

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

**A LEGALIDADE DAS INTERNAÇÕES COMPULSÓRIAS E AS  
POLÍTICAS PÚBLICAS DE COMBATE AO CRACK**

BEATRIZ WERNECK ALBUQUERQUE FRANKLIN

Rio de Janeiro  
2017/ 2º semestre

BEATRIZ WERNECK ALBUQUERQUE FRANKLIN

**A LEGALIDADE DAS INTERNAÇÕES COMPULSÓRIAS E AS  
POLÍTICAS PÚBLICAS DE COMBATE AO CRACK**

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 **Professor Dr. Sidney César Silva Guerra.**

Rio de Janeiro  
2017/ 2º semestre

## CIP - Catalogação na Publicação

FF8311 Franklin, Beatriz Werneck Albuquerque  
A legalidade das internações compulsórias e as políticas públicas de combate ao crack / Beatriz Werneck Albuquerque Franklin. -- Rio de Janeiro, 2017.  
68 f.

Orientador: Sidney César Silva Guerra.  
Trabalho de conclusão de curso (graduação) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Direito, Bacharel em Direito, 2017.

1. Internações compulsórias. 2. Políticas públicas de combate ao crack. 3. Dependência química. 4. Redução de danos. 5. Direitos humanos. I. Guerra, Sidney César Silva, orient. II. Título.

BEATRIZ WERNECK ALBUQUERQUE FRANKLIN

A LEGALIDADE DAS INTERNAÇÕES COMPULSÓRIAS E AS  
POLÍTICAS PÚBLICAS DE COMBATE AO CRACK

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 **Professor Dr. Sidney César Silva Guerra.**

Data da Aprovação: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_.

Banca Examinadora:

---

Sidney César Silva Guerra

---

Membro da Banca

---

Membro da Banca

Rio de Janeiro  
2017 / 2º Semestre

*Dedico este trabalho à minha família,  
sobretudo pais e irmã.  
Eu nunca conseguiria sem vocês;  
por isso e por todo o amor,  
muito obrigada.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pois sem Ele eu não estaria concluindo uma etapa tão importante como a graduação. A Ele toda honra e toda a glória!

Aos meus pais, Carmen e Ronilson, que me ensinaram desde cedo valores que sempre carregarei comigo. Obrigada pelo amor, incentivo e apoio, e por me mostrarem que eu era capaz de fazer coisas incríveis. Obrigada pelo suporte, pelo colo nos momentos de desespero e por confiarem em mim, mesmo quando minha fé falhava. Se hoje cheguei até aqui, os méritos são também de vocês.

A minha irmã Malu pelo amor, pela força e por enxergar em mim muito mais do que eu mesma via. Obrigada por estar comigo não só durante os anos da graduação, mas por formar comigo inseparável dupla desde a infância. Eu te amo muito, e agradeço pelo cuidado, pelos brigadeiros e pela parceria. Espero poder sempre ser sempre inspiração para você como você é para mim.

A toda minha família, sobretudo minhas avós, pelas singelas contribuições de todos os dias; um beijo e um abraço antes de sair de casa fazem toda a diferença.

A Victor, pelo amor, pela parceria e pelos planos futuros. Obrigada por acreditar em mim, por me entender e permanecer ao meu lado. Eu te amo!

Aos meus amigos mais antigos, Raphaele, Ana Carolina, Wellington, Leo e tantos outros, por entenderem minhas mudanças e se preocuparem comigo. Vocês, que me conheceram bem antes de a UFRJ fazer parte da minha vida, por favor, permaneçam nela! Com vocês aprendo todos os dias que, apesar do passar do tempo, o que é verdadeiro permanece. A amizade verdadeira supera obstáculos: pode até sofrer modificações, mas continua firme. Vocês são incríveis, e eu gostaria de deixar eternizado que a amizade de vocês é um alento nos dias mais tristes.

A UFRJ como um todo, que me ensinou que a graduação não se restringe à formação acadêmica, mas é também formadora de pensamento, senso crítico e caráter. Um pedaço do meu coração sempre será da UFRJ, pois lugar nenhum me proporcionaria as emoções mais extremas, os sentimentos mais profundos e um orgulho imenso de fazer parte da maior Universidade do país.

A Faculdade Nacional de Direito, seus corpo docente, seus funcionários e servidores. Saio com um sentimento de orgulho por ter feito parte da história da Gloriosa, e com um amor incondicional pela Nacional. Cada corredor, cada sala, cada canto desta faculdade tem História. E saio com a certeza que hoje a minha história e a da Nacional estão entrelaçadas pra sempre.

Ao meu orientador e professor, Sidney Guerra, pelas aulas de Direitos Humanos, por todo o conhecimento transmitido e pela orientação neste trabalho.

A Jacqueline e Letícia, os presentes que a Nacional me deu. Obrigada pelos momentos compartilhados, pela paciência, pelo suporte e pela linda amizade construída nesses cinco anos que ultrapassou as paredes da FND. Sem vocês esses anos seriam, no mínimo, mais tediosos.

Ao Núcleo de Defesa dos Direitos Humanos da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, pelos dois anos de aprendizado que vão muito além do conhecimento teórico. A bagagem humana que adquiri é hoje parte da minha formação pessoal.

A Victoria, irmã de alma que eu encontrei na Defensoria. Obrigada por essa amizade linda, por só somar e por me fazer acreditar em mim mesma. Deus faz tudo certo, e não decepcionou quando te colocou no meu caminho.

A Cosme, Milena, Carla Beatriz, Adriana, Thiago, Iamê, Bernardo e todos os estagiários, funcionários, servidores e defensores do NUDEDH que hoje fazem parte da minha vida; a amizade de vocês me faz ter certeza que nossos caminhos não se cruzaram em vão. Obrigada pelo conhecimento passado, pelas broncas, pelos elogios, pela paciência e por me tornarem uma pessoa melhor ao final desta experiência.

A minhas amigas Julia Santos, Tathyane, Victoria Andrade e Victoria Magalhães: obrigada por se tornarem parte da minha vida tão naturalmente, pela companhia e pela amizade verdadeira. Vocês são presentes que quero ter sempre por perto.

Por fim, e para não cometer injustiças, a todos os amigos que encontrei no decorrer desta árdua, porém prazerosa jornada. A cada um que me dedicou um pouco de seu tempo, amor ou paciência, deixo o meu mais sincero muito obrigado.

## RESUMO

O presente trabalho buscou analisar a legalidade das internações compulsórias de usuários de crack em espaços públicos, sobretudo nas crackolândias, e seu conflito com o princípio da autonomia. A escolha do tema se deu ante a gravidade de um problema tão atual e complexo. Foram expostos aspectos da substância que se dá o nome de crack, das crackolândias e do perfil mais comum dos usuários, assim como aspectos da dependência química como transtorno mental e como problema de saúde pública. Foram discutidas quais as políticas públicas vêm sendo realizadas no enfrentamento do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas, sobretudo em relação ao crack, sendo ao final apresentadas alternativas às internações compulsórias. Concluiu-se que a redução de danos é modelo a ser seguido no tratamento do uso abusivo de crack, por promover a reabilitação e reinserção social do usuário e estar de acordo com os direitos humanos. Conclui-se também que o uso de crack não é causa, mas consequência da exclusão social, podendo ser prevenido com políticas públicas sociais de trabalho, habitação, educação e saúde. O método utilizado foi o dedutivo, pois a investigação partiu de uma ideia geral e foi feito o contraste com dados concretos.

**Palavras-chave:** Internações compulsórias; dependência química; crack; redução de danos; direitos humanos.



## ABSTRACT

The present work intended to analyze the legality of involuntary commitment of crack users in public spaces, specially in the "cracklands", and its conflict with the principle of autonomy. The choice of the theme arose before the gravity of such complex and current problem. This work exposed aspects of the substance called crack, the "cracklands" and the most common profile of users, as well as aspects of chemical dependence such as mental disorder and as a public health problem. It was discussed which public policies have been used to face the abusive use and addictiveness of psychoactive substances, particularly in relation to crack, with alternatives regarding involuntary commitment being offered in the end. It's concluded that harm reduction is a model to be followed in the treatment of abusive use of crack, for it promotes rehabilitation and social reinsertion of the user, besides being in compliance with human rights. It's also concluded that crack use is not a cause, but rather a consequence of social exclusion, thus, it can be avoided by public policies on work, health, housing and education. The method applied was deductive, for the investigation was set out by a general idea and it was contrasted with factual data.

**Keywords:** Involuntary commitment; chemical dependence; crack; harm reduction, human rights.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CIDH	Corte Interamericana de Direitos Humanos
CRM	Conselho Regional de Medicina
CRPSP	Conselho Regional de Psicologia de São Paulo
CTs	Comunidades Terapêuticas
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
Ipea	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LRP	Lei da Reforma Psiquiátrica
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSR	Pessoa em Situação de Rua
SMASDH	Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos
SNAS	Secretaria Nacional de Assistência à Saúde
Senad	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
Sisnad	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO I .....</b>	<b>13</b>
1. Breves considerações sobre Direitos Humanos.....	13
2. As dimensões dos Direitos Humanos .....	15
3. A (não) efetivação dos direitos humanos de segunda geração e o problema do crack	17
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>21</b>
1. Aspectos gerais do crack .....	21
2. Uso abusivo de crack e pessoas em situação de rua .....	23
3. Perfil do usuário: Pesquisa Nacional sobre o uso de crack .....	27
4. Formação das <i>cracolândias</i> .....	30
<b>CAPÍTULO III .....</b>	<b>32</b>
1. Políticas públicas de combate ao crack .....	32
2. Legalidade das Internações Compulsórias .....	33
2.1. A Lei da Reforma Psiquiátrica e os tipos de internação.....	34
2.2. A dependência química como transtorno mental .....	39
2.3. A dependência química como um problema de saúde pública.....	41
2.4. Internações compulsórias e o princípio da autonomia da vontade .....	45
2.5. As internações compulsórias na realidade.....	49
3. Medidas alternativas de tratamento da dependência .....	52
3.1 Modelos reducionistas .....	53
3.2 Políticas de redução de danos .....	55
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>60</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>64</b>

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como tema “A legalidade das internações compulsórias e as políticas públicas de combate ao crack”. O pano de fundo consiste em um problema crescente, principalmente em grandes centros urbanos: o uso abusivo de crack em cenários abertos e suas consequências na vida dos usuários.

O crack é uma droga agressiva e altamente viciante, que atinge os seus dependentes de uma forma decerto violenta. Seu efeito destrutivo é conhecido pela sociedade e pelo poder público, que, de modo geral, adota medidas repressivas como meio de combate principal ao uso dessa droga. Uma das medidas mais controvertidas no tratamento do crack é a internação compulsória dos usuários ou dependentes, por suprimir uma série de direitos do indivíduo, entre eles a sua autonomia privada.

Inúmeros outros problemas, no entanto, estão ligados ao consumo do crack. A título meramente exemplificativo, temos: a saúde dos dependente químicos, que, devido ao grau de destrutividade do crack, fica altamente debilitada; a formação das chamadas *cracolândias*, comunidades de usuários que crescem em locais periféricos e miseráveis; mazelas sociais que estão intimamente ligadas com o consumo da droga, como a pobreza, o desemprego, o abandono e a situação de rua; a forte dependência gerada pelo crack, que tem consequências físicas e psicológicas para o usuário; a discriminação e a estigmatização sofridas pelos dependentes químicos, dado o pânico social criado sobre a questão; entre muitos outros que serão apontados ao longo deste trabalho.

Para abordar as questões legais que envolvem as internações compulsórias, buscar-se-á o que o ordenamento jurídico possui de normas concernentes ao assunto, fazendo uma análise dos dispositivos legais que versam sobre o tema em oposição ao princípio da autonomia.

Em seguida, será feita uma análise do que acontece na realidade fática, expondo alguns casos relevantes que mostram como o poder público tem enfrentado o abuso do crack e a formação das *cracolândias*. O objetivo é relacionar os aspectos jurídico-legais com casos recentes ocorridos no Brasil, que possui um histórico de ações repressivas e violentas por parte do poder público para combater o uso abusivo de crack, sobretudo nas *cracolândias*,

medidas essas que são desastrosas, violadoras de direitos humanos e ineficazes na recuperação dos usuários e na prevenção ao uso.

Depois de travada essa discussão, é preciso destacar que as internações compulsórias não são o único tratamento possível a ser empregado no caso dos usuários de crack. Vários métodos terapêuticos podem ser utilizados, levando em consideração o nível de comprometimento e dependência de cada usuário. Medidas alternativas à internação mostraram-se, inclusive, mais efetivas e humanas. Não faltam experiências, no Brasil e no mundo, de políticas de redução de danos, que fogem da lógica da internação, em consonância com todo o movimento da reforma psiquiátrica.

Diante todo o exposto, é nesta perspectiva que este trabalho pretende realizar suas investigações, analisando, por fim, as alternativas que, estando de acordo com os Direitos Humanos, possam iniciar a busca de uma solução para os inúmeros problemas decorrentes do consumo do crack.

Para fins de metodologia de pesquisa, será utilizado como método de abordagem e procedimento o método dedutivo, tendo em vista que a investigação partirá de uma ideia geral e será feito o contraste com dados concretos.

## CAPÍTULO I

### 1. BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE DIREITOS HUMANOS

Antes de iniciar a análise do objeto propriamente dito desta pesquisa, é importante que se façam breves considerações sobre o tema dos Direitos Humanos, a fim de contextualizar os assuntos que serão tratados posteriormente. Serão abordados aspectos gerais sobre evolução do conceito, natureza jurídica e apresentação dos direitos humanos nos planos externo e interno.

A natureza dos direitos humanos sempre foi questão amplamente debatida e questionada, fazendo surgir, desde a primeira aparição da expressão, diversos conceitos diferentes, que se modificaram e evoluíram com o tempo. Segundo Norberto Bobbio,

“os direitos humanos nascem como direitos naturais universais, desenvolvem-se como direitos positivos particulares (quando cada Constituição incorpora Declarações de Direitos) para finalmente encontrar a plena realização como direitos positivos universais”.<sup>1</sup>

Numa concepção contemporânea, estes são concebidos como “unidade indivisível, interdependente e inter-relacionada, na qual os valores de igualdade e liberdade se conjugam e se completam”.<sup>2</sup> Tal concepção desenvolveu-se no processo de internacionalização e universalização dos direitos humanos, nascendo, para o indivíduo, direitos de crédito perante o Estado, que passa a deveres não só de abstenção, mas de prestação positiva, ou seja, “a disposição de medidas públicas dirigidas à solução das demandas tipificadas como direitos”.<sup>3</sup>

Como ensina Flávia Piovesan<sup>4</sup>, a internacionalização dos direitos humanos tem início no Direito Humanitário, vertente dos direitos humanos na lei da guerra, mas consolida-se de forma definitiva após as barbáries cometidas pelo regime nazista na Segunda Guerra Mundial (1939-1945).

“O processo de internacionalização dos direitos humanos — que, por sua vez, pressupõe a delimitação da soberania estatal — passa, assim, a ser uma importante

---

<sup>1</sup> BOBBIO *apud* PIOVESAN, Flávia. *Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional*, 2013, p. 187-188.

<sup>2</sup> PIOVESAN, Flávia, *op. cit.*, 2013, p. 75.

<sup>3</sup> CLÈVE *apud* PIOVESAN, Flávia, *op. cit.*, 2013, p. 75-76.

<sup>4</sup> PIOVESAN, Flávia, *op. cit.*, 2013, p. 188-191.

resposta na busca da reconstrução de um novo paradigma, diante do repúdio internacional às atrocidades cometidas no holocausto.”<sup>5</sup>

No plano interno, é possível fazer considerações sobre a distinção entre direitos humanos e direitos fundamentais. De acordo com a maioria da doutrina, a distinção entre tais expressões diz respeito ao reconhecimento destes direitos nos âmbitos interno e internacional. Enquanto os direitos humanos são comumente entendidos como direitos universalmente reconhecidos e proclamados em documentos internacionais, a expressão “direitos fundamentais” faz referência aos direitos humanos positivados na ordem constitucional de determinado Estado nacional.<sup>6</sup>

Carlos Henrique Bezerra Leite<sup>7</sup> esclarece que um direito humano pode não ser um direito fundamental, na hipótese de não estar positivado no direito interno de determinado Estado, apesar de reconhecido no plano internacional.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 traz, em seu cerne de direitos fundamentais, direitos humanos reconhecidos internacionalmente e positivados no sistema constitucional brasileiro. Tais direitos e garantias fundamentais são elevados, inclusive, ao *status* de cláusula pétrea, por força do Art. 60, §4º, IV da Carta Magna de 1988, não estando sujeitos a reformas que tendam a abolir ou diminuir o núcleo de proteção destes dispositivos.

Vale a lembrança de que os direitos fundamentais, e, por consequência, os direitos humanos, não possuíam limitações materiais em relação ao poder constituinte derivado reformador. Nas palavras de Flavia Piovesan: “Vale ressaltar que a Constituição anterior resguardava como cláusula pétrea a Federação e a República (art. 47, § 1º da Constituição de 1967), não fazendo menção aos direitos e garantias individuais”.<sup>8</sup>

Feitas estas breves colocações, que de maneira alguma possuem a pretensão de exaurirem o assunto, poderá ser feito adiante, de forma tranquila, a discussão sobre alguns direitos fundamentais que são relevantes no tema das internações compulsórias e da dependência química, como a autonomia, a saúde, a assistência social e a educação, além da

---

<sup>5</sup> PIOVESAN, Flávia. Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional, 2013, p. 192.

<sup>6</sup> SARLET *apud* LEITE, Carlos Henrique Bezerra. Direitos Humanos, 2011, p. 33.

<sup>7</sup> LEITE, Carlos Henrique Bezerra. Direitos Humanos, 2011, p. 34.

<sup>8</sup> PIOVESAN *apud* MARCHINI NETO, Dirceu. Artigo “A Constituição Brasileira de 1988 e os Direitos Humanos: garantias fundamentais e políticas de memória”, 2012, p. 84.

dignidade da pessoa humana, valor fundamental da República Federativa do Brasil (Art. 1º, *caput*, CRFB/1988).

## 2. AS DIMENSÕES DOS DIREITOS HUMANOS

A fim de facilitar a compreensão do objeto deste trabalho, é importante que seja feita, em caráter introdutório, uma breve exposição da classificação dos direitos humanos em gerações ou dimensões. Concorda grande parte da doutrina que tal classificação é útil para fins didáticos e sistemáticos. A seguir será tratado de modo sucinto o tema das gerações dos direitos humanos, já consolidadas pelo entendimento doutrinário majoritário, baseadas em momentos históricos em que se deram seu desenvolvimento.

Os chamados **direitos humanos de primeira dimensão** abrangem os direitos civis e políticos. Tais direitos surgem no mesmo contexto de surgimento do Estado Liberal, em que direitos como a liberdade, a propriedade e a igualdade eram a preocupação da burguesia que ganhava força e realizava a Revolução Francesa. Têm caráter individualista, se fazendo suficientes para suprir as demandas iminentes de uma sociedade que buscava se livrar das amarras do estado absoluto.

No Estado Liberal, a figura estatal não intervinha nas relações sociais dos indivíduos, mantendo-se como mero guardião das liberdades.<sup>9</sup> Por isso são chamadas “liberdades negativas”, pois decorrem de um não-fazer por parte do Estado.

No cenário da Revolução Francesa foi aprovada pela Assembleia Nacional Constituinte da França, em 1789, a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, primeiro documento que tratou dos direitos individuais, e que teve influência inclusive nas Constituições democráticas das sociedades contemporâneas.

Os **direitos de segunda dimensão** são os direitos de matriz coletiva, e incorporam os direitos sociais, econômicos e culturais. Surgem no contexto de substituição do Estado Liberal, insuficiente, pelo Estado Social, em que os problemas sociais advindos da revolução Industrial eram latentes. Os direitos de segunda dimensão têm natureza prestacional: o Estado

---

<sup>9</sup> ARAUJO, Luiz Alberto David; NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. Curso de Direito Constitucional, 2005, p. 116.



passa a intervir nas relações sociais e a objetivar a efetividade das liberdades pleiteadas na primeira geração.<sup>10</sup>

“Os direitos de primeira geração tinham como finalidade, sobretudo, possibilitar a limitação do poder estatal e permitir a participação do povo nos negócios públicos. Já os direitos de segunda geração possuem um objetivo diferente. Eles impõem diretrizes, deveres e tarefas a serem realizadas pelo Estado, no intuito de possibilitar aos seres humanos melhor qualidade de vida e um nível de dignidade como pressuposto do próprio exercício da liberdade. Nessa acepção, os direitos fundamentais de segunda geração funcionam como uma alavanca ou uma catapulta capaz de proporcionar o desenvolvimento do ser humano, fornecendo-lhe as condições básicas para gozar, de forma efetiva, a tão necessária liberdade.”<sup>11</sup>

Assim, enquanto em um primeiro momento o Estado tem liberdades negativas, de abstenção, no Estado Social as liberdades são positivas, de prestação de serviços estatais obrigatórios, sobretudo sociais, tais como saúde, educação, trabalho, assistência social, etc. A garantia desses direitos visa a redução das desigualdades, por meio da garantia de um mínimo para cada cidadão, garantindo também assim a dignidade da pessoa humana.

Os **direitos humanos de terceira dimensão** são decorrência do aludido processo de internacionalização destes direitos. Consistem em direitos de matriz difusa, em que o titular não é um indivíduo, mas grupos humanos (família, povo, nação).<sup>12</sup>

“Dentre os direitos fundamentais da terceira dimensão consensualmente mais citados, cumpre referir os direitos à paz, à autodeterminação dos povos, ao desenvolvimento, ao meio ambiente e qualidade de vida, bem como o direito à conservação e utilização do patrimônio histórico e cultural e o direito de comunicação. Cuida-se na verdade do resultado de novas reivindicações fundamentais do ser humano, geradas, dentre outros fatores, pelo impacto tecnológico, pelo estado crônico de beligerância, bem como pelo processo de descolonização do segundo pós-guerra e suas contundentes consequências, acarretando profundos reflexos na esfera dos direitos fundamentais.”<sup>13</sup>

O direito ao meio ambiente é um exemplo de direito de terceira dimensão que alcançou proteção internacional em decorrência da crise ambiental que hoje atinge o planeta. Explica Sidney Guerra,

“a questão ambiental deixou de ser um assunto de natureza doméstica e passa a ser de interesse internacional, sendo contemplada nos programas políticos dos Estados

<sup>10</sup> SILVA JUNIOR, Nilson Nunes da. Segunda dimensão dos direitos fundamentais. *Âmbito Jurídico*, 2010. Disponível em: <[http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=7433](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7433)>. Acesso em: abril 2017.

<sup>11</sup> MARMELSTEIN, George. Curso de direitos fundamentais, 2008, p. 51.

<sup>12</sup> SARLET, Ingo Wolfgang. A eficácia dos direitos fundamentais, 1998, p. 50.

<sup>13</sup> *Ibidem*, p. 50-51.

bem como no âmbito da sociedade internacional, ensejando a proliferação de vários tratados e convenções internacionais sobre a matéria.”<sup>14</sup>

Fala-se hoje, ainda, dos **direitos humanos de quarta dimensão**, que não são pacificamente reconhecidos pela doutrina. Compreenderiam direitos advindos de soluções para problemas contemporâneos, como o direito contra a manipulação genética, direito de morrer com dignidade e direito à mudança de sexo.

### **3. A (NÃO) EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS DE SEGUNDA GERAÇÃO E O PROBLEMA DO CRACK**

Finda a abordagem das gerações dos direitos humanos, o que se buscará agora é relacionar a situação-problema objeto desta pesquisa com a (não) efetivação dos direitos humanos de segunda geração.

É correto afirmar que o uso de crack é uma questão profundamente relacionada aos direitos humanos. Relaciona-se tanto diretamente, já que o usuário de crack tem constantemente seus direitos fundamentais violados pelo Estado em ações repressivas, violentas, arbitrárias e imperativas, como é o caso das internações não voluntárias; quanto indiretamente, pois o consumo de crack é um problema cuja solução decorre das políticas públicas que deverão ser empregadas pelo Estado a fim de garantir os direitos individuais e, principalmente, os direitos coletivos desses cidadãos. Esses direitos coletivos possuem como dito anteriormente, natureza prestacional, e depende de uma ação positiva do Estado.

Não há solução fácil para o problema do uso abusivo de crack. Em curto prazo, o poder público busca soluções imediatas, de combate ao uso, ações policiais repressivas e tentativas de dissolução das crackolândias, por exemplo; no entanto, sem a preocupação de garantir direitos. Porém, as soluções de combate podem ser diferentes das empregadas hoje. Como será tratado adiante, políticas de redução de danos se mostraram mais eficientes no tratamento da dependência e na reabilitação e reinserção social do usuário.

A solução mediata permeia um investimento que apenas poderá ser sentido pelas gerações futuras. A abordagem do problema do consumo de crack envolve diretamente a

---

<sup>14</sup> GUERRA, Sidney. Meio ambiente na sociedade de risco: do direito internacional do desenvolvimento para o direito internacional ambiental. In: GUERRA, Sidney (Coord.). Temas emergentes de direitos humanos, Vol. II, 2007, p. 10.

(não) efetivação dos direitos sociais, e ausência de cumprimento, ou cumprimento insuficiente, pelo Estado, de suas obrigações positivas de prestação de serviços públicos essenciais, tais como a educação, a saúde, a assistência social, o trabalho, o lazer, entre outras, que impactam na questão que enfrentamos neste trabalho.

De acordo com Naíma Worm,

“O Estado do bem estar social trouxe para si a responsabilidade de implementar programas que exigem ações positivas, *facere*, incorporado aos programas de governo, quando estruturados para serem executados a curto prazo e dentro de um contexto singular institucional, como nas políticas de Estado projetadas para um futuro mais distante e com o objetivo de implementar-se ao longo do tempo.”<sup>15</sup>

A real efetivação dos direitos de segunda geração ainda encontra dificuldades para acontecer no Brasil, mesmo que tais direitos estejam expressamente previstos na Constituição de 1988. A real implementação dos direitos sociais passa, necessariamente, pelo desenvolvimento e elaboração de políticas públicas pelo Poder Executivo, “traçando estratégias de atuação na busca de sua efetividade”.<sup>16</sup>

Sobre o assunto, Maria Lúcia Werneck Vianna observa que o Brasil enfrenta obstáculos na realização de políticas sociais, que ficou reduzida ao assistencialismo, à filantropia e à administração da miséria, e não na garantia e educação em direitos, sobretudo civis, e na formação de cidadãos conscientes.<sup>17</sup> Explica Maria Lúcia,

“[...] o interesse do governo é formar produtores-consumidores mais do que resguardar direitos civis. A inclusão social defendida pelos programas e políticas sociais voltados para a pobreza traduz-se na inclusão no mercado. Não por acaso o indivíduo é incitado a agir por si só, em uma tática de *empowerment* (conferir-lhe poder de decisão e autonomia).”<sup>18</sup>

O fenômeno da globalização tem grande impacto sobre os direitos sociais e sua não efetivação, em especial nas questões relacionadas à desigualdade social, como nos diz Lilian Márcia Balmant Emerique.<sup>19</sup> Segundo a autora, são consequências da globalização medidas como a regulação mínima do Estado na economia, o neoliberalismo, privatizações em setores

<sup>15</sup> WORM, Naíma. Políticas públicas para recuperação, combate e prevenção ao uso de crack e a polêmica da utilização da internação não voluntária como instrumento de recuperação, p. 04.

<sup>16</sup> LIMA, Wiliam Custodio; LIMA, Wedner Custodio. Políticas públicas e redução dos danos causados pelas drogas: uma análise criminológica e paradigmática do exemplo do programa De Braços Abertos de São Paulo, 2015, p. 08.

<sup>17</sup> VIANNA *apud* FREIRE, Silene de Moraes. O fetiche do enfrentamento da pobreza no Brasil: nem direitos, nem humanos. In: FREIRE, Silene de Moraes. (Organ.). Direitos humanos: violência e pobreza na América Latina 2007, p. 146.

<sup>18</sup> *Ibidem*, p. 146.

<sup>19</sup> EMERIQUE, Lilian Márcia Balmant. Controle dos atos de governo e a eficácia dos direitos econômicos, sociais e culturais como fator de inclusão social. In: GUERRA, Sidney (Coord.). Temas emergentes de direitos humanos, Vol. II, 2007, p. 32.

empresariais estatais e a “redução das políticas sociais no orçamento dos Estados, com o abrandamento do quantum destinado as transferências sociais”.<sup>20</sup>

A globalização social, intimamente ligada à globalização econômica, forma-se a ideia de que o crescimento econômico deve necessariamente vincular-se à flexibilização das relações trabalhistas, promovendo uma eliminação de direitos sociais da classe trabalhadora. A consequência é a pobreza e um dos maiores índices de desigualdades em todo o mundo, onde o Estado apenas adota políticas públicas que “aliviam, mas não atacam a raiz do problema da exclusão”.<sup>21</sup>

Interessante o realce que autora faz em relação à pobreza decorrente da globalização, que guarda mais relações com a distribuição desigual de renda do que com a escassez de recursos:

“[...] a pobreza resultante da globalização não é tanto produto da escassez material ou de recursos humanos, mas sim fruto do desemprego ou subemprego, superendividamento das famílias, diminuição dos salários, dismantelamento das economias de subsistência.”<sup>22</sup>

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 preceitua, no inciso III de seu artigo 3º, que constitui objetivo da República a erradicação da pobreza e da marginalização e redução das desigualdades sociais e regionais. No entanto, a Constituição não apresenta mecanismos para que tal objetivo seja alcançado. Este é o paradoxo constitucional ao qual se refere Emerique.<sup>23</sup>

O uso abusivo de crack está intimamente ligado às questões até agora tratadas da desigualdade social, da pobreza e da marginalização. De acordo com a Pesquisa Nacional sobre o uso de crack, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), ligada ao Ministério da Saúde em parceria com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad)<sup>24</sup>, do Ministério da Justiça, 40% dos usuários de crack do país encontram-se no Nordeste. Não pode ser enxergada como coincidência que a região mais pobre do Brasil lidere o ranking das regiões onde há o maior consumo de crack e similares (pasta base, merla e óxi). O crack apresenta-se como uma droga barata, uma opção à cocaína, por exemplo, que possui um custo

<sup>20</sup> EMERIQUE, Lilian Márcia Balmant. Controle dos atos de governo e a eficácia dos direitos econômicos, sociais e culturais como fator de inclusão social. In: GUERRA, Sidney (Coord.). Temas emergentes de direitos humanos, Vol. II, 2007, p. 33.

<sup>21</sup> *Ibidem*, p. 34-35.

<sup>22</sup> *Ibidem*, p. 35.

<sup>23</sup> *Ibidem*, p. 37.

<sup>24</sup> BASTOS, Francisco Inácio; BERTONI, Neilane (org.). Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.

mais elevado. O alto nível de consumo da droga no Nordeste está ligado ao baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da região, onde a população é mais carente, e onde as desigualdades e a pobreza são gritantes. Pelo mesmo motivo o consumo de crack é maior nas áreas mais pobres e periféricas dos grandes centros urbanos, altamente populosos, locais onde geralmente surgem as cracolândias. Mais aspectos desta pesquisa serão tratados adiante.

Como recentemente divulgado por desdobramento da Pesquisa Nacional, realizada pela Fiocruz, o uso de crack não é causa de exclusão social, mas é consequência dela.<sup>25</sup> Significa dizer que problemas como a ausência de moradia, trabalho, educação e saúde são anteriores ao uso do crack, e podem ser definidos como fatores que levam um indivíduo a usar a droga. São fatores, no entanto, reversíveis, desde que haja investimento em políticas públicas sociais, necessárias para a prevenção do consumo do crack.

A gravidade que envolve o uso do crack decorre principalmente do grau de destrutividade e letalidade causado pelo uso da droga, além do altíssimo grau de dependência física e mental que o crack gera em seus usuários.<sup>26</sup> O uso dessa droga afeta de tal maneira o usuário que o retira de seu convívio social, familiar, profissional. As consequências são devastadoras: muitos, sem opção, vão residir em cracolândias ou nas ruas, vivendo em situações degradantes e de extrema miséria. São taxados e discriminados pela sociedade, e a resposta estatal para seu problema, em regra, é a repressão desses dependentes.

Ante a fragilidade do Estado para combater o uso do crack e seus desdobramentos, a solução comumente encontrada pelo poder público envolve o cerne da discussão a ser travada neste trabalho: a internação compulsória dos dependentes químicos.

O crack é hoje um problema, sobretudo de saúde pública e de assistência social. A solução dada, entretanto, é meramente policial. Dada a relevância e a atualidade do problema, o presente trabalho justifica-se pela necessidade iminente que se tem em discutir e refletir os aspectos jurídicos e sociais que envolvem a dependência química, tendo em voga o crack, as internações compulsórias e as demais políticas públicas de enfrentamento ao crack e de recuperação do usuário, buscando uma solução que esteja de acordo com os sistemas de proteção aos direitos humanos.

---

<sup>25</sup> VIEIRA, Isabela. Pesquisa aponta que uso do crack é consequência e não causa de exclusão social. 21 de outubro de 2017. Agência Brasil. Disponível em: <[http://www.huffpostbrasil.com/2016/10/21/pesquisa-aponta-que-uso-do-crack-e-consequencia-e-nao-causa-de-e\\_a\\_21699607/](http://www.huffpostbrasil.com/2016/10/21/pesquisa-aponta-que-uso-do-crack-e-consequencia-e-nao-causa-de-e_a_21699607/)>. Acesso em: out. 2017.

<sup>26</sup> WORM, Naíma. Políticas públicas para recuperação, combate e prevenção ao uso de crack e a polêmica da utilização da internação não voluntária como instrumento de recuperação, p. 02.

## CAPÍTULO II

### 1. ASPECTOS GERAIS DO CRACK

Neste item serão tratados, de forma reduzida, os aspectos gerais do crack e seus similares, seu surgimento, classificação e consequências, tendo em vista a necessidade de estabelecer uma conexão entre o uso abusivo deste psicotrópico e as políticas públicas que visam combater o uso da droga, objeto de discussão deste trabalho.

De acordo com a definição dada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), droga é qualquer substância que o organismo não produz e que possui a propriedade de atuar sobre seus sistemas, alterando funções biológicas do corpo.<sup>27</sup> Quando atingem o sistema nervoso central e modificam seu funcionamento, as drogas são chamadas psicoativas, ou psicotrópicos, e têm, em geral, potencial para causar dependência.<sup>28</sup> As substâncias psicoativas podem ser ainda classificadas em depressoras, perturbadoras e estimulantes. O crack é um psicotrópico estimulante, que, quando consumido, aumenta a atividade cerebral.<sup>29</sup>

O crack é uma droga de alta toxicidade, derivada da pasta base da coca, na qual é adicionada uma substância alcalina, como o bicarbonato de sódio ou amônia, sendo posteriormente aquecida.<sup>30</sup> Trata-se de uma forma cristalizada da cocaína, que, transformada de pó para pedra, passou a ser fumada.

O crack surgiu pela primeira vez nos Estados Unidos, na década de 70, durante o ápice da cocaína, e expandiu-se durante a década de 80, a partir do aumento da repressão ao consumo, comercialização e produção da mesma. Esta variação da cocaína podia ser vendida em quantidades menores – as pedras, o que, juntamente com a simplicidade e o baixo custo para produzir, a tornava extremamente rentável para os traficantes. Além disso, devido ao seu

---

<sup>27</sup> COSTA, Jessica Hind Ribeiro. A internação compulsória no âmbito das crackolândias: implicações bioéticas acerca da autonomia dos indivíduos, 2015, p. 48.

<sup>28</sup> *Ibidem*, p. 48.

<sup>29</sup> *Ibidem*, p. 49.

<sup>30</sup> BASTOS, Francisco Inácio; BERTONI, Neilane (org.). Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? 2014, p. 13.

alto poder viciante, a dependência ocorre em um período muito curto, o que cria um público cativo, aumentando os rendimentos com a venda da substância.<sup>31</sup>

Na década de 90, os Estados Unidos viveram sua epidemia de crack, mesmo período em que a droga surgiu no Brasil. Apesar de não haver registros precisos, os primeiros artigos publicados sobre consumo de crack no Brasil, em 1996, apontam que a droga já estava disponível em São Paulo em 1991.<sup>32</sup>

Hoje existem variações ainda mais agressivas e tóxicas que o crack. O óxi é obtido através da adição de uma base alcalina e um solvente à pasta base de coca. Diferentemente do crack, no entanto, recebe ingredientes como cal virgem, querosene e gasolina, a fim de baratear a produção e, conseqüentemente, o valor, aumentando ainda o poder viciante. O nome óxi é a forma abreviada do apelido “oxidado”, dado em decorrência da fumaça escura liberada durante o consumo, que deixa um resíduo marrom parecido com ferrugem.<sup>33</sup> Podemos ter ideia da nocividade desta variante do crack apenas a partir desse dado.

A merla é outra variação mais barata e mais tóxica do crack. Para sua produção também são utilizados alcalinos e solventes baratos, mas, ao invés de pedras, a merla assume uma forma pastosa, com forte odor e coloração amarela e marrom.<sup>34</sup>

Todos os fatores relacionados à produção do crack – sua simplicidade na produção, que não necessita de laboratórios; seu baixo custo de produção, que utiliza de componentes baratos e altamente tóxicos; seu preço baixo no mercado, que faz com que a droga tenha uma enorme base de consumo, concentrada em populações com baixo poder aquisitivo; e seu alto poder viciante, que cria dependentes de forma muito mais eficiente em relação a outras drogas – fizeram com que o crack se tornasse um ótimo negócio para o tráfico (muito mais lucrativo que a cocaína, por exemplo), e um grande problema para a sociedade.

O crack gera conseqüências físicas graves para seus usuários, sobretudo relacionadas a doenças pulmonares e cardíacas, além da iminência de overdose.<sup>35</sup> Foram observados, ainda,

---

<sup>31</sup> CRACK assusta e revela um Brasil despreparado. Em discussão!. Revista de audiências públicas do Senado Federal, agosto de 2011, ano 2, nº 8, p. 16.

<sup>32</sup> BASTOS, Francisco Inácio; BERTONI, Neilane (org.). Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? 2014, p. 13.

<sup>33</sup> CRACK assusta e revela um Brasil despreparado. Em discussão!. Revista de audiências públicas do Senado Federal, agosto de 2011, ano 2, nº 8, p. 17.

<sup>34</sup> *Ibidem*, p. 17.

em estudo realizado com ex-usuários da droga, ocorrência de problemas psicológicos e neurológicos, como déficit cognitivo e de memória, que são reversíveis, a princípio, desde que o usuário mantenha-se em abstinência.<sup>36</sup>

As consequências indiretas já foram mencionadas, como perda de emprego, retirada do convívio social, rompimento de laços familiares e de amizade, situação de rua, marginalização, prostituição e, no pior dos cenários, a morte – seja ela causada por overdose no consumo, pela incidência de doenças como a AIDS, a hepatite e a tuberculose, ou pela exposição maior à violência a que estão submetidos os usuários.

## **2. USO ABUSIVO DE CRACK E PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA**

Dando prosseguimento ao estudo, será feito um panorama geral da situação de rua hoje no Brasil – quantas são e o que pode levar um indivíduo a viver nas ruas, pois, para fins desta pesquisa, serão examinadas as circunstâncias a que se sujeitam os usuários de crack nesta situação, principalmente os que residam em cracolândias.

Para fins do Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento,

“considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória” (Art. 1º, parágrafo único, Decreto nº 7.053/2009).

O número de pessoas que vivem em situação de rua no Brasil cresce a cada dia. Um estudo publicado pelo Ipea (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), de autoria de Marco Antonio Carvalho Natalino, com base em dados do ano de 2015, projetou que o Brasil tem estimadas 101.854 pessoas nessa condição. Deste total, a estimativa é que 40,1% habitem municípios com mais de 900 mil habitantes, e 77,02% habitem com mais de 100 mil

---

<sup>35</sup> COSTA, Jessica Hind Ribeiro. A internação compulsória no âmbito das cracolândias: implicações bioéticas acerca da autonomia dos indivíduos, 2015, p. 62.

<sup>36</sup> BASTOS, Francisco Inácio; BERTONI, Neilane (org.). Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? 2014, p. 14.



habitantes, ficando demonstrado que a maior parte da população em situação de rua concentra-se nos municípios maiores. Além disso, 48,89% da PSR do Brasil se encontra no Sudeste, que abriga as três maiores regiões metropolitanas do país.<sup>37</sup>

De acordo com a cartilha do Ministério da Saúde sobre saúde da população em situação de rua, “a existência de um número tão grande de pessoas em situação de rua no Brasil é fruto do agravamento de questões sociais”.<sup>38</sup> Ainda segundo a cartilha, diversos fatores podem ser utilizados para explicar esta crescente: a migração para as cidades, o desemprego, as desigualdades sociais, a pobreza, a formação de grandes centros urbanos e a exclusão social, entre muitos outros, que, conjugados à ausência de políticas públicas específicas para esse grupo, contribui para o fenômeno população em situação de rua se agrave.<sup>39</sup>

Entretanto, não são apenas fatores estruturais – ausência de moradia, trabalho e renda, por exemplo – que determinam o acontecimento deste fenômeno. São determinantes ainda os fatores da natureza, como terremotos e inundações; e os fatores biográficos, relacionados com a história e vida particular de cada indivíduo, como o rompimento de vínculos familiares, transtornos psicológicos e dependência de álcool e drogas.<sup>40</sup> Este último guarda forte relação com o objeto de pesquisa deste trabalho, tendo em vista que, de acordo com a Pesquisa Nacional sobre o uso de crack, cerca de 40% dos usuários da droga vivem nas ruas.<sup>41</sup>

A população em situação de rua é, portanto, um grupo heterogêneo, dadas as diversas motivações que levam cada um dos indivíduos às ruas. Muitos deles são levados a essa condição por não suportarem os problemas que enfrentam em casa, como situações de abuso, violência e intimidação, o que pode levar ao desenvolvimento de doenças como síndrome do pânico e depressão. Outros já possuem transtornos mentais, como a esquizofrenia, e em um surto, ou por abandono da família, acabam deixando a segurança do lar. Maria Lucia Lopes da

---

<sup>37</sup> NATALINO, Marco Antonio Carvalho. Estimativa da população em situação de rua no Brasil. Texto para discussão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2016, p. 25.

<sup>38</sup> Saúde da população em situação de rua: um direito humano, Ministério da Saúde, 2014, p. 09.

<sup>39</sup> *Ibidem*, p. 09.

<sup>40</sup> SILVA, Maria Lucia Lopes da. Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil 1995-2005, 2006, p. 82.

<sup>41</sup> BASTOS, Francisco Inácio; BERTONI, Neilane (org.). Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? 2014, p. 52.

Silva nos fala ainda dos chamados “infortúnios pessoais”,<sup>42</sup> como morte de todos os familiares, roubo de todos os bens ou até mesmo fuga do país ou estado de origem, que podem ser apontados como causas pertencentes aos fatores biográficos que levam pessoas a morar nas ruas.

Além disso, atualmente cresce o número de pessoas que foram para as ruas em decorrência do desemprego. Muitos possuem curso superior e vasta experiência profissional, mas acabam nesta circunstância em decorrência de fatores macroeconômicos, como retração do mercado, crise financeira e reestruturações produtivas no mundo do trabalho, próprios do sistema capitalista. No município do Rio de Janeiro, onde, segundo levantamento da Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos - SMASDH, existiam cerca de 15 mil pessoas em situação de rua em 2016 (o número era de 5.580 em 2013), é cada vez mais comum a seguinte conjuntura: pessoas que dormem nas ruas, sobretudo do Centro da cidade, para permanecerem próximas a seus empregos, sem gastar com passagem ou aluguel.<sup>43</sup>

Fato é que a maior parte das pessoas que chegam a esta condição não o fazem por vontade própria. No entanto, é assim que parcelas da sociedade civil e autoridades ainda veem esse grupo, É comum observarmos pessoas em situação de rua sendo tachadas de “vagabundos”, que estão em tal condição porque “não querem trabalhar”.

Apesar de formarem um grupo tão heterogêneo, as pessoas que vivem nas ruas, independente do motivo que as levou a estar ali, enfrentam os mesmos problemas. Invisibilidade, preconceito, violência, exclusão e ausência de políticas públicas especiais para esse grupo são alguns deles.

O preconceito se materializa nos olhares de soslaio, na hostilidade, no medo ao passar por uma dessas pessoas nos espaços públicos, no pensamento infelizmente comum de atribuir à PSR a autoria de crimes e caracterizá-los como usuários de drogas. Em cenários mais graves, não raro a imprensa noticia casos chocantes de violência verbal e física contra moradores de rua.

---

<sup>42</sup> SILVA, Maria Lucia Lopes da. Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil 1995-2005, 2006, p. 82.

<sup>43</sup> ALBERNAZ, Bruno. Número de moradores de rua com curso superior cresce 75% em 1 ano no RJ. G1 Rio. 10 de abril de 2017. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/numero-de-moradores-de-rua-com-curso-superior-cresce-75-em-1-ano-no-rj.ghtml>>. Acesso em: set. 2017.

Outro problema enfrentado por essa população é a invisibilidade. Uma vez nas ruas, o indivíduo é ignorado pela sociedade; sua existência é nada mais que um incômodo. A exclusão e invisibilidade acontecem, ainda, aos olhos do Estado, que resume suas políticas em relação à PSR a assistencialismo e até em ações higienistas, negando direitos a essa população. A dificuldade em enxergar a pessoa em situação de rua como um cidadão sujeito de direitos persiste. Prova disso é que a Política Nacional para População em Situação de Rua apenas foi instituída em 2009 pelo governo federal, através do Decreto nº 7.053/2009.

Tal decreto previu, em seu Art. 3º, que cada ente da federação que aderisse à Política Nacional deveria criar seus comitês gestores intersetoriais, responsáveis por, entre outras medidas, “propor medidas que assegurem a articulação intersetorial das políticas públicas federais para o atendimento da população em situação de rua” (Art. 10, IV, Decreto nº 7.053/2009). No Rio de Janeiro, no entanto, o Comitê não foi criado em âmbito municipal, tampouco estadual.

A exclusão das pessoas em situação de rua aumenta quando são usuários de drogas, na medida em que aumenta a repulsa da sociedade em relação a estas pessoas. A pessoa em situação de rua habitante da cracolândia passa a ser, paradoxalmente, invisível e visível aos olhos dos transeuntes. “Esquecidos pela falta de importância e de atenção que lhe são dedicados, mas sempre lembrados como feridas abertas que importunam aqueles que passam.”<sup>44</sup>

Assim, esquecidos e ao mesmo tempo inesquecíveis, os dependentes do crack que vivem em aglomerações formadas no espaço público acabam sendo vítimas de medidas que muitas vezes não buscam tratar o usuário, mas apenas tirá-los das vistas do resto da sociedade, que se incomoda com o problema urbano que as cracolândias trazem. Muito pouco é feito para de fato recuperar o indivíduo. Não há preocupação em garantir seus direitos mais básicos.

O grupo que se pretende estudar nesta pesquisa é aquele composto por usuários de crack em situação de rua, quando o consumo da droga deixa o âmbito privado e reservado para ocupar os espaços públicos, à vista de todos, necessitando de uma ação do Estado – que muitas vezes não é a mais adequada e nem a mais humana.

---

<sup>44</sup> COSTA, Jessica Hind Ribeiro. A internação compulsória no âmbito das cracolândias: implicações bioéticas acerca da autonomia dos indivíduos, 2015, p. 66.

### 3. PERFIL DO USUÁRIO: PESQUISA NACIONAL SOBRE O USO DE CRACK

A Pesquisa nacional sobre o uso de crack, realizada pela Fiocruz, em parceria com a SENAD, já mencionada anteriormente, teve por objetivo conhecer profundamente e descrever as características da população de usuários de crack. Tais resultados serão importantes para este trabalho a fim de que se possa traçar um perfil do usuário abusivo de crack, suas especificidades e necessidades, com o intuito de que sejam pensadas políticas públicas, sobretudo de saúde e assistência social, que correspondam às demandas específicas dessa população. O resultado foi um panorama detalhado de quem são os usuários de crack no Brasil hoje, e quantos.

A pesquisa revelou que os usuários da droga são, em sua maioria, jovens adultos, tendo, em média, 30 anos. Crianças e adolescentes não foram observados em quantidade expressiva nas cenas de uso visitadas pela pesquisa. Cerca de 1/3 dos usuários levados em conta na pesquisa têm entre 18 e 24 anos.<sup>45</sup>

Os usuários de crack também têm sexo e raça: 78,68% dos usuários de crack no Brasil são homens; 79,15% declaram-se “não-brancos”, o que corresponde, basicamente, à categoria definida pelo IBGE como “pretos e pardos”, pois, de acordo com a pesquisa, a parcela usuários no conjunto de amostras com ascendência asiática e indígena é ínfima.<sup>46</sup>

Quanto à escolaridade, maioria dos usuários de crack no Brasil (57,60%) frequentou da 4ª à 8ª série do Ensino Fundamental; 19,55% frequentaram da alfabetização até a 3ª série do Ensino Fundamental, enquanto 4,02% declararam não ter frequentado nenhuma série. Apenas 16,49% cursaram o Ensino Médio; menor ainda é o índice dos que frequentaram o Ensino Superior: apenas 2,35%.<sup>47</sup> A partir desses números podemos concluir que políticas de combate à evasão escolar podem trazer resultados significativos na prevenção do crack. Formar adequadamente um aluno pode ser mais efetivo do que internar posteriormente um usuário. Além de manter os alunos na escola, campanhas de prevenção no âmbito escolar também são importantes para o combate ao uso abusivo de crack.

---

<sup>45</sup> BASTOS, Francisco Inácio; BERTONI, Neilane (org.). Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? 2014, p. 48.

<sup>46</sup> *Ibidem*, p. 48-50.

<sup>47</sup> *Ibidem*, p. 52.

Os números demonstram ainda que a população pesquisada é diferente daquela objeto de inquéritos escolares sobre drogas, que lida, sobretudo, com o uso abusivo de álcool, maconha e remédios entre alunos do ensino médio e superior.<sup>48</sup>

Como foi adiantado no item 2 deste capítulo, a pesquisa demonstrou que cerca de 40% dos usuários de crack no Brasil estão em situação de rua, morando ou nela passando a maior parte do tempo.<sup>49</sup> Nas capitais, o índice é ligeiramente maior: 47,28% dos usuários de crack estão nas ruas, contra 21,55% de usuários em situação de rua em municípios que não são capitais, o que se justifica pela própria dinâmica dos grandes centros urbanos e suas especificidades econômicas e culturais.<sup>50</sup> As cenas abertas de obtenção e/ou consumo de crack foram as cenas relevantes para a pesquisa, pois chamam a atenção da opinião pública, assim como são para esse trabalho.

Ainda segundo os dados obtidos na pesquisa, a maioria dos usuários – cerca de 65% dos entrevistados – obtinha dinheiro através de trabalho esporádico ou autônomo. Apenas 6,42% relataram obter recursos por meios ilícitos, como tráfico, roubos e furtos, por exemplo. Dado interessante é o referente a sexo em troca de dinheiro, correspondente à 7,46% dos relatos – na população geral, a proporção de profissionais do sexo é inferior à 1%. A proporção de usuários que obtinham renda a partir de trabalhos com carteira assinada era superior nas não capitais: 7,17%, contra 2,80% nas capitais.

A pesquisa concluiu que os usuários de crack no Brasil são poliusuários, ou seja, consomem diversas outras drogas além do crack. As mais frequentemente consumidas são o álcool e o tabaco. O crack, por sua vez, é mais frequentemente consumido do que seus similares, como pasta base, merla e óxi.

“Esses achados falam a favor da necessidade do manejo integrado de ações de tratamento para o abuso de crack e/ou similares e também de outras drogas e, ainda, da necessidade de formular políticas públicas para todas as substâncias com potencial de abuso, por razões diversas, como a superposição das doenças respiratórias causadas pelo crack e pelo tabaco, e os efeitos sinérgicos das diferentes substâncias sobre o psiquismo, ampliando substancialmente a chance de eventos tais como overdoses e quadros graves de psicose exógena.”<sup>51</sup>

---

<sup>48</sup> BASTOS, Francisco Inácio; BERTONI, Neilane (org.). Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? 2014, p. 52.

<sup>49</sup> *Ibidem*, p. 52.

<sup>50</sup> *Ibidem*, p. 54.

<sup>51</sup> *Ibidem*, p. 57.

Quanto à motivação que levou ao consumo, 58,28% dos usuários de crack relatou que começou a consumir a droga por curiosidade para experimentar o efeito da droga. Perdas afetivas, problemas familiares e violência sexual são o segundo maior motivo citado pelos entrevistados, com índice de 29,19%. Os entrevistados que relataram ter consumido por pressão dos amigos representam 26,73% do total.<sup>52</sup>

A pesquisa determinou ainda que o tempo médio de uso de crack e/ou similares é de 80,76 meses, o que corresponde a quase sete anos. Nas capitais, essa média chega a 90,32 meses, o que corresponde a aproximadamente oito anos.<sup>53</sup> A média de consumo diário é de 13,42 pedras por dia; nas capitais, a média sobe para 14,66 pedras num dia padrão.<sup>54</sup> 77,23% dos usuários entrevistados manifestaram, ainda, vontade em realizar algum tratamento para a dependência.<sup>55</sup>

O estudo indicou que os usuários de crack são ainda mais vulneráveis a contrair doenças infecciosas, como tuberculose e infecções pelos vírus HIV e HCV, por exemplo.

“Isto se deve ao fato de que grande parte da população apresenta diversos comportamentos de risco e estão inseridos em contextos pauperizados, violentos e frequentemente carentes de qualquer infraestrutura, mínima que seja (como uma fonte de água corrente).”<sup>56</sup>

O perfil traçado pela pesquisa mostra que os usuários de crack em cenários abertos no Brasil é composto em sua maioria por homens jovens, com baixa escolaridade, baixo poder aquisitivo, predominantemente não-brancos, vivendo em situação de rua e que não possuem emprego ou fonte de renda fixa. Compõe um grupo já conhecido pelo senso comum, e que se encontra em condição de extrema vulnerabilidade social, necessitando de ações positivas do Estado que busquem não só o tratamento da dependência, mas a garantia de seus direitos.

A população que faz uso de crack hoje é significativa, razão pela qual é imprescindível que se caracterize, diferencie e entenda a composição dessa população. Entender quem é o usuário de crack, principalmente o que está em situação de rua e habitando na cracolândia, suas maiores vulnerabilidades e suas maiores necessidades são a chave para o desenvolvimento de políticas públicas efetivas que tratem do vício (e eventualmente do

---

<sup>52</sup> BASTOS, Francisco Inácio; BERTONI, Neilane (org.). Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? 2014, p. 58-59.

<sup>53</sup> *Ibidem*, p. 59.

<sup>54</sup> *Ibidem*, p. 60.

<sup>55</sup> *Ibidem*, p. 61.

<sup>56</sup> *Ibidem*, p. 81.

transtorno da dependência química), dos efeitos colaterais do consumo da droga e das consequências sociais de tal consumo, como a marginalização, a pobreza e a situação de rua.

#### 4. FORMAÇÃO DAS CRACOLÂNDIAS

Como já foi dito, o grupo que interessa para fins dessa pesquisa é aquele composto por usuários que consomem crack em cenários abertos, sobretudo na rua. É fundamental, portanto, fazer uma análise das cracolândias, a fim de elaborar e direcionar corretamente as políticas públicas emergenciais de combate ao crack, que devem ser intersetoriais, envolvendo principalmente a saúde e a assistência social.

A cracolândia é um fenômeno próprio de grandes centros urbanos. Isto ocorre porque esses locais possuem fatores determinantes para as cracolândias existirem, como grande densidade urbana e grandes cadeias de distribuição de drogas. Assim, o consumo do crack em metrópoles como Rio de Janeiro e São Paulo costuma ocorrer nestas aglomerações de usuários que surgem, sobretudo, em áreas periféricas e expõe o consumo da droga aos olhos de todos.

Estar em situação de rua torna estes usuários ainda mais vulneráveis, que, ocupando estes espaços urbanos, estão suscetíveis a tudo que as ruas trazem de perigo e obstáculo. O consumo de crack em vias públicas faz com que o usuário acumule riscos de danos, inclusive risco de morte iminente, não apenas pelos efeitos da dependência química, mas também pela exposição aos “infortúnios inerentes à vida na rua”.<sup>57</sup>

Diante disso, é papel do poder público adotar as medidas cabíveis para melhor tratar os usuários que estão na cracolândia, já que estes estão em uma posição de vulnerabilidade e necessitam de atenção especial.

“A partir do momento que o uso compulsivo se dá em vias públicas e que a situação de risco iminente de morte é observada pelos entes estatais responsáveis por protegê-los e assegurar-lhes direitos, estes são convocados a tomarem uma atitude protetiva com o fim de promover o tratamento terapêutico deste grupo.”<sup>58</sup>

---

<sup>57</sup> COSTA, Jessica Hind Ribeiro. A internação compulsória no âmbito das cracolândias: implicações bioéticas acerca da autonomia dos indivíduos, 2015, p. 47.

<sup>58</sup> *Ibidem*, p. 47.

Entretanto, não é sempre assim que as abordagens aos usuários de crack nas crackolândias acontecem. Isto ocorre porque a crackolândia é um espaço de exclusão, formada por pessoas marginalizadas, cuja recuperação e garantia de direitos não é importante para a sociedade civil ou para as autoridades. Desse modo, essa população acaba sendo vítima de ações higienistas e violentas, que não buscam tratar o dependente que ali se encontra, mas apenas dissipar os usuários, desfazer a crackolândia e “limpar” o espaço público.

As ações armadas de retomada de território por parte do poder público são carentes de políticas sociais, fato que fica evidenciado na rápida aparição de novas crackolândias quando uma é desfeita.

Tais políticas são um reflexo do contorno repressivo e bélico em que se dá o controle social de tóxicos no Brasil. Foi declarada uma verdadeira guerra às drogas, que, na verdade, é uma guerra contra “pobres, não-brancos, marginalizados, desprovidos de poder, que circulam em territórios populares e favelas”.<sup>59</sup>

É possível concluir, portanto, que hoje o controle sobre drogas no Brasil é exercido, sobretudo, pelo sistema penal. O sistema penal é, por sua vez, seletivo, absorvendo principalmente os usuários mais vulneráveis. Esses usuários e microtraficantes<sup>60</sup> são comumente imputados por crimes de tráfico e associação para o tráfico, e, em contato com o sistema prisional, acabam construindo verdadeiramente uma carreira criminosa violenta. Os tóxicos devem ser tratados como um problema de saúde pública; é um equívoco e é ineficiente tratá-los meramente com soluções policiais, e mostra o “descompromisso do Estado com os direitos fundamentais dos indivíduos.”<sup>61</sup>

---

<sup>59</sup> ROSA, Maria Cecília de Oliveira. A guerra às drogas e as violações de direitos fundamentais com o aval da imprensa. Revista da EMERJ, Rio de Janeiro, RJ, v. 18, n. 67, 2015, p. 571.

<sup>60</sup> De acordo com o Instituto Sou Sa Paz, que defende medidas despenalizadoras para microtraficante, microtraficante “é aquela pessoa apreendida com pouca quantidade de droga, sem antecedentes criminais, que não porta armas, não integra facção criminosa e não cometeu atos de violência, mas que hoje é encarcerada com presos violentos”.

<sup>61</sup> ROSA, Maria Cecília de Oliveira, *op. cit.*, p. 571.



## CAPÍTULO III

### 1. POLÍTICAS PÚBLICAS DE COMBATE AO CRACK

A discussão que será feita a partir deste capítulo é o cerne do presente trabalho. Tudo o que foi apresentado até agora – a discussão sobre direitos humanos, o uso abusivo de crack, perfil do usuário e formação das cracolândias – culmina, basicamente, nas seguintes perguntas: o que tem sido feito (e o que deve ser feito) para combater o uso abusivo de crack no espaço público? E qual é, afinal, a solução mais efetiva e humana para o problema?

A primeira questão tomará a maior parte deste capítulo. Serão analisadas as ações estatais de combate ao crack que estiveram em voga nos últimos anos no Brasil, principalmente em São Paulo e Rio de Janeiro, onde enormes cracolândias surgem em meio ao espaço urbano: a mais gravosa delas, a internação compulsória do usuário/dependente, tema deste trabalho, será investigada segundo a legalidade e em contraposição ao princípio da autonomia.

A dependência química será exposta como um transtorno mental, e o uso e/ou dependência do crack será tratado como questão, sobretudo, de saúde pública, assim como deveria ser tratada a dependência de quaisquer substâncias psicoativas. O tratamento dado ao consumo de crack será analisado conforme deveria ser realizado e como de fato ocorre na prática.

Quanto à segunda questão, intimamente ligada à primeira, não há resposta simples para situação tão complexa. Não é, ainda, pretensão deste trabalho obter uma resposta definitiva. O assunto, no entanto, deve ser debatido, pensado e encarado em sua complexidade, sendo certo que, a curto e longo prazo, respectivamente, a solução passa pelo cuidado com a saúde do dependente e pela educação para as drogas.

“O que deve-se priorizar é a redução de número de usuários dependentes e com problemas decorrente do consumo de drogas. Deseja-se que os indivíduos, independentemente do consumo de drogas, lícitas e/ou ilícitas, possam viver em sociedade, atingindo o bem estar social, pessoal e familiar, sendo capazes de se

manter economicamente ativos e gozar dos seus direitos como cidadãos brasileiros.”<sup>62</sup>

Serão analisadas outras formas de tratamento do uso de crack, diversas do modelo de internação, que podem ajudar a reverter o quadro desfavorável que existe hoje em relação a esta droga. Todas as medidas de prevenção e tratamento no uso de crack apresentadas serão acompanhadas de exemplos concretos; a principal delas, a redução de danos, será seguida do exemplo do programa “De Braços Abertos”, adotada pela prefeitura de São Paulo em 2014.

## 2. A LEGALIDADE DAS INTERNAÇÕES COMPULSÓRIAS

O objetivo principal deste trabalho é analisar a legalidade das internações compulsórias de usuários abusivos de crack, em cenas de consumo no espaço público, sobretudo em cracolândias. O enfoque será apontar as **violações de direitos humanos ocorridas nas abordagens do poder público a esses usuários, contrapondo as internações compulsórias ao princípio da autonomia.**

Há diversas formas de tratamento para a dependência química, que serão aplicadas dependendo do grau de comprometimento do usuário. O tratamento pode ir da abstenção ou redução do consumo por parte do próprio usuário às internações clínicas, mesmo involuntárias.<sup>63</sup>

O que se pretende investigar e expor neste item é a relação entre as regras da internação compulsória e o princípio da autonomia, tendo em vista a existência de um conflito entre as duas normas. O ponto principal encontra-se na discussão acerca dos limites da mitigação e até da supressão do referido princípio, analisando, para isso as definições médicas do transtorno mental causado pelo uso de substância psicoativas, em especial o crack, e as consequências do uso e da dependência desta droga na afetação da capacidade do indivíduo de fazer suas próprias escolhas (inclusive pela rejeição do tratamento).

---

<sup>62</sup> BASTOS, Francisco Inácio; BERTONI, Neilane (org.). Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? 2014, p. 66.

<sup>63</sup> COSTA, Jessica Hind Ribeiro. A internação compulsória no âmbito das cracolândias: implicações bioéticas acerca da autonomia dos indivíduos, 2015, p. 77.

No Brasil, as internações compulsórias mostram-se geralmente ineficazes pelas circunstâncias em que ocorrem, isto é, na maioria das vezes em ações violentas e repressivas por parte do poder público, sem respaldo clínico e sem lugares adequados para encaminhar os usuários, tratando-se apenas de ações de retomada dos espaços utilizados pelos dependentes de crack.<sup>64</sup>

Por este motivo, tentar-se-á, ao final, apontar soluções diversas do modelo manicomial que sejam mais efetivas para solucionar o problema do crack em curto e em longo prazo, e que estejam de acordo com os direitos humanos do indivíduo.

### **2.1. A Lei da Reforma Psiquiátrica e os tipos de internação**

Para entender os tipos de tratamento dados ao dependente químico é preciso compreender o movimento da Reforma Psiquiátrica, iniciado, no Brasil, no final dos anos 70 com a crise do modelo hospitalocêntrico.<sup>65</sup>

Tal movimento seguiu a tendência internacional de superação da violência asilar e dos hospitais psiquiátricos como modelo central de tratamento de pacientes portadores de transtornos mentais. Cabe aqui a menção ao conhecido caso “Ximenes Lopes *versus* Brasil”, que gerou a primeira condenação do Estado brasileiro perante a Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), em 2006.

Damião Ximenes Lopes tinha 30 anos quando faleceu na única instituição psiquiátrica do município de Sobral, interior do Ceará, denominada Casa de Repouso Guararapes. Damião era paciente psiquiátrico, e havia sido internado em 1995 e outra vez em 1998. Segundo o relato da irmã da vítima, Irene Ximenes Lopes Miranda, testemunha proposta pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos, na última internação foram encontrados cortes em seu corpo e feridas em seus tornozelos e joelhos.<sup>66</sup>

---

<sup>64</sup> COSTA, Jessica Hind Ribeiro. A internação compulsória no âmbito das crackolândias: implicações bioéticas acerca da autonomia dos indivíduos, 2015, p. 74.

<sup>65</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil, 2005, p. 06.

<sup>66</sup> CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. Caso Ximenes Lopes *versus* Brasil, Sentença de 4 de julho de 2006, p. 13.

Em 04 de outubro de 2009, a mãe de Damião, em visita ao filho, o teria encontrado agonizando, e, ao pedir socorro ao médico Francisco Ivo de Vasconcelos, não foi atendida. O médico, sem fazer exames físicos em Damião, apenas teria lhe receitado alguns medicamentos, retirando-se, em seguida, do hospital, que ficou sem nenhum médico. Damião morreu naquele mesmo dia, duas horas depois. De acordo com a sentença da CIDH,

"Seu cadáver apresentava marcas de tortura; seus punhos estavam dilacerados e totalmente roxos, e suas mãos também estavam perfuradas, com sinais de unhas e uma parte do seu nariz estava machucada. A causa da morte foi dada pelos médicos como 'morte natural, parada cardiorrespiratória' e nada mais."<sup>67</sup>

O caso de Damião Ximenes Lopes, portador de transtornos mentais exposto a tratamento desumano e degradante durante sua hospitalização, não foi o único no Brasil. Os casos de violência e violação de direitos humanos em manicômios que vinha sendo denunciado desde 1978, ano em que surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).<sup>68</sup>

Em 1989, o deputado federal Paulo Delgado propõe, no Congresso Nacional, um projeto de lei com o objetivo de regular os direitos da pessoa portadora de transtornos mentais e a progressiva extinção do modelo manicomial. É somente em 2001, no entanto, que é sancionada pelo Congresso a Lei Federal nº 10.216/2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, surgida a partir da aprovação de um substitutivo do projeto original do deputado Paulo Delgado.<sup>69</sup>

A promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica (LRP) no país significou a vitória normativa da Reforma, dando novo impulso ao movimento. A lei, entretanto, tem seus problemas. Apesar de dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, a mesma não esclarece como será feita a progressiva extinção dos manicômios.<sup>70</sup>

A Lei nº 10.216/2001 estabeleceu as diferenças entre as internações voluntária, involuntária e compulsória, todas consideradas tipos de internação psiquiátrica, segundo o Art. 6º, parágrafo único, incisos, do referido diploma legal. Vale ressaltar que o *caput* do Art. 6º prevê que qualquer das modalidades de internação psiquiátrica necessita de laudo médico circunstanciado que exponha seus motivos.

<sup>67</sup> CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. Caso Ximenes Lopes *versus* Brasil, Sentença de 4 de julho de 2006, p. 13.

<sup>68</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil, 2005, p. 07.

<sup>69</sup> *Ibidem*, p. 07-08.

<sup>70</sup> *Ibidem*, p. 08.

Assim, conforme definido pela lei, internação voluntária é, por óbvio, aquela que se dá com o consentimento do usuário, que ocorre por sua livre e espontânea vontade em buscar tratamento. O Art. 7º da Lei nº 10.216 determina que o usuário que busca voluntariamente a internação ou que consente com a mesma deve assinar uma declaração de que optou por este tipo de tratamento. Deve ser devidamente autorizada por médico registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM do estado onde vai ocorrer a internação (Art. 8º, *caput*, Lei nº 10.216/2001).

A internação involuntária é aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro. Assim como a voluntária, deve ser autorizada por médico inscrito no CRM do mesmo estado onde está localizado o estabelecimento da internação. Segundo o Art. 8º, §1º, a internação involuntária deverá ainda ser comunicada ao Ministério Público Estadual em até 72 (setenta e duas) horas após sua ocorrência, mesmo procedimento que deverá ser adotado em sua respectiva alta.

E, por fim, temos a internação compulsória, que é aquela que se dá por determinação da Justiça. De acordo com o Art. 9º da referida lei, deve ser determinada pelo juiz competente, “que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários”. A lei não determina, no entanto, quem pode pedir a internação compulsória; é possível interpretar que qualquer um pode requerer a internação de um indivíduo, desde que este possua algum transtorno mental.<sup>71</sup>

Apesar de dispor sobre os tipos de internação, a LRP institucionalizou a transição do modelo de tratamento centrado no hospital psiquiátrico para o modelo de assistência comunitária. Hoje o maior responsável por realizar essa assistência é o CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, que surgiram no contexto da Reforma Psiquiátrica, ainda que antes da LRP.<sup>72</sup>

De acordo com a Portaria nº 224/1992 da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (SNAS), os CAPS são

---

<sup>71</sup> SANTOS, Marcello Jahn dos. Internação e bioética: uma análise do princípio de respeito à autonomia e a internação compulsória por uso de cannabis previsto na Lei nº 10.216, 2014, p. 18.

<sup>72</sup> O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado na cidade de São Paulo em março de 1986, no contexto da Reforma Psiquiátrica: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira. (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 12).

“unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adstrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional”.

Os CAPS têm função essencial na construção de uma rede de tratamento e assistência à pessoa portadora de transtornos mentais substitutiva dos hospitais psiquiátricos.<sup>73</sup> Isto porque os CAPS atendem a determinado território, fortalecendo e preservando os laços sociais do paciente com sua comunidade.

“É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica.”<sup>74</sup>

Em razão da função que possuem, os CAPS têm função central na gradual substituição do modelo hospitalocêntrico para o modelo assistencial, já que os CAPS devem substituir os hospitais psiquiátricos, e não complementá-los no atendimento. Assim, a gradual extinção dos asilos passa pelo fortalecimento e expansão da rede compostas, sobretudo, pelos CAPS, que são hoje a porta de entrada do paciente ao sistema de saúde mental. “De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento.”<sup>75</sup>

A fim de estruturar uma rede de atenção especificamente voltada para o tratamento de dependentes químicos, a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (2003) destacou a importância dos CAPSad (Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas), que hoje representam a maior estratégia no tratamento de dependentes de tóxicos, entre eles, o crack.<sup>76</sup>

Os CAPSad são unidades especializadas no atendimento de usuários prejudiciais de álcool e drogas. Sobre os CAPSad, dispõe o Art. 8º da Portaria nº 189/2002 da SNAS:

“Unidade com serviço próprio de atenção psicossocial, com capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população acima de 100.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional justificado pelo gestor local, funcionando em regime de dois turnos, com leitos para desintoxicação e repouso (02 a 04 leitos), desenvolvendo atividades em saúde mental para pacientes com transtornos decorrentes do uso e/ou dependência de álcool e outras drogas.”

<sup>73</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil, 2005, p. 27.

<sup>74</sup> *Ibidem*, p. 27.

<sup>75</sup> *Ibidem*, p. 27.

<sup>76</sup> COSTA, Jessica Hind Ribeiro. A internação compulsória no âmbito das cracolândias: implicações bioéticas acerca da autonomia dos indivíduos, 2015, p. 80-81.

Como dispõe o referido artigo, em decorrência da supressão do modelo manicomial, os leitos que o CAPSad possui são destinados exclusivamente ao repouso e à desintoxicação do paciente. O atendimento nos CAPSad são diários, e destinados a usuários e dependentes de crack, e proporcionam aos pacientes opções que “vão desde o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) até atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares.”<sup>77</sup>

Os CAPSad representam hoje a regra, em oposição às internações (que são a exceção), em casos de usuários prejudiciais de tóxicos, pois objetivam o tratamento ambulatorial e a aplicação de políticas de redução de danos no tratamento dos dependentes<sup>78</sup>, gerando assim a diminuição das internações e a gradual transição para o modelo assistencial.

Apesar da mudança de paradigmas impulsionada pela Reforma Psiquiátrica, a realidade ainda impõe desafios dos dependentes de tóxicos. No caso dos usuários de crack, o problema é ainda mais visível e relevante, dado o poder de destrutividade e a alta capacidade de vício desta substância.

“Frente a essa realidade, o Brasil não se preparou para tratar os seus dependentes de crack. Não bastassem as dificuldades inerentes ao atendimento médico e psicológico aos usuários, a rede de tratamento é pequena, precária e com profissionais pouco qualificados. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), um país deve ter leitos para saúde mental suficientes para internar 0,5% de sua população, o que, no Brasil, seriam 950 mil leitos. Porém, o país tem cerca de 32,7 mil. Parte da explicação é que o Brasil está migrando, desde 2002, de um modelo baseado na internação para outro voltado para atendimento ambulatorial. Por outro lado, a falta de consenso e a desarticulação impedem a expansão dos programas de redução de danos, assim como o apoio financeiro do Estado a instituições privadas de tratamento de dependentes químicos, as chamadas comunidades terapêuticas.”<sup>79</sup>

Especificamente no caso do uso abusivo de crack, a conjugação entre a insuficiência dos programas de redução de danos e os aspectos sociais e culturais dos cenários de uso público do crack nas grandes cidades (as crackolândias, que expõe o consumo aos olhos de todos) gera as questões centrais que este trabalho se propôs a expor: violações de direitos dos usuários e dependentes de crack e as internações compulsórias.

---

<sup>77</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial, 2004, p. 24.

<sup>78</sup> COSTA, Jessica Hind Ribeiro. A internação compulsória no âmbito das crackolândias: implicações bioéticas acerca da autonomia dos indivíduos, 2015, p. 82.

<sup>79</sup> CRACK assusta e revela um Brasil despreparado. Em discussão!. Revista de audiências públicas do Senado Federal, agosto de 2011, ano 2, nº 8, p. 09.

## 2.2. A dependência química como transtorno mental

A dependência química é um transtorno mental devidamente catalogado pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM*). O DSM é um manual destinado a profissionais da saúde desenvolvido pela Associação Americana de Psiquiatria (*American Psychiatric Association – APA*), e cataloga diversas categorias de transtornos mentais e os critérios para seu diagnóstico.

A dependência química pode ser definida como

“uma doença crônica, caracterizada por comportamentos impulsivos e recorrentes de utilização de uma determinada substância para obter a sensação de bem estar e de prazer, aliviando sensações desconfortáveis como ansiedade, tensões, medos, entre outras”.<sup>80</sup>

O DSM-5, versão mais recente do manual, foi publicada em 2013, e traz os Transtornos Relacionados a Substâncias como categoria que engloba diversas classes diferentes.

“A característica essencial de um transtorno por uso de substâncias consiste na presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando o uso contínuo pelo indivíduo apesar de problemas significativos relacionados à substância.”<sup>81</sup>

Uma das classes englobadas pelos Transtornos Relacionados à Substâncias é a classe dos Transtornos por Uso de Estimulantes. De acordo com o manual, para ser diagnosticado com tal transtorno, o indivíduo deve manter um padrão de uso de substância tipo anfetamina, cocaína ou outro estimulante, levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo, sendo necessária que ocorra, em um período de 12 meses, a manifestação de pelo menos dois dos seguintes critérios:

1. O estimulante é frequentemente consumido em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.
2. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de estimulantes.
3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção do estimulante, em utilização, ou na recuperação de seus efeitos.
4. Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar o estimulante.
5. Uso recorrente de estimulantes resultando em fracasso em cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa.

<sup>80</sup> FONTES, Maria Alice. O que é a Dependência Química? Tipos de drogas, efeitos e tratamentos, 2013, p. 01.

<sup>81</sup> MANUAL diagnóstico e estatístico de transtornos 5 - DSM-5, 2014, p. 483.



6. Uso continuado de estimulantes apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos do estimulante.
7. Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso de estimulantes.
8. Uso recorrente de estimulantes em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física.
9. O uso de estimulantes é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pelo estimulante.
10. **Tolerância**, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:
  - a. Necessidade de quantidades progressivamente maiores do estimulante para atingir a intoxicação ou o efeito desejado.
  - b. Efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade do estimulante.
 Nota: Este critério não é considerado em indivíduos cujo uso de medicamentos estimulantes se dá unicamente sob supervisão médica adequada, como no caso de medicação para transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ou narcolepsia.
11. **Abstinência**, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:
  - a. Síndrome de abstinência característica para o estimulante (consultar os Critérios A e B do conjunto de critérios para abstinência de estimulantes, p. 569).
  - b. O estimulante (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumido para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.<sup>82</sup> (Grifos próprios.)

A tolerância é um dos principais critérios característicos da dependência. Entende-se por tolerância a necessidade de consumir quantidades cada vez maiores da substância para obter o efeito desejado de bem-estar, prazer, alívio, etc.<sup>83</sup> A tolerância também se manifesta na diminuição gradual do efeito com o uso da mesma quantidade de substância. Portanto, a tolerância faz com que o dependente busque consumir a substância psicoativa em quantidades cada vez maiores.

A abstinência é a cessação ou redução brusca do uso prolongado do psicoativo. A característica principal da abstinência é a ocorrência da síndrome de abstinência, que, de acordo com o DSM-5, pode se desenvolver após horas e durar até dias após a interrupção ou redução acentuada do uso de estimulantes, geralmente usado em altas doses e de forma prolongada.<sup>84</sup>

“A síndrome de abstinência caracteriza-se pelo desenvolvimento de humor disfórico acompanhado por duas ou mais das seguintes alterações fisiológicas: fadiga, sonhos vívidos e desagradáveis, insônia ou hipersonia, aumento do apetite e retardo ou agitação psicomotora (Critério B). Bradicardia costuma estar presente e é uma medida confiável de abstinência de estimulantes.”<sup>85</sup>

Assim, sendo a dependência química um transtorno mental catalogado, justifica-se seu atendimento na rede de saúde mental, mais especificamente pelos CAPSad. Importante

<sup>82</sup> MANUAL diagnóstico e estatístico de transtornos 5 - DSM-5, 2014, p. 561.

<sup>83</sup> FONTES, Maria Alice. O que é a Dependência Química? Tipos de drogas, efeitos e tratamentos, 2013, p.01.

<sup>84</sup> MANUAL diagnóstico e estatístico de transtornos 5 - DSM-5, 2014, p. 569.

<sup>85</sup> *Ibidem*, p. 569.

ressaltar ainda eu nem todo usuário de tóxicos pode ser caracterizado como dependente. A generalização atrapalha no tratamento, que deve variar de acordo com o nível de comprometimento do paciente.

### **2.3. A dependência química como um problema de saúde pública**

O descaso da Administração Pública com o grave problema da prevenção e do tratamento às drogas é histórico e endêmico no Brasil. O tema sempre foi foco de políticas públicas advindas de searas diversas: trata-se de drogas sobretudo como um problema policial, de justiça e de segurança pública; muitas vezes a questão é deixada ainda para instituições de “pedagogia, benemerência, associações religiosas”.<sup>86</sup>

Fato é que o uso prejudicial de álcool e drogas nunca foi ocupado pela esfera da saúde pública. E não é exclusividade do Brasil tal negligência da saúde com o problema. Apenas a título exemplificativo, os grandes Tratados de Medicina mundiais tratavam a dependência de drogas, até a década de 1960, junto com as perversões sexuais e a delinquência.<sup>87</sup>

A falta de um debate sensato e multidisciplinar sobre o assunto agrava ainda mais o problema. No caso do crack, que é o tema deste trabalho, o discurso que é construído trata todos os usuários como dependentes, além de criar na sociedade o medo da potencial ameaça que estes usuários podem representar. A representação que é feita do usuário que vive na crackolândia é distorcida, preconceituosa e estigmatizante, arquitetada principalmente pela imprensa, em abordagens distantes da realidade, a fim de criar um pânico social referente ao assunto.

“As implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas do uso de drogas não são consideradas na compreensão global do problema e a percepção distorcida da realidade do uso de álcool e outras drogas acabou por promover a disseminação de uma cultura que associa o uso de drogas à criminalidade e que combate substâncias que são inertes por natureza, fazendo que o indivíduo e o seu meio de convívio fiquem aparentemente relegados a um plano menos importante. Isto por vezes é confirmado pela multiplicidade de propostas e abordagens preventivas/terapêuticas consideravelmente ineficazes, por vezes reforçadoras da própria situação de uso abusivo e/ou dependência. Assim, historicamente, no Brasil o tema do uso do álcool e de outras drogas vem sendo associado à criminalidade e práticas anti-sociais e à oferta de "tratamentos" inspirados em modelos de exclusão/separação dos usuários do convívio social. As iniciativas governamentais restringiam-se a poucos serviços

---

<sup>86</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil, 2005, p. 40.

<sup>87</sup> SILVEIRA, Dartiu Xavier. Drogas e proteção à saúde, 2013, p. 73.

ambulatoriais ou hospitalares, em geral vinculados a programas universitários. Não havia uma política de alcance nacional, no âmbito da saúde pública.”<sup>88</sup>

Some-se tudo isso ao proibicionismo, ao contorno bélico dado aos tóxicos e aos profundos problemas dos sistemas penal e carcerário, já conhecidos pelo Direito, e está posto um problema grave, que criou uma lacuna histórica na política pública de saúde<sup>89</sup>, que deveria ser a principal responsável em empenhar esforços para prevenir e tratar a dependência química.

Dada a complexidade do assunto e a ausência do Estado no que se refere à prevenção e ao tratamento da dependência química, a solução criada foi justamente o modelo de internações, característico de hospitais psiquiátricos, onde o tratamento tem caráter total e fechado<sup>90</sup>. Este modelo, conforme visto no item anterior, perdurou como absoluto até o início da Reforma Psiquiátrica, que iniciou uma mudança de paradigmas da saúde mental, tendo em vista sua tendência a violar direitos humanos dos pacientes portadores de transtornos mentais.

Com o movimento da Reforma Psiquiátrica, o modelo asilar, que era o único possível nos casos de uso prejudicial de drogas e afins, encaminhou-se para sua extinção. Em substituição a esse modelo, gradualmente expande-se uma rede de assistência, que já foi tratada brevemente no item anterior.

Somente em 2002, com a instituição do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, a **saúde pública** é reconhecida pelo poder público como ator fundamental no cenário do uso prejudicial de drogas. O programa instituiu uma política específica de atenção aos usuários de álcool de drogas, pertencente ao campo da saúde mental, e pautada na redução de danos, na promoção de direitos do usuário, na ampliação do tratamento e na “compreensão integral e dinâmica do problema”.<sup>91</sup>

O Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas foi instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) através da Portaria nº 816, de 30 de abril de 2002, do Ministério da Saúde, considerando as determinações constantes na Lei da Reforma Psiquiátrica. Através do programa foi sugerida a criação, em

---

<sup>88</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil, 2005, p. 40-41.

<sup>89</sup> *Ibidem*, p. 40.

<sup>90</sup> *Ibidem*, p. 40.

<sup>91</sup> *Ibidem*, p. 41.

todo o país, de 250 CAPSad<sup>92</sup>, principais equipamentos responsáveis pelo tratamento do usuário abusivo de álcool e drogas, visando a **reabilitação e a reinserção social** dos mesmos.

Apesar da posição estratégica dos CAPSad, também integram a rede de atenção aos dependentes/usuários prejudiciais de álcool e drogas os Hospitais Gerais e as “redes de suporte social, tais como grupos de ajuda mútua e entidades filantrópicas”.<sup>93</sup> Os Hospitais Gerais estão incumbidos dos atendimentos de urgência e emergência, sobretudo psiquiátricas, nos casos de pacientes usuários e/ou dependentes de tóxicos.

“Os CAPSad atuam de forma articulada a outros dispositivos assistenciais em saúde mental (ambulatorios, leitos em hospital-geral, hospitais-dia) e da rede básica de saúde (unidades básicas de saúde, etc), bem como ao Programa de Saúde da Família e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde; também se articulam em torno dos dispositivos de suporte social já existentes nas comunidades, configurando redes flexíveis de cuidados, que possam responder por um determinado território populacional, e que se remodelam de forma dinâmica, mediante a necessidade de inclusão/exclusão de novos serviços e formas de cuidado, de forma pareada pela demanda assistencial.”<sup>94</sup>

Em relação ao crack, somente em 2010 foi criado um plano federal de combate a esta droga. Em 20 de maio de 2010, foi instituído por meio de decreto presidencial (Decreto nº 7.179/2010) o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, que visava, entre outros objetivos, o tratamento e a reinserção social do usuário e o combate ao tráfico.

Em razão de estar baseado na intersetorialidade e na interdisciplinaridade, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas concretizou de fato no país a necessidade de integração e articulação entre saúde, assistência social, segurança pública, educação, esporte, cultura, direitos humanos, juventude, entre outras políticas, no enfrentamento de problema tão complexo como as drogas.

A Saúde e a Assistência Social ganharam destaque, como é possível observar no inciso II do Art. 2º do Decreto 7.179, que estabelece que são objetivos do plano a estruturação, ampliação e fortalecimento das redes de atenção à saúde e de assistência social para usuários de crack e outras drogas, por meio da articulação das ações do Sistema Único de Saúde (SUS) com as ações do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

---

<sup>92</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, 2003, p. 25.

<sup>93</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil, 2005, p. 43

<sup>94</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. *op. cit.*, p. 44.

Assim, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack foi importante como forma de dar à **assistência social** papel importante nas políticas de combate às drogas, por meio do fortalecimento do SUAS; da ampliação da rede de assistência social, para, juntamente com a saúde, oferecer tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas; do acompanhamento sociofamiliar; e da inclusão de crianças, adolescentes e jovens usuários de crack e outras drogas em programas de reinserção social.

Com base nos pressupostos e paradigmas firmados pela Lei da Reforma Psiquiátrica (2001), pela Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (2003) e pelo Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (2010), o Ministério da Saúde emitiu, em 23 de dezembro de 2011, a Portaria nº 3.088, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial concentra-se na proteção aos direitos humanos, na autonomia e na liberdade, na equidade, no combate à estigmas e preconceitos, na atenção humanizada, na estratégia comunitária e no desenvolvimento de estratégias de redução de danos. Este dado será importante posteriormente, quando a redução de danos for tratada de forma específica e mais detalhada.

A Reforma Psiquiátrica foi responsável por um significativo avanço no cenário da prevenção e do tratamento de uso prejudicial/dependência de álcool e drogas no Brasil. O modelo assistencial, que visa a reabilitação e a reinserção psicossocial do usuário, e as políticas de redução de danos hoje são regra, sendo a internação utilizada apenas com o aval do paciente, da família ou do Poder Judiciário (voluntária, involuntária e compulsória, respectivamente), sempre pautada em laudo médico.

Entretanto, a realidade revela que ainda acontecem episódios lamentáveis, que marcam o retrocesso na concretização dos princípios da Reforma. Episódios em que o poder público promove internações compulsórias de populações excluídas em verdadeiros manicômios, sem o devido cuidado clínico e sem a preocupação com a reabilitação destes usuários, visando apenas uma higienização do espaço público. No item a seguir, tratar-se-á dos aspectos legais das internações compulsórias.

## 2.4. Internações Compulsórias e o princípio da autonomia da vontade

Toda a pesquisa já desenvolvida no decorrer deste trabalho, todas as discussões travadas e todas as exposições já feitas culminam nos embates que serão feitos neste item. Como o título desta monografia já indica, o ponto central que desde o início se buscou discutir foi o aspecto legal das internações compulsórias de usuários de crack realizadas em cenários abertos de consumo.

A discussão sobre as internações compulsórias de usuários de crack será feita em dois eixos: o plano ideal e o plano da realidade. Neste item será tratada a contraposição entre a internação compulsória e o princípio da autonomia, investigando os limites da presunção de autonomia e as possibilidades de mitigação deste princípio. O foco será o que está disposto na legislação concernente ao assunto.

Já o plano da realidade será objeto do item a seguir, feita a seguir a contraposição entre as incoerências das internações compulsórias legalmente determinadas na Lei da Reforma Psiquiátrica (LRP), com suas exigências e especificidades voltadas para a proteção do paciente, e as internações compulsórias que de fato ocorrem, violadoras de direitos humanos, e que não raro tornam-se manchetes nas mídias.

Como já foi tratada anteriormente (vide item 2.1 deste capítulo), a internação compulsória é um dos tipos de internação estabelecidos pela Lei da Reforma Psiquiátrica. Trata-se do tipo de internação determina pela autoridade judicial competente e, ante a ausência de determinação legal, requerida por qualquer interessado.<sup>95</sup>

É importante ressaltar que, dado o contexto da Reforma Psiquiátrica, a LRP, no *caput* de seu Art. 4º, determina que a internação de qualquer tipo “só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”, sendo vedada “a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares” (Art. 4º, §3º, Lei nº 10.216/2010). A medida da internação é, assim, utilizada apenas em caráter de *ultima ratio*, quando outras espécies de tratamento não forem suficientes para a recuperação do paciente. Vale a lembrança de que o atendimento ambulatorial e o modelo de assistência comunitária é a regra no tratamento da dependência química.

---

<sup>95</sup> Existe uma discussão sobre quem seria interessado em requerer judicialmente a internação de um indivíduo. Ver menção a essa discussão no item 2.1, Capítulo III, página 39, deste trabalho.

Isto porque a Reforma Psiquiátrica institucionaliza a extinção gradual do modelo hospitalocêntrico e sua substituição pelo modelo de assistência comunitária. A LRP determina ainda, em seu Art. 4º, §2º:

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

Assim, a legislação é **protetiva** em relação aos direitos do paciente internado, não podendo a internação se dar em estabelecimentos desprovidos dos recursos estabelecidos pelo §2º do Art. 4º da LRP e devendo-se sempre assegurar ao paciente os direitos enumerados no Art. 2º deste mesmo diploma legal. No caso específico das internações compulsórias, é dever do magistrado, no momento de determinar a internação, levar em conta as condições de segurança do estabelecimento quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários (Art. 9º, *caput*, LRP).

O juiz não pode, ainda, determinar o tempo de internação dos pacientes, pois, por óbvio, tal função cabe aos profissionais da saúde. A internação, seja ela de qualquer espécie, deve sempre estar baseada em laudo médico circunstanciado e deve durar pelo menor tempo possível, visto que a finalidade permanente do tratamento é a reinserção social do paciente em seu meio social (Art. 4º, §1º, LRP).

De acordo com o parágrafo 1º do Art. 10 da Portaria nº 3.088 do Ministério da Saúde, de 23 de dezembro de 2011, já mencionada anteriormente, as internações devem durar apenas até a estabilidade clínica do paciente:

“§ 1º O cuidado ofertado no âmbito da enfermagem especializada em Hospital Geral de que trata o inciso I deste artigo deve estar articulado com o Projeto Terapêutico Individual desenvolvido pelo serviço de referência do usuário e a internação deve ser de curta duração até a estabilidade clínica.”

Em contraposição à internação compulsória, que é determinada pelo juiz competente, há o princípio da autonomia da vontade, que pode ser conceituado como “o poder de estipular livremente, como melhor lhes convier, mediante acordo de vontade, a disciplina de seus interesses, suscitando efeitos tutelados pela ordem jurídica”.<sup>96</sup> O princípio da autonomia

---

<sup>96</sup> DINIZ, Maria Helena *apud* RATTI, Fernanda Cadavid. Autonomia da vontade e/ou autonomia privada?.

determina, portanto, que cada indivíduo tenha o poder de decidir ou buscar o que julga melhor para si.<sup>97</sup>

Na hipótese de um usuário de psicoativos, a presunção, baseada na autonomia da vontade, é, portanto, de que o indivíduo tem conhecimento dos efeitos das substâncias que consome e de que mantém sua capacidade acerca de decidir sobre quais condutas deseja praticar, inclusive com relação ao padrão de consumo.<sup>98</sup>

Ainda que tal atitude seja inadequada socialmente, levando em consideração o modelo proibicionista e abstencionista em que se enquadra a sociedade brasileira no que diz respeito às drogas, é direito do indivíduo adotar as medidas que desejar na construção de seu modelo individual de uso de substâncias (e isso inclui também as substâncias lícitas, como medicamentos, álcool, etc.) e seus eventuais efeitos em sua saúde. Isto porque a autonomia e a liberdade pessoal de ação são valores fundamentais do ordenamento jurídico brasileiro.<sup>99</sup>

É preciso esclarecer, no entanto, que nem todo usuário de substâncias psicoativas é um portador do transtorno mental da dependência química, conforme o que já foi objeto de item específico neste capítulo. E, ainda, nem todo dependente, assim diagnosticado como portador do transtorno mental, é desprovido de autonomia.

A internação compulsória, nos casos de transtorno mental da dependência química por uso de estimulantes, não decorre da dependência em si, mas da **impossibilidade momentânea de um indivíduo em estado de extrema vulnerabilidade exprimir sua vontade**, pois este tem sua capacidade cognitiva e de decisão prejudicadas, sendo necessária a supressão ou mitigação de sua autonomia e de sua liberdade de ação, a fim de garantir um tratamento imediato como forma de proteção à vida do paciente.<sup>100</sup> É este o fator que permite que o Estado determine a internação compulsória do dependente químico.

Portanto, a presunção de que o indivíduo usuário de psicoativos mantém sua capacidade de deliberação incólume não é absoluta. Em caso de conflito com outros princípios ou institutos do direito, é possível a mitigação na aplicação do princípio da autonomia, como, por exemplo, em caso de usuário de crack vivendo em situação que não

---

<sup>97</sup> SANTOS, Marcello Jahn dos. Internação e bioética: uma análise do princípio de respeito à autonomia e a internação compulsória por uso de *cannabis* previsto na Lei nº 10.216, 2014, p. 20.

<sup>98</sup> COSTA, Jessica Hind Ribeiro. A internação compulsória no âmbito das cracolândias: implicações bioéticas acerca da autonomia dos indivíduos, 2015, p. 88-89.

<sup>99</sup> *Ibidem*, p. 89.

<sup>100</sup> *Ibidem*, p. 88.



condiz com a dignidade da pessoa humana e exposto à riscos contra sua integridade física ou mesmo sua vida, tendo sua capacidade de raciocínio, autocontrole, deliberação e compreensão momentaneamente alterados, reduzidos ou extintos em decorrência do uso do crack.

Como o usuário que está em estudo neste trabalho é aquele que consome crack nas cracolândia ou outros espaços abertos, a exposição a riscos é muito maior, assim como a vulnerabilidade. A internação compulsória deve ser, no entanto, última opção, utilizada quando outros métodos falharem, visto que ser caráter de aprisionamento já se mostrou não plenamente efetivo no tratamento da dependência química causada por estimulantes.

Nestes casos, a internação deve servir como espaço para que o paciente recupere sua autonomia. Para isso, é preciso contar com os esforços e com o empenho dos profissionais de saúde envolvidos, que devem esclarecer o internado dos riscos a que está submetido quando mantém altos padrões no consumo do crack. Devem ser oferecidos ainda, quando o paciente tiver recuperado sua autonomia, modelos de tratamentos menos agressivos, como o acompanhamento por um CAPSad e a redução de danos.

A partir do momento em que um indivíduo resgata a sua autonomia este passa a ter capacidade de decidir, inclusive, acerca da continuidade ou não do uso de drogas. Sendo assim, pode escolher continuar o uso – se não quiser ou não puder parar –, mas é preciso que adquira conhecimento dos modelos de uso menos agressivos.<sup>101</sup>

Assim, da internação forçada e emergencial deve decorrer uma conscientização do usuário e uma melhora de sua situação depois de readquirida sua autonomia. O tratamento deve ser baseado no fortalecimento da autonomia, e não na opressão.

O que este trabalho defende, no caso das internações compulsórias de usuários de crack, é que tal medida respeite as determinações legais concernentes ao assunto, principalmente o disposto na LRP, devendo ocorrer baseada em laudo médico circunstanciado que caracterize o transtorno mental da dependência química e somente em caráter emergencial e de *ultima ratio*, quando o paciente não puder expressar seu consentimento em decorrência da influência da substância psicoativa, e sua vida e/ou integridade física estiverem ameaçadas, tendo os demais métodos de tratamento se mostrado insuficientes. A internação deve ser excepcional e, se ocorrer, deve respeitar todos os direitos do paciente, deve durar apenas pelo tempo necessário para o internado se recompor e deve contar com todo o amparo clínica, sendo vedada a internação em instituições com características asilares.

---

<sup>101</sup> COSTA, Jessica Hind Ribeiro. A internação compulsória no âmbito das cracolândias: implicações bioéticas acerca da autonomia dos indivíduos, 2015, p. 96.

## 2.5. As internações compulsórias na realidade

Neste item será tratado o problema das internações compulsórias como propriamente ocorrem na realidade, em detrimento do modo como deveriam ocorrer, segundo a legislação vigente e os direitos individuais, levando em consideração sobretudo a dignidade da pessoa humana.

Ora, não é o objetivo deste trabalho adentrar em estudos sobre a ciência do Direito, mas é certo que a norma jurídica pertence ao campo deontológico, ou seja, o campo do dever-ser. A norma jurídica pode descrever comportamentos ou estabelecer comandos e diretrizes que devem ser cumpridos pelos jurisdicionados. No entanto, não é sempre que os comportamentos estabelecidos por uma norma ocorrem plenamente na realidade fática.

A internação é a medida mais gravosa no tratamento de pacientes portadores de transtorno mental, como já foi abordado no item anterior. Para que um usuário de substâncias estimulantes, como o crack, seja internado, é preciso que seja, primeiramente, diagnosticado por um médico como possuidor do transtorno da dependência química. Falhados todos os outros métodos de tratamento, é possível recorrer à internação.

Ocorre que, nas cenas de uso público de crack, sobretudo nas cracolândias, as internações realizadas pelo poder público não obedecem ao disposto na Lei da Reforma Psiquiátrica. As internações compulsórias muitas vezes não são sequer determinadas pelo Poder Judiciário, não observam o diagnóstico de dependência e atingem indiscriminadamente a todos os usuários, e não apenas aos casos emergenciais de usuários sem aptidão para manifestar sua vontade.

Tais internações ocorrem sem o devido suporte clínico, normalmente para locais insalubres e prejudiciais aos pacientes, sendo muitas vezes atentatórias não apenas ao princípio da autonomia, mas a própria dignidade da pessoa humana, valor fundamental da República preconizado no inciso III do Art. 1º da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Contrariam ainda as diretrizes da LRP e do Plano Integrado de Enfretamento ao Crack, que incentivam o fortalecimento das redes comunitárias e a aplicação de políticas de redução de danos dos usuários e/ou dependentes de psicoativos.

Fato é que em muitos casos a intervenção estatal não se justifica, mas tem o objetivo apenas de higienizar as áreas públicas em que se dá o consumo a céu aberto. Talvez o cenário mais chocante de uso de drogas em local público sejam as cracolândias, que geralmente são os alvos das ações do poder público.

As cracolândias chocam pelo tamanho e pela miséria. Os indivíduos residentes ali, paradoxalmente visíveis e invisíveis aos olhos de todos, não são vistos como cidadãos ou sujeitos de direitos. Ao contrário, é feita uma imagem animalizada, perigosa, ameaçadora dos que ali habitam; pessoas são tratadas como meros objetos, que podem ser retirados do caminho. Legitimam-se internações de qualquer um que ali esteja apenas pelo fato de consumirem crack em público. Todos são tratados como dependentes, e não individualização e humanidade no tratamento.

Ora, é certo que todas as normas que tratam do assunto hoje não legitimam este tipo de ação, mas sim busca pela individualização do tratamento, conforme as especificidades de cada paciente. É aconselhável que o usuário que reside na cracolândia seja atendido por uma rede que envolva, principalmente, a saúde, com o atendimento nos CAPSad, e a assistência social.

O consumo de crack em cenários abertos e a formação das cracolândias envolvem questões ainda mais profundas que a dependência química ou o simples uso: envolvem a situação de rua, um fenômeno crescente em especial nos grandes centros urbanos, fruto do agravamento de questões sociais, da pobreza, das desigualdades sociais e, muitas vezes, do uso de álcool e drogas.<sup>102</sup> Envolvem ainda a ausência do Estado, que não realiza políticas públicas de efetivação de direitos da população habitante na cracolândia, que é um local de exclusão, marginalização e vulnerabilidade.

Não bastasse a exclusão social que é, ao mesmo tempo, causa e consequência da problemática envolvendo o crack<sup>103</sup>, ações desastrosas e repressivas do Estado tomaram, recentemente, espaço nos grandes veículos da mídia.

No dia 21 de maio do corrente ano, domingo, uma megaoperação das polícias Civil e Militar, com o apoio da prefeitura de São Paulo, dispersou usuário de crack em uma cracolândia no centro da maior cidade do país utilizando bombas de gás lacrimogêneo. A

---

<sup>102</sup> Vide exposição já feita neste trabalho, em item 2 do Capítulo II, página 24.

<sup>103</sup> Já foi objeto de discussão neste trabalho a relação de causa e consequência entre a não efetivação dos direitos humanos de segunda geração e o problema do crack. Vide Capítulo I, item 3, página 18.

operação tinha como objetivo a prisão de traficantes e a apreensão de armas. Como era de se esperar, a medida, equivocada e paliativa, apenas transferiu o problema de lugar: uma nova crackolândia surgiu a cerca de quatrocentos metros da primeira, que foi destruída.

Este caso não é o único e provavelmente não será o último semelhante a ocorrer em nosso país. O histórico das ações do poder público de combate ao consumo de crack mostra que a atuação repressiva e utilizadora da força policial é regra, e utiliza como pretexto a prisão de traficantes e o combate ao crime. Mostra, ainda, que o objetivo não é a recuperação do usuário, que não recebe tratamento adequado (quando recebe) e volta a consumir a droga, e não previne a formação de novas crackolândias nos espaços públicos. Trata-se de medida meramente higienista, como as ocorridas no Rio de Janeiro pré-grandes eventos de 2014 e 2016, já que o consumo aos olhos de todos “incomoda”.

O uso de crack em cenários abertos é um problema também social. Por isso, é necessário que se tenha políticas também de educação, trabalho, cultura, integração com a comunidade, habitação, combate às desigualdades e à pobreza. Com a efetiva prestação dos direitos sociais é possível prevenir o uso do crack, pois o uso é consequência da exclusão social.<sup>104</sup> Desse modo, o papel da assistência social é primordial na completa reabilitação e reinserção social do usuário.

A promoção da educação também é uma importante aliada no enfrentamento da questão do crack. Como já foi dito no item referente à Pesquisa Nacional sobre o uso de crack (vide item 3, Capítulo II, página 28), a maioria dos usuários de crack no Brasil possuem baixa escolaridade. Ações do poder público visando o combate à evasão escolar e campanhas de prevenção ao uso de drogas na escola podem ser efetivas na prevenção ao consumo de crack e no posterior desenvolvimento de transtorno de dependência química.

A educação para a autonomia do indivíduo também é uma forma de prevenir o consumo tanto de drogas hoje consideradas ilícitas, quanto das lícitas. Já que o ser humano convive com as drogas e que estas fazem parte da cultura, a educação para a autonomia propõe que esta convivência seja consciente, sendo o indivíduo responsável por aquilo que consome. O papel do Estado seria, portanto, informar sobre os efeitos de cada droga, regular a

---

<sup>104</sup> VIEIRA, Isabela. Pesquisa aponta que uso do crack é consequência e não causa de exclusão social. 21 de outubro de 2017. Agência Brasil. Disponível em: <[http://www.huffpostbrasil.com/2016/10/21/pesquisa-aponta-que-uso-do-crack-e-consequencia-e-nao-causa-de-e\\_a\\_21699607/](http://www.huffpostbrasil.com/2016/10/21/pesquisa-aponta-que-uso-do-crack-e-consequencia-e-nao-causa-de-e_a_21699607/)>. Acesso em: out. 2017.

produção e ajudar os prejudicados por esta liberdade social.<sup>105</sup> Tal medida é polêmica, levando em consideração seu caráter antiproibicionista e o conservadorismo da sociedade no que concerne ao assunto. Porém, é uma medida a ser considerada se o objetivo for romper com o ciclo de violência que a guerra às drogas e o proibicionismo provocam.

### 3. MEDIDAS ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA

Conforme o que foi discutido durante todo este capítulo, a internação não é a medida central no tratamento dos dependentes de tóxicos. Não é a mais recomendada e nem é a mais efetiva, de modo que a lei recomenda-a apenas em casos de as medidas extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (Art. 4º, *caput*, Lei nº 10.216/2001). Serão expostas a seguir medidas diversas da internação que podem ser utilizadas no tratamento dos dependentes de crack.

Primeiramente, é necessário entender que há diversos níveis de uso de psicoativos. Há o uso experimental; o uso recreacional; o uso ocasional; o uso social; o uso regular/habitual; o uso nocivo; o uso abusivo; drogadição; e a síndrome de dependência.<sup>106</sup> Quanto mais próximo da dependência, mais avançado é o estágio de comprometimento do usuário, e maior é a influência deste abuso em sua autonomia.

Por haver diferentes tipos de necessidade de tratamentos distintos aos dependentes de tóxicos, não há hierarquia entre os mesmos, que podem ser tanto modelos reducionistas, que levam em conta a influência familiar e, em linhas gerais, preconizam que o simples afastamento da droga é suficiente; as internações sejam elas compulsórias, involuntárias ou voluntárias, já tratadas anteriormente; e as políticas públicas de redução de danos, uma estratégia de saúde pública que leva em consideração a voluntariedade, o comprometimento e a responsabilização do indivíduo como determinantes no tratamento, que, basicamente, consiste no consumo gerenciado e menos prejudicial à saúde de substâncias psicoativas.<sup>107</sup>

Serão objeto de estudo a seguir os modelos reducionistas e as políticas de redução de danos, sendo apresentados exemplos concretos da efetividade desses tipos de tratamento no Brasil e, eventualmente, em outros países. Atente-se para o fato de que a opção por chamar de

---

<sup>105</sup> ACSELRAD, Gilberta. Drogas, a educação para a autonomia como garantia de direitos, 2013, p. 104.

<sup>106</sup> COSTA, Jessica Hind Ribeiro. A internação compulsória no âmbito das crackolândias: implicações bioéticas acerca da autonomia dos indivíduos, 2015, p. 89-90.

<sup>107</sup> *Ibidem*, p. 76-85.

“medidas alternativas” é meramente por se apresentarem como alternativa à internação. Cada caso individual demandará um tipo de tratamento diferente, devendo ser analisado em suas particularidades.

### 3.1. Modelos reducionistas

Os chamados modelos reducionistas têm, em geral, caráter abstencionista, e preconizam que o simples afastamento do usuário ou dependente da droga seria suficiente para curar o vício, pois esta concepção costuma centralizar o problema da dependência química na substância psicoativa consumida<sup>108</sup>, e não no usuário.

O grande problema dos modelos reducionistas reside na desconsideração de todos os fatores complexos e interligados que fazem com que um indivíduo seja usuário de psicotrópicos, como os aspectos culturais, sociais, econômicos, psicológicos e morais, colocando em foco apenas a substância de abuso.

Os modelos reducionistas baseiam-se na crença de que o uso de substâncias é um problema moral, de desvio de conduta do indivíduo, e não de saúde pública. A droga é vista como um mal a ser combatido, e o indivíduo que sucumbiu a ela é tido como moralmente fraco.<sup>109</sup> A solução seria, portanto, afastar o usuário do seu habitat de consumo; no caso do crack, as crackolândias.

“Assim, atribuindo à droga poder muito maior do que elas efetivamente têm observa-se uma inversão de papéis. A droga passa a ser sujeito do tratamento e o indivíduo, objeto. Os tratamentos, a partir destes valores, passam então a definir estratégias para lidar com as drogas, sem analisarem as (importantes) distinções entre os sujeitos.”<sup>110</sup>

O modelo religioso destaca-se entre os modelos reducionistas mais conhecidos e difundidos, sobretudo no Brasil. As comunidades terapêuticas religiosas são pioneiras no enfrentamento às drogas, e muitas vezes atuam onde o poder público não consegue chegar, sendo inegável sua importância no tratamento de usuários de diversos tipos de psicoativos, inclusive o crack. Muitas recebem financiamentos governamentais para realizar o trabalho,

---

<sup>108</sup> COSTA, Jessica Hind Ribeiro. A internação compulsória no âmbito das crackolândias: implicações bioéticas acerca da autonomia dos indivíduos, 2015, p. 77.

<sup>109</sup> SCHNEIDER, Daniela Ribeiro; LIMA, Schneider Dálberti Sciamana de. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. Revista Psico, Porto Alegre, v. 42, n. 2, p. 168-178, abr./jun, 2011, p.171.

<sup>110</sup> COSTA, Jessica Hind Ribeiro, *op. cit.*, p. 77.

que é baseado em “oração, disciplina e trabalho”<sup>111</sup>, e podem obter bons resultados na recuperação de usuários.

Entretanto, a perspectiva abstencionista, moralista e muitas vezes “demonizadora” das drogas acaba por subestimar o transtorno da dependência química. A ausência de profissionais especializados, como psiquiatras, psicólogos e terapeutas, e a ocorrência de atendimentos e terapias improvisados acaba por prejudicar a saúde do usuário/dependente, que não tem os efeitos físicos da droga tratados adequadamente por meio, por exemplo, de medicamentos.<sup>112</sup>

A crença no poder da oração e a abstenção no consumo devem estar aliadas a outros métodos de tratamento, sobretudo físicos, dos efeitos dos psicoativos. No caso do crack, que têm consequências graves para a saúde do paciente, a necessidade de acompanhamento médico é ainda maior. É comum, no entanto, que comunidades terapêuticas religiosas não permitam o uso de medicamentos.<sup>113</sup> Por gerar, ainda, crises de abstinências fortes e frequentes, nem sempre abster-se do consumo é a alternativa mais adequada para o usuário de crack, sendo ainda menos indicada para o dependente da droga. Nestes casos, o modelo de redução de danos, que será tratado a seguir, pode ser mais aconselhável.

Hoje, as Comunidades Terapêuticas (CTs), que são instituições privadas e, em geral, fazem uso deste modelo de tratamento, fazem parte do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad). Contudo, são vistas com reservas por representarem a terceirização, financiada pelo Estado, dos serviços da rede de saúde mental, e por diversos casos de violações de direitos humanos ocorridos no interior das mesmas.

A denúncia foi feita em forma de dossiê após fiscalização realizada pelo Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRPSP) em 43 CTs e clínicas para usuários de drogas no estado entre 2013 e 2015, e aponta a ocorrência de graves violações de direitos humanos ocorridas no interior destes estabelecimentos. As violações incluem trabalho forçado, participação compulsiva em cultos religiosos, medicalização excessiva, homofobia, transfobia

---

<sup>111</sup> DIP, Andrea. Comunidades terapêuticas religiosas lideram tratamento contra o crack. Terra. 18 de novembro de 2013. Disponível em: <<https://www.terra.com.br/noticias/brasil/comunidades-terapeuticas-religiosas-lideram-tratamento-contra-o-crack,b0d73c3b99862410VgnVCM5000009ccceb0aRCRD.html>>. Acesso em: out. 2017.

<sup>112</sup> COSTA, Jessica Hind Ribeiro. A internação compulsória no âmbito das cracolândias: implicações bioéticas acerca da autonomia dos indivíduos, 2015, p. 78.

<sup>113</sup> DIP, Andrea, *op. cit.*

e estupros. Há, ainda, relatos de mortes: foram quatro nas instituições inspecionadas, e entre elas dois suicídios.<sup>114</sup>

As comunidades terapêuticas devem observar as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), pois, conforme o ordenamento jurídico brasileiro, a prestação de serviços de saúde deve seguir o padrão do SUS, independentemente de sua natureza.<sup>115</sup> A CIDH já determinou, inclusive, no julgamento do caso “Velásquez Rodríguez<sup>116</sup>”, que a terceirização do serviço não afasta a responsabilidade internacional do Estado, que é responsabilizado não pelo fato em si, mas pela falta do dever de diligência em prevenir e tratar a violação.<sup>117</sup>

### 3.2. Políticas de redução de danos

A Reforma Psiquiátrica calçou o tratamento da dependência química na autonomia e no respeito aos direitos do paciente, dispensando o modelo asilar e reduzindo o número de internações, e incentivando a redução de danos.

Em contrapartida a internações compulsórias e ações repressivas por parte do Estado, encontram-se as tais políticas de redução de danos, fundadas na ideia da responsabilidade compartilhada entre o poder público e diversos segmentos da sociedade civil.<sup>118</sup> Trata-se de uma estratégia de saúde pública que parte do princípio que não deve haver uma extinção

---

<sup>114</sup> MATUOKA, Ingrid. Comunidades terapêuticas: a violência no lugar da cura. Carta Capital. 30 de junho de 2016. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/sociedade/comunidades-terapeuticas-a-violencia-no-lugar-da-cura>>. Acesso em: out. 2017.

<sup>115</sup> MAURER, Janaína Piovezan. Comunidades Terapêuticas: Políticas de Drogas e as Violações de Direitos Humanos, 2014, p. 59.

<sup>116</sup> Angel Manfredo Velásquez Rodríguez desapareceu em setembro de 1981. A petição dirigida à Corte atentava para o fato de que o mesmo fora preso ilegalmente, torturado violentamente e desaparecido forçadamente pela Divisão Nacional de Investigação e Forças Armadas do Estado de Honduras. A sentença da CIDH foi pioneira no sentido de impor aos Estados-partes da Convenção o dever de investigar certas violações de direitos humanos e punir seus perpetradores.

<sup>117</sup> CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras. Sentencia de 29 de julio de 1988, 1988, p. 36. Tradução livre.

<sup>118</sup> LIMA, Wiliam Custodio; LIMA, Wedner Custodio. Políticas públicas e redução dos danos causados pelas drogas: uma análise criminológica e paradigmática do exemplo do programa De Braços Abertos de São Paulo, 2015, p. 10.



imediate do uso de drogas, “mas que formula práticas que diminuem os danos para aqueles que usam drogas e para os grupos sociais com que convivem”.<sup>119</sup>

A redução de danos baseia-se na responsabilidade compartilhada de diversos setores da sociedade civil; na autonomia do indivíduo, e em sua responsabilidade e colaboração em escolher seu tratamento e gerenciar seu consumo de forma menos prejudicial à saúde; e no diálogo com os agentes redutores de danos, “os quais são capacitados para dialogar com o dependente em busca de um avanço na sua situação de vulnerabilidade e sofrimento.”<sup>120</sup>

As políticas de redução de danos são uma alternativa as medidas meramente penais aplicadas por políticas públicas de combate às drogas e às consequências nefastas do tráfico ilícito de entorpecentes.<sup>121</sup> Este panorama proibicionista começou a mudar em 2003, com a publicação do documento “Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas” pelo Ministério da Saúde, que trouxe a redução de danos como nova forma de tratamento a ser empregada na reabilitação e reinserção social do usuário/dependente.<sup>122</sup>

Sobre a redução de danos, o documento do Ministério da Saúde reconhece a necessidade de acolher o usuário de álcool e outras drogas em sua singularidade, sem julgamentos, e sempre estimulando seu comprometimento e engajamento. Isto porque o objetivo a ser alcançado não é a abstinência, mas a defesa da vida do usuário.<sup>123</sup>

“Vemos aqui que a redução de danos oferece-se como um método (no sentido de métodos, caminho) e, portanto, não excludente de outros. Mas, vemos também, que o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, no estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser coresponsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam.”<sup>124</sup>

Não há, na redução de danos, a obrigatoriedade da abstinência no consumo de forma imediata e automática. São estratégias desta política:

<sup>119</sup> ANDRADE *apud* LIMA, Wiliam Custodio; LIMA, Wedner Custodio. Políticas públicas e redução dos danos causados pelas drogas: uma análise criminológica e paradigmática do exemplo do programa De Braços Abertos de São Paulo, 2015, p. 11.

<sup>120</sup> COSTA, Jessica Hind Ribeiro. A internação compulsória no âmbito das crackolândias: implicações bioéticas acerca da autonomia dos indivíduos, 2015, p. 85.

<sup>121</sup> LIMA, Wiliam Custodio; LIMA, Wedner Custodio, *op. cit.*, p. 10.

<sup>122</sup> COSTA, Jessica Hind Ribeiro, *op. cit.*, p. 85 – 86.

<sup>123</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, 2003, p. 10.

<sup>124</sup> *Ibidem*, p. 10.

“ [...] a ampliação do acesso aos serviços de saúde, especialmente dos usuários que não têm contato com o sistema de saúde, por meio de trabalho de campo; a distribuição de insumos (seringas, agulhas, cachimbos) para prevenir a infecção dos vírus HIV e Hepatites B e C entre usuários de drogas; a elaboração e distribuição de materiais educativos para usuários de álcool e outras drogas informando sobre formas mais seguras do uso de álcool e outras drogas e sobre as consequências negativas do uso de substâncias psicoativas; os programas de prevenção de acidentes e violência associados ao consumo, e a ampliação do número de unidades de tratamento para o uso nocivo de álcool e outras drogas, entre outras.”<sup>125</sup>

No caso do consumo de crack, há estratégias de redução de danos específicas, como, por exemplo, a realização de exames periódicos para verificar possível contaminação por doenças sexualmente transmissíveis; estímulo ao uso individual do cachimbo, a fim de evitar contaminações; e a distribuição de protetor labial para evitar “contaminações decorrentes do esquentamento do material”.<sup>126</sup>

Ao menos em tese, as políticas de redução de danos são hoje a regra no que concerne ao enfrentamento da questão das drogas, inclusive do crack. Conforme já foi tratado anteriormente, a redução de danos já é aplicada pelos CAPSad no tratamento de dependentes químicos (vide item 2.1, do Capítulo III, página 34, deste trabalho). De acordo com a Portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, é dever e objetivo desta rede desenvolver estratégias de redução de danos (vide item 2.3, do Capítulo III, página 41, deste trabalho).

“No âmbito do Ministério da Saúde do Brasil, a política de redução de danos e a responsabilidade compartilhada aparecem como políticas oficiais para lidar de forma adequada com problemas que podem ser gerados pelo uso de álcool e outras drogas. Desse modo, são traçados objetivos a envolver diversos setores da sociedade civil como forma de descentralização e otimização das políticas públicas relacionadas às drogas, bem como disseminação de alternativas as soluções meramente penais adotadas para combater os problemas por elas gerados.”<sup>127</sup>

Os CAPSad podem atuar de forma preventiva, fornecendo informações sobre álcool e drogas e realizando atividades de lazer livre de drogas, por exemplo.<sup>128</sup> A identificação de problemas pessoais e seu devido tratamento também podem ser úteis na prevenção ao uso de substâncias psicoativas. “(Os CAPSad) Devem buscar principalmente o fortalecimento de

<sup>125</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil, 2005, p. 44.

<sup>126</sup> COSTA, Jessica Hind Ribeiro. A internação compulsória no âmbito das crackolândias: implicações bioéticas acerca da autonomia dos indivíduos, 2015, p. 85.

<sup>127</sup> LIMA, William Custodio; LIMA, Wedner Custodio. Políticas públicas e redução dos danos causados pelas drogas: uma análise criminológica e paradigmática do exemplo do programa De Braços Abertos de São Paulo, 2015, p. 10.

<sup>128</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial, 2004, p. 24.

vínculos afetivos, o estreitamento de laços sociais e a melhora da autoestima das pessoas”.<sup>129</sup> A prevenção, na lógica estratégica da redução de danos, envolve a redução dos fatores de risco que levam um indivíduo ao uso escalado de drogas e o fortalecimento de fatores de proteção, como a inserção comunitária.

O maior exemplo de aplicação ampla de política de redução de danos aplicada em favor de usuários de crack é o programa “De Braços Abertos”, adotado pela Prefeitura de São Paulo no ano de 2014.

O programa “De Braços Abertos” foi adotado em consonância com a política do Ministério da Saúde do programa “Crack: é possível vencer” e ganhou credibilidade internacional. Os objetivos eram, entre outros, a adoção de medidas intersetoriais e integradas entre os setores da saúde, assistência social, direitos humanos e trabalho, e a aplicação de políticas de redução de danos pela oferta de moradia e empregos a usuários abusivos de crack, construindo e fortalecendo uma rede de atendimento aos usuários.

O programa oferecia auxílio financeiro, moradia, trabalho e capacitação profissional para usuários de crack habitantes de crackolândias. Estes foram acolhidos em hotéis, recebiam um salário mínimo e meio por mês e mais uma quantia por dia de trabalho. Segundo estimativas da própria prefeitura, houve redução de cerca de 50% no consumo de crack entre os indivíduos beneficiados pelo programa.<sup>130</sup>

Além da redução do padrão de consumo, o “De Braços Abertos” atingiu resultados importantes como o respeito à imagem do usuário de drogas; redução na transmissão de doenças; redução nas taxas de crimes violentos no território; e adesão dos usuários/beneficiários nas ações de acompanhamento pelas Equipes de Consultório na Rua, promovendo, assim, a saúde.

Iniciativas como o “De Braços Abertos” mostram que a ausência do Estado no fomento de políticas públicas de promoção de direitos sociais são a causa, mas sua presença pode ser o início de uma solução para a marginalização e degradação humanas causadas pelo consumo e dependência de drogas, sobretudo do crack. A inserção do usuário de crack nas

---

<sup>129</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial, 2004, p. 24.

<sup>130</sup> LIMA, William Custodio; LIMA, Wedner Custodio. Políticas públicas e redução dos danos causados pelas drogas: uma análise criminológica e paradigmática do exemplo do programa De Braços Abertos de São Paulo, 2015, p. 13.

políticas públicas é necessária para dar visibilidade ao problema, e atingir os objetivos da reabilitação e reinserção social dos usuários. Com a mudança de gestão municipal o programa foi, no entanto, extinto.

Políticas de redução de danos não são inéditas no mundo, tendo ocorrido de formas semelhantes em diversos países. Na Alemanha, por exemplo, terapias substitutivas foram utilizadas para tratar dependentes de heroína na década de 1980, quando milhares de usuários da droga vivam na região do parque de Taunusanlage, próximo à estação ferroviária central, em Frankfurt. Foram criadas salas de consumo controlado onde a heroína era substituída por opioides dosados em quantidade estipulada por médicos, que também monitoravam o uso.

Este tipo de tratamento não visa à abstinência, mas o controle do vício. O resultado obtido em Frankfurt foi a extinção do ponto de consumo de drogas a céu aberto, modelo que foi replicado por toda a Alemanha. Apesar de não haver tratamento semelhante para drogas como o crack, o modelo de terapias de substituição, redução de danos, descriminalização do usuário e presença do Estado é um caminho a ser apontado e estudado. Não houve, como ocorreu nas crackolândias brasileiras, a simples expulsão do usuário, o que apenas criaria outros pontos de uso de drogas espalhados pela cidade. Internações forçadas também não foram utilizadas, tendo em vista seu baixo grau de efetividade.

Experiências exitosas como o “De Braços Abertos”, em São Paulo, e a iniciativa da Alemanha nos anos 80 confirma que a redução de danos é o meio mais efetivo e humano no enfrentamento do problema das drogas. Encarar o consumo e a dependência de psicoativos como um problema de saúde pública, e não de segurança, e empregar uma visão menos preconceituosa do tema são desafios para o poder público brasileiro no que concerne ao assunto, sobretudo no que se refere às crackolândias.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou expor problema complexo e grave, e, apesar de não haver solução fácil, cresce cada vez mais a necessidade de buscar formas de resolução. O uso abusivo de crack em cenas de consumo público chama a atenção da sociedade, e é apropriado realizar o debate acerca das políticas públicas que estão sendo (e que deveriam ser) adotadas no tratamento dos usuários, de forma a garantir a estes seus direitos fundamentais.

A questão do uso abusivo de crack é necessariamente englobada pelo debate sobre as drogas em geral. É preciso observar como o Estado e a sociedade enxergam o consumo de psicoativos atualmente. Fato é que o ser humano sempre fez uso substâncias psicoativas em culturas, povos e lugares diferentes. Hoje, com a verdadeira guerra instalada contra o narcotráfico, a violência urbana e as facções criminosas, o poder público e a sociedade têm pouca tolerância com o uso de drogas ilícitas. O contorno bélico e proibicionista gera uma confusão entre a resposta dada aos simples usuários com a resposta dada aos traficantes. A consequência do problema do usuário e/ou do dependente químico ser tratado como um problema de justiça é a falta de efetividade. A intervenção da polícia e do Poder Judiciário apenas agrava a situação do usuário.

É preciso também diferenciar o tratamento dado aos usuários e aos dependentes. A dependência química é um transtorno mental catalogado, e seu diagnóstico deve ser dado por um médico. Mas nem todo usuário é um dependente. O uso de psicoativos pode ser experimental, recreacional, ocasional, social, regular, nocivo, abusivo, entre outros.<sup>131</sup> A dependência é o último estágio, mais gravoso e problemático, e que necessita das intervenções mais sérias, já que o uso nesta fase acarreta mais consequências na autonomia do indivíduo.

A partir da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001) foram reconhecidos ao portador de transtornos mentais diversos direitos, ao mesmo tempo em que foi institucionalizada a transição do modelo asilar para o modelo assistencial no tratamento destes pacientes. A Reforma Psiquiátrica foi um movimento de anos, surgido entre os profissionais de saúde, dada a violência e as violações de direitos humanos ocorridas dentro de instituições psiquiátricas. Após a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica, em 2001, foi

---

<sup>131</sup> COSTA, Jessica Hind Ribeiro. A internação compulsória no âmbito das cracolândias: implicações bioéticas acerca da autonomia dos indivíduos, 2015, p. 89-90.

institucionalizada a extinção gradual dos hospitais psiquiátricos, sendo diminuído, inclusive, o número de leitos disponíveis para internação.

Assim, o tratamento dos pacientes deve ser realizado intersetorial e interdisciplinarmente, em equipamentos que valorizem a inclusão na comunidade, as terapias ocupacionais, a redução de danos e as individualidades de cada caso. O principal equipamento que substituiu os asilos no tratamento de pacientes portadores de transtornos mentais foi o CAPS – Centro de Atenção Psicossocial. Para o caso de usuários de drogas, há um CAPS específico: o CAPSad (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas). Nos CAPS, não há apenas a participação da saúde, mas a assistência social também tem papel igualmente importante na reabilitação e na reinserção social do paciente, objetivos centrais do tratamento.

No caso de uso de crack, dois problemas principais dificultam o tratamento. O primeiro problema é estrutural: o número de CAPSad ainda são insuficientes para a quantidade de usuários do sistema. Na cidade do Rio de Janeiro, por exemplo, há apenas seis CAPSad pertencentes ao sistema municipal de saúde; dois são CAPSad II, que atendem diariamente, e quatro são CAPSad III, que possuem atendimento 24 horas, diurno, noturno e nos finais de semana. Há ainda um CAPSad II pertencente ao sistema estadual de saúde.

O segundo obstáculo que dificulta o tratamento de usuários e dependentes de crack é justamente a falta de um tratamento específico e efetivo que combata o vício e os efeitos da cocaína. Como já foi dito, o crack é um estimulante derivado da pasta base de cocaína, produzido com a adição de um solvente e em formato de pedras, que são fumadas. O efeito do crack é pouco duradouro, fazendo com que o usuário desenvolva síndrome de abstinência e aumente gradualmente a quantidade de droga consumida para obter o efeito desejado, tendo em vista que a mesma quantidade o satisfaz cada vez menos (efeito da tolerância). Para o vício não existe medicamento que promova a cura. As consequências do consumo prolongado e em grandes quantidades são nocivas: vão desde alterações de humor a problemas cardíacos e respiratórios, que podem inclusive causar a morte do usuário.

Apenas nos casos mais graves é recomendada a internação do dependente. A internação voluntária ocorre quando o próprio paciente consente com esse tipo de internação; a involuntária independe do consentimento do usuário e precisa ser pedida por terceiro; e a compulsória, também sem consentimento do usuário, deve ser determinada pelo juízo

competente. Todos os tipos de internação estão previstos na Lei de Reforma Psiquiátrica, que também determina as circunstâncias em que estas devem ocorrer.

O que este trabalho defende é que as internações compulsórias dos usuários de crack ocorram apenas quando todas as outras medidas de tratamento se mostrem insuficientes, assim como determina a LRP. A internação, que deve ser excepcional, deve ser precedida de prévio diagnóstico de dependência química, e deve ocorrer quando o paciente não puder exprimir sua autonomia em razão dos efeitos da dependência em seu organismo, que põe em risco inclusive sua vida ou sua integridade. A internação, quando ocorra, deve respeitar todos os direitos do paciente, não deve durar mais que o tempo necessário para o internado se recompor, deve contar com todo o amparo clínico e não deve ser feita em instituições com características asilares. O Ministério Público estadual, no prazo de setenta e duas horas, deve ser ainda comunicado, de acordo com o Art. 8º, §1º da Lei nº 10.216/2001.

Buscou-se com este trabalho tecer críticas à internação compulsória como ocorre atualmente, sem que sem cumpram os requisitos legais e de forma atentatória a dignidade da pessoa humana, aos direitos humanos e a autonomia da vontade. Como restou demonstrado, as ações públicas nas cenas abertas de consumo de crack ocorrem, na maioria dos casos, com o objetivo de dissipar os habitantes daquela cracolândia e “limpar” o espaço público, retirando os usuários das vistas do resto da sociedade, mas sem a preocupação em tratar de forma efetiva o usuário e o dependente. As políticas públicas de enfrentamento do crack devem priorizar a reabilitação e a reinserção social do indivíduo, e não representarem medidas meramente higienistas.

A solução efetiva para o problema do crack perpassa não necessariamente o abstencionismo e as internações, mas as políticas de redução de danos. Tais medidas envolvem a redução dos danos e dos riscos causados pelo consumo de crack, e são baseadas na intersetorialidade, na responsabilidade compartilhada e na autonomia do usuário. Além disso, por ser pautada na voluntariedade, a eficiência no tratamento é muito maior do que em modelos de internações involuntárias, que aprisionam os pacientes.

Iniciativas como o programa “De Braços Abertos” mostram que as políticas de redução de danos são viáveis, tanto economicamente quanto na redução do padrão de consumo do usuário de crack. O incentivo ao trabalho, a concessão de moradias, a promoção

da saúde, da assistência social e dos direitos humanos são o caminho para o tratamento da dependência, e o “De Braços Abertos” mostrou-se bem sucedido em seus resultados.

Mas medidas de redução de danos são alternativas imediatas, de curto prazo, que buscam resolver um problema que já existe. O problema do crack é um problema de saúde e um problema social, e poderia ser prevenido, em longo prazo, se prevenidas as situações de vulnerabilidade social que o cercam, como a ausência de saúde e educação de qualidade, trabalho, lazer e cultura, por exemplo.

Por ser uma droga barata, o crack acaba sendo consumido por pessoas das faixas mais pobres e vulneráveis da sociedade, como indica o perfil traçado pela pesquisa nacional sobre o uso de crack. A presença do Estado na adoção de medidas que combatam as desigualdades sociais e a miséria social, além da promoção da efetivação de direitos sociais, impactarão diretamente os altos índices de consumo e dependência de crack que se veem hoje.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACSELRAD, Gilberta. Drogas, a educação para a autonomia como garantia de direitos. **Revista da EMERJ**, Rio de Janeiro, RJ, v. 16, n. 63, p. 96-104., out./dez. 2013. Disponível em: <[http://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj\\_online/edicoes/revista63/revista63\\_96.pdf](http://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista63/revista63_96.pdf)>. Acesso em: nov. 2017.

ALBERNAZ, Bruno. Número de moradores de rua com curso superior cresce 75% em 1 ano no RJ. **G1 Rio**. 10 de abril de 2017. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/numero-de-moradores-de-rua-com-curso-superior-cresce-75-em-1-ano-no-rj.ghtml>>. Acesso em: set. 2017.

ARAÚJO, Luiz Alberto David; NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. **Curso de Direito Constitucional**. 9ª ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

BRASIL tem 370 mil usuários regulares de crack nas capitais, aponta Fiocruz. **G1**. 19 de setembro de 2013. Disponível em: <<http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2013/09/brasil-tem-370-mil-usuarios-regulares-de-crack-nas-capitais-aponta-fiocruz.html>>. Acesso em: set. 2017.

BRASIL. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 de dezembro de 2009, Página 16. Disponível em: <[http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw\\_Identificacao/DEC%207.053-2009?OpenDocument](http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/DEC%207.053-2009?OpenDocument)>. Acesso em: set. 2017.

BRASIL. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 de maio de 2010, Página 43. Disponível em: <[http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw\\_Identificacao/DEC%207.179-2010?OpenDocument](http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/DEC%207.179-2010?OpenDocument)>. Acesso em: out. 2017.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 09 de abril de 2001, Seção 1, Página 2. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2001/lei-10216-6-abril-2001-364458-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 189 de 20 de Março de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, de 22 de março de 2002, nº 56, Seção 1, Página 108. Disponível em: <<http://www.mp.go.gov.br/porta/web/hp/2/docs/189.pdf>>. Acesso em: out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 224 de 29 de Janeiro de 1992. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria\\_224.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_224.pdf)>. Acesso em: out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 816 de 30 de Abril de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, de 30 de Abril de 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0816\\_30\\_04\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0816_30_04_2002.html)>. Acesso em: out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, de 24 de dezembro de 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Saúde da população em situação de rua: um direito humano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CRACK assusta e revela um Brasil despreparado. **Em discussão!**. Revista de audiências públicas do Senado Federal. Agosto de 2011. Ano 2. Nº 8. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/dependencia-quimica/crack-chama-a-atencao-para-dependencia-quimica/surgimento-do-crack-aconteceu-nos-eua.aspx>>. Acesso em: set. 2017.

COMO a Alemanha acabou com a sua 'Cracolândia'. **G1**. 07 de junho de 2017. Disponível em: <[http://g1.globo.com/mundo/noticia/como-a-alemanha-acabou-com-a-sua-cracolandia.ghtml?utm\\_source=whatsapp&utm\\_medium=share-bar-smart&utm\\_campaign=share-bar](http://g1.globo.com/mundo/noticia/como-a-alemanha-acabou-com-a-sua-cracolandia.ghtml?utm_source=whatsapp&utm_medium=share-bar-smart&utm_campaign=share-bar)>. Acesso em: jun. 2017.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. Caso Ximenes Lopes *versus* Brasil. **Sentença de 4 de julho de 2006. Mérito, Reparações e Custas.** Disponível em: “[http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_149\\_por.pdf](http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf)”. Acesso em: out. 2017.

CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras. **Sentencia de 29 de julio de 1988.** Disponível em: <[http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_04\\_esp.pdf](http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_04_esp.pdf)>. Acesso em: out. 2017.

COSTA, Jessica Hind Ribeiro. **A internação compulsória no âmbito das *cracolândias*: implicações bioéticas acerca da autonomia dos indivíduos.** 2015. 202 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

DIP, Andrea. Comunidades terapêuticas religiosas lideram tratamento contra o crack. **Terra.** 18 de novembro de 2013. Disponível em: <<https://www.terra.com.br/noticias/brasil/comunidades-terapeuticas-religiosas-lideram-tratamento-contra-o-crack,b0d73c3b99862410VgnVCM5000009ccceb0aRCRD.html>>. Acesso em: out. 2017.

EMERIQUE, Lilian Márcia Balmant. Controle dos atos de governo e a eficácia dos direitos econômicos, sociais e culturais como fator de inclusão social. In: GUERRA, Sidney (Coord.). **Temas emergentes de direitos humanos, Vol. II.** Campos dos Goytacazes: Ed. Faculdade de Direito de Campos, 2007.

FREIRE, Silene de Moraes. O fetiche do enfrentamento da pobreza no Brasil: nem direitos, nem humanos. In: FREIRE, Silene de Moraes. (Organ.). **Direitos humanos: violência e pobreza na América Latina.** Rio de Janeiro: Letra e Imagem, 2007.

FONTES, Maria Alice. **O que é a Dependência Química? Tipos de drogas, efeitos e tratamentos.** Outubro 2013. Disponível em: <[http://www.cemp.com.br/arquivos/98752\\_66.pdf](http://www.cemp.com.br/arquivos/98752_66.pdf)>. Acesso em: out. 2017.

GUERRA, Sidney. Meio ambiente na sociedade de risco: do direito internacional do desenvolvimento para o direito internacional ambiental. In: GUERRA, Sidney (Coord.). **Temas emergentes de direitos humanos, Vol. II.** Campos dos Goytacazes: Ed. Faculdade de Direito de Campos, 2007.

LEITE, Carlos Henrique Bezerra. **Direitos Humanos.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

LIMA, Wiliam Custodio; LIMA, Wedner Custodio. **Políticas públicas e redução dos danos causados pelas drogas: uma análise criminológica e paradigmática do exemplo do programa De Braços Abertos de São Paulo**. In: XII Seminário Internacional de Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea, 2015. VIII Mostra de Trabalhos Jurídicos Científicos, Universidade de Santa Cruz do Sul. ISSN 2358-3010. Disponível em: <<http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidspp/article/view/13150>>. Acesso em: out. 2017.

MANUAL diagnóstico e estatístico de transtornos 5 - DSM-5. *American Psychiatric Association*. Traduç.: Maria Inês Corrêa Nascimento, *et al.* Revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli, *et al.* 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

MARCHINI NETO, Dirceu. Artigo “**A Constituição Brasileira de 1988 e os Direitos Humanos: garantias fundamentais e políticas de memória**”. Revista Científica FacMais, Volume II, Número 1. Ano 2012/2º Semestre.

MARMELSTEIN, George. **Curso de direitos fundamentais**. São Paulo: Altas, 2008.

MATUOKA, Ingrid. Comunidades terapêuticas: a violência no lugar da cura. **Carta Capital**. 30 de junho de 2016. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/sociedade/comunidades-terapeuticas-a-violencia-no-lugar-da-cura>>. Acesso em: out. 2017.

MAURER, Janaína Piovezan. **Comunidades Terapêuticas: Políticas de Drogas e as Violações de Direitos Humanos**. 2014. 68 f. Monografia (Graduação em Direito) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

NATALINO, Marco Antonio Carvalho. **Estimativa da população em situação de rua no Brasil**. Texto para discussão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Ipea, 2016. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=28819](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=28819)>. Acesso em: set. 2017.

BASTOS, Francisco Inácio; BERTONI, Neilane (org.). **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional**. 14ª ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

RATTI, Fernanda Cadavid. **Autonomia da vontade e/ou autonomia privada?** *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XVIII, n. 136, maio 2015. Disponível em: <[http://ambito-juridico.com.br/site/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=16040](http://ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=16040)>. Acesso em: jun. 2017.

ROSA, Maria Cecília de Oliveira. A guerra às drogas e as violações de direitos fundamentais com o aval da imprensa. **Revista da EMERJ**, Rio de Janeiro, RJ, v. 18, n. 67, p. 570-586., jan./fev. 2015. Disponível em: <[http://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj\\_online/edicoes/revista67/revista67\\_570.pdf](http://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista67/revista67_570.pdf)>. Acesso em: set. 2017.

SANCHES, Mariana. Cracolândia resiste após operação em São Paulo. **O Globo**, Rio de Janeiro, 23 jun. 2017. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/brasil/cracolandia-resiste-apos-operacao-em-sao-paulo-21378653>>. Acesso em: jun 2017.

SANTOS, Marcello Jahn dos. **Internação e bioética: uma análise do princípio de respeito à autonomia e a internação compulsória por uso de *cannabis* previsto na Lei nº 10.216.** *Rev. SORBI*, 2014, p. 16-22. Disponível em: <[http://www.sorbi.org.br/revista/index.php/revista\\_sorbi/article/view/30](http://www.sorbi.org.br/revista/index.php/revista_sorbi/article/view/30)>. Acesso em: jun. de 2017.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1998.

SCHNEIDER, Daniela Ribeiro; LIMA, Schneider Dálberti Sciamana de. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. **Revista Psico**, Porto Alegre, v. 42, n. 2, p. 168-178, abr./jun, 2011.

SILVA JUNIOR, Nilson Nunes da. **Segunda dimensão dos direitos fundamentais.** *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XIII, n. 74, mar 2010. Disponível em: <[http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=7433](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7433)>. Acesso em: abril 2017.

SILVA, Maria Lucia Lopes da. **Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil 1995-2005.** 2006. 220 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

SILVEIRA, Dartiu Xavier. Drogas e proteção à saúde. **Revista da EMERJ**, Rio de Janeiro, RJ, v. 16, n. 63, p. 73-82, out./dez. 2013. Disponível em: <[http://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj\\_online/edicoes/revista63/revista63\\_73.pdf](http://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista63/revista63_73.pdf)>. Acesso em: out. 2017.

VIEIRA, Isabela. Pesquisa aponta que uso do crack é consequência e não causa de exclusão social. 21 de outubro de 2017. **Agência Brasil**. Disponível em: <[http://www.huffpostbrasil.com/2016/10/21/pesquisa-aponta-que-uso-do-crack-e-consequencia-e-nao-causa-de-e\\_a\\_21699607/](http://www.huffpostbrasil.com/2016/10/21/pesquisa-aponta-que-uso-do-crack-e-consequencia-e-nao-causa-de-e_a_21699607/)>. Acesso em: out. 2017.

WORM, Naíma. **Políticas públicas para recuperação, combate e prevenção ao uso de crack e a polêmica da utilização da internação não voluntária como instrumento de recuperação**. Disponível em: <<http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=c4d2b56920cedd39>>. Acesso em: jun. 2017.