CAPÍTULO 9

INTERNAÇÕES FORÇADAS DE USUÁRIOS E DEPENDENTES DE DROGAS: CONTROVÉRSIAS JURÍDICAS E INSTITUCIONAIS

Luciana Barbosa Musse

1 INTRODUÇÃO

Uma das questões mais candentes envolvendo a Lei nº 11.343/2006 – a Lei de Drogas – desde a sua promulgação refere-se à interpretação e aplicação do seu art. 28, que tipifica o crime de uso de drogas. Sua vagueza terminológica parece contribuir para o incremento de práticas controvertidas como a internação compulsória – individual ou em massa – de pessoas que fazem uso ou são dependentes dessas substâncias. O referido artigo diz que:

> quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trouxer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas:
>
> I – advertência sobre os efeitos das drogas;
>
> II – prestação de serviços à comunidade;
>
> III – medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo.
>
> § 1º Às mesmas medidas submete-se quem, para seu consumo pessoal, semeia, cultiva ou colhe plantas destinadas à preparação de pequena quantidade de substância ou produto capaz de causar dependência física ou psíquica.
>
> § 2º Para determinar se a droga destinava-se a consumo pessoal, o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente.
>
> § 3º As penas previstas nos incisos II e III do *caput* deste artigo serão aplicadas pelo prazo máximo de 5 (cinco) meses.
>
> § 4º Em caso de reincidência, as penas previstas nos incisos II e III do *caput* deste artigo serão aplicadas pelo prazo máximo de 10 (dez) meses.
>
> § 5º A prestação de serviços à comunidade será cumprida em programas comunitários, entidades educacionais ou assistenciais, hospitais, estabelecimentos congêneres, públicos ou privados sem fins lucrativos, que se ocupem, preferencialmente, da prevenção do consumo ou da recuperação de usuários e dependentes de drogas.

> § 6º Para garantia do cumprimento das medidas educativas a que se refere o *caput*, nos incisos I, II e III, a que injustificadamente se recuse o agente, poderá o juiz submetê-lo, sucessivamente, a:
>
> I – admoestação verbal;
>
> II – multa.
>
> § 7º O juiz determinará ao poder público que coloque à disposição do infrator, gratuitamente, estabelecimento de saúde, preferencialmente ambulatorial, para tratamento especializado (Brasil, 2006, art. 28).

Essa ambiguidade resulta, numa primeira análise, de uma das principais inovações trazidas pela Lei de Drogas, que é uma abordagem menos punitiva e mais preventiva, que enfatiza a noção de saúde do usuário ou dependente de drogas e relega a um segundo plano a ideia de defesa social, aplicável ao tráfico (Campos, 2015).

A citada ênfase na saúde possibilita a interlocução que aqui se fará entre a Lei de Drogas e a Lei nº 10.216/2001, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica (LRP), que, entre outras transformações trazidas para a saúde mental, privilegia a atenção psicossocial em meio comunitário, reconhece as pessoas com transtorno mental como sujeitos de direitos e dispõe sobre as modalidades de internação involuntária e compulsória de pessoas com transtornos mentais, aqui denominadas internações forçadas.

A LRP prevê no seu art. 6º, parágrafo único, três modalidades de internação: "I – voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II – involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e III – compulsória: aquela determinada pela Justiça" (Brasil, 2001).

Tanto a internação involuntária quanto a compulsória são denominadas internações forçadas ou não consentidas. A internação involuntária, como modalidade de tratamento, entretanto, não requer a atuação do Poder Judiciário, pois é realizada contra a vontade ou sem o consentimento da pessoa, a pedido de terceiro(s), que pode(m) ser familiar(es) ou profissional responsável pelo seu tratamento. A internação involuntária prescinde da provocação do Poder Judiciário, mas exige a fiscalização do Ministério Público, que deverá ser comunicado sobre sua ocorrência até setenta e duas horas após a internação. Já a internação compulsória demanda necessariamente a atuação do Poder Judiciário. A concretização de qualquer uma das três modalidades de internação, todavia, só poderá ser feita se estiver amparada em laudo médico circunstanciado que justifique os seus motivos.

O debate político e jurídico sobre o que são e em que circunstâncias devem ser aplicadas as internações psiquiátricas forçadas é intenso e divide opiniões. O dissenso é evidente no meio político-legislativo por conta das tensões próprias da pluralidade ideológica e de interesses que lutam por reconhecimento e primazia.

Já na esfera jurídica, a vagueza dos textos normativos pátrios alia-se à tradicional visão punitiva herdada das legislações penais anteriores, da prática e da cultura jurídica e da visão de uma significativa parcela da sociedade brasileira.

Este capítulo pretende tratar das controvérsias políticas e jurídicas em torno das internações forçadas, que, aqui, serão categorizadas por intermédio de três paradigmas.[1] O primeiro é o jurídico-punitivo, estruturado em torno da ideia de risco/perigo social, que apresenta respostas que implicam a restrição à liberdade da pessoa. Segundo esse paradigma, usuário e dependente de drogas são vistos como criminosos, (moralmente) desviantes, "anormais" (Foucault, 2001), e devem, portanto, ser segregados do convívio social. Conforme um segundo paradigma, o biomédico, "refletindo o referencial técnico-instrumental das biociências, exclui o contexto psicossocial dos significados, dos quais uma compreensão plena e adequada dos pacientes e suas doenças depende" (Marco, 2006, p. 64). Traz uma visão paternalista e tutelar acerca da relação médico-paciente, que impacta a autonomia do paciente. O último paradigma, o de direitos humanos,[2] caracteriza-se por compreender o usuário ou dependente de drogas como detentor de direitos individuais, coletivos e difusos que, ao lado do direito à saúde – em sua tripla dimensão (biológica, psicológica e social) –, asseguram sua cidadania e devem ser respeitados por todos.

Realizada a partir de pesquisa bibliográfica e documental, essa reflexão será desenvolvida por meio de análise quantitativa e qualitativa de projetos de lei (PLs) federais sobre internações forçadas apresentados entre 2006 e 2017, e de decisões do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios (TJDFT), no intervalo de 2001 a 2016.[3]

Além desta introdução, o texto se divide em mais duas seções substantivas e uma de considerações finais. A segunda seção trata do debate sobre a (im)possibilidade de considerar as internações forçadas como política pública. Essa seção se divide em duas subseções: a primeira dedicada ao enfrentamento dessa discussão no campo da administração pública; e a segunda, pelo Poder Legislativo federal. A terceira seção apresenta análise exploratória de decisões judiciais sobre esses tipos de internação, para usuários e dependentes de drogas, proferidas pelo TJDFT, entre 2001 e 2016.

---

1. Paradigmas são "realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência". Por isso, paradigmas podem ser substituídos – no todo ou apenas em parte por outro –, por causa de ambiguidades e incoerências entre eles (Kuhn, 2006, p. 59 e 93).

2. Aqui, a expressão direitos humanos será utilizada em sentido amplo, abrangendo, portanto, tanto os direitos assegurados na ordem internacional, por tratados, convenções e declarações, quanto os resguardados na Constituição Federal de 1988 (CF/1988) e na legislação interna.

3. Sobre o recorte temporal da amostra de decisões cabe esclarecer que 2001 foi eleito como a data de início por ser o ano de promulgação da LRP. Já 2016 corresponde ao último ano completo no momento da realização do campo da pesquisa/coleta de dados. Em relação ao recorte espacial, cabe esclarecer que o TJDFT foi escolhido por ser o tribunal da Unidade da Federação (UF) onde se encontra sediado o órgão financiador da pesquisa.

2 O DEBATE SOBRE INTERNAÇÃO FORÇADA COMO POLÍTICA PÚBLICA

Embora a Lei de Drogas não preveja e a LRP preveja apenas como medida excepcional a internação forçada (involuntária ou compulsória) para usuários de drogas, autoridades públicas têm buscado o concurso do Poder Judiciário para realizá-la, tendo em vista existir a suposta "epidemia do *crack*" e a concentração de usuários nos espaços públicos conhecidos como "cracolândias". Diante disso, na próxima subseção, analisaremos se, ou em que medida, tal prática possui respaldo jurídico-normativo.

2.1 O debate no campo da administração pública

Os recentes eventos protagonizados pelo Poder Executivo da cidade de São Paulo, na chamada "cracolândia", precedidos por outros havidos em anos anteriores, mantêm vivo o debate sobre as internações em massa.

Qual é o público-alvo por excelência desse tipo de internação? Pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em 2013 apresenta o perfil dos usuários de *crack* e/ou similares, encontrados nas cenas de uso abertas das grandes cidades brasileiras. A maioria deles é composta por adultos jovens, com idade média de 30 anos, do sexo masculino, não brancos, solteiros, de baixa escolaridade e que fazem uso da droga associada a outras, como álcool e tabaco. Essas características pessoais e sociais são muito semelhantes às dos indiciados ou condenados por tráfico (Campos e Alvarez, 2017; Haber, 2018) e às das pessoas com transtornos mentais que cumprem medida de segurança nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTPs) e alas de tratamento psiquiátrico (ATPs), de acordo com o censo sobre os Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, feito pelo Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero (Anis), em 2011 (Diniz, 2013).

Esse perfil remete à seletividade do sistema jurídico-criminal e à adoção de um discurso e uma prática pautados pela *defesa social*, a fim de lidar com uma problemática mais ampla que o uso de drogas em si e por si, uma vez que envolve elementos sociais, econômicos, culturais e políticos.

> Por certo que um dos grandes desafios sociais é justamente como lidar com a presença dos "loucos" em situação de rua, no entanto, num Estado democrático de direito não se podem aceitar soluções autoritárias, devendo as políticas públicas serem inclusivas e comunitárias, e nunca excludentes, sob pena de agravar ainda mais a condição de vulnerabilidade dessas pessoas (Boiteux, 2013, p. 56).

As internações forçadas violam diversos direitos da população em situação de rua, além de caracterizarem um desrespeito à atual política de saúde mental, especificamente em relação aos usuários de *crack*, álcool e outras drogas. A despeito de denúncias apresentadas por usuários, movimentos sociais e, inclusive, por organismos internacionais, como do sistema da Organização das Nações Unidas

(ONU), essas práticas, que indicam políticas de "limpeza urbana", não só persistem como recebem amplo apoio social (Maioria..., 2017).

Repudiando essas práticas, a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) afirma que:

> ainda que a Lei nº 10.216 de 2001 descreva a internação como uma das estratégias possíveis para o tratamento dos transtornos mentais, ultimamente, alguns estados e municípios têm utilizado a internação como principal forma para lidar com a dependência de drogas. A OPAS/OMS no Brasil considera inadequada e ineficaz a adoção da internação involuntária ou compulsória como estratégia central para o tratamento da dependência de drogas (OPAS/OMS, 2013).

Vários organismos internacionais ligados à ONU, tais como a OMS, o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (United Nations International Children's Emergency Fund – Unicef), por sua vez, redigiram, em 2012, uma declaração conjunta, propondo aos países o fechamento dos centros de detenção e reabilitação obrigatórios, para usuários de drogas, e a implantação de serviços sanitários e sociais voluntários, de base comunitária.

> As entidades da ONU que assinaram esta declaração convocam os Estados que operam centros de detenção obrigatória (centros de internações forçadas) de drogas e de reabilitação a fechá-los sem demora e a libertar os indivíduos detidos. Após a liberação, serviços de saúde apropriados devem ser prestados àqueles que deles necessitem, de forma voluntária, ao nível da comunidade. Esses serviços devem incluir tratamento de dependência de drogas informado por evidências; prevenção, tratamento, cuidados e apoio em HIV [vírus da imunodeficiência humana] e tuberculose; bem como serviços de saúde, jurídicos e sociais para combater a violência física e sexual e permitir sua reintegração. A ONU está pronta para trabalhar com os Estados enquanto eles tomam medidas para fechar centros obrigatórios de detenção e reabilitação de drogas, e implementar alternativas voluntárias, ambulatoriais, residenciais comunitárias e informadas por evidências (OMS *et al.*, 2012, p. 1-2).[4]

Essas recomendações têm sido ignoradas pelo Poder Executivo de alguns municípios e estados brasileiros. Esse entendimento, contudo, não é pacífico, nem na literatura, nem no Poder Judiciário, nem no Poder Legislativo. Aqueles que adotam o discurso legitimador das internações forçadas argumentam basicamente que os usuários e dependentes de drogas são um risco para si e para terceiros, pois o "vício" os torna incapazes de decidir e agir livremente. Ambos requerem o

4. "*The UN entities which have signed on to this statement call on States that operate compulsory drug detention and rehabilitation centres to close them without delay and to release the individuals detained. Upon release, appropriate health care services should be provided to those in need of such services, on a voluntary basis, at community level. These services should include evidence-informed drug dependence treatment; HIV and TB prevention, treatment, care and support; as well as health, legal and social services to address physical and sexual violence and enable reintegration. The UN stands ready to work with States as they take steps to close compulsory drug detention and rehabilitation centres and to implement voluntary, ambulatory, residential and evidence-informed alternatives in the community*".

sacrifício da autonomia dessas pessoas e a consequente intervenção de terceiros (familiares, profissionais da saúde e/ou do direito ou do Poder Executivo) (Cléve, 2017; Lemos, 2013).

De acordo com Foucault (1994, p. 462), a ideia de risco representado pelo *indivíduo perigoso* – aqui simbolizado pelo usuário ou dependente de drogas e, mais especificamente, pelo "cracudo" – estabeleceu seus contornos nos séculos XIX e XX, inspirada na noção de responsabilidade civil objetiva, ou sem culpa, do direito civil. O termo teria sido introduzido por Prins[5] na sessão de setembro de 1905 da União Internacional de Direito Penal.[6] A partir dessa correlação, pode-se responsabilizar um indivíduo por um dano, mesmo sem culpa, apenas demonstrando o nexo entre o ato cometido e o risco de criminalidade, que constitui sua própria existência.

Essa visão insere-se num contexto mais amplo, de transformação do poder punitivo estatal. Marca, numa perspectiva foucaultiana, a passagem do poder disciplinar para a biopolítica, ou o biopoder, alterando a economia desse fenômeno, pela transferência e ampliação do controle sobre os corpos dos indivíduos, para o controle coletivo da população, ou de segmentos dela, e pela medicalização do crime e da punição (Foucault, 1994; Lemos e Silva, 2012, p. 9; Lemos, 2013, p. 329). Apesar do transcurso de mais de cem anos, a atualidade dessa concepção se faz sentir nas políticas criminais, com reflexos e consequências sobre as atuais políticas de saúde mental e drogas, notadamente em relação às internações forçadas, de usuários e dependentes de *crack*.

Nessa linha, o Tribunal de Justiça de São Paulo, com fundamento na dignidade da pessoa humana, no direito fundamental social à saúde e no dever de proteção da saúde pelo Estado:

> tem determinado a internação compulsória de dependentes químicos economicamente hipossuficientes às custas do município ou do estado, tendo em vista a responsabilidade solidária dos entes federados, de acordo com a interpretação conjunta da Lei Antimanicomial com a Lei das Drogas (Cléve, 2017).

O mesmo Tribunal de Justiça de São Paulo adotou posicionamento diverso, ao derrubar decisão que permitiu, em maio de 2017, a abordagem, por agentes de saúde e guardas civis metropolitanos, de "possíveis usuários de *crack* na região da cracolândia e seu entorno, para avaliar as condições de saúde desse grupo" (TJ-SP cassa decisão..., 2017). O argumento utilizado pelo desembargador responsável pela

5. Adolphe Prins, jurista belga e um dos fundadores, ao lado de Von Liszt e Von Hammel, da União Internacional de Direito Penal, entidade que perdurou até a Primeira Guerra Mundial.

6. Esse intercâmbio é a noção capitalista de risco para a qual a lei abre espaço para a ideia de uma responsabilidade sem culpa, e para a qual a antropologia, a psicologia ou a psiquiatria podem abrir caminho com a ideia de imputabilidade sem liberdade. O termo, agora central, de ser 'perigoso' ou 'terrível', teria sido introduzido por Prins na sessão mencionada (Foucault, 1994, p. 462, tradução nossa).

decisão foi de que "o poder público não pode ter carta branca para definir quem está em 'estado de drogadição' nas ruas da capital paulista" (*op. cit.*).

O Tribunal de Justiça de Minas Gerais, por seu turno, reconhece que a singularidade de cada indivíduo impacta o modo como ele se relaciona com a droga, razão pela qual reafirma, em consonância com a atual política de saúde mental, a necessidade de estabelecer, obrigatória e conjuntamente com o usuário ou dependente, seu projeto terapêutico singular ou individualizado. Isso afasta a possibilidade de se realizar qualquer tipo de internação forçada em massa, quer com base na noção de risco/periculosidade, quer com fundamento na falta de autonomia do indivíduo, sem prévio acompanhamento na área da saúde (Minas Gerais, 2014).

> Isso significa que cada caso de internação compulsória é um caso, o que restringe a análise estatal, seja do governo, seja do juiz, em procedimento coletivo. Não pode o Poder Executivo, e muito menos o Poder Judiciário, por si mesmos, determinar quando e em que momento a pessoa perde o discernimento do convívio social com prejuízo para a sua própria autonomia. Daí porque é imprescindível que se cumpra com a análise de caso a caso pelo médico antes da decisão judicial, seja ela em tutela provisória de urgência antecipada, seja ela definitiva em sentença. O contrário disso seria violação à norma legal e ativismo judicial desnecessário (Cléve, 2017).

Esses argumentos ilustram a ambivalência com que o Poder Judiciário brasileiro tem lidado com essa questão, ora adotando o paradigma jurídico-punitivo, ou da *defesa social* – ancorado na restrição à liberdade da pessoa, supondo ser ela considerada criminosa, delinquente, moralmente desviante, "anormal" –, ora o paradigma biomédico, construído sob a compreensão de que esses indivíduos são "doentes", "incapazes",[7] e devem, portanto, ser tratados inclusive contra sua própria vontade, já que, supostamente, não mais a possuem, em virtude dos efeitos deletérios das drogas.

A perda do controle sobre a vontade e sobre os próprios atos requer, nessa linha, que alguém "substitua a vontade" do usuário ou dependente de drogas, tutelando suas ações. Esse substituto pode ser um familiar ou responsável, um profissional da saúde, especialmente o médico, e, em última instância, o próprio Estado, que em nome da vida e da saúde desses indivíduos – singular ou coletivamente considerados – pode determinar sua internação forçada.

As ações do Poder Executivo, no sentido de internar, coletiva e forçadamente, usuários e dependentes de *crack*, caracterizam-se como uma "inovação", pois se

7. Até janeiro de 2016, antes do início da vigência da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI), também conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência (EPD), o Código Civil Brasileiro, no seu art. 3º, inciso II, considerava absolutamente incapazes "os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos". O art. 4º, inciso II, considerava "os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tinham o discernimento reduzidos" relativamente incapazes de praticar certos atos da vida. Atualmente, a redação do art. 4º, inciso II, do Código Civil encontra-se da seguinte forma: "são incapazes, relativamente, a certos atos ou maneira de os exercer: (...) II – *os ébrios habituais e os viciados em tóxico*" (Brasil, 2002, grifo nosso).

constituem em medida típica do campo penal, que adentra a área administrativa. O direito administrativo, como o penal, também é regido pelo princípio da liberdade, submetendo, portanto, o poder público à sua observância. Contudo, cabe esclarecer, brevemente, que se por um lado a prisão administrativa é uma possibilidade jurídico-normativa, por outro, de acordo com Nascimento (2003, p. 2), possui natureza cautelar e só poderá ser utilizada contra funcionário público ou terceiro, que terá sua liberdade de ir e vir cerceada a fim de impedir "ausentar-se o infrator, levando consigo os bens resultantes do dano causado à Fazenda Pública". Outra hipótese de prisão de natureza administrativa é a prisão disciplinar militar. Porém, segundo o autor, "tem caráter retributivo, de castigo ou punição, é sanção que se impõe pela prática de uma transgressão disciplinar resultante de desídia no cumprimento do dever legal" (*idem*, *ibidem*).

Fácil perceber que as duas hipóteses de prisão administrativa anteriormente descritas também não se aplicam à problemática em questão, não encontrando a administração pública, portanto, guarida no direito para a prática de internações forçadas coletivas ou em massa. Em síntese: a liberdade é a regra. Sua restrição é a exceção, pois "no sofisticado esquema de relações entre a autoridade e a liberdade, tudo se resume à cláusula de proteção da liberdade mediante a interdição do arbítrio do Estado e, dentro deste, do Poder mais perigoso para a cidadania, que é o Executivo" (Monte Alegre, 2006, p. 2).

Somando-se ao argumento de não cabimento de prisão administrativa, o uso de drogas não é mais passível de pena privativa de liberdade, desde a promulgação da Lei de Drogas, em 2006.[8] Ora, se a norma penal, área por excelência de máximo controle estatal, não mais adota essa medida, não há como acolher a utilização coletiva de tal expediente em outra esfera do direito, por força do princípio da subsidiariedade (Lemos, 2013, p. 326; Carvalho, 2014, p. 194).

Na esteira do Poder Executivo, representantes do Poder Legislativo, por sua vez, apresentaram, nos últimos anos, PLs sobre internação compulsória ou involuntária – inclusive de crianças e adolescentes que fazem uso ou são dependentes de drogas. Alguns desses PLs são representativos do dissenso que permeia a questão, como será exposto na próxima subseção.

2.2 O debate no Poder Legislativo

Para verificar como o Poder Legislativo federal tem encaminhado a questão das internações forçadas, realizou-se pesquisa documental no *site* da Câmara dos

8. A LRP prevê a possibilidade de realizar a internação involuntária se, em função de sua doença, a pessoa apresentar risco de vida para si ou para outrem (risco de autoagressão ou de heteroagressão), desde que esse risco seja comprovado por laudo médico circunstanciado.

Deputados, envolvendo apenas os projetos de lei ordinária que versam sobre internação compulsória e internação involuntária, apresentados no período de 2006 a 2017.

Identificou-se a propositura de 31 PLs sobre internação compulsória e oito sobre internação involuntária nesse período. Desse montante, seis abordam ambas as modalidades de internação. Onze deles foram descartados, por terem por objeto, exclusivamente, a internação compulsória ou involuntária de crianças e adolescentes – o que não é objeto dessa reflexão – ou por tratarem de outras temáticas, como liberação compulsória de adolescentes em conflito com a lei, concessão de pensão especial vitalícia a filhos de pessoas acometidas de hanseníase e internadas compulsoriamente, ou internação compulsória de estuprador. Restaram 21 PLs, que dispõem direta ou indiretamente sobre as internações forçadas de adultos como políticas públicas, conforme quadro 1.

QUADRO 1
PLs sobre internações forçadas de adultos

Ano de propositura	Número do PL	Proponente	Partido	Norma(s) em questão	*Status*
2008	3.343	Rita Camata	Movimento Democrático Brasileiro (MDB)/ Espírito Santo	10.216	Apensado ao PL nº 4.247/2008
2008	4.247	Tião Viana	Partido dos Trabalhadores (PT)/Acre	10.216	Pronta para pauta no Plenário (PLEN) (2014)
2010	7.663	Osmar Terra	MDB/Rio Grande do Sul	11.343	Tramitando no Senado (Projeto de Lei Complementar – PLC nº 37/2013)
2011	888	Arnaldo Faria de Sá	Partido Trabalhista Brasileiro (PTB)/São Paulo	11.343	Retirado pelo autor
2011	1.144	Delegado Waldir	Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB)/Goiás	11.343	Apensado ao PL nº 7.665/2010
2011	2.930	Comissão Especial de Políticas sobre Drogas	-	11.343	Arquivado
2012	3.167	Pastor Marco Feliciano	Partido Social Cristão (PSC)/São Paulo	11.343	Apensado ao PL nº 1.144/2011
2012	3.365	Eduardo da Fonte	Partido Progressista (PP)/Pernambuco	Decreto-Lei nº 891	Apensado ao PL nº 1.144/2011
2012	3.450	Alfredo Kaefer	PSDB/Paraná	Lei Nova	Apensado ao PL nº 1.144/2011
2012	4.871	Francisco Escórcio	MDB/Maranhão	11.343	Apensado ao PL nº 1144/2011
2012	4.911	Onofre Santo Agostini	Partido Social Democrático (PSD)/Santa Catarina	Decreto-Lei nº 2.848	Apensado ao PL nº 7.665/2010
2013	6.839	João Rodrigues	PSD/Santa Catarina	11.343	Apensado ao PL nº 4.941/2009
2014	7.270	Jean Wyllys	Partido Socialismo e Liberdade (PSOL)/Rio de Janeiro	11.343; 8.072; e 9.294	Tramitando em conjunto; apensado ao PL nº 7.187/2014

(Continua)

(Continuação)

Ano de propositura	Número do PL	Proponente	Partido	Norma(s) em questão	*Status*
2014	8.072	Dr. Uibiali	Partido Socialista Brasileiro (PSB)/São Paulo	10.216	Arquivado
2015	1.817	Luciano Ducci	PSB/Paraná	10.216	Aguardando designação de relator na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC)
2015	2.704	Delegado Éder Mauro	PSD/Pará	Lei Nova	Apensado ao PL nº 5.321/2013
2016	5.251	Vitor Valim	MDB/Ceará	Lei Nova	Apensado ao PL nº 2.704/2015
2017	7.206	Professor Victório Galli	PSC/Mato Grosso	Lei Nova	Apensado ao PL nº 5.251/2016
2017	7.605	Eduardo da Fonte	PP/Pernambuco	Lei Nova	Aguardando designação de relator na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)
2017	7.912	Goulart	PSD/São Paulo	10.216	Apensado ao PL nº 5.251/2016
2017	8.018	Goulart	PSD/São Paulo	10.216	Apensado ao PL nº 2.704/2015

Fonte: Câmara dos Deputados. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br>.
Elaboração da autora.

Dos 21 PLs, treze (62%) envolvem internação compulsória, seis (28,6%) dispõem sobre internações involuntárias e compulsórias e dois (9,5%) tratam exclusivamente de involuntárias. Oito PLs (38%) propõem alterações no texto da Lei de Drogas, entre os quais quatro (19%)[9] apresentam alteração do art. 23.[10] Desses, três (14,3%) propõem a inclusão do art. 23-A,[11] que passa a elencar as modalidades de internação a serem adotadas em caso de uso ou dependência de drogas. Cinco (24%) buscam modificar o art. 28 da lei,[12] autorizando a internação compulsória, como primeira opção de tratamento. Podem-se identificar, nas justificativas dos PLs, as mesmas fundamentações: o risco que essas pessoas representam para si, para terceiros e para a sociedade, e a ausência de discernimento/autonomia para decidir. Um sexto PL, o nº 7.270/2014, citado anteriormente,[13] também estabelece mudanças no art. 28 da Lei de Drogas, mas em sentido oposto aos demais.

Ainda em relação às propostas de alteração da Lei de Drogas, destacam-se os PLs nºs 7.663/2010, 1.144/2011 e 7.270/2014. O primeiro, proposto pelo

9. PLs nºs 7.663/2010, 888/2011, 2.930/2011 e 7.270/2014.

10. O art. 23 da Lei nº 11.343/2006 dispõe que: "as redes dos serviços de saúde da União, dos estados, do Distrito Federal, dos municípios desenvolverão programas de atenção ao usuário e ao dependente de drogas, respeitadas as diretrizes do Ministério da Saúde e os princípios explicitados no art. 22 desta lei, obrigatória a previsão orçamentária adequada".

11. PLs nºs 7.663/2010, 888/2011 e 2.930/2011.

12. PLs nºs 7.663/2010, 1.144/2011, 3.167/2012, 4.871/2012 e 6.839/2013.

13. Os PLs nº 7.663/2010, de autoria de Osmar Terra, e nº 7.270/2014, apresentado pelo deputado federal Jean Wyllys, abrangem propostas de alteração de várias normas e de vários dispositivos da Lei nº 11.343/2006. Entretanto, restringiu-se o enfrentamento às questões atinentes à Lei de Drogas, no tocante à internação de usuários e dependentes.

deputado Osmar Terra, do MDB do Rio Grande do Sul, encontra-se no Senado e ali tramita como PLC nº 37/2013. Diferencia-se em razão da sua abrangência[14] e pelas alterações sofridas durante sua tramitação. De especial importância é a nova redação do art. 23-A, que reafirma a atual política de saúde mental e passou a prever apenas duas modalidades de internação – a voluntária e a involuntária, se os recursos extra-hospitalares forem insuficientes.

A não previsão da internação compulsória pode ser lida de duas formas distintas. Por um lado, como algo positivo, ao se assumir que apenas as internações voluntária e involuntária são modalidades de tratamento. Por outro, pode ser considerada um problema, se a fiscalização das internações involuntárias (pelo Ministério Público, pela Defensoria Pública e outras instâncias fiscalizadoras), via sistema informatizado – como previsto no PLC nº 37/2013 –, demorar a ser implementada; ou se, uma vez implementada, a alimentação dos dados for deficitária, deixando os usuários/dependentes sujeitos a eventuais abusos e violações de direitos.

Outro ponto a ser ressaltado no PL nº 7.663/2010 (PLC nº 37/2013 do Senado) é o papel das comunidades terapêuticas (CTs), na atenção psicossocial às pessoas que fazem uso ou são dependentes de drogas.[15] Sendo as CTs o objeto de diferentes abordagens nesta obra, ser-lhe-á dedicada aqui apenas uma rápida menção. Pela redação dada ao nóvel art. 7º-A, pelo PLC nº 37/2013, a participação desses dispositivos de cuidado no Sisnad (art. 7º-A, inciso V e § 3º) torna-se explícita. Não obstante sua função seja *acolher* usuários ou dependentes de drogas, e não *interná-los* (de acordo com a redação dada ao ainda inexistente art. 23-A, § 9º, da Lei nº 11.343/2006).

No PL nº 1.144/2011, chama atenção a persistência do paradigma jurídico-punitivo, ampliando o rol de legitimados ativos para a requisição de internação compulsória. Por exemplo, familiares, delegados de polícia e o próprio Ministério Público ficam autorizados a requerê-la. O projeto também pretende estender a internação compulsória aos usuários de álcool, droga lícita e não abrangida pela atual Lei de Drogas.

> Art. 2º O art. 28 da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, fica acrescido do inciso IV seguinte: "art. 28 O juízo fixara o prazo definitivo da internação compulsória

14. Altera as leis nºs 11.343, de 23 de agosto de 2006; 7.560, de 19 de dezembro de 1986; 9.250, de 26 de dezembro de 1995; 9.532, de 10 de dezembro de 1997; 8.981, de 20 de janeiro de 1995; 8.315, de 23 de dezembro de 1991; 8.706, de 14 de setembro de 1993; 8.069, de 13 de julho de 1990; 9.394, de 20 de dezembro de 1996; e 9.503, de 23 de setembro de 1997; assim como os decretos-lei nºs 4.048, de 22 de janeiro de 1942; 8.621, de 10 de janeiro de 1946; e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad) e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas.

15. Desde 2012, o Sistema Único de Saúde (SUS) introduziu as CTs na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como unidade de atenção em regime residencial (Portaria do Ministério da Saúde nº 856, de 22 de agosto de 2012).

para tratamento e desintoxicação, em instituição compatível com o caso e pelo prazo considerado necessário para o tratamento integral, observando o exame clínico". (NR)

§ 8º – A internação poderá se requisitada *pela família, ou quem tenha a guarda ou tutela do usuário, bem como pelo Delegado de Polícia ou Ministério Público*, podendo ser usado de forma coercitiva para a condução do usuário.

§ 9º – A comprovação do uso será efetuada por exame clínico, prova testemunhal ou pela apreensão dos objetos e drogas utilizadas pelo usuário.

§10º – *Aplica-se esta lei aos usuários de bebidas alcoólicas* (Brasil, 2011, grifo nosso).

Já o PL nº 7.270/2014 se distancia dos demais por adotar, amplamente, o paradigma de direitos humanos, estabelecendo: *i)* a descriminalização do usuário que faz uso religioso, medicinal ou recreativo de drogas; *ii)* que a internação involuntária se justifica apenas quando houver risco de vida do usuário/dependente; e *iii)* a concessão de "(...) benefícios às instituições privadas que desenvolverem programas de reinserção no mercado de trabalho" (Brasil, 2014) especificamente de pessoas que vivem em situação de vulnerabilidade social, como consequência do uso problemático de drogas.[16]

Seis PLs (28,6%) se referem à LRP (Lei nº 10.216/2001). Dois deles (PLs nºs 3.343/2008 e 4.247/2008) propõem a consolidação das normas federais em saúde e, por isso, compilam, sem alterações, o texto original da LRP.[17] Os PLs nºs 8.072/2014 (já arquivado) e 1.817/2015 propõem a revisão periódica – a cada seis meses – das internações involuntárias, o que seria uma forma de garantir a efetiva fiscalização desses atos, pelo Ministério Público, e evitar violações de direitos dos pacientes. O PL nº 7.912/2017 explicita a abrangência da LRP aos dependentes de drogas, como sujeitos de direitos.

O PL nº 8.018/2017 sugere o acréscimo de parágrafo único ao art. 3º da LRP, com o intuito de que sejam firmados "(...) convênios entre a administração, o Poder Judiciário, o Ministério Público e a Defensoria Pública, de modo a tornar mais célere e seguro o procedimento de internação compulsória, assegurando o efetivo exercício do contraditório e da ampla defesa" (Brasil, 2017).

As alterações sugeridas no contexto dos quatro últimos PLs sobre a LRP indicam uma prevalência do paradigma de direitos humanos, pois propõem o reconhecimento dos usuários e dependentes de drogas como sujeitos de direitos e apresentam medidas jurídicas de proteção da liberdade e de outras prerrogativas desses indivíduos.

16. A versão vigente da Lei de Drogas prevê, em seu art. 24, que a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios poderão conceder benefícios às instituições privadas que desenvolverem programas de reinserção no mercado de trabalho do usuário e do dependente de drogas encaminhados por órgão oficial.

17. Além da LRP, o PL traz outro dispositivo normativo da saúde mental, o auxílio-reabilitação psicossocial.

Entre os partidos aos quais os proponentes se encontravam ou se encontram filiados temos o PSD (cinco, 24%), MDB (quatro, 19%), PSC (dois, 9,5%), PSDB (dois, 9,5%), PP (dois, 9,5%), PT (um, 4,8%), PTB (um, 4,8%) e PSOL (um, 4,8%). Um PL foi apresentado pela Comissão Especial de Políticas sobre Drogas da Câmara dos Deputados.

O PSD foi responsável pela apresentação do maior número de PLs, isto é, cinco. Neles, vislumbra-se a coexistência entre dois paradigmas, ou de todos os três. Os PLs nºs 4.911/2012 e 6.839/2013 expressam o paradigma jurídico-punitivo e biomédico; o PL nº 7.912/2017 integra os paradigmas biomédico e de direitos humanos; o PL nº 8.018/2017 associa os paradigmas jurídico-punitivo e de direitos humanos; e no PL nº 2.704/2015, observa-se a justaposição dos paradigmas jurídico-punitivo, biomédico e de direitos humanos.

O MDB apresentou quatro PLs sobre internações forçadas. Em um deles, coexistem os paradigmas biomédico e de direitos humanos (PL nº 3.343/2008); e, em outro, verifica-se a presença dos paradigmas jurídico-punitivo e biomédico (PL nº 4.871/2012). Em dois PLs, os três paradigmas se entrelaçam (PLs nºs 7.663/2010 e 5.251/2016). O PSC e o PSDB apresentaram, respectivamente, dois PLs, e todos estão pautados, concomitantemente, pelos paradigmas jurídico-punitivo e biomédico.

O PL nº 3.365/2012, do PP, denota a interpenetração dos paradigmas jurídico-punitivo e biomédico. O PL nº 7.605/2017, que traz proposta de instituição do estatuto da prevenção ao uso e abuso de drogas, apresenta o entrelaçamento dos três paradigmas. Ambos os PLs são de autoria do mesmo deputado, Eduardo da Fonte (PP/Pernambuco). O único PL proposto pelo PT é o nº 4.247/2008 – ilustrativo do paradigma de direitos humanos –, que tem como foco a consolidação das leis sanitárias brasileiras referentes aos cuidados em saúde e, por conseguinte, em saúde mental. O PL nº 888/2011, único apresentado pelo PTB, sobre a temática das internações forçadas, traz elementos dos três paradigmas. O paradigma de direitos humanos é o que norteia o PL nº 7.270/2014, apresentado pelo deputado Jean Wyllys, único representante do PSOL nessa área. Não é possível identificar a aderência dos partidos a um paradigma específico de política de drogas ou de saúde mental. Encontram-se características de, pelo menos, dois modelos em todos os PLs. A associação entre o jurídico-punitivo ou de defesa social e o biomédico é a mais frequente (oito PLs).

O exposto nesta seção permite-nos afirmar que os paradigmas jurídico-punitivo (ou da defesa social) e biomédico prevalecem nas propostas e nos argumentos expostos pela administração pública e pelo Poder Legislativo. Na esfera Legislativa, contudo, os diferentes, quando não antagônicos, interesses em jogo tanto repudiam como defendem a internação compulsória ou involuntária como políticas públicas.

A visão do Poder Judiciário sobre as internações forçadas será tratada na próxima seção.

3 REVELAÇÕES FEITAS POR DECISÕES JUDICIAIS SOBRE INTERNAÇÕES FORÇADAS

3.1 Breve contextualização

A partir da análise de decisões de segunda instância do TJDFT, o que se pode dizer sobre o agir dos atores jurídicos no que se refere às internações forçadas de usuários ou dependentes de drogas?

Antes de apresentar os resultados da pesquisa jurisprudencial empreendida no *site* do TJDFT, cabe registrar as orientações propostas pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) em relação à atenção psicossocial e à internação de usuários e dependentes de drogas. Essa exposição contribuirá para a análise dos resultados da pesquisa.

Por intermédio do Provimento CNJ nº 04/2010, o referido órgão "define medidas com vistas à eficácia e ao bom desempenho da atividade judiciária na implantação das atividades de atenção e de reinserção social de usuários ou dependentes de drogas, nos termos do art. 28, § 7º, da Lei nº 11.343/2006" (Brasil, 2010). Para tal, fixa no seu art. 1º que "o atendimento aos usuários de drogas encaminhados ao Poder Judiciário em razão de termo circunstanciado lavrado por infração prevista no art. 28 da Lei nº 11.343/2006 será multidisciplinar, na forma do art. 4º, IX, da mesma lei" (Brasil, 2010).

Além disso, estabelece, no parágrafo único do art. 1º, que "os Tribunais de Justiça deverão estabelecer, no prazo de 120 (cento e vinte) dias, equipes multiprofissionais habilitadas para captar redes de atendimento aos usuários de drogas e propor aos magistrados a medida mais adequada para cada caso" (Brasil, 2010).

No art. 3º, § 2º do provimento em questão, o CNJ preconiza que "a atuação do Poder Judiciário limitar-se-á ao encaminhamento do usuário de drogas à rede de tratamento, não lhe cabendo determinar o tipo de tratamento, sua duração, nem condicionar o fim do processo criminal à constatação de cura ou recuperação" (Brasil, 2010).

O CNJ reassegura, assim, a ênfase na saúde do usuário ou dependente de drogas, ou seja, prioriza o paradigma biomédico adotado pela Lei de Drogas, em relação ao jurídico-punitivo. Durante a I Jornada da Saúde do Conselho Nacional de Justiça, realizada em São Paulo, em 2014, o conselho publicou três enunciados que se aplicam à problemática em questão. O primeiro deles é exposto a seguir.

> Nas demandas em tutela individual para internação de pacientes psiquiátricos e/ ou com problemas de álcool, *crack* e outras drogas, quando deferida a obrigação de fazer contra o poder público para garantia de cuidado integral em saúde mental (de acordo com o laudo médico e/ou projeto terapêutico elaborado por profissionais de saúde mental do SUS), *não é recomendável a determinação a priori de internação*

psiquiátrica, tendo em vista inclusive o risco de institucionalização de pacientes por longos períodos (grifo nosso).[18]

Nesse enunciado, o CNJ reafirma a proteção aos direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais, consubstanciados nos princípios do SUS, da LRP e da Lei de Drogas, ao exigir que a pessoa receba atenção integral em saúde mental, e que sua internação – voluntária, involuntária ou compulsória – seja instruída com laudo médico circunstanciado ou projeto terapêutico singular elaborados por profissionais que atuem no sistema público de saúde.

O enunciado nº 3 versa sobre judicialização e se aplica ao que aqui denominar- se-á *judicialização negativa* da saúde mental, uma vez ser desnecessária – como alerta o CNJ no enunciado – quando não equivocada e prejudicial: "recomenda-se ao autor da ação, a busca preliminar sobre disponibilidade do atendimento, evitando-se a judicialização desnecessária".[19]

O enunciado nº 5 orienta cautela aos magistrados, em relação ao julgamento de processos que envolvam, entre outras temáticas, internação compulsória e que, em virtude da sua complexidade, exijam mais provas (como avaliação psiquiátrica para emissão de laudo pericial).

Durante a II Jornada da Saúde do Conselho Nacional de Justiça, realizada também em São Paulo, em 2015, foi estabelecido – por meio do enunciado nº 48 – que "as altas de internação hospitalar de paciente, inclusive de idosos e toxicômanos, independem de novo pronunciamento judicial, prevalecendo o critério técnico profissional do médico".[20] Aqui, o entendimento é que a alta (da internação) é ato médico e não judicial.

Apesar de os enunciados não terem força vinculante, como é o caso das súmulas, eles são utilizados pelos magistrados como importantes guias decisórios, em suas sentenças e acórdãos.

3.2 Acórdãos do TJDFT

A pesquisa jurisprudencial – aqui representada pela análise de decisões de segundo grau ou instância – realizada entre 2016 e 2017 (janeiro), no sítio do TJDFT, utilizou as palavras-chave internação compulsória e internação involuntária. Por meio delas, foram obtidos 132 resultados (acórdãos), sendo 121 com os descritores internação compulsória e onze com internação involuntária. Desse total, foram descartados

18. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/images/ENUNCIADOS_APROVADOS_NA_JORNADA_DE_DIREITO_DA_SAUDE_%20PLENRIA_15_5_14_r.pdf>.

19. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/images/ENUNCIADOS_APROVADOS_NA_JORNADA_DE_DIREITO_DA_SAUDE_%20PLENRIA_15_5_14_r.pdf>.

20. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/05/96b5b10aec7e5954fcc1978473e4cd80.pdf>.

os prolatados antes de 2001 – ano de promulgação da LRP, que dispõe sobre ambas as modalidades de internação – e depois de dezembro de 2016. Também foram excluídos da amostra as decisões que: *i)* envolviam adolescentes, pois a Lei de Drogas não se aplica a eles; *ii)* versavam sobre a internação forçada de pessoa com transtorno mental diverso da dependência de drogas; e *iii)* tinham por objeto questões diversas da internação e do uso e da dependência de drogas, tais como transtornos mentais, sociopatia, periculosidade, medida socioeducativa e indenização por danos morais. Restou um universo de 98 decisões, que serão aqui analisadas.

Cabe ressaltar que essa amostra não é estatisticamente relevante, pois, além dos filtros realizados pela própria pesquisadora, se desconhece o montante total de pedidos de internação involuntária e compulsória que ingressaram no TJDFT nesses quinze anos. Esses pedidos feitos nas varas de família tramitam em segredo de justiça, o que impossibilita o acesso aos autos desses processos. Ademais, as decisões emanam de apenas um entre 27 tribunais: o do Distrito Federal e Territórios.

Feitas essas ressalvas, o propósito desse levantamento foi buscar identificar como os atores do sistema de justiça – magistrados, promotores de justiça e defensores públicos/advogados, ou os que a eles recorrem – e as partes do processo tratam a questão das internações forçadas (involuntária e compulsória), no que se refere a usuários e dependentes de drogas. Em outros termos, buscar-se-á identificar qual é ou quais são os paradigmas mobilizados pelos julgadores e quais são os fundamentos científicos, teórico-doutrinários e normativos utilizados para a solicitação, manutenção ou refutação dessas modalidades de internação.

3.2.1 Usuário ou dependente

De forma simples, a distinção biomédica entre usuário e dependente de drogas apoia-se em critérios que classificam as formas de uso em controladas ou descontroladas, funcionais ou disfuncionais, quer de drogas lícitas, quer de drogas ilícitas. Para caracterizar o abuso ou a dependência de drogas, profissionais da saúde e o SUS utilizam a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10).[21]

A Lei de Drogas, por sua vez, não apresenta critérios objetivos para caracterizar quem é usuário ou dependente. Apenas prevê no seu art. 28, § 7º, em conformidade com a LRP, que cabe ao juiz determinar ao Poder Executivo a oferta

21. Para melhor dialogarmos com a legislação vigente, mantivemos a nomenclatura adotada pela Lei de Drogas, a Lei nº 11.343/2006, qual seja: "uso e dependência de drogas" e "usuário e dependente de drogas". De acordo com Araújo (2017, p. 56), "uma pessoa que usa drogas pode se encontrar em qualquer desses estágios de consumo [experimentador; usuário ocasional; usuário habitual] e não ser um dependente ou mesmo um usuário problemático. Entre usuários de drogas, apenas uma minoria se torna dependente ou faz uso problemático". A dependência, por sua vez, é "definida como um padrão mal-adaptativo de uso de substâncias em que há repercussões psicológicas, físicas e sociais que resultam da interação entre o ser humano e uma substância psicoativa. Há, na dependência, um grande envolvimento do sujeito com a substância; ele gasta muito tempo (e interesse afetivo) em atividades que implicam a obtenção ou o consumo da substância" (Dalgalarrondo, 2008, p. 345).

de tratamento gratuito e preferencialmente em meio extra-hospitalar àqueles que assim forem considerados.

Diante do anteriormente exposto, e assumindo que o termo uso ou usuário de drogas foi corretamente empregado, temos dezessete decisões (17%) que versam sobre o uso de drogas, o qual não constituiria, em princípio, um problema de saúde mental, pois, conforme estudiosos do campo da saúde, não impactaria necessariamente a funcionalidade do indivíduo. Mas essa conduta é um problema para o direito penal, pois é tipificada como crime, pelo art. 28 da Lei de Drogas.[22] Entretanto, a complexidade da questão aumenta se considerarmos que apenas 6% dos recursos estudados são da área criminal. Os demais recursos são relativos à área cível.

A dependência de drogas, por seu turno, é perpassada tanto pelo paradigma biomédico, pois é classificada como transtorno mental (segundo CID-10 e *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* – DSM-5),[23] quanto pelo paradigma jurídico-punitivo. Aparece como causa de pedir[24] a internação forçada em 74 (75%) das 98 decisões analisadas.

TABELA 1
Causa de pedidos de internações forçadas no TJDFT (2001-2016)

Menção a uso e dependência de drogas	Quantidade	%
Dependência de droga ilícita	12	12
Dependência de droga lícita	13	13
Dependência de droga lícita e ilícita	16	16
Dependência de drogas	33	34
Não informado	7	7
Uso de droga ilícita	4	4
Uso de droga lícita	2	2
Uso de droga lícita e ilícita	3	3
Uso de drogas	8	8
Total geral	**98**	**100**

Fonte: Base de dados disponibilizada pelo TJDFT. Disponível em: <http://www.tjdft.jus.br/>.
Elaboração da autora.

3.2.2 Tipos de drogas

Como exposto na seção 2, um argumento adotado pelos meios de comunicação, autoridades e familiares para justificar a realização de internações forçadas de

22. Parte da doutrina e da jurisprudência entende que essa lei "despenaliza" o porte de drogas para consumo próprio, uma vez que não prevê, para esse crime, penas privativas de liberdade.

23. A sigla DSM-5 vem do inglês *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.*

24. *Causa de pedir* é expressão jurídica, que pode ser sintetizada como "(...) o conjunto de circunstâncias que possibilitam o autor [da ação] fundamentar juridicamente seu pedido ao promover uma ação judicial" (Diniz, 1998, p. 536).

usuários ou dependentes de drogas é a existência de uma suposta epidemia do *crack*. Partindo disso, buscou-se verificar a frequência com que drogas lícitas e ilícitas aparecem nas decisões analisadas.

Entre todas as drogas explicitamente mencionadas, lícitas e ilícitas, o álcool é a que mais se destaca. Ele aparece como causa exclusiva em 25 (26%) das decisões ou, associada, em três (3%) dos pedidos de internação involuntária ou compulsória.

TABELA 2
Tipos de drogas lícitas que motivam pedidos de internação judicial (2001-2016)

Substância	Quantidade	%
Álcool	25	26
Inalantes	1	1
Não informado	67	68
Solvente	2	2
Álcool e tabaco	2	2
Álcool e benzodiazepínicos	1	1
Total geral	**98**	**100**

Fonte: Base de dados disponibilizada pelo TJDFT. Disponível em: <http://www.tjdft.jus.br/>.
Elaboração da autora.

O *crack* é a droga ilícita mais utilizada por aqueles para os quais se demandam internações forçadas. Representa 21% dos pedidos de internação, sendo 17% deles por dependência exclusiva e 4% por dependência junto a outras drogas ilícitas.

TABELA 3
Tipos de drogas ilícitas que motivam pedidos de internação forçada (2001-2016)

Substância	Quantidade	%
Cocaína	3	3
Cocaína, maconha e *crack*	2	2
Crack	17	17
Crack e cocaína	2	2
Maconha	1	1
Maconha e cocaína	2	2
Maconha, merla e *crack*	2	2
Não informado	69	70
Total geral	**98**	**100**

Fonte: Base de dados disponibilizada pelo TJDFT. Disponível em: <http://www.tjdft.jus.br/>.
Elaboração da autora.

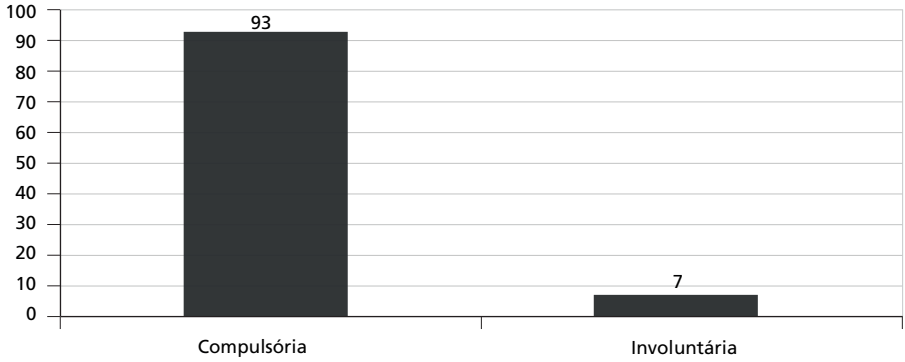
Esses dados refletem o exposto em publicação do Ministério da Saúde, em que se verifica que "(...) o álcool permanece com maior registro de atendimentos pelo SUS no país (...) e por 93,5% de óbitos por transtornos mentais devidos ao uso

de substâncias psicoativas no Brasil, seguida por múltiplas drogas (F19) e cocaína e derivados (F14)" (Brasil, 2015b, p. 39-40).

3.2.3 Tipo de internação demandada

Nas decisões analisadas, a demanda das partes era em 93% dos casos por internações compulsórias, conforme mostra o gráfico 1.

GRÁFICO 1
Tipo de internação demandada
(Em %)



Fonte: Base de dados disponibilizada pelo TJDFT. Disponível em: <http://www.tjdft.jus.br/>.
Elaboração da autora.

A despeito das internações involuntárias dispensarem a intervenção do Poder Judiciário, segundo a LRP, verificou-se que o referido órgão decidiu em sete pedidos dessas internações de usuários ou dependentes de drogas. Essa atuação pode ser explicada da seguinte forma: há uma confusão entre ambos os tipos de internação, que pode ser confirmada, inclusive, pela leitura dos acórdãos, em que são utilizados os mesmos argumentos e fundamentos para pedir ou decidir sobre elas.

Outra controvérsia jurídica recorrente, em relação às internações forçadas, refere-se à suposta necessidade de interdição civil prévia daqueles para os quais se demanda internação junto ao Poder Judiciário. A controvérsia se deve, em boa medida, à já mencionada confusão entre os dois tipos de internação forçada. Trechos reproduzidos a seguir, de acórdãos que autorizam ambos os tipos de internação, ilustram este ponto.

Acórdão sobre internação compulsória: "rejeita-se a preliminar de exigência de prévia interdição civil como condição para a *interdição* [*sic*] *compulsória* por não encontrar respaldo legal" (Acórdão nº 764.748, de 2014, do TJDFT, grifo nosso).[25]

25. Disponível em: <https://bit.ly/2EdLMY1>.

Outro acórdão, desta feita sobre internação involuntária: "os pais têm legitimidade ativa para requerer a *internação involuntária* do filho dependente químico, portador de doença mental, independentemente da interdição civil (art. 6º, II e III, da Lei nº 10.216/2001)" (Acórdão nº 864.121, de 2015, do TJDFT, grifo nosso).[26]

Após o ingresso da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) no ordenamento jurídico brasileiro,[27] a interdição vem sofrendo duros golpes, e sua extinção na ordem jurídica interna já foi decretada por diferentes doutrinadores.[28]

Apesar de menos de um terço dos acórdãos possibilitarem conhecer a situação da pessoa para quem se demanda a internação forçada, 21% das decisões que trazem esta informação indicam que a pessoa em questão teria sido interditada (tabela 4). Talvez não seja ocioso dizer que essa medida fere os direitos das pessoas com deficiência, entre as quais se incluem aqueles diagnosticados como dependentes de drogas.[29]

TABELA 4
Pessoas civilmente interditadas, para as quais se requereu internação forçada (2001-2016)

Interdição	Quantidade	%
Não	7	7
Não informado	70	71
Sim	21	21
Total geral	**98**	**100**

Fonte: Base de dados disponibilizada pelo TJDFT. Disponível em: <http://www.tjdft.jus.br/>.
Elaboração da autora.

Outro aspecto relevante que envolve ambas as modalidades de internação é o cumprimento da exigência de comprovação da sua necessidade, por meio de laudo médico circunstanciado. Chama atenção o fato de 21% dos pedidos de internação não terem sido acompanhados de laudo médico, o que, por si só, deveria ensejar a denegação do pedido da internação forçada, o que nem sempre ocorre.

26. Disponível em: <https://bit.ly/2SFpYIG>.

27. A CDPD e seu protocolo facultativo foram ratificados pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo no 186, de 9 de julho de 2008, em conformidade com o previsto na CF/1988, em vigor para o Brasil, no plano jurídico externo, desde 31 de agosto de 2008, e promulgados pelo Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, data de início de sua vigência no plano interno. A CDPD foi regulamentada pela Lei nº 13.146/2015, conhecida como LBI ou EPD.

28. Sobre interdição, ver Alencar, Daltin e Musse (2016).

29. Para a CDPD e a LBI, "pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas" (Brasil, 2012, p. 26; 2015c, art. 2º).

TABELA 5
Laudo médico circunstanciado (2001-2016)

Laudo médico circunstanciado	Quantidade	%
Não	21	21
Não informado	24	24
Sim	53	54
Total geral	**98**	**100**

Fonte: Base de dados disponibilizada pelo TJDFT. Disponível em: <http://www.tjdft.jus.br/>.
Elaboração da autora.

Também não se pode afirmar que todos os 53 (54%) laudos médicos ou multi/interdisciplinares acrescentados aos autos dos processos cumprem o requisito de fundamentação pormenorizada expresso na LRP.

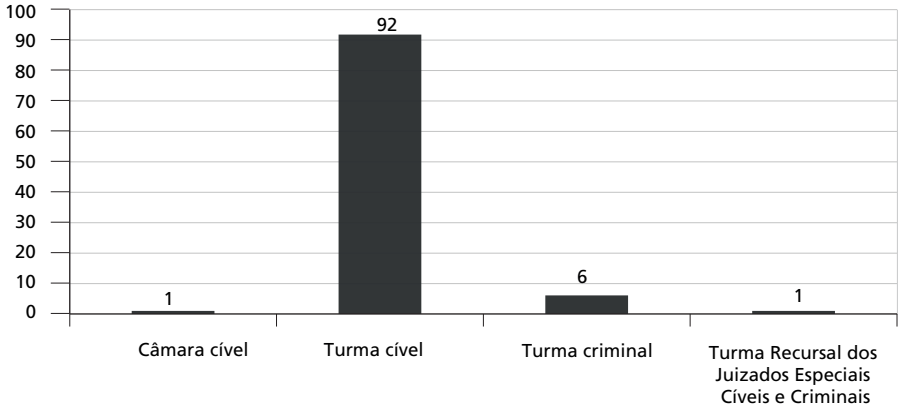
3.2.4 Órgão julgador[30]

O argumento central deste texto é que as internações forçadas não estão previstas no art. 28 da Lei de Drogas, que é uma lei criminal – nem como pena, nem como tratamento do usuário ou dependente de drogas. Reforçando esse entendimento, a Lei de Drogas mostra-se alinhada com a normativa internacional e com os princípios do SUS e da reforma psiquiátrica, ao estabelecer que a atenção psicossocial será ofertada ao usuário ou dependente, preferencialmente em serviços ambulatoriais (art. 28, parágrafo único), ou seja, que sua internação, em qualquer modalidade, é medida excepcional.

Sendo assim, buscou-se identificar se as demandas por internações forçadas, no âmbito do TJDFT, têm sido apreciadas por órgãos julgadores cíveis ou criminais (gráfico 2).

30. A definição do órgão do Poder Judiciário responsável por julgar os pedidos e os recursos sobre internação forçada depende do motivo e de quem pede, por exemplo. Se o pedido de internação forçada é feito por familiar, o processo é distribuído para vara de família (direito civil). Caso o pedido seja para que o Poder Executivo do Distrito Federal custeie a internação – o que envolve desembolso de recursos públicos –, a ação deverá ser apreciada pelo juízo da Fazenda Pública (direito administrativo). Na hipótese de a ação envolver a prática de crime, será julgada por juiz criminal (direito penal/criminal). Se o problema for o crime de uso de drogas, o processo deverá ser direcionado para uma vara do Juizado Especial Criminal (direito penal/criminal). Se uma das partes não concorda com a decisão do juiz (com a sentença), ela pode recorrer. Quando há recurso, o processo "sobe" para a segunda instância, a fim de ser apreciado pelos desembargadores, que decidem de forma colegiada e atuam em órgãos julgadores (câmaras ou turmas) que podem ser divididos em civis e penais/criminais. As decisões colegiadas dos desembargadores – e dos ministros dos tribunais superiores, como o Supremo Tribunal Federal (STF) e o Superior Tribunal de Justiça (STJ) – são chamadas de acórdãos.

GRÁFICO 2
Órgão julgador
(Em %)



Fonte: Base de dados disponibilizada pelo TJDFT. Disponível em: <http://www.tjdft.jus.br/>. Elaboração da autora.

A quase totalidade dos recursos (93%) foi apreciada por órgãos cíveis (Câmara[31] e turmas cíveis) e apenas 7% dos recursos foram julgados na esfera criminal, o que ratifica a hipótese de que as internações forçadas, especialmente as compulsórias, vêm sendo recorrentemente decididas como questões cíveis (e administrativas) e não como questão criminal.

Até o início da vigência da LBI, em 2 de janeiro de 2016, havia um caso particular de uso autorizado de internação compulsória pela legislação cível brasileira: o de pessoas interditadas, decorrentes de transtorno mental ou de transtornos provocados pelo uso de substâncias. De acordo com o revogado art. 1.777 do Código Civil Brasileiro, os curadores dos indivíduos interditados podiam interná-los compulsoriamente quando não se adaptassem ao convívio doméstico. Essa forma de internação compulsória, antiga e excludente, estava na contramão da normativa internacional, notadamente da CDPD, da atual ordem constitucional brasileira, de leis mais recentes, tais como a própria LBI e a LRP, e das políticas públicas de atenção psicossocial. Ela fere também a Lei de Drogas, que prevê que o poder público deverá colocar à disposição do usuário de drogas, gratuitamente, tratamento a ser realizado, preferencialmente, em ambulatório, ou seja, em serviço extra-hospitalar aberto.

O Ministério Público brasileiro reconhece os problemas desse dispositivo. A Comissão Permanente de Saúde do Grupo Nacional de Direitos Humanos (COPEDS), do Conselho Nacional dos Procuradores Gerais de Justiça, elaborou

31. De acordo com o parágrafo único do art. 2º do Regimento Interno do TJDFT, o tribunal possui três Câmaras especializadas – duas cíveis e uma criminal – e nove turmas – seis cíveis e três criminais. Já o art. 16 diz que cada turma compõe-se de quatro desembargadores e reunir-se-á na presença de, no mínimo, três julgadores.

e aprovou, em março de 2014, o seguinte enunciado, a ser seguido por promotores de Justiça e procuradores da República:

> a internação compulsória é medida excepcional na conduta terapêutica do paciente em saúde mental (nos termos da Lei 10.216/2001), após esgotados todos os recursos extra-hospitalares, não necessitando do procedimento de interdição, sendo que sua determinação judicial deve ser amparada em laudo técnico circunstanciado, indicando os motivos que a justificam.[32]

Ciente do problema, o Ministério Público deverá, em conformidade com suas atribuições, intensificar a fiscalização das internações forçadas de pessoas que fazem uso ou são dependentes de drogas, a fim de resguardá-las de eventuais abusos.

3.2.5 Tipos de recurso

Simplificadamente, pode-se dividir os recursos em cíveis (conflito de competência,[33] apelação e agravo de instrumento[34]); administrativos (reexame necessário e remessa de ofício), também julgados pelas turmas cíveis; e criminais (*habeas corpus*, apelação criminal e agravo em execução[35]). Conhecer os tipos e porcentagens dos recursos em ações sobre internações forçadas auxilia-nos a verificar aqueles tipos mais frequentes (cíveis e administrativos ou criminais) envolvendo essas internações, o que reforçaria ou refutaria a hipótese de migração do debate, no Poder Judiciário sobre as internações forçadas, do âmbito penal para o cível/administrativo.

TABELA 6
Tipos de recurso no TJDFT (2001-2016)

Tipo de recurso	Quantidade	%
Agravo (de instrumento)	26	27
Agravo (de execução penal)	1	1
Apelação (cível)	31	32
Apelação (criminal)	1	1
Habeas corpus (cível)	1	1
Habeas corpus (criminal)	5	5
Reexame necessário	30	31
Remessa de ofício	2	2
Conflito de competência	1	1
Total geral	**98**	**100**

Fonte: Base de dados disponibilizada pelo TJDFT. Disponível em: <http://www.tjdft.jus.br/>.
Elaboração da autora.

32. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/saude/COPEDS/ata-da-1a-reuniao-copeds-12a14mar2014>.
33. O art. 21, inciso I, do Regimento Interno do TJDFT estabelece a competência das câmaras cíveis para processar e julgar os conflitos de competência.
34. O julgamento de apelação e agravo de instrumento bem como de *habeas corpus* referente à prisão civil decretada por magistrado de primeiro grau são de competência das turmas cíveis, de acordo com o art. 26, inciso I, alíneas a e b e inciso II, do Regimento Interno do TJDFT.
35. De acordo com o art. 27, incisos I e II, do Regimento Interno do TJDFT, compete às Turmas Criminais julgar apelação criminal, recurso de agravo em execução, *habeas corpus* impetrado contra decisão de magistrado de primeiro grau e *habeas corpus* impetrado contra ato emanado de Turma Recursal dos Juizados Especiais Criminais.

A apelação cível (32%) é o tipo de recurso mais utilizado pelas partes dos processos sobre internação compulsória e involuntária, seguido do reexame necessário (31%) e do agravo de instrumento (27%), todos julgados por órgãos (Câmara e turmas) cíveis. Somados, os recursos cíveis – agravo de instrumento (27%), apelação cível (32%), conflito de competência (1%) e *habeas corpus* (cível) (1%) – equivalem a mais de 60% do total de recursos. Se acrescentarmos os recursos administrativos – reexame necessário (31%) e remessa de ofício (2%) – a essa porcentagem, chega-se a 94% dos recursos, dos quais apenas 7% são da área penal/criminal.

Esses achados confirmam a hipótese de migração do debate, no Poder Judiciário, das internações forçadas do âmbito penal para o cível/administrativo, com consequências importantes em relação a direitos de usuários ou dependentes de drogas.

O alto índice de recursos administrativos (33%) deve-se à exigência de se recorrer da sentença, quando o poder público, nesse caso, o Distrito Federal, perde ou é o obrigado a pagar algo. Muitos processos sobre internações forçadas envolvem *obrigação de fazer*, ou seja, exigem que o Estado forneça atendimento em saúde mental a despeito de haver ou não dispositivos em saúde mental e recursos públicos disponíveis para tal. Essas questões são de competência das varas da Fazenda Pública, cabendo "(...) ao juízo fazendário decidir sobre a obrigação ou não do Distrito Federal de fornecer o tratamento, mas não decidir sobre a internação compulsória em si" (Acórdão nº 620.874, de 2012, do TJDFT).[36]

Esse é um argumento relevante, não só porque envolve recursos públicos, mas porque chama a atenção para um equívoco que, se não estimula, corrobora a propositura e o deferimento de pedidos de internação forçada, qual seja: a compreensão generalizada de que, dada a insuficiência dos recursos extra-hospitalares e/ou públicos, o acesso à saúde mental dar-se-á via internação compulsória, determinada pelo Poder Judiciário. Entretanto, se demonstrada a referida insuficiência da atenção ofertada pela rede de atenção psicossocial do SUS, a compulsoriedade volta-se contra o poder público e não para a pessoa que necessita do tratamento. Em outros termos, o Distrito Federal é quem deverá suportar o ônus financeiro do tratamento, na modalidade de internação, a qual, por sua vez, mesmo que determinada judicialmente, será voluntária, caso o usuário ou dependente de drogas queira ser assim tratado, ou esteja de acordo com ela. Será involuntária se o pedido for apresentado por um familiar ou responsável, sem a concordância daquele que será submetido à internação, como será visto adiante.

36. Disponível em: <https://bit.ly/2GfoRhC>.

3.2.6 Quem recorre

A maioria dos recursos (66%) contra decisões (sentenças) dos juízes de primeiro grau é apresentada pelos próprios usuários ou dependentes de drogas ou por um familiar, a pretexto de estarem buscando o reconhecimento da dignidade humana e a efetivação do direito à vida e à saúde, entre outros.

TABELA 7
Recorrente no TJDFT (2001-2016)

Recorrente	Quantidade	%
Assistência jurídica gratuita	3	3
Distrito Federal	28	29
Ministério Público	1	1
Pessoa física	65	66
Poder Judiciário	1	1
Total geral	**98**	**100**

Fonte: Base de dados disponibilizada pelo TJDFT. Disponível em: <http://www.tjdft.jus.br/>.
Elaboração da autora.

Em segundo lugar aparece o Distrito Federal com 29% dos pedidos de recursos em virtude do reexame necessário/remessa de ofício. Cabe destacar que, de acordo com a LRP, se o próprio usuário ou dependente de drogas requerer sua internação, tem-se uma *internação voluntária*. Entretanto, como vem sendo dito ao longo deste capítulo, verifica-se que, a despeito de o usuário ou dependente de droga não apresentar resistência ou discordância com a internação, o pedido é de internação compulsória. Ilustra o equívoco envolvendo a problemática um trecho de decisão do TJDFT:

> na origem, C.E.P.S. ajuizou ação de conhecimento em desfavor do Distrito Federal, objetivando compelir o réu a assegurar a sua internação para tratamento psiquiátrico, [na modalidade de internação compulsória, de acordo com a ementa do acórdão] conforme orientação do Centro de Atenção Psicossocial do Guará II, em qualquer hospital da rede pública de saúde ou a custear a internação na rede privada (Acórdão nº 968.394, de 2016, do TJDFT).[37]

Se a internação é solicitada por familiar, diz-se que é uma internação psiquiátrica involuntária (IPI). Quer na modalidade de voluntária, quer na involuntária, a atuação do Poder Judiciário não é exigível e nem desejável, posto tratar-se de medida afeta à área de saúde mental e não judicial, de caráter excepcional de acordo com a LRP.

37. Disponível em: <https://bit.ly/2Gp7StB>.

Como dito em tópico anterior, o acionamento do Poder Judiciário, via pedidos de internações forçadas, deve-se, em vários casos, à impossibilidade de o usuário ou dependente de drogas arcar com os custos do próprio tratamento e não porque não queira se tratar ou tenha praticado algum crime. Se a questão é financeira, o que está em jogo é a obtenção do financiamento público do tratamento pretendido, envolve a concretização de um direito humano e fundamental e não uma resposta extrema, de cunho jurídico-punitivo ou biomédico como a internação compulsória. Nesse sentido, trazemos trecho de ementa de acórdão do TJDFT.

> Constitucional. Administrativo e processual civil. Reexame necessário. Ação de obrigação de fazer. Internação compulsória para tratamento de dependência química. Necessidade comprovada. Obrigação do Estado.
>
> (...)
>
> 2. Diante da necessidade de pessoa economicamente desamparada ser submetida à internação compulsória em razão de dependência química, deve o Estado ser compelido a assegurar o tratamento indicado, na rede pública, ou custear o procedimento na rede particular.
>
> 3. Remessa oficial conhecida e não provida (Acórdão nº 968.394, de 2016, do TJDFT).[38]

A busca por acesso a equipamentos públicos de saúde mental ou ao financiamento público do tratamento da adicção em dispositivo privado, na modalidade de internação, pela via judicial, deve se apresentar como instrumento de garantia e efetivação e não de violação de direitos da pessoa que faz uso abusivo de álcool ou outras drogas.

3.2.7 Contra quem se recorre

No polo inverso do item anterior, o Poder Executivo distrital aparece com maior frequência, tanto singularmente considerado (18%) quanto associado a terceiros (44%). O acolhimento do pedido, ou seja, a autorização da internação involuntária ou compulsória às expensas do poder público torna o Distrito Federal o "recorrido" mais frequente.

TABELA 8
Recorrido no TJDFT (2001-2016)

Recorrido	Quantidade	%
Distrito Federal	18	18
Distrito Federal e outros	4	4
Distrito Federal e usuário	38	39
Distrito Federal, genitores e usuário	1	1

(Continua)

38. Disponível em: <https://bit.ly/2Gp7StB>.

(Continuação)

Recorrido	Quantidade	%
Juizado Especial Criminal	1	1
Ministério Público	2	2
Pessoa física	3	3
Usuário	9	9
Usuário representado	8	8
Vara Criminal	2	2
Vara de Família	2	2
Juízo do Tribunal do Júri	1	1
Pessoa física e usuário	9	9
Total geral	**98**	**100**

Fonte: Base de dados disponibilizada pelo TJDFT. Disponível em: <http://www.tjdft.jus.br/>.
Elaboração da autora.

O poder público figura como recorrido em mais de 50% dos casos, o que reafirma a hipótese anteriormente lançada no sentido de que pedidos de internações involuntárias e compulsórias deveriam ser apresentados na forma de obrigação de fazer.[39] O problema é econômico-financeiro e não criminal ou de saúde em sentido estrito, pois, não raro, as pessoas com transtornos mentais e suas famílias não dispõem de recursos próprios para o custeio de tratamento.

Ao se socorrer do Poder Judiciário para tal, a busca da efetivação do direito humano à saúde mental acaba, contudo, sendo reduzida à internação e, mais perversamente, à internação compulsória. Essa judicialização negativa da saúde mental não apenas sujeita o indivíduo à gramática judiciária, que está longe de ser a mais adequada para tratar do problema de fundo, mas também pode criar outros.

3.2.8 Argumentos jurídico-normativos utilizados

A internação é requerida principalmente com base no direito à saúde (38%). Em segundo lugar, conjugando o direito à saúde ao direito à vida, temos uma porcentagem de 14%. Vislumbra-se que o paradigma biomédico combinado com o de direitos humanos encontra-se sintetizado pelos direitos à vida e à saúde e prevalece sobre o paradigma jurídico-punitivo, que estaria representado pelo argumento exclusivo do direito à liberdade (10%).

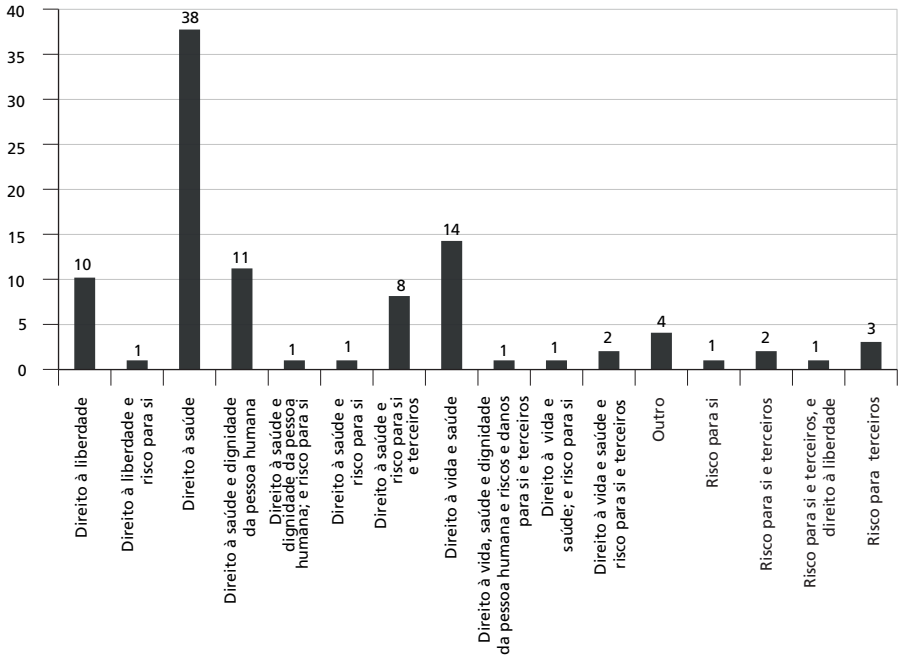
Os argumentos como risco para si (1%), risco para terceiros (3%) e risco para si e terceiros (2%), direito à liberdade e risco para si (1%), risco para si e terceiros e direito

39. A obrigação de fazer, conforme a doutrina, é aquela por meio da qual "o devedor compromete-se a prestar uma atividade qualquer, lícita e vantajosa, ao seu credor" (Azevedo, 2011, p. 47). Aplicando essa definição à problemática em análise, o Distrito Federal tem a obrigação de fornecer serviço em saúde – público ou privado – para aqueles que necessitarem.

à liberdade (1%) parecem denotar, entretanto, uma sobreposição entre os paradigmas jurídico-punitivo e biomédico, que remete, em linguagem econômica, à periculosidade.

> A concepção de risco, que corresponde à extensão da racionalidade econômica para todos os setores da existência do mundo calcado no pensamento neoliberal (Foucault, 2008b – *Nascimento da Biopolítica*), é um ingrediente que vem pautando as políticas voltadas para o enfrentamento da criminalidade e, em especial, para o tratamento dispensado aos criminosos. A probabilidade de cometimento de novos crimes e a necessidade de fundamentação técnico-formal para a decisão acerca da liberação ou não de um indivíduo sujeito à intervenção estatal convertem a atuação das profissões auxiliares do sistema jurídico, como psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais, em verdadeiros oráculos" (Matsuda, 2009, p. 29).

GRÁFICO 3
Fundamento do pedido
(Em %)



Fonte: Base de dados disponibilizada pelo TJDFT. Disponível em: <http://www.tjdft.jus.br/>.
Elaboração da autora.

O pedido de internação compulsória com fulcro na noção de risco – para si ou para outrem – representa 9% dos pedidos. Vimos anteriormente que essa expressão camufla a ideia de periculosidade própria do direito penal, perpetuando

o paradigma da defesa social em prejuízo do reconhecimento dos direitos humanos e fundamentais desses indivíduos.

Nessa situação, é importante que o magistrado busque comprovar o risco real que a pessoa com transtorno mental ou transtornos decorrentes do uso de drogas representa para a sua própria integridade ou de seus familiares, já que "a produção jurídica sobre o sistema de controle do Estado há de se vincular a argumentos de concreta proteção de indivíduos, e não de meros riscos hipotéticos (...). Um futuro incerto que não pode justificar a restrição de liberdade de um cidadão" (Lemos, 2013, p. 325).

Caso seja confirmado, pelo Poder Judiciário, que o comportamento da pessoa com transtorno mental decorrente do uso de drogas realmente traz risco para sua própria integridade, a internação a ser realizada é, no entanto, a involuntária. Se o risco for à integridade física ou à vida de familiares, o juiz deverá determinar a internação compulsória, pois tem-se uma questão criminal, regulada pela legislação penal brasileira.

Normativamente, os pedidos de internação estão lastreados principalmente na LRP (56%) e na combinação entre ela e a Lei de Drogas (17%). Excepcionalmente, porém, ainda podem ser encontrados pedidos de internação ou decisões embasados no Decreto nº 24.559/1934 e no Decreto-Lei nº 891/1938, que não foram recepcionados pela atual ordem jurídico-constitucional, pois são normas incompatíveis com o arcabouço normativo internacional e interno e com as políticas públicas vigentes, não devendo, portanto, ser aplicadas pelas partes ou pelos julgadores. As combinações normativas entre LRP e Lei de Drogas e a decisão com base nos revogados Decreto nº 24.559/1934 e Decreto-Lei nº 891/1938 também denotam caráter prevalentemente jurídico-punitivo, segregador dos usuários e dependentes de drogas, o que ainda reflete uma visão de defesa social.

TABELA 9
Fundamento normativo no TJDFT (2001-2016)

Fundamento normativo	Quantidade	%
Decreto nº 24.559/1934, Decreto-Lei nº 891/1938 e Lei nº 10.216/2001	2	2
Decreto nº 24.559/1934, Lei nº 10.216/2001 e Lei nº 11.343/2006	1	1
Lei nº 10.216/2001	55	56
Lei nº 10.216/2001 e Lei nº 11.343/2006	17	17
Lei nº 11.343/2006	1	1
Não informado	7	7
Outros	15	15
Total geral	**98**	**100**

Fonte: Base de dados disponibilizada pelo TJDFT. Disponível em: <http://www.tjdft.jus.br/>.
Elaboração da autora.

Boiteux (2013, p. 74) chama a atenção para a utilização da LRP, por autoridades públicas, para justificar internações forçadas. Essa estratégia aponta, segundo a autora:

> para uma saída jurídica que permite às autoridades retirar de circulação essas pessoas consideradas "indesejáveis" por sua própria condição, sem que estas tenham que ser flagradas na prática de delitos, e com redução de garantias, eis que o processo penal exige a formalização da atribuição da culpa e a presença de um advogado, dentre outras garantias constitucionais se comparado à LRP.

A reflexão citada aplica-se, também, ao sistema de justiça, que tem sido provocado e tem decidido com base na LRP, contrariamente ao seu télos. A norma que nasceu para garantir direitos e incluir pessoas tem se prestado a justificar violação de direitos humanos e fundamentais.

3.2.9 Serviços de saúde para encaminhamento

Uma questão inicial que impulsionou a realização desta pesquisa foi a possibilidade de o Poder Judiciário ou o Ministério Público estarem definindo o(s) serviço(s) ou a(s) instituição(ões) para onde o usuário ou dependente químico seria encaminhado. Essa indagação decorreu de duas fontes distintas. A primeira diz respeito aos dados qualitativos (relatório etnográfico) e quantitativos (*survey*) da pesquisa *Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras* (Ipea, 2017). A segunda fonte também é originária da Diest/Ipea. Trata-se de dados qualitativos da pesquisa *Monitoramento dos Efeitos da Nova Política Uruguaia de Regulação do Mercado de Cannabis sobre a Zona de Fronteira: percepção das autoridades de segurança e dos atores do sistema de justiça criminal* desenvolvida por Cunha e Pessoa (2017) e parte integrante dessa obra.

Relatos etnográficos de ambas as pesquisas indicam haver casos de encaminhamento de usuários ou dependentes de drogas às CTs, pelo sistema de justiça. Sobre uma das CTs pesquisadas, destinada à internação voluntária de homens, maiores de idade, a pesquisadora responsável apresentou a seguinte narrativa:

> a internação seria necessariamente voluntária. No entanto, há casos de pessoas que foram encaminhadas por medida judicial, o que gera uma confusão acerca do voluntarismo da internação, afinal a pessoa escolheu trocar a prisão pela internação, conforme o argumento daqueles que disseram estar internados pelo encaminhamento da justiça (relatório etnográfico).[40]

Chama atenção também o caso de outra CT criada por iniciativa de uma promotora de justiça. Seu propósito inicial era acolher adolescentes em conflito com a lei, em cumprimento de medida de liberdade assistida, a fim de "evitar que o adolescente cometa novamente ato infracional, para isso busca-se reforçar laços

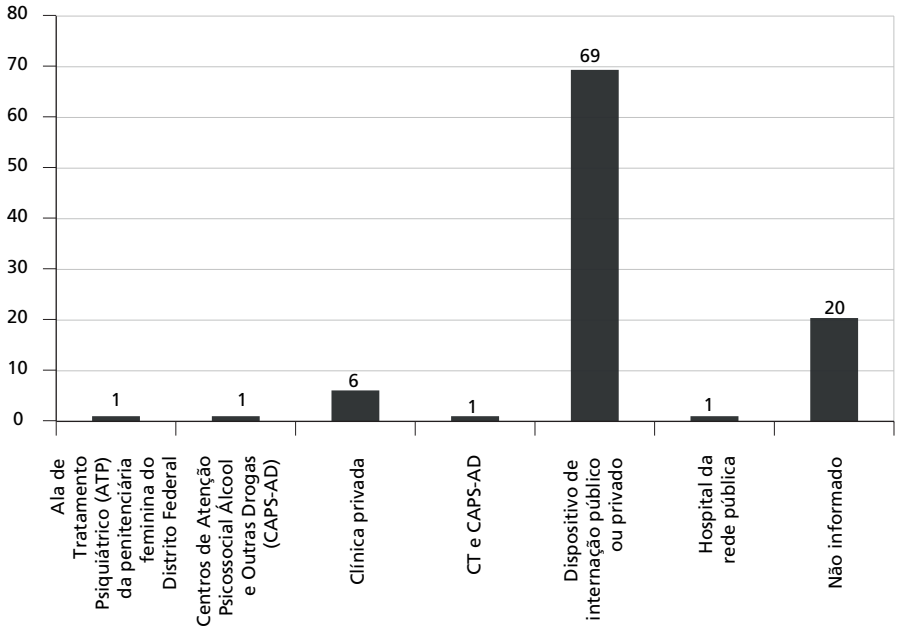
40. O relatório etnográfico é um documento de uso interno do Ipea.

familiares e comunitários" (relatório etnográfico). Entretanto, em face da inexistência de políticas públicas municipais, o trabalho foi tomando uma dimensão maior, seus objetivos foram ampliados e o local passou a atuar como uma CT, realizando o acolhimento de qualquer pessoa que ali buscasse auxílio.

Os dados quantitativos coletados pela mesma pesquisa, por seu turno, indicam que há pouca cooperação entre o sistema de justiça e as CTs (Ipea, 2017, p. 26-27).

Corroborando a excepcionalidade do direcionamento de dependentes de drogas a instituições específicas, os pedidos e as decisões sobre internação compulsória e involuntária aqui analisados são majoritariamente genéricos. O governo do Distrito Federal (GDF) deverá oportunizar, às suas expensas, ao usuário (17%) ou dependente de drogas (75%), a internação em um dispositivo de internação público ou privado (69%).

GRÁFICO 4
Serviços para encaminhamento
(Em %)



Fonte: Base de dados disponibilizada pelo TJDFT. Disponível em: <http://www.tjdft.jus.br/>.
Elaboração da autora.

Apenas 6% das decisões mencionam internações em clínicas privadas e 1% em CT. O encaminhamento pode ser verificado no acórdão do TJDFT, cujo relatório diz:

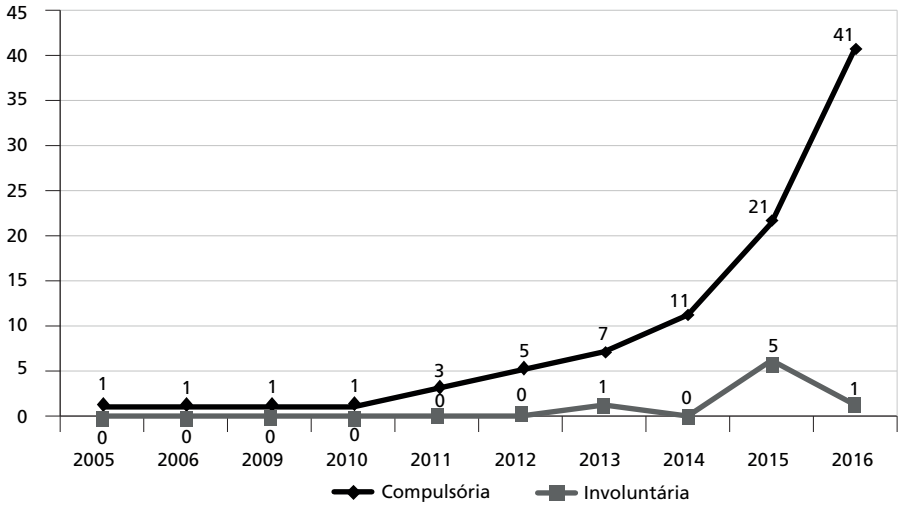
> às fls. 333/335, o réu trouxe informações acerca da situação atual do autor e requereu *"autorização para transferência do autor para a Comunidade Terapêutica ACAT e continuidade do tratamento no CAPs-AD do Itapoã"* (Acórdão nº 775.957, de 2014, do TJDFT).[41]

Nessa pesquisa, em razão das limitações decorrentes da pesquisa documental em acórdãos, e do previsto no já citado artigo 3º, § 2º, do Provimento CNJ nº 04/2010,[42] não foi possível identificar para qual/quais dispositivo(s) de internação o GDF encaminha esses indivíduos, e nem o consequente impacto econômico do eventual direcionamento desses usuários ou dependentes de drogas para dispositivo de internação privado. Para isso, seria oportuno realizar um levantamento desses dados junto à Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

3.2.10 Internações forçadas no tempo

Pode-se afirmar que a busca pelas internações forçadas e, em especial, pela internação compulsória de usuários ou dependentes de drogas está aumentando com o passar dos anos.

GRÁFICO 5
Evolução do percentual de internações
(Em %)



Fonte: Base de dados disponibilizada pelo TJDFT. Disponível em: <http://www.tjdft.jus.br/>.
Elaboração da autora.

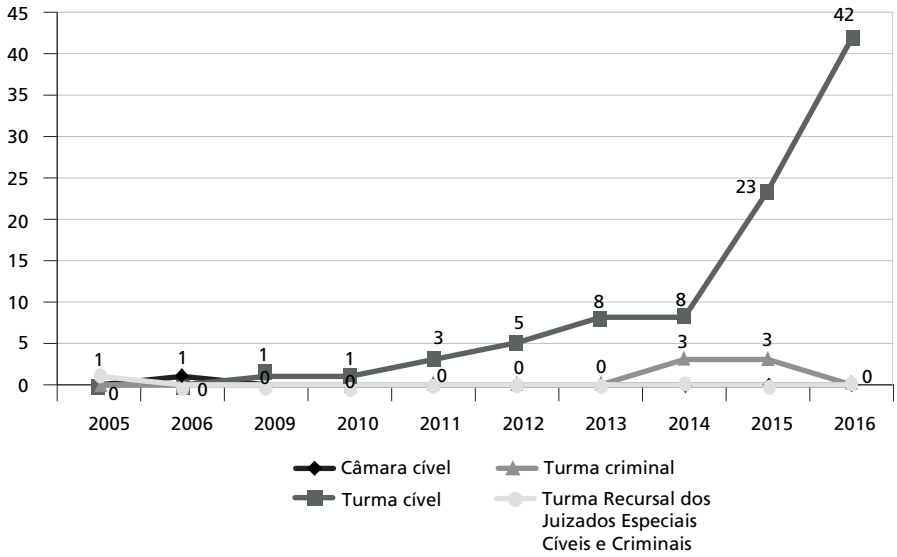
41. Disponível em: <https://bit.ly/2Bg8lrQ>.

42. O Poder Judiciário deve se restringir "ao encaminhamento do usuário de drogas à rede de tratamento, não lhe cabendo determinar o tipo de tratamento, sua duração, nem condicionar o fim do processo criminal à constatação de cura ou recuperação" (Brasil, 2014).

De acordo com o gráfico 5, 2011 – um ano após o lançamento do plano Crack, É Possível Vencer – marca o início desse aumento. Entretanto, como se depreende do gráfico 6, o aumento dessas internações compulsórias em 2011 se dá na esfera cível e não no âmbito penal, área do direito em que se situa a Lei de Drogas.

O aumento da atuação do Poder Judiciário ao longo dos anos denota uma judicialização negativa da saúde mental, na área cível, sem as garantias próprias do direito penal. Mais uma vez, o paradigma dos direitos humanos perde para os da defesa social e biomédico.

GRÁFICO 6
Evolução do percentual do órgão julgador por ano de julgamento
(Em %)



Fonte: Base de dados disponibilizada pelo TJDFT. Disponível em: <http://www.tjdft.jus.br/>.
Elaboração da autora.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em regra, a adoção das internações forçadas – individuais ou em massa – como política pública se orienta pelos paradigmas jurídico-punitivo e biomédico, independentemente da prática de delito(s) diverso(s) do porte de drogas para consumo próprio e à revelia das diretrizes da OMS, das normas de direito internacional sobre direitos humanos e do atual estágio do direito administrativo e da Lei de Drogas. Nesse sentido, essas internações não possuem fundamento técnico-científico nem jurídico. Antes, essas modalidades de internações refletem uma persistente visão pautada na periculosidade e no risco, que remetem à

articulação entre o poder disciplinar e o biopoder, ao controle individual e coletivo dos corpos pelo Estado.

Caracteriza-se como exceção ao anteriormente exposto a internação involuntária embasada no risco concreto de vida para o indivíduo e/ou para outrem.

Embora aparentemente apoiadas pela população, essas medidas são rechaçadas por organismos internacionais, como a OMS, o UNODC, a OPAS e o Unicef, que se manifestaram em diferentes oportunidades sobre a inadequação e ineficiência dessas modalidades de tratamento como estratégia central. Essas instituições "explicitam que o direito à autonomia e à autodeterminação, o combate ao estigma, ao preconceito e à discriminação e o respeito aos direitos humanos devem ser observados em qualquer estratégia de tratamento para a dependência de drogas" (OPAS/OMS, 2013). Além disso, recomendam, ainda, o investimento prioritário em ações e serviços de redução de danos e de atenção psicossocial, em meio comunitário e acessados de forma voluntária.

A internação involuntária de usuários ou dependentes é espécie de tratamento em saúde, enquanto a internação compulsória é modalidade de sanção penal. Entretanto, tem-se verificado o reconhecimento doutrinário acerca da sua possibilidade, bem como a efetiva provocação do Poder Judiciário, na esfera cível, em especial, na área de família, para a autorização dessas internações forçadas. Aqui, a família se junta à psiquiatria e ao direito enquanto instituições responsáveis pela (res)significação da vida e do comportamento de usuários e dependentes. Nesse intento, argumentos como risco para si e para terceiros (re)aparecem fundamentando esses pedidos, que, a despeito de muitas vezes não possuírem evidências justificadoras, são acolhidos pelos julgadores.

A comprovada incapacidade relativa do usuário ou dependente, que deveria impactar apenas na gestão patrimonial da pessoa, também se presta a embasar pedidos de internações forçadas, que, não raro, são autorizados por magistradas/magistrados, sob o fundamento de se garantir o direito à vida e à saúde desses usuários ou dependentes (questão de ordem existencial).

O instituto da interdição, medida substitutiva da vontade negocial do indivíduo e de caráter excepcional, foi colocado na berlinda pela CDPD, que trouxe significativa alteração da teoria das incapacidades. Contudo, a interdição mantém-se hígida na prática judicial que precede e permeia pedidos e decisões sobre internações forçadas.

Sob o pretexto de fazer o Poder Executivo garantir o acesso à saúde mental de usuários e dependentes de drogas como direito humano e fundamental, familiares vêm demandando o financiamento de internações forçadas ao Poder Judiciário, por outra via judicial: as Varas da Fazenda Pública. Com o intuito de forçar o

cumprimento de uma obrigação, devida pelo poder público, tem-se limitado a capacidade jurídica (considerando o usuário ou dependente relativamente incapaz), cerceando a autonomia e restringido o direito à liberdade, numa flagrante afronta a normas internacionais e internas de direitos humanos e fundamentais, bem como à LRP e à Lei de Drogas.

A Lei de Drogas, de 2006, trouxe importante inovação ao despenalizar o uso de substâncias e remeter seus usuários ou dependentes para cuidados de saúde (art. 28), preferencialmente na rede pública. Sendo assim, é possível dizer que ela alia os paradigmas biomédico e de direitos humanos.

A despeito disso, mais de dez anos depois do início da sua vigência, a aplicação dessa lei tem ensejado consequências indesejáveis, que apontam para sua inaplicabilidade e inefetividade. Entre elas, e contrariamente ao télos normativo, verifica-se, por parte de autoridades públicas, a manutenção de práticas jurídico-punitivas, como o frequente enquadramento e condenação de usuários e dependentes de drogas pelo crime de tráfico, e seu consequente encarceramento, mesmo quando pequena a quantidade de drogas encontrada com eles e ainda que as principais provas consideradas pelos juízes seja a palavra do policial que realizou o flagrante (Haber, 2018). Não raro, como já identificado por outros pesquisadores aqui citados, esses indivíduos são jovens, do sexo masculino, de baixa escolaridade, negros ou pardos, que estão desempregados ou atuando no mercado informal, réus primários e sem antecedentes criminais, ou seja, representantes da "ralé" brasileira, como provocativamente Souza (2017) denomina essa parcela da população.

Corroborando as ações de alguns municípios e estados brasileiros e a despeito do posicionamento contrário a elas exposto por organismos internacionais: o Poder Legislativo brasileiro, representado pela Câmara dos Deputados, tem proposto alterações à LRP e à Lei de Drogas.

Algumas dessas alterações objetivam assegurar direitos, como é o caso dos PLs nºs 1.817/2015 e 7.912/2017. Outras, contudo, propõem alterações no art. 28 da Lei de Drogas, no sentido de autorizar a internação compulsória como estratégia central de atenção a usuários e dependentes de drogas.

O Poder Judiciário pátrio também tem adotado entendimentos divergentes sobre as internações forçadas, com importantes consequências para a vida, a saúde e a liberdade daqueles que estão submetidos a essas decisões.

A internação compulsória corresponde à quase totalidade dos pedidos de internação apresentados ao TJDFT (93%), o que contraria o Enunciado nº 01/2014 do CNJ. A maioria dos pedidos envolve dependência (75%) de álcool (26%) ou de *crack* (21%), confirmando dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2015a), que informam ser o álcool e não o *crack* a droga que demanda maior número de atendimentos do SUS.

Apenas 53 (54%) dos 98 pedidos de internação forçada apresentados ao TJDFT foram instruídos com laudo médico circunstanciado, em observância à LRP. A ausência desses laudos, por si só, já deveria levar ao indeferimento, pelo Poder Judiciário, de pedidos de internação. Além de descumprir a lei, as decisões desses pedidos não consideram orientação do CNJ, exposta no enunciado nº 5/2014, que pede cautela aos magistrados em relação ao julgamento de processos que envolvam, entre outras temáticas, internação compulsória. Esse enunciado recomenda que, em virtude da complexidade do tema das internações compulsórias, os magistrados exijam mais provas para deferi-los (como avaliação psiquiátrica para emissão de laudo pericial).

O pedido de interdição ou a situação de interditado da pessoa é informado em 21 (21%) dos casos. Entre os acórdãos examinados, 93% foram julgados por turmas cíveis e por câmara cível, o que reflete uma estratégia de encarceramento sem a prática de crime, uma burla às atuais políticas de saúde mental e de drogas, que preconizam a atenção comunitária e a despenalização do porte de drogas ilícitas para consumo próprio.

Paradoxalmente, os próprios usuários ou dependentes – por si ou por meio de familiares – figuram como os principais recorrentes (66%) das decisões de primeiro grau. Essa contradição, que traz várias consequências para o indivíduo, além de implicar custos econômicos para ele e para o Estado, parece refletir o entendimento de que o acesso à saúde dar-se-á por intermédio da provocação do Poder Judiciário, via internação compulsória, numa autêntica judicialização negativa da saúde mental. Essa hipótese soa plausível quando se verifica que a maior porcentagem de recursos (18%) é contra o Distrito Federal ou contra o Distrito Federal e outros (44%). Aqui, também, se vislumbra um descompasso entre as orientações do CNJ e as decisões. No enunciado nº 3/2014 do referido conselho, recomenda-se ao autor da ação a busca preliminar sobre disponibilidade do atendimento, evitando-se a judicialização desnecessária.

As internações forçadas são requeridas principalmente com base no direito à saúde (38%) ou nos direitos à saúde e à vida. Vislumbra-se que o paradigma biomédico combinado com o de direitos humanos encontra-se sintetizado pelos direitos à vida e à saúde e deve prevalecer sobre o paradigma jurídico-punitivo, que estaria representado pelo argumento exclusivo do direito à liberdade (10%). Entretanto, como debatido, os argumentos como risco para si (1%), risco para terceiros (3%), risco para si e terceiros (2%), direito à liberdade e risco para si (1%), risco para si e terceiros e direito à liberdade (1%) parecem denotar uma sobreposição entre os paradigmas jurídico-punitivo e biomédico, que remete, em linguagem econômica, à periculosidade.

Juridicamente, chama atenção a inexistência de fundamentação dos pedidos em normas internacionais, quer sejam as três convenções sobre drogas, quer sejam, especialmente, os instrumentos de proteção aos direitos humanos de usuários ou dependentes de drogas. Esse achado corrobora pesquisa realizada com magistrados do Rio de Janeiro, há mais de dez anos, denotando a persistência e amplitude desse estado de coisas, qual seja, a provável relação entre o não reconhecimento da aplicabilidade de normas internacionais às questões aqui enfrentadas e um conhecimento precário do tema, ou mesmo o seu desconhecimento (Cunha, 2005, p. 149).

Verifica-se, ainda, no plano normativo, que os pedidos de internação estão lastreados principalmente na LRP (56%) e na combinação entre a LRP e a Lei de Drogas (17%). Entretanto, excepcionalmente, ainda podem ser encontrados pedidos de internação ou decisões embasados em normas não recepcionadas pela CF/1988, tais como o Decreto nº 24.559/1934 e o Decreto-Lei nº 891/1938.

Esse cenário denota a prevalência do paradigma jurídico-punitivo, segregador dos usuários e dependentes de drogas, o que reflete uma visão de *defesa social*, mesmo quando a questão é decidida na esfera cível. Nesse caminhar, parece se confirmar a hipótese de que as internações forçadas são a outra face do encarceramento em massa.

Geralmente, as decisões determinam que o poder público oportunize, às suas expensas, ao usuário (17%) ou dependente de drogas (75%), a internação em um dispositivo de internação público ou privado (69%), sem especificar qual deve ser esse equipamento, o que reflete o disposto no Provimento CNJ nº 04/2010, art. 3º, § 2º, a saber: "a atuação do Poder Judiciário limitar-se-á ao encaminhamento do usuário de drogas à rede de tratamento, não lhe cabendo determinar o tipo de tratamento, sua duração, nem condicionar o fim do processo criminal à constatação de cura ou recuperação" (Brasil, 2010).

Por fim, verificou-se o aumento contínuo e preocupante das decisões cíveis envolvendo internações forçadas, cujo ápice deu-se em 2011, um ano depois do lançamento do plano Crack, É Possível Vencer. Esse aumento da atuação do Poder Judiciário, na área cível, ao longo dos anos, denota a mencionada judicialização negativa da saúde mental, sem a rede de garantias próprias do direito penal. Mais uma vez, o paradigma dos direitos humanos perde para o jurídico-punitivo ou da defesa social e para o biomédico.

Percebe-se, hodiernamente, um movimento que busca, em síntese, retomar a centralidade da internação como modelo de tratamento em saúde mental e de transtornos por uso de drogas, por meio da expansão de serviços e leitos hospitalares. No Poder Executivo federal, esse processo faz-se perceber pela edição da Resolução do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad) nº 01/2018. Na esfera

Legislativa federal, pela criação da Frente Parlamentar Mista em Defesa da Nova Política Nacional de Saúde Mental e da Assistência Hospitalar Psiquiátrica.

A Resolução Conad nº 01/2018 – que acolhe boa parte do PL nº 7.663/2010 (tramitando, com alterações, no Senado como PLC nº 37/2013), de autoria de Osmar Terra e analisado na subseção 2.2 deste capítulo – busca realinhar a Política Nacional sobre Drogas, numa abordagem pautada "pela ampliação e reorganização da rede de cuidados, acolhimento e suporte sociais, conceitualmente orientadas para a prevenção e mobilização social, promoção da saúde, *promoção da abstinência*, suporte social e redução dos riscos sociais e à saúde e danos decorrentes" (Brasil, 2018, art. 1º, inciso III, grifo nosso). Essa reorientação marca uma guinada nas políticas públicas em saúde mental, drogas e segurança pública, cuja análise não é pertinente neste texto e nesta seção. Entretanto, cabe ressaltar que o Poder Executivo não pode afastar as normas internacionais e internas vigentes e atuar como se legislador fosse. Compete a ele regulamentar leis, por meio de portarias e resoluções. E as leis que atualmente pautam qualquer regulamentação nas áreas de saúde mental e drogas, inclusive as internações forçadas – sem descuidar dos instrumentos internacionais de proteção aos direitos humanos que se aplicam à questão –, são a LRP e a Lei de Drogas, cujos princípios e regras não se coadunam com a citada resolução.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, C. P.; DALTIN, D. A.; MUSSE, L. B. Da interdição civil à tomada de decisão apoiada: uma transformação necessária ao reconhecimento da capacidade e dos direitos humanos da pessoa com deficiência. **Revista de Estudos Empíricos em Direito**, v. 3, nº 2, p. 226-247, jul. 2016.

ARAÚJO, T. **Guia sobre drogas para jornalistas**. São Paulo: IBCCRIM-PBPD-Catalize-SSRC, 2017.

AZEVEDO, Á. V. **Teoria geral das obrigações e responsabilidade civil**. São Paulo: Atlas, 2011.

BOITEUX, L. Liberdades individuais, direitos humanos e a internação forçada em massa de usuários de drogas. **Revista Brasileira de Estudos Constitucionais**, Belo Horizonte, v. 7, nº 25, p. 53-80, jan./abr. 2013.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 2, 9 abr. 2001.

_____. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 1, 11 jan. 2002.

_____. Lei nº 11.343/2006, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad); prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 2, 24 ago. 2006.

_____. Conselho Nacional de Justiça. Provimento nº 4, de 26 de abril de 2010. Define medidas com vistas à eficácia e ao bom desempenho da atividade judiciária na implantação das atividades de atenção e de reinserção social de usuários ou dependentes de drogas, nos termos do art. 28, § 7º , da Lei nº 11.343/2006. Brasília: CCNJ, 17 jun. 2010.

_____. Projeto de Lei nº 1.144, de 26 de abril de 2011. Acrescenta o inciso IV ao art. 28 da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para fixar a pena de internação compulsória para tratamento dos usuários de drogas e bebidas alcoólicas. **Diário da Câmara dos Deputados**, Brasília, 2011.

_____. **Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência**. 4. ed. Brasília: SNPD/SDH, 2012. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/convencaopessoascomdeficiencia.pdf>.

_____. Projeto de Lei nº 7.270, de 19 de março de 2014. Regula a produção, a industrialização e a comercialização de Cannabis, derivados e produtos de Cannabis, dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, cria o Conselho Nacional de Assessoria, Pesquisa e Avaliação para as Políticas sobre Drogas, altera as leis nºs 11.343, de 23 de agosto de 2006, 8.072, de 25 de julho de 1990, e 9.294, de 15 de julho de 1999 e dá outras providências. **Diário da Câmara dos Deputados**, Brasília, 2014.

_____. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/15/Guia-Estrat--gico-para-o-Cuidado-de-Pessoas-com-Necessidades-Relacionadas-ao-Consumo-de---lcool-e-Outras-Drogas--Guia-AD-.pdf>.

_____. **Saúde mental em dados 12**. Brasília: SAS/DAPES, out. 2015b. ano 10, n. 12. Disponível em: <http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2015.

_____. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diáiro Oficial da União**, Brasília, jul. 2015c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm>.

_____. Projeto de Lei nº 8.018, de 5 de julho de 2017. Acresce parágrafo único ao artigo 3º da Lei nº 10.216, de 2001, de modo a tornar mais eficiente o processo de internação compulsória. **Diário da Câmara dos Deputados**, Brasília, 2017.

_____. Resolução nº 01, de 2018. Define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas (PNAD), aprovada pelo Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. **Lex Magister**, Brasília, 9 mar. 2018.

CAMPOS, M. S. Entre doentes e bandidos: a tramitação da Lei de Drogas (nº 11.343/2006) no Congresso Nacional. **Revista de Estudos Empíricos em Direito**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 156-173, jan. 2015.

CAMPOS, M. S.; ALVAREZ, M. C. Pela metade: implicações do dispositivo médico-criminal da "nova" Lei de Drogas na cidade de São Paulo. **Tempo Social**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 45-73, ago. 2017.

CARVALHO, S. Nas trincheiras de uma política criminal com derramamento de sangue: depoimento sobre os danos diretos e colaterais provocados pela guerra às drogas. *In*: LOPES, L. E.; BATISTA, V. M. **Atendendo na guerra**: dilemas médicos e jurídicos sobre o "crack". Rio de Janeiro: Revan, 2014. p. 189-226.

CLÉVE, C. M. Análise constitucional da relação entre saúde pública e internação psiquiátrica compulsória. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, ano 22, n. 5.296, 31 dez. 2017. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/62670/analise-constitucional-da-relacao-entre-saude-publica-e-internacao-psiquiatrica-compulsoria>. Acesso em: 16 dez. 2017.

CUNHA, A. S.; PESSOA, O. A. G. **Monitoramento dos efeitos da nova política uruguaia de regulação do mercado de *cannabis* sobre a zona de fronteira**: percepção das autoridades de segurança e dos atores do sistema de justiça criminal. Rio de Janeiro: Ipea, 2017. cap. 10. (Relatório de pesquisa).

CUNHA, J. R. Direitos humanos e justicialidade: pesquisa no Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro. **Revista Internacional de Direitos Humanos**, São Paulo, ano 2, n. 3, p. 139-172, 2005.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: ArtMed, 2008.

DINIZ, D. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**: censo 2011. Brasília: Letras Livres/Editora UnB, 2013.

DINIZ, M. H. **Dicionário jurídico**. São Paulo: Saraiva, 1998. v. 1.

FOUCAULT, M. L'évolution de la notion d'"individu dangereux" dans la psychiatrie légale du XIXe siècle. *In*: _____. **Dits et écrits**. Paris: Gallimard, 1994. v. 3. p. 443-464.

_____. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

HABER, C. D. (Coord.). **Pesquisa sobre as sentenças judiciais por tráfico de drogas na cidade e região metropolitana do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, 2018.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. Rio de Janeiro: Ipea, 2017. (Nota Técnica, n. 21).

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 2006.

LEMOS, C. Tratamento compulsório: droga, loucura e punição. **Sistema Penal e Violência**, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 319-337, jul./dez. 2013.

LEMOS, C. B.; SILVA, C. A. C. G. da. Crime e risco: os novos rumos do direito penal: uma política criminal de defesa social. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, v. 20, n. 97, p. 393-420, jul./ago. 2012. Disponível em: <https://www.academia.edu/12169347/CRIME_E_RISCO._Os_novos_rumos_do_direito_penal_uma_pol%C3%ADtica_criminal_de_defesa_social>. Acesso em: 8 fev. 2018.

MAIORIA dos paulistanos aprova ações na cracolândia. **Datafolha**, 2017. Disponível em: <http://datafolha.folha.uol.com.br/opiniaopublica/2017/06/1890337-maioria-dos-paulistanos-aprova-acoes-na-cracolandia.shtml>.

MARCO, M. A. de. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 60-72, jan./abr. 2006.

MATSUDA, F. E. **A medida da maldade**: periculosidade e controle social no Brasil. 2009. Dissertação (Mestrado), Universidade de São Paulo – São Paulo, 2009.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça do Estado. **Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde**. Belo Horizonte: TJMG, 2014. (Nota Técnica, n. 86).

MONTE ALEGRE, J. S. O princípio da liberdade no âmbito do direito administrativo. **Revista Brasileira de Direito Público**, Belo Horizonte, ano 4, n. 13, abr./jun. 2006.

NASCIMENTO, I. V. Prisão administrativa: prisão disciplinar militar. **Revista do Tribunal Regional Federal 1ª Região**, Brasília, v. 15, n. 12, dez. 2003.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE *et al*. **Joint statement**: compulsory drug detention and rehabilitation centres. New York: [s.n.], 2012. Disponível em: <http://www.who.int/hhr/JC2310_joint_statement_20120306final_en.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2017.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Nota técnica da OPAS/OMS no Brasil sobre internação involuntária e compulsória de pessoas que usam drogas**. Brasília: [s.n.], 2013. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3206:nota-tecnica-da-opas-oms-no-brasil-sobre-internacao-involuntaria-e-compulsoria-de-pessoas-que-usam-drogas&Itemid=875>. Acesso em: 11 mar. 2017.

SOUZA, J. de. **A ralé brasileira**: quem é e como vive. São Paulo: Contracorrente, 2017.

TJ-SP CASSA DECISÃO sobre internação compulsória de usuários de drogas. **Consultor Jurídico**, São Paulo, 28 maio 2017. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2017-mai-28/tj-cassa-decisao-permitia-internacao-compulsoria-sao-paulo>. Acesso em: 28 maio 2017.