

Políticas públicas de combate ao uso de crack em cenários abertos no Brasil

Public policies to combat the use of crack in open spaces in Brazil

Sidney Guerra¹

Beatriz Werneck Albuquerque Franklin²

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Sumário: 1. O Crack: considerações gerais; 2. O uso do crack e a população em situação de rua; 3. Quem é o usuário de crack? 4. A formação das crackolândias; 5. Internações compulsórias como política pública de combate ao crack? 5.1. A Lei da Reforma Psiquiátrica e os tipos de internação; 5.2. A dependência química como transtorno mental; 5.3. A dependência química como um problema de saúde pública; 5.4. Internações compulsórias e o princípio da autonomia da vontade; 6. Medidas alternativas de tratamento da dependência; 6.1. Modelos reducionistas; 6.2. Políticas de redução de danos; 7. Considerações finais; 8. Referências bibliográficas.

Resumo: O presente trabalho buscou analisar como o poder público brasileiro tem agido para conter o uso abusivo de crack em cenários abertos, sobretudo por pessoas em situação de rua. Foram expostos aspectos da substância que se dá o nome de crack, do perfil dos usuários e da formação das crackolândias, assim como aspectos da dependência química como transtorno mental e como problema de saúde pública. Foi abordado ainda o conflito entre as internações compulsórias e o princípio da autonomia da vontade. 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, saúde e redução das desigualdades sociais.

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

Abstract: The present work intended to analyze how the Brazilian public power has acted to contain the abusive use of crack in open spaces, specially by street people. This work exposed aspects of the substance called crack, the profile of users and the "cracklands", as well as aspects of chemical dependence such as mental disorder and as a public health problem. It was also approached the conflict between involuntary commitment and the principle of autonomy. 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, education and reduction of social inequalities.

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

¹ Pós-Doutor pelo Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra e Pós-Doutor pelo Programa Avançado de Cultura Contemporânea da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professor Associado da Faculdade Nacional de Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professor Titular da Universidade do Grande Rio. Presidente do Instituto Brasileiro Pacificador. sidneyguerra@terra.com.br

² Advogada formada pela Faculdade Nacional de Direito – UFRJ.

1. O Crack: considerações gerais

Preliminarmente, ainda que de maneira reduzida, imperioso tratar dos 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 principal deste estudo.

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.³ Quando atingem o sistema nervoso central e modificam seu funcionamento, as drogas são chamadas psicoativas ou psicotrópicas, e têm, em geral, potencial para causar dependência.⁴ 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.⁵

Trata-se de 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 aquecida⁶, ou seja, é uma forma cristalizada da cocaína que ao ser 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 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.⁷

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 1991.⁸

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 consequências físicas graves para seus usuários, sobretudo relacionadas a doenças pulmonares e cardíacas, além da iminência de overdose.⁹ Foram observados, ainda, 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.¹⁰

As consequências indiretas, que já foram mencionadas, são nefastas, tais como: a 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

³ COSTA, J.H.R. "A internação compulsória no âmbito das cracolândias: implicações bioéticas acerca da autonomia dos indivíduos", Dissertação (Mestrado em Direito), *Universidade Federal da Bahia*, 2015, p. 48.

⁴ *Ibidem*, p. 48.

⁵ *Ibidem*, p. 49.

⁶ BASTOS, F.I. e BERTONI, N. (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, p. 13.

⁷ "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.

⁸ BASTOS, F.I. e BERTONI, N. (org.), *op. cit.*, p. 13.

⁹ COSTA, J.H.R., *op. cit.*, p. 62.

¹⁰ BASTOS, F.I. e BERTONI, N. (org.), *op. cit.*, p. 14.

– 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. O uso do crack e a população em situação de rua

O 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).

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”.¹¹ 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.¹²

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.¹³ Este último guarda forte relação com o objeto deste estudo, 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.¹⁴

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.¹⁵

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.

A exclusão das pessoas em situação de rua aumenta quando são usuários de drogas, na medida em que igualmente 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

¹¹ 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, p. 09.

¹² *Ibidem*, p. 09.

¹³ SILVA, M.L.L. “Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil 1995-2005”, Dissertação (Mestrado em Política Social), *Universidade de Brasília*, 2006, p. 82.

¹⁴ BASTOS, F.I. e BERTONI, N. (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, p. 52.

¹⁵ ALBERNAZ, B. “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.

importância e de atenção que lhe são dedicados, mas sempre lembrados como feridas abertas que importunam aqueles que passam."¹⁶

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.

3. Quem é o usuário de crack?

A Pesquisa nacional sobre o uso de crack, realizada pela Fiocruz em parceria com a SENAD, teve por objetivo conhecer profundamente e descrever as características da população de usuários de crack.¹⁷

Revelou ainda 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.¹⁸

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.¹⁹

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%.²⁰ A partir desses números pode-se 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. 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.²¹

Como anteriormente assinalado no item 2, 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.²² 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.²³

16 COSTA, J.H.R. "A internação compulsória no âmbito das cracolândias: implicações bioéticas acerca da autonomia dos indivíduos", Dissertação (Mestrado em Direito), *Universidade Federal da Bahia*, 2015, p. 66.

17 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.

18 BASTOS, F.I. e BERTONI, N. (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, p. 48.

19 *Ibidem*, p. 48-50.

20 *Ibidem*, p. 52.

21 *Ibidem*, p. 52.

22 *Ibidem*, p. 52.

23 BASTOS, F.I. e BERTONI, N. (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, p. 54.

Ainda segundo os dados obtidos na pesquisa, a maioria dos usuários – cerca de 65% dos entrevistados – obtinha dinheiro por meio 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.²⁴

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 mesma. 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.²⁵

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.²⁶ A média de consumo diário é de 13,42 pedras por dia; nas capitais, a média sobe para 14,66 pedras num dia padrão.²⁷ 77,23% dos usuários entrevistados manifestaram, ainda, vontade em realizar algum tratamento para a dependência.²⁸ O estudo indicou ainda que os usuários de crack são mais vulneráveis a contrair doenças infecciosas, como tuberculose e infecções pelos vírus HIV e HCV, por exemplo.²⁹

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 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. A formação das cracolândias

Para o efeito deste estudo, ganhou relevo o grupo que é 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.

²⁴ *Ibidem*, p. 57; “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.”

²⁵ *Ibidem*, p. 58-59.

²⁶ *Ibidem*, p. 59.

²⁷ *Ibidem*, p. 60.

²⁸ *Ibidem*, p. 61.

²⁹ *Ibidem*, p. 81: “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).”

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*".³⁰

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.³¹ Entretanto, normalmente não é assim que as abordagens aos usuários de crack nas cracolândias acontecem. Isto ocorre porque a cracolândia 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 cracolândia 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 cracolândias 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*".³²

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 microtraficantes³³ são comumente imputados por crimes de tráfico e associação para o tráfico, e, em contato com o sistema prisional, acabam construindo verdadeiramente uma carreira criminoso 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*".³⁴

A partir deste cenário de horrores, cabe a seguinte pergunta: existem, de fato, políticas públicas de combate ao crack?

5. Internações compulsórias como política pública de combate ao crack?

O questionamento ora apresentado é importante para clarificarmos os desdobramentos do estudo. A abordagem apresentada nos tópicos precedentes gera, por certo, vários questionamentos: o que tem sido feito (e o que deve ser feito) para combater o uso abusivo de crack no espaço público? Qual é, afinal, a solução mais efetiva e humana para o problema?

³⁰ COSTA, J.H.R. "A internação compulsória no âmbito das cracolândias: implicações bioéticas acerca da autonomia dos indivíduos", Dissertação (Mestrado em Direito), *Universidade Federal da Bahia*, 2015, p. 47.

³¹ *Ibidem*, p. 47; "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."

³² ROSA, M.C.O. "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.

³³ De acordo com o Instituto Sou Da 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 criminoso e não cometeu atos de violência, mas que hoje é encarcerada com presos violentos".

³⁴ ROSA, M.C.O., *op. cit.*, p. 571.

Quanto ao primeiro questionamento é importante assinalar que 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 surgiram em meio ao espaço urbano, teve como resultado a chamada internação compulsória do usuário/dependente. No que tange ao segundo, é forçoso afirmar que não há resposta simples para situação tão complexa e, portanto, não se tem aqui a pretensão de obter uma resposta definitiva. Todavia, imperioso discutir, pensar e propor caminhos para que a matéria possa ser vista levando-se em consideração também o cuidado com a saúde do dependente e a necessária educação em matéria de drogas.³⁵

As internações compulsórias se apresentam como tema tormentoso, pois poderá suscitar aspectos ligados à segurança pública, mas também que ensejam violações sistemáticas aos direitos humanos no usuário. Este ponto se agrava quando se confronta a legalidade das internações compulsórias de usuários abusivos de crack, em cenas de consumo no espaço público, sobretudo em cracolândias. Importante destacar que 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.³⁶

O que se pretende investigar e expor neste ponto 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).

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.³⁷

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.

5.1. A Lei da Reforma Psiquiátrica e os tipos de internação

Em 1989, o deputado federal Paulo Delgado apresentou um projeto de lei com o objetivo de regular os direitos da pessoa portadora de transtornos mentais e a progressiva extinção do modelo manicomial. Apesar da importância da matéria, a Lei Federal nº 10.216 foi sancionada apenas no ano de 2001 e ficou conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, surgida a partir da aprovação de um substitutivo do projeto original do deputado Paulo Delgado.³⁸

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*

³⁵ BASTOS, F.I. e BERTONI, N. (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, p. 66: "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."

³⁶ COSTA, J.H.R. "A internação compulsória no âmbito das cracolândias: implicações bioéticas acerca da autonomia dos indivíduos", Dissertação (Mestrado em Direito), *Universidade Federal da Bahia*, 2015, p. 77.

³⁷ *Ibidem*, p. 74.

³⁸ COSTA, J.H.R. "A internação compulsória no âmbito das cracolândias: implicações bioéticas acerca da autonomia dos indivíduos", Dissertação (Mestrado em Direito), *Universidade Federal da Bahia*, 2015, p. 07-08.

do Art. 6º prevê que qualquer das modalidades de internação psiquiátrica necessita de laudo médico circunstanciado que exponha seus motivos.

Assim, conforme definido pela lei, internação voluntária é aquela que se dá com o consentimento do usuário, que ocorre por sua livre e espontânea vontade em buscar tratamento e 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.

Por fim, existe 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.³⁹

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.⁴⁰

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

Em razão das atribuições que lhe são conferidas, 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.

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.⁴¹

Como dispõe o Art. 8º da Portaria nº 189/2002 da SNAS, 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."⁴²

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

³⁹ SANTOS, M.J. "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. 18.

⁴⁰ 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).

⁴¹ COSTA, J.H.R., *op. cit.*, p. 80-81.

⁴² 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.

dependentes⁴³, 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.”⁴⁴

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 cracolândias, 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.

5.2. 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*).

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”*.⁴⁵

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.”*⁴⁶

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 critérios listados.

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.⁴⁷ A tolerância também se manifesta na diminuição gradual do efeito com o uso da mesma quantidade de

⁴³ COSTA, J.H.R. “A internação compulsória no âmbito das cracolândias: implicações bioéticas acerca da autonomia dos indivíduos”, Dissertação (Mestrado em Direito), *Universidade Federal da Bahia*, 2015, p. 82.

⁴⁴ “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.

⁴⁵ FONTES, M.A. “O que é a Dependência Química? Tipos de drogas, efeitos e tratamentos”, 2013, p. 01. Disponível em: <http://www.cemp.com.br/arquivos/98752_66.pdf>. Acesso em: out. 2017.

⁴⁶ *MANUAL diagnóstico e estatístico de transtornos 5 - DSM-5*, 2014, p. 483.

⁴⁷ FONTES, M.A. “O que é a Dependência Química? Tipos de drogas, efeitos e tratamentos”, 2013, p. 01. Disponível em: <http://www.cemp.com.br/arquivos/98752_66.pdf>. Acesso em: out. 2017.

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.⁴⁸

*"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."*⁴⁹

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

5.3. A dependência química como um problema de saúde pública

O descaso do Estado 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".⁵⁰

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.⁵¹

A falta de um debate sensato e multidisciplinar sobre o assunto agrava ainda mais o problema. No caso do crack, objeto principal deste estudo, 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.⁵²

Some-se a isso o 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 saúde⁵³,

⁴⁸ MANUAL diagnóstico e estatístico de transtornos 5 - DSM-5, 2014, p. 569.

⁴⁹ *Ibidem*, p. 569.

⁵⁰ 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.

⁵¹ SILVEIRA, D.X. "Drogas e proteção à saúde", *Revista da EMERJ*, Rio de Janeiro, RJ, v. 16, n. 63, out./dez. 2013, p. 73.

⁵² BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental, *op. cit.*, 2005, p. 40-41: "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 inefazes, 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 antissociais e à oferta de "tratamentos" inspirados em modelos de exclusão/separação dos usuários do convívio social. As iniciativas governamentais restringiam-se a poucos serviços ambulatoriais ou hospitalares, em geral vinculados a programas universitários. Não havia uma política de alcance nacional, no âmbito da saúde pública."

⁵³ *Ibidem*, p. 40.

que deveria ser a principal responsável em empenhar esforços para prevenir e tratar a dependência química.

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.

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".⁵⁴

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 todo o país, de 250 CAPSad⁵⁵, 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".⁵⁶ Os Hospitais Gerais estão incumbidos dos atendimentos de urgência e emergência, sobretudo psiquiátricos, nos casos de pacientes usuários e/ou dependentes de tóxicos.⁵⁷

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, desporto, 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).

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

⁵⁴ *Ibidem*, p. 41.

⁵⁵ 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.

⁵⁶ 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.

⁵⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids, *op. cit.*, p. 44: "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."

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 Alcool 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.

Sem embargo, 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. Situações 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.

5.4. Internações compulsórias e o princípio da autonomia da vontade

Como anteriormente mencionado, 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.⁵⁸

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. A LRP determina 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

⁵⁸ Existe uma discussão sobre quem seria interessado em requerer judicialmente a internação de um indivíduo.

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.

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”.⁵⁹ O princípio da autonomia determina, portanto, que cada indivíduo tenha o poder de decidir ou buscar o que julga melhor para si.⁶⁰

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.⁶¹

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.⁶²

Relembre-se, por oportuno, que nem todo usuário de substâncias psicoativas é um portador do transtorno mental da dependência química, bem como 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.⁶³ 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 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 é aquele que consome crack nas crackolândia 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.

⁵⁹ DINIZ, M.H. *apud* RATTI, F.C. “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>. Acesso em: jun. 2017.

⁶⁰ SANTOS, M.J. “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. 20.

⁶¹ COSTA, J.H.R. “A internação compulsória no âmbito das crackolândias: implicações bioéticas acerca da autonomia dos indivíduos”, Dissertação (Mestrado em Direito), *Universidade Federal da Bahia*, 2015, p. 88-89.

⁶² *Ibidem*, p. 89.

⁶³ COSTA, J.H.R. “A internação compulsória no âmbito das crackolândias: implicações bioéticas acerca da autonomia dos indivíduos”, Dissertação (Mestrado em Direito), *Universidade Federal da Bahia*, 2015, p. 88.

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.”⁶⁴

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 se 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 clínico, sendo vedada a internação em instituições com características asilares.

6. Medidas alternativas de tratamento da dependência

A internação não é a medida central no tratamento dos dependentes de tóxicos. Não é a mais recomendada e tampouco 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).

Preliminarmente, 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.⁶⁵ 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.⁶⁶

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 “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.

⁶⁴ *Ibidem*, p. 96.

⁶⁵ *Ibidem*, p. 89-90.

⁶⁶ COSTA, J.H.R. “A internação compulsória no âmbito das crackolândias: implicações bioéticas acerca da autonomia dos indivíduos”, Dissertação (Mestrado em Direito), *Universidade Federal da Bahia*, 2015, p. 76-85.

6.1. 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 consumida⁶⁷, 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.⁶⁸ A solução seria, portanto, afastar o usuário do seu habitat de consumo; no caso do crack, as cracolândias.

*"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."*⁶⁹

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, que é baseado em "oração, disciplina e trabalho"⁷⁰, 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.⁷¹

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.⁷² 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

⁶⁷ *Ibidem*, p. 77.

⁶⁸ SCHNEIDER, D.R. e LIMA, S.D.S. "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.

⁶⁹ COSTA, J.H.R., *op. cit.*, p. 77.

⁷⁰ DIP, A. "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-contr-o-crack,b0d73c3b99862410VgnVCM5000009ccceb0aRCRD.html>>. Acesso em: out. 2017.

⁷¹ COSTA, J.H.R. "A internação compulsória no âmbito das cracolândias: implicações bioéticas acerca da autonomia dos indivíduos", Dissertação (Mestrado em Direito), *Universidade Federal da Bahia*, 2015, p. 78.

⁷² DIP, A. "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-contr-o-crack,b0d73c3b99862410VgnVCM5000009ccceb0aRCRD.html>>. Acesso em: out. 2017.

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 e estupros. Há, ainda, relatos de mortes: foram quatro nas instituições inspecionadas, e entre elas dois suicídios.⁷³

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.⁷⁴ A CIDH já determinou, inclusive, no julgamento do caso "Velásquez Rodríguez"⁷⁵, 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.⁷⁶

6.2. 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.⁷⁷ Trata-se de uma estratégia de saúde pública que parte do princípio que não deve haver uma extinção imediata 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*".⁷⁸

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*".⁷⁹

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

⁷³ MATUOKA, I. "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.

⁷⁴ MAURER, J.P. "Comunidades Terapêuticas: Políticas de Drogas e as Violações de Direitos Humanos", Monografia (Graduação em Direito), *Universidade Federal do Paraná*, Curitiba, 2014, p. 59.

⁷⁵ 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.

⁷⁶ CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. "Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras". *Sentencia de 29 de julio de 1988*, 1988, p. 36. Tradução livre.

⁷⁷ LIMA, W.C. e LIMA, W.C. "Políticas públicas e redução dos danos causados pelas drogas: uma análise criminológica e paradigmática do exemplo do programa De Braços Abertos de São Paulo", *XII Seminário Internacional de Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea*, VIII Mostra de Trabalhos Jurídicos Científicos, Universidade de Santa Cruz do Sul, 2015, p. 10.

⁷⁸ ANDRADE *apud* LIMA, W.C. e LIMA, W.C., *op. cit.*, p. 11.

⁷⁹ COSTA, J.H.R. "A internação compulsória no âmbito das cracolândias: implicações bioéticas acerca da autonomia dos indivíduos", Dissertação (Mestrado em Direito), *Universidade Federal da Bahia*, 2015, p. 85.

do tráfico ilícito de entorpecentes.⁸⁰ 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.⁸¹

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.⁸²

“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 corresponsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, no estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser corresponsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam.”⁸³

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

“[...] 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.”⁸⁴

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”.⁸⁵

Ao menos em tese, as políticas de redução de danos são hoje a regra no que concerne ao enfretamento da questão das drogas, inclusive do crack. 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 intersectoriais 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 cracolândias. Estes foram acolhidos em hotéis, recebiam um salário mínimo e meio por mês e mais uma quantia por dia de

⁸⁰ LIMA, W.C. e LIMA, W.C., *op. cit.*, p. 10.

⁸¹ COSTA, J.H.R., *op. cit.*, p. 85 – 86.

⁸² 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.

⁸³ *Ibidem*, p. 10.

⁸⁴ 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.

⁸⁵ COSTA, J.H.R. “A internação compulsória no âmbito das cracolândias: implicações bioéticas acerca da autonomia dos indivíduos”, Dissertação (Mestrado em Direito), *Universidade Federal da Bahia*, 2015, p. 85.

trabalho. Segundo estimativas da própria prefeitura, houve redução de cerca de 50% no consumo de crack entre os indivíduos beneficiados pelo programa.⁸⁶

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 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 cracolândias 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 cracolândias.

7. Considerações finais

O presente estudo 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

⁸⁶ LIMA, W.C. e LIMA, W.C. “Políticas públicas e redução dos danos causados pelas drogas: uma análise criminológica e paradigmática do exemplo do programa De Braços Abertos de São Paulo”, *XII Seminário Internacional de Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea*, VIII Mostra de Trabalhos Jurídicos Científicos, Universidade de Santa Cruz do Sul, 2015, p. 13.

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.⁸⁷ 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 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 aqui se 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

⁸⁷ COSTA, J.H.R. "A internação compulsória no âmbito das cracolândias: implicações bioéticas acerca da autonomia dos indivíduos", Dissertação (Mestrado em Direito), *Universidade Federal da Bahia*, 2015, p. 89-90.

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 assim 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 intersectorialidade, 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.

8. 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>. 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.
- 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.
- 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>. 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>. 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/portaaweb/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>. 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>. 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>. 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.ghml?utm_source=whatsapp&utm_medium=share-bar-smart&utm_campaign=share-bar>. Acesso em: jun. 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>. Acesso em: out. 2017.
- COSTA, Jessica Hind Ribeiro. "A internação compulsória no âmbito das *cracolândias*: implicações bioéticas acerca da autonomia dos indivíduos." 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.
- 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>. Acesso em: out. 2017.
- GUERRA, Sidney. *Direitos humanos: curso elementar*. 5. Ed. São Paulo: Saraiva, 2017.
- 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." 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/sidssp/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.
- 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>. Acesso em: set. 2017.
- 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>. 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>. Acesso em: set. 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>. Acesso em: jun. de 2017.
- 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, 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>. 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.