a aplicação da lei holandesa.

As medidas legais incluem a oferta, a alguns dos utilizadores de drogas, que entram em contato com as autoridades policiais ou judiciais, a opção de suspensão da prisão preventiva na condição de que passem a ser tratados.

É feita uma distinção entre consumidores de droga e traficantes. Para estar em conformidade com o quadro de decisões da UE, que estabelece regras mínimas quanto aos elementos que constituem as infrações penais e às sanções aplicáveis no domínio do tráfico de algumas drogas, em 2006, a pena máxima para a sua transação foi aumentada de 4 para 6 anos de detenção ou multa. Estima-se que existem cerca de 700 lojas de venda de *cannabis* na Holanda – cerca de uma por 29.000 habitantes. Esta indústria emprega 3400 trabalhadores, sendo que os seus proprietários têm um sindicato próprio, o *Bond van Cannabis Detaillisten*. Vendem cerca de 50 a 150 toneladas de *cannabis*, num valor avaliado em cerca de 300 a 600 milhões de euros por ano. Acredita-se que 1/4 dos 4.5 milhões de turistas que visitam

Amsterdã vão aos *coffeshops* e que 10% destes mesmos turistas afirmam que são estes *coffeshops* que os levam a visitar o país (MACCOUN, 2010).

A Espanha é outro país com uma posição bastante liberal no que toca às drogas. Neste país, segundo Maccoun (2010), não se considera crime o uso e a posse de drogas para uso próprio. No entanto, em 1992, a Lei Orgânica 1/1992, de 21 de fevereiro, sobre a proteção da segurança dos cidadãos, atualmente em vigor, considera o consumo de drogas em público como um delito grave punível com sanções administrativas. A punição mais usual é a multa que pode ir dos 300€ aos 30 000€. Ainda assim, se o indivíduo frequentar voluntariamente um programa de tratamento oficial, nos termos do Decreto Real 1079/1993, a multa pode ser suspensa.

A fixação das quantidades toleradas, como informa Macrae (2006) varia conforme a droga e são, no geral inferiores a: 50g de *cannabis*; 30 a 50 doses de LSD; 40g a 100g de haxixe; 0,5g a 3g de heroína.

Um plebiscito realizado em 1996 na Califórnia aprovou uma iniciativa de regulamentação do cultivo da maconha para fins medicinais. Desde então os pacientes precisam de avaliação médica para receberem a quantidade de maconha que podem usar (MACRAE, 2006).

Coelho (2017) acrescenta que Colorado e Washington legalizaram também a maconha para o uso recreativo. Já no Uruguai em 2013, o presidente José Mujica também legalizou o seu uso. Apesar de afirmar “não gostar da maconha”, ele afirma que o objetivo é enfraquecer as finanças do narcotráfico, tirando de grupos criminosos o monopólio da produção e da venda de uma planta tão valiosa.

No Brasil discute-se atualmente a possibilidade de descriminalização do uso da maconha; no entanto, este ainda é um assunto muito complexo, pois, inclusive o art. 28 da lei nº 11.343/2006, que criminaliza quem possui drogas para consumo próprio não está de acordo com o inciso 10 do artigo 5º da Constituição Federal, que prevê a proteção à privacidade e à intimidade do indivíduo. Ou seja, a pressão ao usuário é questão constitucional, pois a Constituição brasileira tem como princípio basilar a dignidade humana e, por esta razão, afasta a possibilidade de criminalizar qualquer comportamento que não implique em risco a

bens jurídicos, mesmo que isso traga danos saúde, integridade física ou à própria vida do agente.

O fato de alguém se autocolocar em perigo não é tema do qual o Direito Penal pátrio se ocupa, o que não quer dizer que a sociedade esteja de acordo com referido comportamento, o que ainda tem sido um óbice para que a maconha seja descriminalizada no Brasil.

Sobre a matéria, o STF busca a associação da Lei de Drogas, que aplica sanções criminais ao usuário com o princípio da dignidade humana. Também nesse sentido, os Ministros da Corte Suprema da Colômbia afirmam:

Isso não significa deixar de encarar a droga como um problema. É legítimo que o Estado lance mão de medidas administrativas, pedagógicas e sociais para prever o uso de entorpecentes e para tratar o usuário que necessita de ajuda. O que não parece adequado é o uso do Direito Penal como medida pedagógica contra atos práticos na esfera de intimidade do indivíduo. Ao menos em um Estado que se proponha Democrático do Direito (CARVALHO, 2016, p. 86).

Tratar o usuário de drogas como um criminoso o afasta da política do tratamento indicado, pois o estigmatiza e afasta a possibilidade de uma política de redução dos danos. A descriminalização torna possível fortalecer as políticas de tratamento, pois, neste caso, o diálogo com o usuário passa a ser um problema médico e não mais policial.

Tendo em vista que o uso de drogas é um problema de saúde pública, o tratamento do usuário de drogas será discutido no próximo capítulo.

2. O TRATAMENTO DO USUÁRIO DE DROGAS E A POSSIBILIDADE DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA

Conforme visto no capítulo anterior, o usuário de drogas se distingue do dependente, pois age segundo sua consciência e auto-determinação para consumir a droga. Assim, tendo em vista que a legislação atual sobre drogas não diferencia o usuário do dependente, vale trazer à discussão os elementos caracterizadores da dependência de drogas.

Destarte, começa-se a expor o assunto trazendo os elementos relacionados ao diagnóstico que distingue os critérios de uso de substância psicoativa e trata dos “Transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos”, elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria, através do “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-5”.

Consoante a Associação Americana de Psiquiatria, os transtornos relacionados ao uso de substâncias englobam 10 classes distintas de drogas: álcool; cafeína; *Cannabis*; alucinógenos; inalantes; opioides; sedativos; hipnóticos e ansiolíticos; estimulantes; tabaco; e outras substâncias. Tais classes não são totalmente distintas. Isto porque todas as drogas que são consumidas excessivamente têm em comum a ativação direta do sistema de recompensa cerebral, o qual está envolvido no reforço de comportamentos e na produção de memórias (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Importa dizer que, para os fins do presente trabalho, serão analisadas somente as implicações decorrentes das drogas consideradas ilícitas, na forma do art. 66, Lei nº 11.343/2006, de acordo com a atual Portaria SVS/MS 344, de 12.05.1998, atualizada em 29.06.2016.

Os transtornos relacionados a substâncias são divididos em dois grupos: transtorno por uso de substância e transtornos induzidos por substância. As condições que seguem podem ser classificadas como induzidas por substância: intoxicação, abstinência e outros transtornos mentais induzidos por substância/medicamento (transtornos psicóticos, transtorno bipolar e transtornos relacionados, transtornos depressivos, transtornos de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados, transtornos do sono, disfunções sexuais, *delirium* e transtornos neurocognitivos) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

De acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), a essencial característica de um transtorno por uso de substâncias reside na presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que indicam o uso contínuo pelo indivíduo, em que pese os problemas significativos relacionados à substância. Uma importante característica dos transtornos por uso de substância é uma alteração básica nos circuitos cerebrais que pode se manter após a desintoxicação, especialmente em indivíduos com transtornos graves. Portanto, “[...] os efeitos comportamentais de tais alterações cerebrais podem ser exibidos nas recaídas constantes e na fissura intensa por drogas quando os indivíduos são expostos a estímulos relacionados a elas” (COELHO, 2017, p. 149).

Segundo no que expõe a Associação Americana de Psiquiatria, o diagnóstico de um transtorno por uso de substância é baseado em um padrão patológico de comportamentos associados ao seu uso. O diagnóstico sobre o uso excessivo de substância pode ser abordado a partir do Critério “A”, que elencaria as situações de baixo controle sobre o uso da substância; deterioração social; uso arriscado; critérios farmacológicos¹.

¹ São 11 os critérios desenvolvidos conforme a Associação Americana de Psiquiatria: Critério 1-4 refere-se justamente ao baixo controle do uso da substância. A pessoa pode consumir a substância (droga) sem ter a intenção de manter o uso por um período maior do que o que pretendia inicialmente (Critério 1). Com isso, o indivíduo pode apresentar o desejo de reduzir o uso da substância ou mesmo empreender esforços para alcançar o uso mínimo, ou descontinuar o uso da substância (Critério 2). O indivíduo também pode perder tempo para alcançar a substância, usá-la e recuperar-se dos efeitos (Critério 3). Em casos mais graves de uso de substância, praticamente a rotina do indivíduo fica prejudicada pela busca da substância. A fissura se manifesta através de desejos ou necessidade de usar a droga, podendo se dar subitamente e com maior intensidade nos locais de consumo habitual da droga. E neste ponto, vale explicitar que a fissura envolve “condicionamento clássico” associado a alguma ativação no sistema de recompensa do cérebro. Ainda, a fissura é investigada sob o argumento de se alguma vez o indivíduo teve forte desejo de consumir a substância ao ponto de ficar cego pela droga, sem conseguir pensar em mais nada. A fissura atual é habitualmente usada como medida de resultado do tratamento por demonstrar um sinal de recaída iminente. (Critério 4). O segundo grupo de critérios (Critérios 5-7) é tratado sob a forma do prejuízo social. O uso recorrente da substância pode resultar em algum fracasso no cumprimento das principais atividades diárias, obrigações no trabalho, escola ou no lar (Critério 5). O indivíduo pode ainda seguir usando a substância mesmo apresentando “problemas sociais interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados por seus efeitos (Critério 6). As “atividades importantes de natureza social, profissional ou recreativa podem ser abandonadas ou reduzidas devido ao uso de substâncias” (Critério 7). O indivíduo, por isso, pode também apresentar afastamento de atividades da rotina familiar ou mesmo passatempos com o objetivo de usar a substância. O terceiro grupo envolve o uso arriscado da substância (Critérios 8-9). No primeiro critério aludido (Critério 8), o indivíduo pode fazer o uso arriscado da droga em situações que “envolvam riscos à integridade física”. Apesar de ciente dos prejuízos e riscos do uso recorrente, o indivíduo pode prolongar o uso mesmo ciente de apresentar um “problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que provavelmente foi causado ou exacerbado pela substância”. O grupo final envolve os critérios farmacológicos (Critérios 10-11). A tolerância (Critério 10) “é sinalizada quando uma dose acentuadamente maior da substância é necessária para obter o efeito desejado ou, ainda, quando se tratar de um efeito de forma reduzida que é obtido após o consumo da dose habitual”. A tolerância será de acordo com cada indivíduo, bem como à substância consumida, e pode abranger uma gama de efeitos sobre o sistema nervoso central, sendo

O código clínico correto para se referir ao transtorno pelo uso de substância é o CID-10-MC e depende da presença de um transtorno induzido por substância comórbida (incluindo intoxicação e abstinência) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Feita esta liminar abordagem acerca dos aspectos clínicos sobre o transtorno por uso de substância, vale enfrentar o conceito referente à dependência de drogas. Para a Organização Mundial de Saúde, a dependência química é uma doença que decorre mais de uma pane na química cerebral do que um colapso do caráter, assim

A Organização Mundial da Saúde – OMS define a dependência química como um estado psíquico e físico que sempre incluem uma compulsão de modo contínuo ou periódico, podendo causar várias doenças crônicas físico-psíquicas, com sérios distúrbios de comportamento. Pode também, ser resultado de fatores biológicos, genéticos, psicossociais, ambientais e culturais, considerada hoje como uma epidemia social, pois atinge toda gama da sociedade, desde a classe social mais elevada a mais baixa. A Classificação Internacional de Doenças – CID-10 define-a como transtornos mentais e de comporta-mento decorrentes do uso de substâncias psicoativas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004, p. 10)

Segundo o CID-10, os critérios de dependência de substâncias referem à presença de três ou mais dos seguintes sintomas em qualquer momento no ano anterior: 1) desejo forte ou compulsivo de consumir a substância; 2) dificuldades para exercer controle sobre o comportamento de consumo de substância no que diz respeito ao começo, fim ou níveis de consumo; 3) estado de abstinência fisiológica, momento em que o consumo é suspenso ou diminuído, evidenciado por síndrome de abstinência característica, ou uso de igual substância (ou outra muito parecida) com o objetivo de aliviar ou evitar os sintomas da abstinência; 4) tolerância evidenciada, segundo a qual há a necessidade de doses crescentes da substância psicoativa para que sejam obtidos os efeitos antes produzidos com doses inferiores; 5) abandono crescente de outros prazeres ou interesses em razão do consumo de substâncias

difícil determiná-la apenas com base no histórico comportamental. Também, a tolerância deve ser diferenciada da variação individual na sensibilidade inicial dos efeitos de substâncias específicas. Exemplificando, “algumas pessoas que consomem álcool pela primeira vez apresentam pouquíssimas evidências de intoxicação com três ou quatro doses, enquanto outras com o mesmo peso e história apresentam fala arrastada e descoordenação”. A abstinência, também denominada de *craving* (Critério 11), é uma síndrome que ocorre quando as concentrações de uma determinada substância no sangue ou nos tecidos diminuem em determinados indivíduos que, de maneira ou outra, mantiveram o uso da substância para aliviá-los. Os sintomas de abstinência apresentam uma grande variação de uma classe de substância para outra, bem como conjuntos de critérios distintos de abstinência são fornecidos para as classes de drogas. Sinais fisiológicos, marcados e geralmente de fácil aferição são comuns com álcool, opioides e com sedativos, hipnóticos. Os sintomas da abstinência e da tolerância ocorrentes durante o tratamento médico adequado com medicamentos receitados (como por exemplo, sedativos, opioides e estimulantes) são especificadamente desconsiderados ao se diagnosticar um transtorno por uso de substância (Cf. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento et al. Porto Alegre: Artmed, 2014.p. 481-485).

psicoativas, maior dispêndio de tempo para obter ou consumir a substância ou recuperar-se dos respectivos efeitos; 6) persistência no consumo de substâncias, apesar de provas evidentes de consequências manifestamente prejudiciais, como lesões hepáticas causadas por consumo excessivo de álcool, humor deprimido em consequência do maior consumo de substâncias, ou perturbação das funções cognitivas relacionadas com a substância, devendo-se fazer esforços para determinar se o consumidor realmente se encontrava consciente da natureza e gravidade do dano (World Health Organization, 1992).

Mota (2009) define o dependente químico como um indivíduo que não consegue utilizar substâncias psicoativas de forma moderada, não importando a frequência deste uso. “Trata-se de indivíduos que não foram capazes de sustentar um padrão socialmente aceito do uso de substâncias psicoativas e envolveram-se em uma série de situações constrangedoras que findaram por justificar uma intervenção” (MOTA, 2009, p.30). Mota (2009) refere que o uso patológico de drogas também pode ser descrito como toxicomania, abuso de drogas, drogadição, adicção, dependência de drogas, farmacodependência, dependência química, uso indevido de drogas e outros. Para tanto, o autor em comento menciona que, a partir da década de 1980, tal conceito foi ampliado para além do abuso de substâncias psicoativas a outros comportamentos compreendidos como processos adictivos ou compulsões, v.g., sexo, internet, jogo etc. No núcleo dos processos de adicção reside a incapacidade do indivíduo de controlar sua vida em consequência de sua relação com tais processos repetitivos: “Trata-se da noção de perda de controle, do fenômeno do vício e da compulsão” (MOTA, 2009, p.32).

Nesta esteira, Thums e Pacheco (2007) asseveram que a dependência à droga é um estado psicológico ou físico grave, traduzido por compulsão incontrolável ao uso da droga.

Contudo, no que afere Sodelli (2010), é possível compreender por que o fenômeno da dependência não é uma condição imutável ou, dito em outros termos, um dependente não está, de forma alguma, determinado a ser dependente para sempre.

Elencada a conceituação da dependência química dentro do contexto médico, bem como jurídico, vale enfrentar a distinção entre alguns conceitos básicos para melhor compreensão da problemática da dependência de drogas: dependência física, dependência psicológica e tolerância. Estes aspectos serão melhor detalhados na próxima seção.

2.1. Dependência Física, Psicológica e Tolerância

Para dar início ao presente item, vale registrar o que leciona Helena Regina Lobo da Costa:

A criminalização do uso de entorpecentes, especialmente no que se refere ao dependente, ignora o funcionamento e dificulta a atuação de outras instâncias de controle social, que poderiam ser muito mais efetivas para lidar com este problema. A criminalização acaba impedindo uma reflexão aprofundada sobre o assunto (COSTA, 2005, p. 110-111).

Isto posto, e dando seguimento ao presente item, importa reconhecer que dois conceitos são de fundamental importância na identificação dos males causados pelas drogas: dependência (seja física ou psicológica) e tolerância. Passa-se ao primeiro conceito acima apontado, qual seja, a dependência física.

A dependência física trata-se de uma condição de adaptação fisiológica a uma determinada droga manifestada pela retirada. Quando a droga é retirada acontecem modificações fisiológicas, a denominada síndrome de abstinência. Neste sentido, pode-se exemplificar como drogas que causam dependência física o álcool e a heroína (CAMARGO, 2005).

Por sua vez, a dependência psicológica se refere à sensação satisfatória e ao desejo de repetir a experiência de consumo ou prevenir o descontentamento pelo não uso da droga. Tal característica se constitui em poderoso fator ao consumo crônico de drogas e com certas drogas pode ser o único fator óbvio relacionado ao uso compulsivo (COELHO, 2017).

No que tange à tolerância, trata-se de um fenômeno intimamente vinculado à dependência que se desenvolve quando, após repetidas administrações de certa droga, é produzido um efeito menor, isto é, quando doses maiores necessitam ser administradas frequentemente, a fim de que se obtenha os efeitos oriundos da dose inicial (HART, 2014).

Uma vez lançados tais conceitos de fundamental importância para distinguir uma situação da outra (dependência física, psicológica e tolerância), e entendendo a dependência de droga como uma situação patológica, isto é, uma doença que acomete o indivíduo dependente de drogas, imperioso abordar as possibilidades de tratamento.

2.2. Possibilidades de tratamento

Ribeiro (2013) remonta o contexto histórico em que se fez a concepção de Justiça Terapêutica. Consoante o referido autor, em razão das evidências do fracasso do Proibicionismo e, principalmente, da crise penitenciária decorrente da superpopulação carcerária foi criada, nos Estados Unidos, uma modalidade de programa chamado “Drug Courts” ou Tribunais para dependentes químicos que, no Brasil, restou por receber o nome de “Justiça Terapêutica”. A base de tal abordagem preconizada pelo programa se traduz na imposição de tratamentos coercitivos aos usuários de drogas e hoje encontra-se amplamente difundida nos Estados Unidos e possui vários defensores no Brasil, a exemplo de Ribeiro (2013).

Assim, merece ser destacada a diferença evidente que existe entre o tratamento voluntário (considerado uma estratégia de redução de danos), e a imposição de tratamento compulsório, no âmbito da “Justiça Terapêutica”, que incorpora parte da estratégia proibicionista, uma vez que, segundo Ribeiro (2013), exige a abstinência, e sistematiza o uso de drogas no plano da moral.

Importa dizer que a adesão voluntária ao tratamento, preferencialmente ofertado pelo sistema público de saúde e fora do âmbito penal, difere do modelo compulsório (LE MOS, 2013), porque não exige a “cura” e depende do compromisso e envolvimento do indivíduo a ele submetido, que pode procurar a abstinência através da moderação de seu uso ou meramente adotar hábitos de temperança no consumo de drogas (RIBEIRO, 2013).

Na via oposta se encontra a abordagem coercitiva que, de acordo com a Associação Nacional de Justiça Terapêutica, pode ser compreendida como “[...] um conjunto de medidas que visam a oferecer atenção terapêutica aos infratores usuários e/ou infratores dependentes de drogas e, com isso, a possibilidade de modificar os comportamentos anteriores delituosos para comportamentos legais e socialmente adequados” (SILVA; FREITAS, 2008, p. 67).

Deste modo, o tratamento compulsório tem como escopo declarado “modificar” comportamentos qualificados como negativos, rotulados como “delituosos”, tornando seus autores em seres socialmente adequados. Conforme acentua Ribeiro (2013, p. 70-71), a Justiça Terapêutica tem sido anunciada como se tratando de medida “humanista” e

“alternativa”. Entretanto, o tratamento não voluntário representa, na realidade, um reforço da política proibicionista, pois que justifica a necessidade de criminalização da conduta de posse de drogas como maneira de fornecer ao Estado um instrumento – supostamente – apto a coagir os usuários a abandonarem a droga. Nesta esteira, escreve Jorge Quintas:

[...] a possibilidade de coerção legal sobre o dependente de drogas é estritamente dependente da detecção pelas autoridades do porte para uso ou do uso propriamente dito (considerado como crime ou infração administrativa, dependente da legislação de cada país) ou de um ilícito criminal (tráfico de drogas ou criminalidade conexas praticados por dependentes). De uma forma geral não existem nas leis das drogas, nos países democráticos, possibilidades de internação preventiva de usuários de droga, muito menos de carácter compulsório e ainda menos que estas internações possam ser aplicadas de forma massiva. Não há sequer legitimidade de qualquer intervenção do sistema de justiça na ausência de transgressões às leis. O tratamento coercivo não é uma medida preventiva, é uma seqüência possível de um processo legal (QUINTAS, 2014, p. 2).

Tal abordagem pretende, destarte, utilizar o Direito Penal em prol da modificação da personalidade do indivíduo, objetivando a adaptação individual a uma sociedade que protege a abstinência das drogas consideradas ilícitas, ao passo que, ao mesmo tempo, sempre incentivou o uso de drogas lícitas. Portanto, segundo Carvalho (2016), o uso de drogas ilícitas é tido, sob esta perspectiva, como uma imoralidade a ser enfrentada.

Carvalho (2016) afere que a questão da aplicabilidade do projeto (Justiça Terapêutica) ganhou novos contornos a partir da previsão, como sanção ou condição da transação penal, de aplicação de “medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo” (art. 28, inc. III, Lei nº 11.343/2006). Prevendo a nova sanção, a Lei de Drogas avançou no sentido de limitar sua duração temporal, obstaculizando o cerne do projeto Justiça Terapêutica em fazer com que o tratamento se torne coercitivo, denominado como transação penal ou pena, em medida de segurança atípica de tempo indeterminado – “[...] as penas previstas nos incs. II e III do caput deste artigo serão aplicadas pelo prazo máximo de 5 (cinco) meses” (art. 28, §3º, Lei nº 11.343/2006). Contudo, ainda que se mostre plausível o limite formal, a aproximação entre penas e medidas (educativas, socioeducativas ou de segurança) acaba por deixar aberto espaço para o aniquilamento do sujeito, transformando-o em objeto de intervenção criminológica. Isto porque, na esteira do que leciona Carvalho (2016), se mostra evidente e anunciado o fracasso de qualquer tipo de intervenção na qual o indivíduo envolvido não perceba a valorização de seu discurso e não lhe seja possibilitada a interação na definição do rumo e do escopo do tratamento, uma vez que não existe programa sério que não aponte como primeira opção o desejo do indivíduo dependente.

Tendo em vista que a Lei de Drogas adotou postulados éticos que realinharam a Política Nacional de Drogas tornando-a compatível com os direitos e garantias constitucionais elencados na Constituição Federal, é de se reconhecer que a imposição de tratamento como pena fere o princípio da liberdade individual, da privacidade e da intimidade (art. 5º, inc. X, CF/1988), pois que inadmissível, em um Estado Democrático de Direito, que um cidadão seja obrigado a submeter-se a tratamento de saúde, seja o tratamento que for, contra sua vontade, excepcionados casos extremos e individualizados, quando a vontade não puder ser aferida ou que importe em grave ameaça à pessoa ou terceiros, expressamente previstos em lei.

Assim, afastando-se do que preceitua a Justiça Terapêutica, aproxima-se diante do que, atualmente, vem sendo denominada de Justiça Restaurativa, que se remete à política de redução de danos. Como bem referem Gomes e Bianchini (2011), a política de redução de danos se aproxima do modelo de Justiça Restaurativa, que tem como escopo principal, inclusive no que tange ao usuário de drogas, a prevenção, atenção e reinserção social. Portanto, no que se refere à política de redução de danos, estratégia que não se amolda à abstinência ou mesmo à tolerância zero, vale abordar os seus principais aspectos, principalmente no que tange ao tratamento do dependente de drogas, entendida como a política possivelmente mais adequada para enfrentar a problemática da dependência de drogas.

3. LEI Nº 13.840/2019: AVANÇOS OU RETROCESSOS EM MATÉRIA DE DIREITOS HUMANOS

Tendo em vista que o Estado tomou para si a responsabilidade de tratar o usuário e dependente químico, cabe à rede de saúde do Estado implementar programas para cumprir esse desiderato. Para tanto, é importante observar as diretrizes do Ministério da Saúde, bem como os princípios capitaneados no art. 22 da Lei nº 13.840/2019. Complementarmente, é obrigatório que se façam uso dos recursos adequados, que precisam constar na previsão orçamentária realizada por cada ente estatal.

O art. 23-A da Lei nº 13.840/2019 estabelece as regras para o tratamento do usuário ou dependente químico, que não pode ocorrer em qualquer lugar, mas apenas na rede de atenção à saúde.

Segundo Silva (2019), a prioridade será o tratamento ambulatorial e a exceção a internação em instituições de saúde e hospitais gerais, de acordo com regras elaboradas pela União e articuladas junto aos serviços de assistência social e em etapas, que deverão ter um propósito, ou seja, não é simplesmente tratar por tratar o dependente e o usuário, mas criar um sistema que lhes permita largar o vício ou o hábito e também prepará-los para quando deixarem a unidade e/ou tratamento, de modo a retornarem à vida social com possibilidade de se manterem e lhes afastar de situações que os levariam a novamente buscar a saída no uso de drogas.

Com efeito, o tratamento (ambulatorial ou internação) deve ser realizado em etapas que viabilizem que a atenção seja articulada com ações preventivas, que alcancem não apenas um ou outro usuário ou dependente, mas a toda coletividade, que, em tese, é suscetível ao uso e ao vício da droga. Além disso, o tratamento não deve ser aleatório e sem estratégia, mas, orientado por protocolos técnicos predefinidos e comprovado cientificamente (SILVA, 2019).

A legislação preceitua que o tratamento será individualizado a fim de alcançar as particularidades de cada assistido, que possui necessidades nem sempre iguais às dos outros. Cada qual tem um ou mais problemas que devem ser enfrentados individualmente e com abordagem preventiva, de modo a evitar recaídas (BRASIL, 2019).

Na prática, no entanto, não é isto que se observa. Soares e Millen e Lemes (2019) criticam o texto da Lei nº 13.840/2019 no trecho que dispõe que a opção pela internação involuntária pode ser admitida se constatados motivos capazes de justificar esta medida. No entanto, não traz exemplos de razões que possam servir de justificativa para tal ato, assim como também não é clara com relação à forma de triagem para adotar este procedimento, já que não é obrigatório que um psiquiatra prescreva e autorize a internação.

Ademais, a lei diz que a internação involuntária poderá durar até 90 dias, prazo considerado suficiente para que o usuário possa se desintoxicar. É possível que o usuário seja liberado até antes por determinação do médico responsável. Assim, o que se percebe é que a intenção do governo ao aprovar referida legislação é limpar as ruas de dependentes químicos, sem oferecer-lhes um tratamento realmente eficaz, com acompanhamento multidisciplinar, que de fato reduza os danos causados pela dependência e vise que este indivíduo seja reinserido na sociedade.

A internação de dependentes de drogas sempre foi um problema no território nacional, sendo muitas vezes realizada por instituições sem a menor capacidade para recuperar o indivíduo do vício (COELHO, 2017). Determina a norma que a internação só poderá ser levada a efeito em instituições de saúde ou hospitais gerais, que contem com equipes multidisciplinares, ou seja, todos os profissionais necessários e capacitados para que seja bem-sucedida, como médicos, psicólogos e assistentes sociais.

Silva (2019) assinala que toda internação apenas poderá ser feita com autorização de médico com registro no Conselho Regional de Medicina – CRM do próprio Estado onde esteja localizado o estabelecimento no qual ela ocorrerá. Essa medida excepcional somente atinge o dependente de drogas e não o mero usuário, que será tratado externamente (tratamento ambulatorial).

Como esclarece Moreira (2019), há duas espécies de internação: 1) internação voluntária, consentida pelo dependente químico; e 2) internação involuntária, que ocorre sem o consentimento do dependente. Em ambos os casos, há necessidade de pedido formulado por algum familiar ou responsável legal do dependente. Na falta de um destes, o pedido poderá ser feito por servidor público que atua na área da saúde, assistente social ou por servidores de

órgãos públicos que integram o Sisnad, excetuando-se os servidores da área de segurança pública, que apontem a existência de motivos para justificar a medida.

Silva (2019) esclarece que a internação voluntária precisa ser precedida por declaração por escrito da pessoa solicitante de que fez a opção por este regime de tratamento, que é excepcional, já que a regra é o tratamento ambulatorial, muito menos traumático. O término desta modalidade de internação ocorrerá quando o médico responsável determinar ou quando o próprio dependente químico manifestar por escrito sua vontade de cessar o tratamento. Assim, a internação e a interrupção do tratamento são voluntárias.

Para a internação involuntária, que também é a exceção, Costa (2019) entende que esta não deve ser determinada, uma vez que invade a direitos fundamentais, a exemplo da liberdade de locomoção e de se autodeterminar.

A internação involuntária ocorre somente após ser formalizada a decisão pelo médico responsável. Silva (2019) expõe que esta é indicada após haver a avaliação sobre qual a droga usada pelo dependente, o padrão de uso e quando não for possível empregar outras formas de tratamento terapêutico previstos na rede de atenção à saúde. Sua duração será a necessária à desintoxicação, com o prazo máximo de 90 dias, sendo o término determinado pelo médico responsável. No entanto, os familiares do internado ou seu representante legal, podem, a qualquer momento, requerer ao médico que o tratamento seja interrompido.

Já segundo Coelho (2019), cuidando-se de ato que atinge a intimidade da pessoa internada e de seus familiares, é assegurado o sigilo das informações constantes nos sistemas de informações sobre o ato, sendo o acesso a elas realizado somente às pessoas que têm autorização para conhecê-las, sob pena de responsabilização penal, civil e administrativa.

Ademais, tanto o planejamento como a execução do projeto terapêutico, que deve ser individualizado para cada assistido, deverão observar, no que for possível, o previsto na Lei nº 10.216/2001, que aborda a proteção e os direitos dos indivíduos portadores de transtornos mentais, redirecionando a assistência em saúde mental. Assim, subsidiariamente, os dispositivos desta lei devem ser aplicados nas internações e tratamentos ambulatoriais dos usuários e dependentes de drogas.

Outras alterações importantes foram trazidas pelo art. 26-A. A norma institui as Comunidades Terapêuticas Acolhedoras, que poderão acolher tanto usuários como dependentes de drogas, que não tenham comprometimentos biológicos e psicológicos graves (BRASIL, 2019). Pessoas nessas situações, que necessitem de atenção médico-hospitalar contínua ou em caráter emergencial, serão encaminhadas à rede de saúde onde, a depender da hipótese, a internação será necessária.

A Comunidade Terapêutica Acolhedora é opção do usuário ou dependente de drogas, sendo o acolhimento e a sua permanência, voluntária. A inclusão dependerá de pedido escrito do acolhido, vedado seu isolamento físico (MOREIRA, 2019).

Entende-se que o dependente químico mereça especial atenção, posto que possui sua autonomia diminuída em face da sua capacidade de discernimento e autodeterminação reduzida. Segundo Coelho (2017), é importante reconhecer que o dependente químico é um indivíduo doente e, portanto, precisa de suporte médico, da família, amigos e do Estado, sempre alheio ao âmbito do Direito Penal, tendo em vista que a política de redução de danos é vista como a mais adequada para o tratamento deste dependente.

Assim entende-se que a internação involuntária pode trazer efeitos contrários aos desejados ao dependente químico e, portanto, em termos de Direitos Humanos, é um retrocesso e o tratamento mais adequado é o que visa à redução de danos conforme se verá a seguir.

3.1. Política de redução de danos

É possível dizer, com apoio na doutrina especializada, que a política (ou estratégia) de redução de danos se trata de uma tentativa para minimizar as consequências adversas do consumo de drogas pela ótica da saúde e seus aspectos sociais e econômicos sem, necessariamente, diminuir esse consumo (ANJOS, 2015). Inclusive, este foi o sentido defendido e adotado pela própria Organização Mundial de Saúde, em 1993, utilizando esta nomenclatura, referindo ainda, como propostas de alternativas, a troca de seringas estéreis buscando o controle da disseminação da Aids entre usuários de drogas injetáveis (UDIs). No ano de 1994, o referente Programa das Nações Unidas para o Controle do Uso de Drogas (UNDCP) endossou a mesma estratégia. Reghelin (2002) aponta que não se pretende, com

isso, desviar-se do objetivo de diminuição do consumo, contudo, é importante considerar que a redução se faz possível somente a longo prazo, devendo-se eleger prioridades. As estratégias mais conhecidas de redução de danos são os Programas para trocas de Seringas (PTS) e os programas de manutenção de usuários de drogas opiáceas, tal como a metadona.

Segundo Ribeiro (2013), o primeiro programa de trocas de seringas, oficialmente financiado pelo Projeto Brasil, foi o Projeto de Redução de Danos entre UDIs de Salvador, em 1995. Em tal caso, não ocorreu problema com a justiça local porque, evidentemente, gerou boa impressão o projeto ser desenvolvido pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (Cetad), vinculado à Universidade Federal da Bahia, com doze anos de existência, tornando-se referência nacional sobre o tema.

Já no ano de 1996, segundo Reghelin (2002), o mesmo programa realizou a primeira reunião dos projetos de redução de danos do Brasil, sendo que nesse mesmo ano iniciaram-se os projetos em Porto Alegre e em Sorocaba. No ano de 1997 criaram-se outros projetos: o da Prefeitura Municipal de Itajaí, o Projeto Bocada, da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, o projeto do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas (Nepad), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, e o da Associação Santista de Prevenção e Pesquisa em DST/Aids e Secretaria Municipal da Saúde de Santos. Também em 1997 foram criados projetos em São José do Rio Preto, em parceria com a Faculdade de Medicina e a Prefeitura Municipal, o projeto em São Vicente, pela Secretaria Municipal de Saúde, e em Florianópolis, pela Secretaria Estadual de Saúde. Ainda em 1997, criou-se a Associação Brasileira de Redutores de Danos (Aborda). A referida associação foi resultante da auto-organização de usuários de drogas, ex-usuários, técnicos de diferentes áreas e pessoas propostas ao propósito de prevenção à Aids e demais doenças. Também em 1997, ocorreu, no Distrito Federal, o I Encontro Nacional da associação recém criada, com a eleição da primeira diretoria e a oficialização dos estatutos. Entre os anos de 1997 e 1999, a Aborda seguiu o surgimento de associações estaduais, v.g., a Aprenda, de São Paulo, a Acorda, de Santa Catarina e a A. Rede, do Rio Grande do Sul, além de ter sido membro fundador da Rede Latino-Americana de Redução de Danos (Relard) e da Rede Brasileira de Redução de Danos. No ano de 1998 ocorreu, na cidade de São Paulo, a IX Conferência Internacional de Redução de Danos. Em 1998, criaram-se os projetos de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, de Curitiba, Paraná, e de Ribeirão Preto, São Paulo. Em 1999 criaram-se vários projetos em São Paulo. No

Rio Grande do Sul, vale destacar Pelotas, pela universidade local, Rio Grande e Santa Maria. No Brasil, Cuiabá, Mato Grosso, e Brasília, Distrito Federal.

Tal avanço das ações práticas e do debate sócio-político restou por refletir na produção legislativa, fazendo aparecer, segundo Ribeiro (2013), uma segunda geração de leis de redução de danos, que se preocupa com os direitos do próprio cidadão que usa drogas, como é a situação da Lei Estadual Paulista nº 12.258/2006, dispondo sobre prevenção, tratamento e os direitos fundamentais dos usuários de drogas. Diante disto, resta clara uma mudança de paradigmas, uma vez que a pessoa que faz uso de drogas passa a ser considerada sujeito de direitos, tendo assegurada a garantia de que não será excluída de escolas, centros esportivos, entre outros; a garantia de não ser discriminada por campanhas contra o uso de drogas que diferenciem os usuários dos dependentes; o acesso a tratamentos respeitosos da dignidade, possibilitando a reinserção na sociedade; o direito de receber informações sobre todas as maneiras, estratégias, tipos e fases de tratamentos, abordando os desconfortos, riscos, possíveis efeitos colaterais e benefícios do tratamento; suporte psicológico durante e depois do tratamento, além de outros direitos e garantias afetos ao exercício da cidadania em um Estado Democrático de Direito.

Neste sentido, entende-se possível estabelecer programas de tratamento de dependência de drogas fora da esfera jurídico-penal. Isto porque, conforme assevera Carvalho (2016), ainda que se entenda a alternativa da descriminalização do uso pessoal de droga como a mais harmônica com as políticas de redução de danos, sobriria indagar-se de quais formas de tratamento seriam possíveis e de que modo seria possibilitado conceber mecanismos de pequena interferência no âmbito pessoal do dependente (direitos de personalidade). Uma resposta a tais interrogações pressupõe transvalorar os modelos político-criminais (criminalizadores e descriminalizadores) e colocar em pauta políticas efetivamente reducionistas, para além da carta intencional e meras formalidades pontuadas nos capítulos iniciais da Lei nº 11.343/2006. Diante disto, as propostas auxiliares aos dependentes químicos formuladas pelo Instituto Interamericano de Direitos Humanos (IIDH), com o objetivo de diminuir as arbitrariedades e as lesões aos direitos de réus e condenados submetidos à medida de segurança, representaram o passo inicial na procura de alternativas viáveis fundamentadas na principiologia orientada para o respeito à diversidade e à autonomia individual.

Destarte, a política de redução de danos fixa como requisito da intervenção o reconhecimento daquele envolvido com drogas, usuário ou dependente, como sujeito com capacidade de diálogo, isto é, possuidor dos atributos da fala e da escuta. Assim, como expõe Carvalho (2016), abre-se espaço para novas maneiras de ação cujo escopo primordial é o de minimizar os efeitos deletérios causados pelo (ab)uso das drogas, deixando de lado qualquer intenção moralizadora oriunda do ideal de abstinência. Na verdade, diferentes sistemas de atuação no âmbito do Direito Penal das Drogas, fundamentados em principiologia unificadora absolutamente autônoma, podem ser conformados: a) modelos baseados no princípio do tratamento compulsório e coercitivo (v.g., Justiça Terapêutica) e b) modelos apoiados pelo princípio do respeito à autonomia individual (v.g., políticas de redução de danos). Os aludidos sistemas atribuem distintos status aos usuários e dependentes de drogas, apresentando maior ou menor adequação ao projeto constitucional balizador da atuação dos órgãos e agentes públicos. Portanto, se nos sistemas de reconhecimento da autonomia o usuário e o dependente são tidos como sujeitos de diálogo, portadores de fala e escuta, com sua alteridade preservada, nos sistemas de coercitibilidade são tratados como mero objeto de intervenção, sem capacidade de interagir e dar rumo à sua trajetória.

Em face do todo acima exposto, entende-se que o caminho mais adequado ao tratamento do dependente de drogas é o que se dá através da política da redução de danos, pois que valoriza o sujeito envolvido com drogas mediante a capacidade de fala e de escuta, interação, portanto. E tendo em vista que o modelo de redução de danos privilegia a autonomia individual ao invés de ideais moralizadores da abstinência, mostra-se, destarte, como a mais apropriada no trato do dependente de drogas.

Sendo assim, reconhecida a política de redução de danos como garantidora da autonomia do indivíduo, importa abordar algumas concepções acerca do termo “autonomia”, para, em seguida, enfrentar o princípio do respeito à autonomia bem como a forma que este se relaciona com o usuário e com o dependente de drogas, situações diversas, como será demonstrado a seguir.

3.2. O princípio do respeito à autonomia

Deve-se iniciar o presente item com a abordagem acerca do conceito e noções fundamentais que englobam a autonomia, uma vez que tal análise permitirá o estudo do

princípio de respeito à autonomia e suas implicações no que se refere ao usuário e dependente de drogas. Deste modo, começa-se tratando da autonomia enquanto dispositivo consagrado no art. 5º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO:

Art. 5º: Autonomia e responsabilidade individual: Deve ser respeitada a autonomia dos indivíduos para a tomada de decisões, desde que assumam a responsabilidade por essas decisões e respeitem a autonomia dos demais indivíduos. Para aqueles que não forem capazes de exercer a autonomia, devem ser adotadas medidas especiais para a proteção de seus direitos (CASADO, 2013, p.231).

A concepção de autonomia é fundamental nos âmbitos da Ética, da Política e do Direito. Kant (2011) define a autonomia como a capacidade da pessoa reger sua própria conduta, dando-se a lei em si mesma, graças ao exercício de seu desejo vinculado à razão.

Neste sentido, importa destacar como Gerald Dworkin (1988) define autonomia, entendendo esta como uma capacidade para refletir diante de uma estrutura motivacional e realizar mudanças nessa estrutura. Destarte, a autonomia não é apenas uma capacidade reflexiva, pois ainda inclui alguma habilidade para modificar preferências e fazê-las efetivas na ação. Dworkin (1988) escreve que a autonomia é uma capacidade de segunda ordem à reflexão crítica acerca de preferências de primeira ordem e desejos, e a habilidade de se identificar com esses ou alterá-los à luz de preferências de ordem maior e valores. Portanto, ao exercitar dita capacidade, os indivíduos definem sua natureza, atribuem significado e coerência às suas vidas, e tomam responsabilidade em virtude do tipo de pessoa que são.

Em face do ora exposto, convém apontar que o conceito de autonomia na filosofia moral e bioética reconhece que o homem tem a capacidade de se autodeterminar e põe à frente um princípio de que a autonomia das pessoas deve ser respeitada. Assim, uma concepção de autonomia deverá definir autodeterminação e elencar como e porque a autonomia extensiva deve ser observada. Neste ínterim, segundo Coelho (2017), a autonomia como capacidade de pessoas merece ser distinguida da autonomia quanto à propriedade de ações e decisões, a fim de que uma pessoa possa agir de modo não-autônomo em determinadas situações (v.g., quando uma pessoa é coagida a fazer algo). Isto porque a autonomia enquanto valor fundamental e direito básico faz parte da teoria moral e política do liberalismo individual.

Consoante a doutrina e a tradição jurídico-filosófica que engloba a noção de autonomia, imperioso destacar o que se entende pelo chamado “princípio de respeito à autonomia” e suas repercussões em se tratando do usuário e do dependente de drogas (VÁSQUEZ, 2013, p.235). Assim, sob o ponto de vista da ética normativa, partindo do discurso moral como prática real, deve ser aceito que qualquer autoridade ou convenção social é passível de submissão crítica, excepcionada a própria prática de criticar, característica do discurso moral que reflete a adoção do valor da autonomia.

Na realidade, a discussão moral tem como finalidade a superação de conflitos e alcançar a cooperação através do consenso, sendo que, este último, pressupõe a livre aceitação de princípios justificadores de ações e atitudes, com o risco de que se incida em inconsistência pragmática. Diante desse pressuposto geral oriundo de todo discurso racional, advém o princípio de autonomia individual, que preceitua que:

[...] que sendo valiosa e livre escolha individual de planos de vida e a adoção de ideais de excelência humana, o Estado (e os outros indivíduos) não deve interferir nessa escolha ou adoção, limitando-se a propor instituições que facilitem a realização individual desses planos de vida e a satisfação dos ideais de virtude que cada um sustente e impedindo a interferência mútua no curso dessa realização (NINO, 1989, p.204).

Para Beauchamp e Childress (2002), respeitar um agente autônomo seria, no mínimo, reconhecer que essa pessoa tem o direito de ter suas opiniões, fazer escolhas e agir baseado em valores e crenças individuais. Esse respeito engloba a ação respeitosa, e não simplesmente uma atitude respeitosa, pois ele também exige além de obrigações de não-intervenção nas decisões pessoais, visto que inclui obrigações para sustentar as capacidades dos outros à escolha autônoma, reduzindo os temores e outras condições que aniquilem sua autonomia. Diante desta concepção, o respeito pela autonomia implica tratar as pessoas de modo a capacitá-las a agir autonomamente, ao passo que o desrespeito envolve atitudes e ações que ignoram, ofendem ou debilitam a autonomia dos outros, negando, portanto, uma igualdade mínima entre as pessoas.

Diante disso, a exigência para que se tratem os outros como fins faz necessário que se auxiliem e se prestem assistência às pessoas com o objetivo de atingirem seus fins e que sejam encorajadas em suas capacidades como agentes.

Sendo assim, o rumo que parece como o mais viável, nos dizeres de Martinelli (2010), é compreender que o uso de drogas implica exercício da autonomia do indivíduo. Destarte, não se mostra aceitável quaisquer formas de paternalismo jurídico-penal para proteger o sujeito de autolesões consentidas se isto implicar impedimento ao exercício da autonomia (o paternalismo será objeto de análise no item subsequente). Isto porque o usuário eventual, que não sofre de dependência, tem noção e sabe o que é melhor para si e pode prosseguir, valendo-se de sua autonomia para fazer uso da droga. Afinal, é reconhecido como sujeito autônomo aquele que tem a liberdade de ação conforme sua consciência e vontade, preservando os direitos de terceiros. Em tese, todos são livres para o desempenho de suas atividades, desde que obedecido o princípio do respeito ao direito alheio, que cumpre um papel inibidor ao exercício da autonomia.

Assim, segundo Tozzi Coelho e Sporleder de Souza (2016) pensar o uso de drogas a partir do ponto de vista dos envolvidos com a problemática impõe perceber a conduta como autônoma e o dano como próprio.

Bizzoto e Rodrigues (2007) afirmam, com base no art. 19, inc. III, Lei nº 11.343/2006, que é pregado o fortalecimento da autonomia e da responsabilidade individual no que tange ao uso indevido de drogas, entendendo-se a autonomia como a capacidade de autodeterminação diante das inúmeras escolhas que surgem, sendo a responsabilidade a consequência lógica das opções de quem governa a si mesmo. Portanto, o usuário, enquanto indivíduo autônomo, tem capacidade de discernimento, condições de agir consoante sua consciência e liberdade de agir restringida em função de interesse alheio. Quando usa a droga, o faz de modo consciente, incidindo numa autolesão consciente, sendo ilegítima a intervenção no seu modo de ser, pois que restringe sua liberdade de escolha, a opção de usar a droga.

Nesse sentido, Rodrigues (2006) critica a estratégia proibicionista de criminalização de algumas drogas como forma meramente simbólica de proteger a saúde pública. Defende que políticas alternativas de drogas e, especialmente, a redução de danos como estratégias devem ser priorizadas pela legislação brasileira.

Solange Moreira complementa dizendo que:

[...] não é propondo a internação de usuários/as de drogas que o governo vai revolver um problema tão complexo, como é o caso do abuso e dependência de substâncias psicoativas. Como um problema de saúde pública, devemos optar por cuidar das pessoas no seu território, evitando, assim, enclausuramento e as longas internações, para que possam continuar convivendo em sociedade (MOREIRA, 2019).

Sabe-se que alguns usuários de drogas, em decorrência da gravidade de seus quadros clínicos, podem, temporariamente, perder a capacidade de tomar decisões sobre sua vida e tratamento. Porém, Soares, Millen e Lemes (2019) assinalam que essa realidade não reflete a condição de grande parte dos dependentes de substâncias psicoativas; a maioria consegue preservar sua autonomia e senso de realidade. Assim, devem ter voz ativa no planejamento de seu processo de recuperação para, desta forma, ser possível ponderar sobre qual o lugar que as drogas ocupam em sua vida e em qual modalidade de tratamento desejam se engajar.

Soares e Millen e Lemes (2019) elucidam também que existem diversas pesquisas que defendem que o melhor tratamento que se pode outorgar ao usuário de droga é o que não o segregue e retire do seio social. Ademais, tem-se conhecimento que o sistema de saúde brasileiro é precário e muitas clínicas destinadas ao tratamento de dependentes químicos praticam maus tratos e violam os direitos humanos destas pessoas.

Assim, reforça-se que os projetos de redução de danos apontam como requisito à intervenção o reconhecimento do envolvido com drogas; seja usuário, dependente, sujeito capaz de dialogar, isto é, portadores de fala e de escuta, abrindo-se caminho para novas maneiras de ação com escopo primordial de minimização dos efeitos deletérios causados pelo (ab)uso de drogas, abrindo mão de quaisquer intenções moralizadoras oriundas do ideal de abstinência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os problemas dos usuários de drogas psicoativas ganham cada vez mais destaque na sociedade, permeando discussões em diversos segmentos, porquanto suas consequências e seus efeitos ameaçam as instituições e as estruturas basilares do Estado.

Há de se ressaltar, ainda, que o grave problema social decorrente do uso de drogas não raro supera o campo da individualidade do usuário e alcança, direta ou indiretamente, toda a coletividade, constituindo uma ameaça iminente ao Estado e à sociedade. A ausência de políticas públicas e de mecanismos de controle da epidemia decorrentes do uso dessa substância poderá implicar na implosão dos valores sociais constitucionalmente consagrados.

Dentro desse contexto, o Estado brasileiro deve estar afinado com essa realidade social, propiciando mecanismos que possibilitem o enfrentamento dessa mazela, não apenas resguardando o direito fundamental à saúde, com o fornecimento de tratamento aos dependentes químicos, atendendo, também, o interesse social e tornando possível a reabilitação dos indivíduos drogadictos.

A visão holística e global trazida pela temática em epígrafe fez acentuar o entendimento, quase unânime, de que deve prosperar a ressocialização dos dependentes de substâncias psicoativas, resguardando os postulados do direito à vida, o qual encontra-se atrelado ao direito social à saúde, em vez de marginalizá-los e excluí-los ainda mais de todo o contexto social. Em suma, a adicção passa a ser tratada como enfermidade e não como ilícito penal.

Porém, com relação às políticas públicas prioritárias desenvolvidas pelo Estado destinadas ao enfrentamento dessa enfermidade, percebe-se uma ampla discussão e divergência em várias áreas do conhecimento, porquanto se questiona frequentemente a eficiência de um tratamento compulsório aos drogadictos, notadamente após as conquistas decorrentes da reforma psiquiátrica e do movimento antimanicomial, não se restringindo tal debate apenas ao âmbito jurídico, como visto.

No que pertine ao aspecto puramente jurídico, boa parte da doutrina brasileira se dispõe a refutar a internação compulsória por ser uma medida que atenta contra a esfera de liberdade do indivíduo e a sua autodeterminação, afrontando os chamados direitos de defesa que impõem uma condição absenteísta ou não intervencionista por parte do Estado. Por outro lado, ecoa o entendimento de que o poder público possui o mister de intervir excepcionalmente no campo de liberdade dos indivíduos, desde que essa interferência se destine a garantir o bem estar social, evitar lesões a terceiros e/ou preservar a dignidade humana, conforme se apresenta no tratamento de usuários de drogas.

Assim, pelos posicionamentos esposados nesta pesquisa, foi possível concluir que o uso de drogas se consubstancia em uma autolesão que afeta apenas o usuário. Destarte, a alternativa que parece ser mais viável é entender que o uso de drogas implica exercício da autonomia do indivíduo. Neste compasso, não se mostra aceitável qualquer forma de paternalismo jurídico-penal para proteger o indivíduo de autolesões consentidas, caso isto implique em óbice ao exercício da autonomia.

Destarte, para que não se ultrapasse o limite do necessário, importa dizer que, em se tratando do usuário (juridicamente capaz) em uso de drogas, mesmo que se fundamente a proibição do uso de drogas sob argumentação paternalista, não se pode concordar com a mesma, pois que o usuário, ao usar a droga, o faz em face de sua autonomia enquanto indivíduo, devendo ser respeitado enquanto sujeito autônomo, livre, portanto, para tomar a decisão: usar ou não a droga.

E, por fim, no que se refere ao dependente de drogas que não possui autonomia, pois que sem capacidade de discernimento e autodeterminação em face da compulsão pela utilização da droga, este merece tratamento especial do Estado, mas, preferencialmente, fora da esfera penal. Isto porque o dependente de drogas é pessoa doente e que necessita de amparo médico, familiar e dos amigos. Por isso, conforme acentuado ao longo do estudo deste último capítulo, a medida mais adequada no trato para com o dependente de drogas é a que se dá através da política de redução de danos, que privilegia o respeito à autonomia individual e possibilita ao envolvido com a situação-problema um espaço aberto de diálogo, de fala e de escuta, priorizando a vontade do dependente em se tratar ou não, uma vez que o primeiro passo para a eficácia do tratamento contra a dependência é a vontade do próprio sujeito dependente.

Por tais razões, resta demonstrada a ineficácia e inadequação de qualquer medida de caráter compulsório, vez que ignora o querer do dependente, violando seus direitos de personalidade, afetando sua dignidade e estigmatizando-o como um doente irrecuperável senão pela imposição de tratamento pelo Estado. Não é bem assim. Afinal, o dependente de drogas não está fadado à eterna dependência. É necessário querer mudar sua trajetória. Mas isto não é uma questão que deve ser tratada por meio do Direito Penal: instrumento repressor estatal. Trata-se de uma questão de vontade e de possibilidade: tratar-se ou não. Em síntese: merece amparo do Estado, mas não de tratamento penal, pois que viola seus direitos mais íntimos, sua dignidade e, principalmente, sua liberdade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento et al. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANDREUCCI, Ricardo Antônio. **Legislação Penal Especial**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2008. v.4.
- ANJOS, Fernando Vernice dos. Drogas, redução de danos e imputação objetiva. **Boletim IBCCrim**, São Paulo, v. 23, nº 268, 2015.
- BESSA, M.A. Contribuição à discussão sobre a legalização de drogas. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, nº 3, p.632-6, 2010.
- BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de direito penal: parte geral**. 25. ed. São Paulo: Saraiva, 2019.
- BIZZOTO, Alexandre; RODRIGUES, Andreia de Brito. **Nova lei de drogas: comentários à Lei 11.343 de 23.08.2006**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007.
- BOTTINI, Pierpaolo Cruz. As drogas e o direito penal da sociedade de risco. In: REALE JÚNIOR, Miguel. **Drogas: aspectos penais e criminológicos**. Rio de Janeiro: Forense, 2005
- BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm> Acesso em: 17 out. 2019.
- BRASIL. **Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm> Acesso em: 17 out. 2019.
- BUCHER, Richard. Visão Histórica e Antropológica das Drogas In: FIGUEIREDO, Regina. (Org). **Prevenção ao abuso de drogas em ações de saúde e educação: uma abordagem sociocultural e de redução de danos**. NEPAIDS, 2012.
- CAMARGO, Rosmari Aparecida Elias. Aspectos médico-forenses na determinação da condição mental do dependente químico. In: REALE JÚNIOR, Miguel. **Drogas: aspectos penais e criminológicos**. Rio de Janeiro: Forense, 2005. p. 237.
- CARNEIRO, Henrique. Necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. **Revista outubro**, São Paulo, v.6, 2002.
- CARVALHO, Salo de. **A política criminal de drogas no Brasil: estudo criminológico e dogmático da Lei 11.343/2006**. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2016.
- CASADO, María (Org.). **Sobre a dignidade e os princípios: análise da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO**. Tradução de Janaína de Azevedo Baladão. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS – CEBRID. **O que são drogas psicotrópicas**. São Paulo: CEBRID, 2003.

COELHO, Gustavo Tozzi. **Uso de Drogas e Ofensividade em Direito Penal**. Curitiba: Juruá Editora, 2017.

COELHO, Gabriela. **Especialistas veem retrocesso em lei que facilita internação involuntária para dependentes químicos**. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2019-jun-06/lei-permite-internacao-compulsoria-usuarios-drogas>> Acesso em: 18 out. 2019.

COSTA, Helena Regina Lobo da. Análise das finalidades da pena nos crimes de tóxico: uma abordagem da criminalização do uso de entorpecentes à luz da prevenção geral positiva. In: REALE JÚNIOR, Miguel. **Drogas: aspectos penais e criminológicos**. Rio de Janeiro: Forense, 2005. p. 110-111.

COSTA, Sirley Martins da. **A lei a internação compulsória**. 2019. Disponível em: <<https://asmego.jusbrasil.com.br/noticias/100385057/a-lei-a-internacao-compulsoria>> Acesso em: 18 out. 2019.

DWORKIN, Gerald. **The theory and practice of autonomy**. New York: Cambridge University Press, 1988.

GLOBO.COM. **Um em cada três presos do país responde por tráfico de drogas**. 15/03/2017. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/um-em-cada-tres-presos-do-pais-responde-por-trafico-de-drogas.ghtml>> Acesso em: 15 mar. 2020.

GOMES, Luiz Flávio; BIANCHINI, Alice. **Lei de drogas comentada artigo por artigo**. 4. ed. São Paulo: RT, 2011.

GRECO, Rogério. **Curso de Direito Penal**. 9. Ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2013.

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

KANT, Immanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. Lisboa: Edições 70, 2011.

KORF, Dirk J. Dutch Coffee Shops and Trends in Cannabis Use. **Addictive Behaviors**, v. 27, issue. 6, p. 851-66, nov./dez. 2002.

LEAL, João José; LEAL, Rodrigo José. **Controle Penal das Drogas**. Curitiba: Juruá Editora, 2010.

LEMOS, Clécio. Tratamento compulsório: droga, loucura e punição. Sistema Penal e Violência. **Revista eletrônica da Faculdade de Direito**, Porto Alegre, v. 5, nº 2, p. 319-337, 2013.

MACCOUN, Robert. What Can We Learn From The Dutch Cannabis Coffeeshop System? **Addiction**, Londres, v. 106, issue. 20, p. 1899-1910, junho de 2010.

MACRAE, Edward. Redução de Danos para o Uso da Cannabis. In: SILVEIRA, Dartiu Xavier da; MOREIRA, Fernanda Gonçalves (orgs). **Panorama Atual de Drogas e Dependências**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006. p. 361-370.

MARTINELLI, João Paulo Orsini. **Paternalismo jurídico-penal**. 2010. 297 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Direito, Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

MOREIRA, Solange. **As implicações das alterações na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas para o exercício Profissional de Assistentes Sociais no Brasil**. 2019. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/Nota-tecnica13840-2019.pdf>> Acesso em: 18 out. 2019.

MOTA, Leonardo. **Dependência Química e Representações Sociais**. Curitiba: Juruá, 2009

NATIONAL INSTITUTE OF JUSTICE. **Drug courts**. Washington, DC: Office of Justice Program, 2016. Disponível em: <<http://www.nij.gov/topics/courts/drug-courts/pages/welcome.aspx>> Acesso em: 25 mar. 2020.

NINO, Carlos S. **Ética y derechos humanos**. Buenos Aires: Astrea, 1989.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas**. Genebra, 2004. p. 10 e ss. Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_P.pdf> Acesso em: 17 mar. 2020.

QUINTAS, Jorge. Os tratamentos coercivos dos dependentes de drogas em confronto com a internação compulsória. **Boletim IBCCrim**, São Paulo, v.22, nº 261, 2014.

REGHELIN, Elisangela Melo. **Redução de danos: prevenção ou estímulo ao uso indevido de drogas injetáveis**. São Paulo: RT, 2002.

RIBEIRO, Maurides de Melo. **Drogas e redução de danos: os direitos das pessoas que usam drogas**. São Paulo: Saraiva, 2013.

RODRIGUES, Luciana Boiteux de Figueiredo. **Controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade**. 273f. 2006. Tese (Doutorado em Direito Penal, Medicina Legal e Criminologia). Departamento de Direito Penal, Medicina Legal e Criminologia da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, 2006.

ROXIN, Claus. **Estudos de Direito Penal**. Rio de Janeiro: Renovar, 2012.

SILVA, César Dario Mariano. **Lei de Drogas Comentada**. Curitiba: Juruá Editora, 2019.

SILVA, Ricardo de Oliveira; FREITAS, Carmen Silvia Có. **Justiça terapêutica: um programa judicial de dano social**. Porto Alegre: Associação Brasileira de Justiça Te-rapêutica, 2008.

SOARES, Patrícia Gomes; MILLEN, Manuela Marcatti Ventura de Camargo; LEME, Renata Salgado. **A internação involuntária: uma abordagem à Luz da Lei 13.840/2019**. Disponível em: <https://www.unaerp.br/revista-cientifica-integrada/edicao-atual/3373-rci-a-internacao->

involuntaria-uma-abordagem-a-luz-da-lei-n-13-840-2019-06-2019/file. Acesso em: 18 out. 2019.

SODELLI, Marcelo. A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica do uso de drogas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, nº 3, p. 637-644, 2010.

SPORLEDER DE SOUZA, Paulo Vinicius. **Bem jurídico-penal e engenharia genética humana**: contributo para compreensão dos bens jurídicos supraindividuais. São Paulo: RT, 2004.

THUMS, Gilberto; PACHECO, Vilmar. **Nova lei de drogas**: crimes, investigação e processo. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2007.

TOZZI COELHO, Gustavo; SPORLEDER DE SOUZA, Paulo Vinicius. Uso de drogas e autonomia: limites jurídico-penais e bioéticos. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, São Paulo, ano 24, v. 126, p. 67-108, dez., 2016.

VÁZQUEZ, Rodolfo. Autonomia e responsabilidade individual. In: CASADO, María (Org.). **Sobre a dignidade e os princípios**: análise da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO. Tradução de Janaína de Azevedo Baladão. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. p. 235.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders**: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, 1992.