PIOVESAN, Flávia. Tratados Internacionais de Proteção dos Direitos Humanos: jurisprudência do STF. *In*: MOURA, Lenice S. Moreira de (Org.). *O novo constitucionalismo na era pós-positivista*: homenagem a Paulo Bonavides. São Paulo: Saraiva, 2009.

PISARELLO, Gerardo. Globalización, constitucionalismo y derechos. *In*: CARBONELL, Miguel. *Neoconstitucionalismo(s)*. Madrid: Trotta, 2003.

SANCHIS, Luis Prieto. El constitucionalismo de los derechos. *In*: CARBONELL, Miguel. *Teoria del neoconstitucionalismo*. Madrid: Trotta, 2007.

SHECAIRA, Sérgio Salomão; CORRÊA JUNIOR, Alceu. *Teoria da pena*: finalidades, direito positivo, jurisprudência e outros estudos de ciência criminal. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

SILVA NETO, Manoel Jorge e. *Curso de direito constitucional*. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2006.

SPOSATO, Karyna Batista. *O direito penal juvenil*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2006.

VIEIRA, Oscar Vilhena. A Constituição como reserva de justiça. *Lua Nova – Revista de Cultura e Política*, Centro de Estudos de Cultura Contemporânea, n. 42, p. 53-97, 1997.

Informação bibliográfica deste texto, conforme a NBR 6023:2002 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT):

SPOSATO, Karyna Batista; MATOS, Êmille Laís de Oliveira. Impedimentos constitucionais à redução da maioridade penal no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos Constitucionais – RBEC*, Belo Horizonte, ano 7, n. 25, p. 33-52, jan./abr. 2013.

Recebido em: 06.06.2013
Aprovado em: 11.06.2013

Liberdades individuais, direitos humanos e a internação forçada em massa de usuários de drogas[1]

Luciana Boiteux
Doutora em Direito Penal pela USP.
Mestre em Direito Penal pela UERJ.

Resumo: O artigo trata das internações forçadas de usuários de droga adotadas como políticas públicas no Rio de Janeiro e em São Paulo, tendo por base a Lei nº 10.216/2001, e as questões constitucionais e legais decorrentes. Na perspectiva crítica, considera-se que esta estratégia adotada tem por objetivo reforçar o controle social da pobreza em relação aos mais vulneráveis, que são marcados pelo estigma de "loucos" "drogados" e "moradores de rua" e, por isso, são tratados à margem do direito. Na perspectiva dos direitos fundamentais reconhecidos pela Constituição brasileira e ainda no contexto mais amplo dos direitos humanos reconhecidos na ordem internacional, verificou-se que tal política viola liberdades individuais e direitos dos usuários e constitui um sério retrocesso da política de saúde mental no Brasil.

Palavras-chave: Internações forçadas. Política de drogas. Direitos humanos.

Sumário: Introdução – **1** Políticas públicas de internação forçada de usuários de drogas no Rio de Janeiro e São Paulo – **2** Direitos humanos dos usuários de drogas ilícitas – **3** A Lei Antimanicomial e o movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil – **4** A construção social do estigma do "usuário de *crack* morador de rua" e a seletividade da atuação estatal – Considerações finais – Referências

[1] O presente artigo contou com a colaboração da estudante de direito da UFRJ Natalia Sant'anna, bolsista de iniciação científica PIBIC/CNPq.

Introdução

Nas atuais discussões sobre política de drogas, para além da descriminalização,[2] e do tráfico de drogas,[3] um dos temas que hoje mais se destacam é o das internações forçadas em massa de usuários de drogas. Tal estratégia vem sendo utilizada em algumas capitais brasileiras, como Rio de Janeiro e São Paulo, para lidar com o que a mídia chama de "cracolândias", ou seja, locais onde se concentram pessoas que moram nas ruas para supostamente fazer uso de drogas ilícitas, notadamente do *crack*. A grande visibilidade dada ao tema pelos meios de comunicação, somada à iminência de grandes eventos esportivos levou as autoridades a adotarem uma proposta claramente midiática, de curto prazo: as chamadas internações forçadas em massa de usuários de drogas, cuja legalidade será analisada no presente texto.

A partir de uma abordagem crítica, trata-se do tema em tela sob a perspectiva constitucional-penal, trazendo à tona as principais questões jurídicas, combinadas com um enfoque criminológico que relaciona as escolhas políticas a estratégias de controle sobre as classes sociais desfavorecidas.

Utiliza-se como marco teórico a Criminologia Crítica (Alessandro Baratta),[4] que identifica na atuação seletiva do direito penal uma estratégia de controle social da pobreza, e propõe a construção de uma política criminal que seja protetora integral de direitos e não restritiva destes. Nesse sentido, nos afastamos do paradigma clássico-positivista por nos debruçarmos sobre o funcionamento real do sistema penal e suas relações com a estrutura sociopolítico-econômica.

No texto, utilizamos uma definição de controle social[5] que consideramos mais adequada ao estudo do controle do desvio, ao reverter a noção de que o desvio leva ao controle social, pela constatação de que é o controle social que leva ao desvio.[6] Adota-se, dessa forma, a visão de Stanley Cohen que o define como

[2] Em relação ao tema da descriminalização das drogas hoje ilícitas, sugerimos a leitura do artigo: BOITEUX. Breves considerações sobre a política de drogas brasileira atual e as possibilidades de descriminalização. *Boletim IBCCRIM*, p. 16-17.

[3] Sobre a questão do tráfico, remetemos à pesquisa sobre quem são os traficantes de drogas condenados no Rio de Janeiro e em Brasília (BOITEUX *et al.* (Coord.) *Tráfico de drogas e Constituição*).

[4] Defesa dos *direitos humanos* e política criminal. *Discursos Sediciosos – Crime, Direito e Sociedade*, p. 57-69.

[5] Tradicionalmente, definia-se controle social como: "o conjunto de instituições estratégicas e sanções sociais que pretendem promover e garantir o submetimento do indivíduo aos modelos e normas comunitários" (cf. GARCÍA-PABLOS DE MOLINA; GOMES. *Criminologia*: introdução a seus fundamentos teóricos, p. 102).

[6] Nesse sentido diz LEMERT, 1967, p. 8, que "older sociology tended to rest heavily upon the idea that deviance leads to social control. I have come to believe that the reverse idea, i.e., social control

www.neip.info

"as formas organizadas com que a sociedade responde a comportamentos e às pessoas que contempla como desviantes, problemáticos, preocupantes, ameaçadores, doentes ou indesejáveis", sob a forma de: "castigo, dissuasão, tratamento, prevenção, segregação, justiça, ressocialização, reforma ou defesa social".[7] Nesse contexto, localizamos a política das internações forçadas na rede de controle social formal, restringindo a liberdade de usuários de drogas com redução de garantias como um projeto político de exclusão social e controle da pobreza.

Diante das controvérsias que envolvem o tema, devem ser tomadas algumas cautelas básicas, tais como evitar uma análise de cunho moralista,[8] que leva consequentemente a droga a ser considerada como um tema tabu.[9] Nesse sentido, o uso de drogas é visto como um fato social complexo, que envolve vários campos do conhecimento, digno de uma profunda e séria abordagem. Do ponto de vista jurídico, parte-se do enfoque constitucional dos direitos e garantias fundamentais.

Para tratar do tema da internação forçada de usuários de drogas faz-se inicialmente uma descrição da situação do Rio e de São Paulo, para depois realizar uma breve revisão da legislação sobre os direitos dos usuários de drogas (e moradores de rua) na Constituição Federal, nos documentos internacionais de direitos humanos e na legislação brasileira. Em seguida, adentramos na análise das estratégias penais de controle social da pobreza no Brasil para avaliarmos qual é a real estratégia por trás dessa política e as questões legais referentes à questão, notadamente a violação de direitos humanos.

1 Políticas públicas de internação forçada de usuários de drogas no Rio de Janeiro e São Paulo

O caso das internações forçadas em massa adotadas como política pública deve ser analisado como um exemplo de política não penal no sentido estrito, mas que acarreta uma atuação repressiva, ainda que "alternativa", em relação aos

leads to deviance, is equally tenable and the potentially richer premise for studying deviance in modern society", *apud* MAGUIRE; MORGAN; REINER. *The Oxford Handbook of Criminology*, p. 454.

[7] COHEN. *Visiones de control social*, p. 17.

[8] Nesse sentido, parte-se do pressuposto de J. L. L. Mackie. *Ethics*, 1977, de que todos os julgamentos morais são falsos, uma vez que não existe uma realidade moral objetiva que lhes sirva de referência, *apud* OUTHWAITE. *Dicionário do pensamento social do século XX*, p. 484.

[9] No sentido de uma proscrição religiosa, indiscutível, da qual não se pode falar ou questionar, que Freud designava como a proibição de atos contraditórios aos padrões morais, ou como proibição instituída por um grupo social como medida de proteção, superstição; ou "interdição de ordem cultural e social sobre a qual se evita falar por pudor, crença ou superstição" (cf. HOUAISS; VILLAR. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*, p. 2654).

usuários de drogas ilícitas em situação de vulnerabilidade. A atualidade dessa política deve ser compreendida dentro do contexto dos megaeventos (Copa do Mundo e Olimpíadas), que ocorrerão nos próximos anos.

Em 2011, tivemos o primeiro exemplo do que foi chamado de internação compulsória[10] na cidade do Rio, que era, até então, limitada a crianças e adolescentes, de acordo com a Resolução nº 20, de 30 de maio de 2011, da Secretaria Municipal de Assistência Social que, em seu art. 5º, §3º, estabeleceu o protocolo do Serviço Especializado em Abordagem Social de abordagem à pessoa em situação de rua incluindo crianças e adolescentes nessa situação, com a seguinte definição:

> A criança e o adolescente que esteja nitidamente sob a influência do uso de drogas afetando o seu desenvolvimento integral será avaliado por uma equipe multidisciplinar e, diagnosticada a necessidade de tratamento para recuperação, o mesmo deverá ser mantido abrigado em serviço especializado de forma compulsória. A unidade de acolhimento deverá comunicar ao Conselho Tutelar e à Vara da Infância, Juventude e Idoso, todos os casos de crianças e adolescentes acolhidos.

O procedimento era realizado da seguinte forma: a criança ou adolescente em situação de rua eram abordados pelos agentes da SMAS, e depois levados à Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente (DPCA) para que fosse verificada existência de mandado de busca e apreensão; caso houvesse, seria imediatamente encaminhada ao Poder Judiciário. Em caso negativo, se se encontrassem "claramente" sob a influência de drogas seriam recolhidos a abrigo especializado de forma compulsória. Estes só seriam liberados após anuência tanto do Conselho Tutelar quanto do Juízo responsável,[11] ou seja, a lógica se inverte, a regra é a internação e a liberação só poderia ocorrer com ordem judicial ou do Conselho Tutelar.

Tal Resolução foi objeto de crítica de grupos de direitos humanos,[12] tendo a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro movido uma ação civil pública contra a prefeitura daquela cidade,[13] questionando a referida Resolução, por violação dos

[10] Atualmente a abordagem realizada pela Assistência social é chamada de "recolhimento compulsório". Contudo, o protocolo denomina de "abrigo em serviço especializado de forma compulsória", demonstrando a tentativa de camuflar a verdadeira estratégia.

[11] Segundo o art. 5º §5º, da Res. SMAS 20/2011, as crianças e os adolescentes acolhidos/abrigados só sairão após anuência do Conselho Tutelar da área e a autorização do Juízo responsável

[12] Com base nos artigos 5º, inciso LXI da Constituição Federal, 106 do Estatuto da Criança e do Adolescente, e art. 5º, inciso I, art. 22, inciso II e art. 28, §2º, da Lei nº 11.343/2006.

[13] Ação Civil Pública nº 0347466-26.2011.8.19.0001. *Vide* <http://noticias.r7.com/rio-de-janeiro/noticias/defensoria-publica-contesta-acolhimento-compulsorio-de-adolescentes-viciados-em-

www.help.info

direitos fundamentais das crianças e adolescentes. No mesmo sentido, o CONANDA (Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente), órgão nacional de controle da política de direitos das crianças no Brasil, declarou ilegal a citada Resolução do Rio de Janeiro, "além de práticas similares em outras cidades, pela inobservância das normativas nacionais e internacionais que versam sobre os direitos da criança e do adolescente, assim como a política nacional de atendimento à saúde mental, sugerindo seu imediato sobrestamento".[14]

Em maio de 2012, no curso da ação, foi firmado um Termo de Ajustamento de Conduta pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, do qual deve ser destacada a cláusula 7ª, §2º, que aduz que: "o município do Rio de Janeiro também se compromete a abster-se de empregar qualquer medida de remoção compulsória ou involuntária da população adulta em situação de rua, ressalvadas as hipóteses de flagrante delito ou por determinação médica".

A partir disso, e em resposta às denúncias, a Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro criou uma subcomissão que visitou as unidades de recolhimento dos adolescentes internados de forma compulsória no município do Rio de Janeiro, tendo apresentado um relatório, em junho de 2012, que detalha a situação dos locais de internação. Entre as conclusões, destacam-se os seguintes pontos: o difícil acesso aos locais de tratamento, o grande número de adolescentes recolhidos na forma da internação/recolhimento compulsórios, a confusão quanto à nomenclatura abrigamento e internação, ausência de qualquer comprovação dos efeitos sob os adolescentes objeto da internação/recolhimento/abrigamento compulsórios, medicalização diária e excessiva dos adolescentes. Por fim concluiu-se que:

> Considerando os fatores ora expostos, as violações de direitos e garantias fundamentais de crianças e adolescentes, a ilegalidade e inconstitucionalidade da Resolução nº 20 da SMAS, a contrariedade a normas e princípios consagrados no ECA, na Carta Magna de 1988, em tratados e convenções internacionais de direitos humanos, e em parâmetros e diretrizes básicos estabelecidos pelas políticas de Saúde/Saúde Mental e Assistência Social, os atores envolvidos na confecção deste relatório compreendem a necessidade da imediata suspensão das ações da SMAS que preconizam o recolhimento e internação compulsórios de crianças e adolescentes que fazem uso de álcool e outras drogas.

[14] Nota Técnica CONANDA: <http://drogasecidadania.cfp.org.br/nota-tecnica-recolhimento-e-internacao-compulsorios-de-criancas-e-adolescentes/>.

Apesar dessa reação, no Rio de Janeiro, o processo de utilização de medidas compulsórias foi ampliado, tendo o governo municipal, em outubro de 2012, anunciado a política de internação compulsória para adultos, com embasamento legal diverso da Resolução SMAS, que tratava só de crianças. As medidas foram implementadas de fato em fevereiro de 2013 com a internação de adultos da "cracolândia". Por causa do TAC firmada pelo MPRJ com a Prefeitura do Rio de Janeiro, que proíbe o recolhimento baseado na Resolução nº 20/2011 de adultos em situação de rua, houve uma alteração do título e de seu embasamento legal. Atualmente a Prefeitura interna compulsoriamente adultos com base na Lei nº 10.216/01, por meio da internação involuntária.

Em relação à distribuição geográfica dessa política nos bairros cariocas, "ao todo, 46% das internações se dão na zona sul, 29% no centro e 15% na zona norte. Somando as três porcentagens, temos 90%. Isso confirma que temos um quadro de limpeza social, e não de tratamento de saúde", afirmou o Promotor de Justiça Rogério Pacheco em Audiência Pública realizada na Câmara Municipal do Rio de Janeiro.[15] Contra essa decisão do Prefeito, o Ministério Público do Rio de Janeiro já ingressou com duas ações por improbidade administrativa, numa das quais foi pedida inclusive a cassação do mandato do prefeito e do secretário de Governo do Município do Rio de Janeiro, por abusos na remoção dos sem-teto.

Outro dado interessante, trazido pela Defensora Pública Juliana Moreira, do Núcleo de Defesa dos Direitos Humanos, é que a grande maioria da população de rua não é usuária de droga nem de álcool,[16] sendo certo que é o próprio estigma de serem habitantes das ruas que atrai essa ação totalitária das autoridades públicas cariocas.

Em São Paulo, há notícias de que a Prefeitura esteja, via Secretaria Municipal de Saúde, praticando internações compulsórias como política pública desde 2009, com a "Operação Centro Legal". Segundo os dados oficiais, teriam sido realizadas cerca de 2.800 internações entre 2009/2012, das quais as autoridades afirmam que cerca de 300 casos (11% do total) teriam sido de internações contra a vontade do paciente. Segundo informações oficiais, "Em casos específicos, sempre com laudo médico, optava-se pela internação compulsória para proteger a integridade física e mental do paciente".[17]

Diante dessa política adotada nas duas cidades, em que pesem suas diferenças pontuais — eis que São Paulo tem um sistema mais centralizado e com

[15] *Vide* <http://www.brasildefato.com.br/node/13133>.
[16] *Idem*.
[17] *Vide* <http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/lenoticia.php?id=225660>.

www.help.info

maior controle judicial, enquanto, no Rio de Janeiro, a política é exclusivamente municipal, sem participação de juízes na avaliação específica dos casos — verifica-se que ambas se baseiam, prioritariamente, na internação forçada em massa de população que vive nas ruas. Tal estratégia não considera prioritárias outras modalidades redutoras de danos muito mais eficazes, tais como o atendimento em regime aberto realizado nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD), ligado ao SUS, no Programa de Saúde da Família, na exitosa experiência dos Consultórios de Rua,[18] em Centros de Convivência para o acolhimento e apoio sem internação, ou o uso de leitos em Hospital Geral para desintoxicação nos casos em que há necessidade comprovada. Não se vê esforços em implementação e manutenção de políticas públicas integradas e de qualidade para a solução, ou ao menos minimização desse problema, pelo contrário, a decisão política nessas cidades é priorizar a exclusão da população de rua a qualquer custo.

Outro aspecto relevante é a falta de condições mínimas dos locais para onde são levadas essas pessoas internadas à força. Relatórios de fiscalização realizados por entidades apontam que não só as medidas adotadas não se coadunam com uma política de saúde mental respeitadora de direitos humanos, como também fazem relatos de torturas, falta de condições mínimas de funcionamento, ausência de profissionais de saúde, maus tratos, segregação, medicalização descontrolada e descumprimento de diretrizes dos Ministérios da Saúde e Desenvolvimento Social, entre outras violações de direitos.[19] Em que pese essa política deva ser fortemente questionada em sua legalidade, não se pode deixar de indicar outros interesses intrínsecos a essa escolha, que não é aleatória.

Trata-se de uma estratégia clara de ampliação da atuação (e do financiamento) de comunidades terapêuticas privadas em detrimento do SUS,[20] muitas delas ligadas a grupos religiosos, mas outras também a grupos laicos, que se opõem à política de saúde mental que vinha sendo adotada pelo Ministério da Saúde, na priorização do atendimento na rede pública de saúde, no formato

[18] *Vide* <http://twiki.ufba.br/twiki/bin/view/CetadObserva/ConsultoriodeRuana>.
[19] Cf. Relatório do Conselho Federal de Psicologia. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2a_Edixo_relatorio_inspecao_VERSxO_FINAL.pdf>, e de diversas entidades no Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.crprj.org.br/documentos/2012-relatorio_CADQs.pdf>.
[20] Desde 2011 nota-se uma mudança de rumos na política do Governo Federal, notadamente com a recente inclusão das Comunidades Terapêuticas como entidades conveniadas ao SUS (Sistema Único de Saúde), o que as permite receber verbas públicas, tendo sido editada a Res. SENAD nº 29/2011 para este fim.

preferencialmente ambulatorial, por meio dos CAPS-AD e outras estratégias de redução de danos.[21]

Diante desse quadro, passa-se a analisar os direitos dos usuários de substâncias ilícitas.

2 Direitos humanos dos usuários de drogas ilícitas

A Constituição Federal brasileira tem por base a dignidade da pessoa humana (art. 1º, inc. III) e reconhece, entre outros, o princípio da igualdade (art. 5º, *caput*, CF/88), segundo o qual "todos são iguais perante a lei". Isso já nos permite afirmar que a pessoa, pelo simples fato de ser usuária de alguma substância, lícita ou ilícita, não pode ser discriminada por esse uso, salvo se praticar um crime previsto previamente na lei (princípio da legalidade), dentro dos limites constitucionais.[22] Tampouco há crime, nem a pessoa pode ser discriminada por residir na rua ou habitar região específica, sendo certo que a esses usuários que não têm onde morar também são igualmente garantidos os direitos à liberdade de locomoção e de circulação nas ruas, qualquer que seja o motivo pelo qual ele lá se encontre, se por opção pessoal, ou mesmo por falta de acesso a moradia. Essa é a primeira premissa que devemos nos basear para compreender legalmente a questão das políticas públicas para usuários de drogas baseadas em deslocamentos de pessoas contra a sua vontade e na internação forçada destas, como vendo sendo feito no Rio de Janeiro e em São Paulo.

Nesse mesmo sentido, registre-se, o direito de ir e vir foi reconhecido pelo Tribunal de Justiça de São Paulo para um morador de rua que era cotidianamente importunado pela Polícia Militar em São Paulo, em *Habeas Corpus* impetrado pela Defensoria Pública daquele Estado.[23]

[21] Nesse sentido, *vide* o Editorial do *Boletim do IBCCRIM* de abril de 2013 intitulado "Contra o retrocesso na política de drogas". Disponível em: <http://www.ibccrim.org.br/novo/boletim_editorial/286-245---Abril-2013>. E também o artigo de Cristiano Maronna, "Política de Drogas business oriented". Disponível em: <http://www.cartamaior.com.br/templates/colunaMostrar.cfm?coluna_id=6125>.

[22] Registre-se que a autora considera inconstitucional a criminalização da posse de drogas para uso pessoal, diante dos princípios da liberdade e da privacidade, conforme tratado em RODRIGUES. *O controle penal sobre as drogas ilícitas*: o impacto do proibicionismo no direito penal e na sociedade. No mesmo sentido, o STF, no julgamento do REXT 635.659, irá julgar essa questão da inconstitucionalidade da incriminação da posse de drogas para uso pessoal (art. 28 da Lei nº 11.343/06).

[23] Fonte: <http://www.estadao.com.br/noticias/cidades,justica-de-sp-permite-que-morador-de-rua-continua-na-cracolandia,868774,0.htm>.

www.neip.info

Do ponto de vista penal, segundo a Constituição, ninguém pode ser privado de sua liberdade (ou de seus bens) sem o devido processo legal (art. 5º, inc. LIV, CF/88), sendo garantido o direito ao contraditório e ao devido processo legal a todos os litigantes (art. 5º, inc. LV), além do que, na forma do inciso LXI do referido artigo da Constituição, "ninguém será preso senão por flagrante delito ou por ordem escrita e fundamentada de autoridade judiciária competente". Além dos direitos indicados expressamente como cláusulas pétreas, a própria Carta Magna reconhece, em seu artigo 5º, §2º, que os direitos e garantias previstos na Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados de direitos humanos em que o Brasil for parte.

Nesse sentido, se todos os direitos fundamentais da pessoa garantidos em nossa Constituição aplicam-se aos usuários e dependentes de drogas, o contrário significará discriminação. Portanto, todo e qualquer ato de interferência na liberdade individual de uma pessoa somente pode ser admitido de acordo com os parâmetros constitucionais, inclusive o devido processo legal, ou seja, assim como para todos os demais cidadãos, os usuários e dependentes de substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas) somente podem ser alvo de alguma ação estatal limitadora da sua liberdade se a lei assim autorizar, dentro de parâmetros constitucionais.

Além disso, devemos igualmente considerar que os critérios para determinação da pessoa como usuária/dependente devem ser individualizados, os quais têm que ser necessariamente fruto de um processo ético e responsável de atuação médica, sendo certo que nem todo usuário é dependente e que nem todo dependente de substâncias químicas é portador de um transtorno mental. O fato de a internação ser generalizada e definida pelo local onde a pessoa mora, no caso, a rua, e pela sua condição de vulnerabilidade social constitui violação de direitos humanos dessas pessoas.

Nesse aspecto, merece ser citado um importante documento internacional, a Resolução da ONU que trata da Proteção das Pessoas com Enfermidade Mental e da Melhoria da Assistência à Saúde Mental,[24] que, na recomendação de nº 5, no capítulo das Liberdades Fundamentais e Direitos Básicos, estabelece que:

> Toda pessoa acometida de transtorno mental *terá o direito de exercer todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais* reconhecidos pela Declaração Universal dos Direitos do Homem, pela Convenção Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, pela Convenção Internacional de Direitos Civis e Políticos, e por outros instrumentos

[24] Fonte: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/deficiente/protec.htm>.

relevantes, como a declaração de Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência, e pelos princípios para a proteção de todas as pessoas sob qualquer forma de detenção ou aprisionamento. (grifos nossos)

Especificamente sobre a determinação de transtorno mental, protege-se a pessoa portadora, ao indicar que: "nenhuma pessoa ou autoridade classificará uma pessoa como portadora, ou indicará de outro modo, que uma pessoa apresenta um transtorno mental, fora dos propósitos diretamente relacionados ao problema de saúde mental ou suas consequências". Isso quer dizer que a determinação de uma pessoa como portadora de um distúrbio deve ser feita apenas e somente para fins de atenção e tratamento de seu problema de saúde mental, e não por propósitos outros, o que é inconstitucional, por discriminação.

Além disso, uma vez diagnosticado o transtorno mental ou a demanda por tratamento, há outros direitos dos pacientes reconhecidos em documentos internacionais (e igualmente na Constituição) que são igualmente aplicáveis: (i) direito de toda pessoa desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental (artigo 12, Pacto internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais – PIDESC);[25] (ii) direito a não ser submetido à tortura, nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes, e o de não submeter uma pessoa, sem seu livre consentimento, a experiências médicas ou científicas (art. 7º, Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos – PIDCP), (iii) direito a não ser submetido a intervenções arbitrárias na sua privacidade, família ou local de moradia (art. 17, PIDCP); (iv) direito a não sofrer discriminação alguma por motivo de raça, cor, sexo, religião, opinião política ou outra natureza, origem nacional ou social, situação econômica, nascimento ou qualquer outra condição (PIDCP, art. 2º); (v) direito à liberdade e a segurança pessoais e a não ser preso ou encarcerado arbitrariamente, nem privado de sua liberdade, salvo pelos motivos previstos em lei e em conformidade com os procedimentos (PIDCP, art. 9º).

Nesse sentido, tal como ocorre com qualquer pessoa, a intromissão na vida privada e no direito de ir e vir de um usuário de drogas, dependente químico, portador de transtorno mental ou morador de rua somente pode se dar na forma da lei, sendo vedado qualquer tipo de discriminação de pessoas por tal condição. Apontam para essa mesma conclusão outros documentos internacionais, como a declaração conjunta de órgãos da ONU alertando contra os centros de detenção compulsória de usuários de droga.[26]

[25] Internalizados no Brasil por meio dos Decretos nº 591, de 06 de julho de 1992, e nº 592, da mesma data.

[26] UNAIDS, Joint Statement. "Compulsory drug detention and rehabilitation centres", 2012. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/JC2310_Joint%20Statement%20March12FINAL_en.pdf>.

www.neip.info

Assim, é importante que se diga que nem todo usuário de drogas é portador de transtorno mental, e que o ordenamento jurídico nacional também prevê direitos e garantias especificamente para estes, como se verá na análise da Lei nº 10.216/01, que trata justamente dos direitos dos pacientes portadores de transtornos mentais, os quais não estão sendo respeitados pela prática das internações forçadas acima descritas.

3 A Lei Antimanicomial e o movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil

A Lei nº 10.216/01 é o ato normativo específico que trata dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, mais conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que "estabelece um novo paradigma para o tratamento jurídico dos portadores de transtorno mental".[27] Seu texto institui princípios, enuncia direitos dos pacientes, cria institutos para melhorar o sistema de atenção à saúde mental, e prioriza o formato aberto para tratamento, ao determinar que a internação seja a última opção, objetivando um tratamento mais digno e humano àqueles que buscam o atendimento.

Nesse sentido, concordamos com Virgílio Mattos quando ele afirma que, no contexto dessa lei, a própria definição de tratamento deve ser repensada, devendo ser entendido como "as medidas de cuidado e acompanhamento, no processo de inserção social do portador de sofrimento mental, ou seja, o que temos denominado prevenção".[28]

Como apontam Carvalho e Weigert, a grande inovação da lei foi que esta "pressupõe o portador de sofrimento psíquico como sujeito de direitos com capacidade e autonomia (responsabilidade) de intervir no rumo do processo terapêutico", em oposição ao paradigma anterior no qual o "louco" "representava apenas um objeto de intervenção, de cura ou de contenção".[29]

As origens dessa reforma estão justamente na forte atuação dos movimentos sociais pelo fim dos manicômios, iniciada a partir da oposição ao sistema nacional de assistência psiquiátrica, instituído pelo Governo Militar, diante de evidências de prática de torturas, fraudes e corrupção, entre outras tantas violações

[27] CARVALHO; WEIGERT. Reflexões iniciais sobre os impactos da Lei 10.216/01 nos sistemas de responsabilização e de execução penal. *Responsabilidades*, p. 288.

[28] MATTOS. *Crime e psiquiatria*: uma saída, p. 153.

[29] CARVALHO; WEIGERT. Reflexões iniciais sobre os impactos da Lei 10.216/01 nos sistemas de responsabilização e de execução penal. *Responsabilidades*.

de direitos humanos que foram denunciadas, inclusive em filmes,[30] somadas à crítica da utilização de internações em instituições manicomiais como forma de tratamento e ao uso de eletrochoques.

Pode-se dizer que o Movimento de Luta Antimanicomial[31] surge a partir das primeiras manifestações no setor de saúde, no contexto da abertura do regime militar, ainda em 1976,[32] tendo como lema: "Por uma sociedade sem manicômios", integrando os trabalhadores de saúde mental, familiares e usuários do Sistema Psiquiátrico na crítica ao modelo de atendimento manicomial. A política de saúde mental brasileira até 2001 tinha como prioridade no tratamento de portadores de sofrimento mental os hospitais psiquiátricos com características asilares, que excluíam os pacientes da vida social a pretexto de curá-los. A crítica principal do movimento dirigia-se à forma de controle social pelos manicômios e referia-se "aos códigos e sentidos dominantes acerca do louco e da loucura e de sua "administração institucional".[33] Segundo Luchmann e Rodrigues:

> O manicômio é a tradução mais completa dessa exclusão, controle e violência. Seus muros escondem a violência (física e simbólica) através de uma roupagem protetora que desculpabiliza a sociedade e descontextualiza os processos sócio-históricos da produção e reprodução da loucura.[34]

O modelo manicomial, contra o qual se insurgiu a reforma, está inserido no contexto das instituições totais, assim denominadas por Erving Goffman pelo seu caráter de "fechamento", simbolizado pela "barreira à relação social com o mundo externo e por proibições a saída que muitas vezes estão incluídas no esquema

[30] Um exemplo seria o filme *Bicho de sete cabeças*, de Lais Bodansky, inspirado no livro autobiográfico *Canto dos malditos*, de Austregésilo Carrano Bueno.

[31] Para histórico detalhado do Movimento de Luta Antimanicomial, *vide* AMARANTE. *Loucos pela vida*: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil e LUCHMANN; RODRIGUES. O movimento antimanicomial no Brasil. *Ciência e saúde coletiva*, p. 399-407. Veja também YASUI. *Rupturas e desencontros*: desafios da reforma psiquiátrica brasileira.

[32] Com a constituição, em 1976, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e do Movimento de Renovação Médica (REME), espaços de discussão e produção do pensamento crítico na área, de onde surge o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, "que assume papel relevante nas denúncias e acusações ao governo militar, principalmente sobre o sistema nacional de assistência psiquiátrica, que inclui práticas de tortura, fraudes e corrupção. As reivindicações giram em torno de aumento salarial, redução de número excessivo de consultas por turno de trabalho, críticas à cronificação do manicômio e ao uso do eletrochoque, melhores condições de assistência à população e pela humanização dos serviços. Este movimento dá início a uma greve (durante oito meses no ano de 1978) que alcança importante repercussão na imprensa" (LUCHMANN; RODRIGUES, 2007, p. 402).

[33] LUCHMANN; RODRIGUES. O movimento antimanicomial no Brasil. *Ciência e saúde coletiva*.

[34] *Idem*.

www.neip.info

físico — por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos".[35] Assim, os manicômios, destinados a receber os chamados "doentes mentais", são definidos como "locais estabelecidos para cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que são também uma ameaça à comunidade, embora de maneira não intencional; sanatórios para tuberculosos, hospitais para doentes mentais e leprosários".[36]

Entre diversas características dessas instituições estão, segundo Goffman, a mutilação paulatina do eu do internado, realizada com a imposição de regras de conduta, o despojamento de bens oriundos do meio externo gerado, a perda da sua identidade e, simultaneamente a isso, são implantados mecanismos de reorganização do eu num sistema de privilégios da adequação. Ao final do processo o internado se vê com receio de retornar a sociedade, visto que foi "desaculturado" e perdeu seu *status* proativo.

A Lei nº 10.216/01, também conhecida como Lei Paulo Delgado, considera a institucionalização como prejudicial ao portador de transtornos mentais, ditando a prevalência da assistência extra-hospitalar como regra, estabelecendo a excepcionalidade da internação, e priorizando o atendimento em centros de atenção psicossocial. A opção do legislador foi a de beneficiar a chamada assistência integral que preza pela inserção desse indivíduo na sociedade ao invés de excluí-lo. Porém, foram mantidas, ainda que excepcionais, as modalidades de internação involuntária e compulsória, mas desde que respeitados os direitos dos pacientes.

Os direitos dos portadores de transtornos mentais estão enumerados no artigo 2º, parágrafo único da Lei nº 10.216/01,[37] devendo ser dada formalmente ciência aos pacientes de seus direitos nos atendimentos. Em seus nove incisos, a lei elenca várias garantias como a de a pessoa: "ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela

[35] GOFFMAN. *Manicômios, prisões e conventos*, p. 16.

[36] *Idem*, p. 16-17.

[37] "Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo. Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental".

inserção na família, no trabalho e na comunidade" (inc. II), "ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária" (inc. V), "ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis" (inc. VIII) e "ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental" (inc. IX).

Portanto, é importante destacar que, no caso das internações forçadas, a política adotada nas cidades citadas acima já incide num primeiro equívoco, qual seja, o de tratar usuários de droga moradores de rua de forma generalizada como pessoas portadoras de transtornos mentais, eis que este é o único diagnóstico que autoriza a internação forçada, ainda que a lei a preveja somente de forma excepcional e, mesmo assim, com limites e direitos. E aqui surge um aparente paradoxo: as autoridades municipais estão se utilizando justamente da Lei Antimanicomial, cujo objetivo principal é reconhecer os portadores de transtornos mentais como sujeitos de direitos, e não como objetos de intervenção psiquiátrica,[38] para tentar fundamentar a medida excepcional da internação forçada em massa de usuários de *crack*.

A excepcionalidade da internação (ainda que voluntária) fica muito clara no texto da lei, conforme dispõe o art. 4º, que reafirma a prevalência do tratamento em regime aberto: "a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes". Além disso, o parágrafo 2º do mesmo artigo exige que "o tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros". Assim, se a internação for excepcionalmente necessária, esta deve ter uma abordagem multidisciplinar, não exclusivamente médica. Dispõe ainda o parágrafo 3º ser vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no §2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Por certo que um dos grandes desafios sociais é justamente como lidar com a presença dos "loucos" em situação de rua,[39] 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.

[38] CARVALHO; WEIGERT. Reflexões iniciais sobre os impactos da Lei 10.216/01 nos sistemas de responsabilização e de execução penal. *Responsabilidades*.

[39] Sobre o tema, vide PAGOT. *O louco, a rua, a comunidade*: a relação da cidade com a loucura em situação de rua.

www.nelp.info

Diante da Lei nº 10.216/01 não mais podem existir manicômios, devendo somente se admitir internação como última possibilidade, apenas por alguns dias, e ainda assim em formatos não manicomiais. A respeito dos limites temporais para a duração da excepcional hipótese de internação involuntária, segundo o especialista do UNODC, o médico Gilberto Guerra, a internação compulsória deve ocorrer pelo prazo máximo de algumas semanas e só se justifica quando o dependente apresenta comportamento perigoso para a sociedade ou para si próprio.[40]

Ao estabelecer as hipóteses excepcionais nas quais ainda se admite internação, o art. 6º da lei em comento determina, em primeiro lugar, que "a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos" e institui três tipos: "I - *internação voluntária*: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II - *internação involuntária*: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e III - *internação compulsória*: aquela determinada pela Justiça".

Deve ser destacado que as duas primeiras formas de internação já eram conhecidas pela prática médica, sendo que a terceira é nova no ordenamento pátrio, por ser uma modalidade de internação por decisão judicial com laudo médico. A internação compulsória foi detalhada no art. 9º, que diz que esta "é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários".

E não é por acaso que a determinação legal é que o "tratamento" seja em regime aberto, pois a lógica é a da desinstitucionalização, ou seja, da inclusão do portador de sofrimento mental na sociedade e, especialmente na família, mediante o atendimento ambulatorial, e com base na vontade do paciente. Na forma da Lei nº 10.216/01, as pessoas com transtorno mental devem ser preferencialmente atendidas na rede pública de saúde que oferece atendimento ambulatorial — Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS).

O tratamento em regime aberto tem maiores condições de reinserir o indivíduo na sua comunidade, como bem analisa Daniela Skromov de Albuquerque:

> O Estado, ao internar à força e isolar, pode estar simplesmente repetindo uma realidade psíquica de abandono já ocorrida no passado. Posterga-se

[40] Cf. <http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2013/02/130129_crack_onu_df_ac.shtml. No mesmo sentido, deve ser lido o relatório do UNODC: From Coersion to Cohesion>. Disponível em: <http://www.unodc.org/docs/treatment/Coercion_Ebook.pdf >.

assim o momento da promoção da maior autonomia, responsabilização e elaboração. Assim, a recaída, estimada em 95%, é a volta para o universo do qual a pessoa nunca saiu.[41]

Tal informação é corroborada por especialistas internacionais em dependência química, que verificaram em suas pesquisas que "compulsory detention, forced detoxification and enforced labour are not ethically acceptable or effective ways to treat addiction", ou seja, constata-se que a internação forçada caiu em desuso nos países desenvolvidos por duas razões: por não serem tratamentos eficazes contra a dependência, tendo a maioria deles retornado ao uso após serem liberados e por essa abordagem significar violação de direitos humanos dos usuários.[42]

O grande problema é que, ao invés de ampliar o investimento público no SUS, nos hospitais e centros públicos de atendimento (CAPS-AD) e outras alternativas como os consultórios de rua, a política adotada por esses municípios é a de canalizar as verbas públicas destinadas a prevenção e tratamento para instituições privadas de atendimento a usuários, reduzindo as exigências da fiscalização e pouco investindo na necessária ampliação da rede pública de atendimento.

O que se nota na realidade é que na equivocada política adotada pelas autoridades que aplicam a internação forçada de moradores de rua usuários de *crack*, a lei em tela é usada apenas na parte em que menciona as excepcionais internações involuntárias, deixando de lado os demais artigos da lei que garantem direitos aos usuários. Aplica-se a exceção como regra e presume-se que todos os seres que habitam determinado lugar nas ruas, "cracolândias" ou viadutos, e que fazem uso de *crack* são dependentes químicos[43] e, por consequência, podem ser equiparados a "doentes mentais", sem qualquer análise individualizada da situação de cada um, enviando-os para locais sem estrutura nenhuma para tratá-los. O fato é que nem todos os usuários que moram nas ruas são dependentes e nem todos estão em situação que justifique a internação contra sua vontade, ou seja,

[41] Internação compulsória: posição contrária. Disponível em: <http://www.cartaforense.com.br/conteudo/artigos/internacao-compulsoria-posicao-contraria/8670>.

[42] "Compulsory detention of addicted individuals has either been abandoned or fallen into disuse in most developed countries for two main reasons. First, it failed to treat addiction effectively, with most people detained returning to drug use after release [1,3,4]. Secondly, this approach has been criticized for violating the human rights of drug users (e.g. [5]). The few developed countries that still detain addicted people compulsorily—such as Russia [6] and Sweden [7]—do so in the absence of rigorous evaluations of the efficacy or safety of this approach" (HALL *et al.* Compulsory detention, forced detoxification and enforced labour are not ethically acceptable or effective ways to treat addiction. *Addiction*).

[43] O Relatório da OMS estabelece a dependência química de substancia ilícita ou lícita na Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10.

www.neip.info

a política pública adotada está fora dos ditames da lei e da Constituição, eis que restringir a liberdade de alguém fora dos ditames da lei constitui abuso de autoridade e constrangimento ilegal.

Para compreender melhor esse quadro, e como a figura do "cracudo" ou "noia" influencia na elaboração e aplicação dessas políticas de defesa social excludente, devemos estudar a questão da construção do estigma social, o que se faz a seguir.

4 A construção social do estigma do "usuário de *crack* morador de rua" e a seletividade da atuação estatal

Em que pese o indiscutível reconhecimento constitucional e internacional dos direitos humanos, o que, em tese, deveria impedir que pessoas fossem discriminadas, o fato é que se verifica historicamente a construção do estigma social do "louco", que faz parte de processo que, no Brasil, remonta às origens da Criminologia, com Nina Barreto e a ideia de "perigosismo social", ou "periculosidade" cuja consequência é a exclusão.[44] O processo de rotulação do ser "diferente", além de excluí-lo, promove tentativas de neutralização por meio da prisão do criminoso e/ou da internação do louco e do usuário de drogas, como seres supostamente "perigosos", por uma necessidade de "defesa da sociedade", argumento esse utilizado pelos defensores da política que aqui se critica para tentar justificar as intervenções na liberdade dessas pessoas.

Desde Foucault, que trouxe excelentes reflexões sobre o trato com a loucura e sua história,[45] até mais recentemente Zaffaroni,[46] que aponta para a figura do "inimigo" que justifica intervenções penais cada vez mais repressivas e, no caso dos usuários de *crack*, autoriza a utilização de medidas que, sob uma roupagem supostamente "humanitária", violam direitos e desrespeitam a liberdade de cidadãos, o fato é que a relação da sociedade com o portador de sofrimento mental tem sido marcada pela exclusão.

Em que pesem as sérias críticas já elaboradas à categoria da periculosidade,[47] o fato é que, com a visibilidade do uso de *crack*, a questão foi trazida de volta, não mais especificamente no direito penal, mas nas políticas públicas oficialmente

[44] BATISTA. A construção do transgressor. *In*: BAPTISTA; CRUZ; MATIAS. *Drogas e pós-modernidade*, p. 157-163.

[45] FOUCAULT. *História da loucura*. E ainda do mesmo autor, *Vigiar e punir*.

[46] ZAFFARONI. *O inimigo no direito penal*.

[47] Nesse sentido *vide* KARAM. Punição do enfermo mental e violação da dignidade. *Verve*, p. 210-224; FRAGOSO. *Lições de direito penal*; RAUTER. *Criminologia e subjetividade no Brasil*; BATISTA. *Introdução crítica à criminologia brasileira*; e MATTOS. *Crime e psiquiatria*: uma saída...

não penais, mas absolutamente repressivas, como a internação forçada. Neste caso, acrescente-se ao estigma do "louco" ou "drogado" ser este ainda um "morador de rua", o que reforça a atuação do controle social, ainda mais em época em que os administradores das cidades estão focados na ideia higienista de limpeza e controle das ruas e calçadas para receber visitantes de fora. O processo político que orienta esses movimentos de exclusão e marginalização de determinados setores da sociedade, em que pese sempre tenham estado presentes no cotidiano das cidades brasileiras por meio da atuação policial repressiva já tradicional, ganha novas nuanças e passa a exigir maior rapidez no "recolhimento", já que se está diante de prazos curtos para realização de jogos e eventos, nos quais a imprensa internacional estará com os olhos para as cidades que os sediarão.

Nesse sentido, a atuação dos administradores públicos no controle social da população de rua, contrariamente ao que dispõe a lei, ganhou contornos diferenciados, notadamente nas cidades do Rio de Janeiro e de São Paulo, pois o processo regular de controle social da pobreza mediante a utilização do direito penal comum é inovado, eis por uma exigência de agilidade e rapidez numa sociedade excludente, ou seja, as autoridades buscam interferir e reforçar o controle sobre a população de rua antes mesmo que algum crime seja praticado.

A grande visibilidade das "cracolândias" na mídia é o pano de fundo para justificação dessas medidas extremas pelas autoridades. Observa-se um discurso midiático sem qualquer reflexão, com a construção de uma imagem extremada dos usuários como seres degradados que teriam supostamente perdido sua condição de cidadãos, apoiando e reforçando conclusões não comprovadas cientificamente, por exemplo, que haveria uma epidemia de *crack*, como bem destaca Sylvia Moretzohn:

> A enxurrada de reportagens sobre o uso do *crack*, que nos últimos anos volta e meia ganham capa e suítes nos principais jornais do país, converge para o sentido comum de aceitação e reverberação do discurso das autoridades: trata-se de uma epidemia que se espalha pelo país, que é extremamente letal e por isso exige intervenção imediata e articulada da polícia e da medicina, com a combinação de dois tipos de violência: a repressão a quem consome a droga nas ruas e a internação compulsória dos usuários. [...]
>
> A demonização das drogas, e desta droga em particular — que é mais simples porque seus viciados estão mais expostos, visíveis e identificáveis pela sua degradação física —, facilita a articulação do discurso clássico da repressão violenta a um discurso supostamente científico que legitima essa violência ao dizer que não há saída senão a internação compulsória.

www.neip.info

> No domingo (18.11), *O Globo* repete a ideia ao reproduzir declaração do secretário de Segurança do Rio sobre essa gente que "perdeu a condição cidadã. Sem discernimento, vive miseravelmente entre ratos e baratas, abandonado e em situação deplorável. Basta olhar para perceber que ele precisa de acolhimento".[48]

Nesse exemplo acima, mesmo tendo a autoridade identificado a necessidade de "acolhimento" desses usuários, a medida concreta adotada é a inversa: remoção dessas pessoas das ruas e imposição de tratamento forçado. Considera-se que, diante do quadro da suposta epidemia, a intervenção imediata e necessária das autoridades, em resposta à mídia, significa o aumento da repressão aos traficantes e o recolhimento das ruas dos usuários para serem tratados de forma coercitiva, supostamente em seu próprio benefício. Mas o que está por trás dessa escolha política?

A análise das razões pelas quais o foco das políticas públicas nas cidades citadas voltou-se para a estratégia das internações forçadas deve levar em conta alguns elementos. Numa sociedade excludente, na qual as classes baixas necessitam ser controladas pelo uso da força e por meio do Direito Penal, o primeiro ponto a ser destacado é o de que os ilícitos pelos quais tradicionalmente respondiam as classes mais vulneráveis eram os crimes patrimoniais, além das contravenções penais de vadiagem (art. 59, LCP) e mendicância (art. 60, LCP). Mais recentemente, o tráfico de drogas tem registrado percentuais de crescimento superiores aos dos crimes patrimoniais, sendo responsável pelo aumento do nível de encarceramento em nosso país.[49]

Em que pesem os vários movimentos organizados por uma mudança na política de drogas brasileira,[50] por ser pena mínima do tráfico muito alta (a pena mínima para o traficante foi aumentada em 2006 de três para cinco anos de reclusão — art. 33 da Lei nº 11.343/06) e a ausência de diferenciação clara na lei de drogas entre usuário e traficante, que concede ampla margem de discricionariedade à polícia na

---

[48] *Vide* MORETZSOHN. A "epidemia do crack": o cultivo científico da ignorância. *Observatório da Imprensa*.

[49] BOITEUX. Drogas y prisión: la represión contra las drogas y el aumento de la población penitenciaria en Brasil. *In*: METAAL; YOUNGERS. (Ed.). *Sistemas sobrecargados*: leyes de drogas y cárceles en América Latina, p. 30-39; BOITEUX. La desproporción de la Ley de Drogas: los costes humanos y económicos de la actual política en Brasil. *In*: *Justicia desmedida*: *Proporcionalidad y delitos de drogas en America Latina*, p. 71-101.

[50] BOITEUX. Breves considerações sobre a política de drogas brasileira atual e as possibilidades de descriminalização. *Boletim IBCCRIM*, p. 16-17. MARONA. Drogas e consumo pessoal: a ilegitimidade da intervenção penal. *Boletim IBCCRIM*, p. 4-6.

sua aplicação,[51] o encarceramento de traficantes constitui, hoje, umas das principais causas do exponencial crescimento da população carcerária brasileira nas últimas décadas.[52]

Tradicionalmente, quando a polícia queria retirar moradores das ruas, caso eles não tivessem praticado nenhum crime, poderia acusá-los das contravenções citadas, as quais autorizavam seu recolhimento à prisão apenas pela própria condição deles de pessoas que habitavam as ruas e que não tinham emprego. Porém, desde 1995, estes não mais admitiam prisões em flagrante[53] e alguns anos depois, em 2009, foi finalmente revogado o artigo 60 da LCP,[54] que previa a contravenção de mendicância. Em relação ao ilícito de vadiagem,[55] em que pese este ainda continue em vigor, foi recentemente declarado inconstitucional pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, em decisão cujo paciente era justamente um morador de rua que era incomodado com frequência pela polícia militar. Diante disso, as opções para as autoridades que queriam agir no limite da lei para conter as populações de rua foram se reduzindo, ao mesmo tempo que aumentou de maneira espantosa o número de presos por tráfico, muitos deles provavelmente usuários.

Isso porque, desde 2006, com a Lei nº 11.343, o crime de posse de drogas para consumo pessoal não mais é apenado com penas restritivas da liberdade (o que, em tese, era possível de acordo com a lei anterior — nº 6.368/76), ou seja, hoje, usuários de drogas ilícitas não mais podem ser conduzidos forçosamente a uma delegacia, nem há mais a previsão legal de prisão em flagrante. Por ser um delito de pequeno potencial ofensivo, as autoridades devem lavrar um termo circunstanciado e o acusado será instado a comparecer a uma audiência perante um Juizado Criminal.

[51] BOITEUX. A nova lei antidrogas e aumento de pena do delito de tráfico de entorpecentes. *Boletim IBCCRIM*, p. 8-9, 2006.

[52] BOITEUX *et al.* (Coord.). Tráfico de drogas e Constituição: um estudo sobre a atuação da justiça criminal do Rio de Janeiro e de Brasília no crime de tráfico de drogas. *Revista Jurídica*, p. 1-29; JESUS *et al. Prisão provisória e lei de drogas*: um estudo sobre flagrantes de tráfico de drogas na cidade de São Paulo.

[53] Com a Lei nº 9.099, que criou os Juizados Especiais Criminais, as contravenções passaram a ser consideradas ilícitos de pequeno potencial ofensivo submetidas a procedimento sumaríssimo que não admite mais prisão em flagrante.

[54] Lei das Contravenções Penais: "Art. 59. Entregar-se alguém habitualmente à ociosidade, sendo válido para o trabalho, sem ter renda que lhe assegure meios bastantes de subsistência, ou prover à própria subsistência mediante ocupação ilícita". Embora continue em vigor, tal dispositivo já foi considerado inconstitucional pelo Tribunal de Justiça de São Paulo. *Vide* <http://www.conjur.com.br/2012-jun-05/tj-sp-decide-detencao-vadiagem-inconstitucional>.

[55] Lei das Contravenções Penais: "Art. 60. Mendigar, por ociosidade ou cupidez". Foi revogado pela Lei nº 11.983/09.

www.nelp.info

Por outro lado, essa mesma lei que despenalizou a conduta do usuário, mesmo ainda mantendo a posse de drogas como crime, garante importantes direitos aos usuários de drogas em geral, como o respeito aos "direitos fundamentais da pessoa humana, especialmente quanto à sua autonomia e à sua liberdade" (art. 4º, I), "o respeito à diversidade e às especificidades populacionais existentes" (inciso II), "a adoção de abordagem multidisciplinar" (inciso IX), além da previsão expressa do "fortalecimento da autonomia e da responsabilidade individual em relação ao uso indevido de drogas" (art. 19, III), além da exigência da "adoção de conceitos objetivos e de fundamentação científica como forma de orientar as ações dos serviços públicos comunitários e privados e de evitar preconceitos e estigmatização das pessoas e dos serviços que as atendam" (art. 19, II).[56]

A Lei de Drogas foi considerada uma legislação bastante avançada, justamente pelo rol de direitos dos usuários previsto, assim como por despenalizar o delito de posse de drogas para uso pessoal (art. 28). Especificamente, quando trata dos princípios e diretrizes das atividades de atenção e de reinserção social do usuário e do dependente de drogas, seu artigo 22, inciso III exige a "definição de projeto terapêutico *individualizado*, orientado para a *inclusão social* e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde", e ainda rejeita expressamente a pena de tratamento, ou o modelo das *Drug Courts*.[57]

Nesse sentido, por garantir a qualquer usuário, seja qual for a substância que ele faz uso, uma abordagem respeitadora de direitos e individualizada em relação às suas demandas específicas, a utilização da Lei nº 11.343/06, por garantir direitos inclusive para os moradores de rua alvos das campanhas governistas *anticrack*, certamente não seria adequada à velocidade e às demandas específicas dos políticos e da imprensa para a "limpeza" da cidade.

Deve-se levar em conta que, diante dessa moldura legal, a utilização da estratégia de recolhimento compulsório de jovens e adultos moradores de rua e usuários de *crack* por meio de internações involuntárias/compulsórias, feitas com base na Lei nº 10.216/01, aponta 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

[56] Cf. BOITEUX. A nova lei antidrogas e aumento de pena do delito de tráfico de entorpecentes. *Boletim IBCCRIM*, p. 8-9.

[57] BOITEUX; RIBEIRO. Justiça terapêutica: redução de danos ou proibicionismo dissimulado?. *In*: SEIBEL (Org.). *Dependência de drogas*, p. 1113-1122.

de culpa e a presença de um advogado, dentre outras garantias constitucionais, se comparado à Lei nº 10.216/01.[58]

Eis que a estratégia adotada pelas autoridades públicas, em vez de reconhecer a condição dos usuários como sujeitos de direitos, foi no sentido de tratar os moradores de rua como dependentes (e não como meros usuários), para, dessa maneira, poder "tratá-los" como portadores de transtornos mentais. Com isso, mediante as internações, conseguem retirá-los de onde se encontram, nas "cracolândias", em favelas e/ou viadutos onde estão visíveis à população em geral. O detalhe é que os indivíduos não são autuados como usuários de drogas, mas sim internados forçosamente e enviados para locais onde sua liberdade será restringida a pretexto de tratá-los, sem nenhuma acusação criminal.

Em síntese, no ordenamento pátrio as formas de internação mediante decisão judicial obedecem a certos pressupostos. A medida de segurança, de natureza jurídica controvertida (seria pena ou tratamento?), pressupõe o cometimento de fato típico e antijurídico por inimputáveis, e só pode ser decretada por um Juiz, de acordo com o devido processo legal e ampla defesa. Esta permanece até que se comprove da cessação de periculosidade, por meio de exame pericial que ateste tal condição. Isso não impede que haja questionamentos sérios a respeito de sua constitucionalidade, eis que não há limite temporal para seu fim, ficando o interditado à mercê de um atestado médico de "cura" para ser solto, o que causa problemas legais, como a situação de pessoas internadas em manicômios judiciários por mais de 30 anos, tempo máximo de cumprimento de pena privativa de liberdade, ou mesmo por tempo superior ao que teriam que cumprir caso tivessem sido considerados imputáveis. No entanto, pelo menos ainda há controle

[58] Destaque-se que, para os casos dos moradores de rua, possivelmente uma das razões pelas quais não se faz uso de medidas de segurança que poderiam ser aplicadas para pessoas portadoras de transtornos mentais que praticassem crimes, é que estas, após a Reforma Penal de 1984, que adotou o sistema vicariante, ao invés do duplo binário, somente podem ser aplicadas para inimputáveis, não sendo possível cumular pena e medida de segurança. Segundo o artigo art. 26 do Código Penal, aquele que comete um crime, mas é considerado inimputável, de acordo com um laudo, poderá receber tal medida, a qual, à luz da Lei nº 10.216/01, deveria ser preferencialmente ambulatorial. Nesse sentido, como as autoridades ao prenderem o usuário demandariam que ele antes praticasse um crime, tal estratégia pode não ter sido utilizada. No mesmo sentido dispõe o art. 45 da Lei nº 11.343/06, que considera "isento de pena o agente que, em razão da dependência, ou sob o efeito, proveniente de caso fortuito ou força maior, de droga, era, ao tempo da ação ou da omissão, qualquer que tenha sido a infração penal praticada, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento". No parágrafo único consta que "Quando absolver o agente, reconhecendo, por força pericial, que este apresentava, à época do fato previsto neste artigo, as condições referidas no *caput* deste artigo, poderá determinar o juiz, na sentença, o seu encaminhamento para tratamento médico adequado".

www.help.info

judicial necessário, o que não ocorre nas internações involuntárias que vem sendo utilizadas no Rio de Janeiro, por exemplo.

Igualmente, na análise sobre como o Direito Civil trata os dependentes de drogas e/ou portadores de transtorno mental que não tenham condições de praticar os atos da vida civil, veremos que a determinação da incapacidade para a vida civil é realizada na forma do artigo 3º do Código Civil,[59] que estabelece tanto o critério biológico quanto o psicológico para que a pessoa seja declarada incapaz ou relativamente incapaz. O instituto da interdição previsto nos arts. 1.767 a 1.783 do Código Civil admite, em caráter *excepcional*, a possibilidade de o interditando ser internado em estabelecimento adequado, caso não consiga se estabelecer no convívio familiar, conforme dispõe o art. 1.777 do Código Civil, sendo igualmente aplicáveis a esse instituto as disposições da Lei nº 10.216/01, no formato da internação compulsória. No caso de ser necessária a internação do interditado, devem ser ouvidos o Ministério Público e perito médico para a justificação de tal medida. Na nossa análise, a modalidade prevista no Direito Civil é garantista, pois demanda um processo judicial e garante direitos.

Em ambos os casos, a restrição da liberdade do portador de transtorno mental enseja algum tipo de ato jurídico conjunto para a proteção do incapaz no caso da interdição ou para a punição/tratamento do inimputável que cometeu ato delituoso e, em ambos os casos, exige-se o devido processo legal, com todas as garantias para o interditando.

Por outro lado, a internação involuntária atualmente aplicada nas cidades do Rio e de São Paulo limita a liberdade do indivíduo com o discurso de tratamento médico contra a sua vontade, a maioria delas sem ao menos uma intervenção judicial. Esse indivíduo detém uma situação jurídica *sui generis*: não cometeu crime que justifique a perda da liberdade ou a aplicação da medida de segurança, não apresenta sentença cível declarando sua incapacidade para os atos da vida civil e, consequentemente, a implicação de uma internação determinada por um juiz nos casos excepcionais, mas tem a sua liberdade privada em locais inadequados a pretexto de receber "tratamento", mesmo contra a sua vontade, o que viola claramente todos os direitos acima enumerados.

[59] O art. 3º do Código Civil prevê que são incapazes: "II - os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos", ou seja, somente alguns portadores de transtorno mental são incapazes. A lei continua no art. 4º tratando dos relativamente incapazes: "os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos; os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido; os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo; e os pródigos" (grifos nossos).

Na verdade, segundo pesquisas internacionais, consideram-se como mais bem-sucedidas as abordagens que priorizam reduzir ou cessar o uso de *crack* por meio de intervenções psicossociais, nas quais a comunidade e o meio cultural são elementos essenciais no cuidado integral a esse sujeito. Porém, tais intervenções dependem sempre do estabelecimento de um vínculo de confiança com o dependente químico, para que ele opte voluntariamente pelo tratamento, o que será muito mais eficaz.[60]

O Estado, ao chancelar as internações forçadas, interfere na esfera de autodeterminação dos indivíduos em nome da proteção da coletividade, de maneira totalmente fora dos limites elencados na Carta Magna. A determinação de constrição da liberdade de indivíduos historicamente marginalizados com o escopo de tratamento médico fora das hipóteses elencadas no diploma legal é inconstitucional. À luz do Estado Democrático de Direito, é inconcebível que se violem os direitos dos usuários de drogas sob o discurso de "epidemia", eis que estes são sujeitos de direitos e não objetos de uma política pública.

Portanto, seja pelo fato de que as leis ordinárias e a própria Constituição limitam a intervenção estatal, ou porque estas não autorizam a prisão de moradores de rua sem que tenham cometido crimes, a estratégia das autoridades foi direcionada para outros mecanismos, rotulando, sem evidências concretas, moradores de rua usuários de *crack* como "dependentes", ao escolherem usar os mecanismos de internação forçada, numa interpretação equivocada da Lei nº 10.216/01 para retirá-los à força dos locais onde estão visíveis à população e à mídia em geral e interná-los em locais fechados e inapropriados.

Considerações finais

Inspirada por uma política de "enfrentamento simbólico" e pelo "pânico moral", decorrente de suposta "epidemia" do uso de *crack*, a adoção da política de internação obrigatória é incentivada pelos meios de comunicação de massa, que noticiam de forma sensacionalista o aumento de usuários de drogas em áreas carentes das grandes cidades brasileiras na véspera dos grandes eventos esportivos, levando as pessoas a exigirem providências imediatas. Portanto, se, a primeira vista, apresenta-se a ideia humanitária de ampliar o apoio e a assistência a dependentes, por outro lado, as soluções propostas nas políticas das cidades analisadas

[60] CONNOLLY *et al.* Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a crack cocaine strategy. *MRB Research Series* 4.

www.nerp.info

são punitivas, inconstitucionais e limitadoras de direitos. Há equivocada priorização da internação "involuntária", preferencialmente fora do SUS, com financiamento estatal, o que representa verdadeiro retrocesso na abordagem do tema no Brasil, diante dos avanços da Lei Antimanicomial (Lei nº 10.216/01) e da própria Lei nº 11.343/06.[61]

Diante da ilegalidade da estratégia das internações forçadas, compreende-se que a opção mais adequada seria a ampliação da assistência pública a usuários na modalidade ambulatorial e comunitária, por meio de redes sociais nas comunidades integradas ao SUS , o que seria eficaz na reinserção social e familiar dos dependentes, somente sendo cabível a internação em casos extremos, conforme determina a Constituição, a lei da reforma psiquiátrica, e documentos internacionais de direitos humanos. Além disso, a total falta de individualização da situação concreta de cada um dos usuários alvo dessa "operação" na escolha concreta pela internação constitui outra violação de direitos.

As cidades do Rio e de São Paulo concretamente representam um exemplo do modelo que Nilo Batista caracteriza como médico-policial,[62] no qual o usuário de drogas é tratado como "doente mental", tendo sido aproveitados saberes e técnicas higienistas na montagem das estratégias de controle, ao se adotar internação forçada em massa. Constata-se nessa política uma grave falha, não só ao negar direitos ao usuário, como ao não reconhecer a redução de danos como estratégia principal de prevenção, ignorando as evidências científicas de sucesso dessa política, ao adotar a internação de forma generalizada em detrimento de formas ambulatoriais de tratamento e comunitárias de inserção social.

Na perspectiva crítica, considera-se que esta estratégia não é adotada por acaso, eis que tem por objetivo não declarado reforçar o controle social da pobreza em relação aos mais vulneráveis, que são marcados pelo estigma de "loucos" "drogados" e "moradores de rua" e que por isso são tratados à margem do direito, o que não só configura clara discriminação, como também acarreta a transferência de recursos públicos para entidades privadas que exploram essa atividade e que lucram com essa política.

[61] Destaque-se que, no momento em que esse artigo estava sendo escrito, estava em tramitação no Congresso Nacional o PL 7663, que pretende alterar a Lei nº 11.343/06 para aumentar a pena do traficante para o mínimo de oito anos, e também ampliar as hipóteses de internação involuntária, além de fortalecer a atuação de comunidades terapêuticas com dinheiro público (com o ideal de abstinência), em detrimento da atuação direta do Poder Público por meio da rede SUS.

[62] BATISTA. Política criminal com derramamento de sangue. *Discursos Sediciosos – Crime, Direito e Sociedade*, p. 81.

Em resumo, tais estratégias aqui analisadas, ao priorizarem a internação obrigatória de usuários de drogas em instituições não especializadas e sem individualização de condutas ou controle judicial, violam direitos e garantias constitucionais; espera-se que o Judiciário possa atuar para corrigir esses equívocos e fazer valer a Constituição. Na perspectiva dos direitos fundamentais reconhecidos pela Constituição Brasileira e ainda no contexto mais amplo dos direitos humanos reconhecidos na ordem internacional, verificou-se que tal política viola liberdades individuais e direitos dos usuários e constitui um sério retrocesso na política de saúde mental no Brasil.

Individual Freedoms, Human Rights and the Compulsory Detention of Drug Users

Abstract: This paper focus on the issue of compulsory detention of drug users as a public policy adopted in Rio de Janeiro and São Paulo, based on Law 10.216/01, and the legal and constitutional issues arising from it. In critical perspective, it is considered that this strategy aims to strengthen social control of poverty in relation to the most vulnerable ones, who are marked by the stigma of "crazy" "addicted" and "homeless" and therefore are treated as "outlaws". In view of the fundamental rights recognized by the Brazilian Constitution and also in the broader context of international human rights documents, it was found that such a policy violates individual freedoms and rights of users and represents a serious setback of mental health policy in Brazil.

Key words: Compulsory detention. Drug policy. Human rights.

Referências

ALBUQUERQUE, Daniela Skromov de. Internação compulsória: posição contrária. Disponível em: <http://www.cartaforense.com.br/conteudo/artigos/internacao-compulsoria-posicao-contraria/8670>.

AMARANTE, Paulo. *Loucos pela vida*: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

BARATTA, Alessandro. Defesa dos direitos humanos e política criminal. *Discursos Sediciosos – Crime, Direito e Sociedade*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 59-68, jul./dez. 1997.

BATISTA, Nilo. Política criminal com derramamento de sangue. *Discursos Sediciosos – Crime, Direito e Sociedade*, ano 3. n. 5-6, 1-2 sem. 1998.

BATISTA, Vera Malaguti. A construção do Transgressor. *In*: BAPTISTA, Marcos; CRUZ, Marcelo Santos; MATIAS, Regina. *Drogas e pós-modernidade*. Rio de Janeiro: UERJ/FAPERJ, 2003. v. 2 - Faces de um tema proscrito.

www.neip.info

BATISTA, Vera Malaguti. *Introdução crítica à criminologia brasileira*. Rio de Janeiro: Revan, 2011.

BOITEUX, Luciana *et al.* (Coord.). Tráfico de drogas e Constituição: um estudo sobre a atuação da justiça criminal do Rio de Janeiro e de Brasília no crime de tráfico de drogas. *Revista Jurídica*, v. 11, p. 1-29, 2009.

BOITEUX, Luciana *et al.* Tráfico e Constituição: um estudo sobre a atuação da justiça criminal do Rio de Janeiro e de Brasília no crime de tráfico de drogas. *Revista Jurídica*, Brasília, v. 11, 2009.

BOITEUX, Luciana. A nova lei antidrogas e aumento de pena do delito de tráfico de entorpecentes. *Boletim IBCCRIM*, v. 14, 2006.

BOITEUX, Luciana. Breves considerações sobre a política de drogas brasileira atual e as possibilidades de descriminalização. *Boletim IBCCRIM*, v. 217, 2010.

BOITEUX, Luciana. Drogas y prisión: la represión contra las drogas y el aumento de la población penitenciaria en Brasil. *In*: METAAL, P.; YOUNGERS, C. (Ed.). *Sistemas sobrecargados*: leyes de drogas y cárceles en América Latina. Amsterdan, Washington: 2011. v. 1.

BOITEUX, Luciana. O controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo no direito penal e na sociedade. Tese (Doutorado)–Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

BOITEUX, Luciana; PADUA, J. P. La desproporción de la Ley de Drogas: los costes humanos y económicos de la actual política en Brasil. *In*: *Justicia desmedida*: *Proporcionalidad y delitos de drogas en America Latina*. Ciudad de Mexico: Fontamara, 2012.

BOITEUX, Luciana; RIBEIRO; Maurides de Melo. Justiça terapêutica: redução de danos ou proibicionismo dissimulado?. *In*: SEIBEL, Sergio D. (Org.). *Dependência de drogas*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010.

CARVALHO, Salo de, WEIGERT, Mariana de Assis Brasil e. Reflexões iniciais sobre os impactos da Lei 10.216/01 nos sistemas de responsabilização e de execução penal. *Responsabilidades*, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, set. 2012/fev. 2013.

COHEN, Stanley. *Visiones de control social*. Barcelona: PPU, 1988.

CONNOLLY, J. *et al.* Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a crack cocaine strategy. *HRB Research Series* 6, 2008. Disponível em: <http://www.hrb.ie/uploads/tx_hrbpublications/HRB_Research_Series_6.pdf>.

FOUCAULT, Michel. *História da loucura*. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes, 2004.

FRAGOSO, Heleno Cláudio. *Lições de direito penal*. 16. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2003.

GARCÍA-PABLOS DE MOLINA. Antonio; GOMES, Luiz Flávio. *Criminologia*: introdução a seus fundamentos teóricos. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974.

HALL *et al.* Compulsory detention, forced detoxification and enforced labour are not ethically acceptable or effective ways to treat addiction. *Addiction*, v. 107, n. 11, 1891-1893. DOI:10.1111/j.1360-0443.2012.03888.x.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Forense, 2001.

JESUS, Maria Gorete Marques de *et al.* *Prisão provisória e lei de drogas*: um estudo sobre flagrantes de tráfico de drogas na cidade de São Paulo. São Paulo: NEV – Núcleo de Estudos da Violência, Open Society Institute, FUSP, 2011.

KARAM, Maria Lúcia. Punição do enfermo mental e violação da dignidade. *Verve*, São Paulo, PUC-São Paulo, v. 2, 2002.

LUCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. *Ciência e saúde coletiva*, v. 12, n. 2, 2007. [Online].

MAGUIRE, Mike; MORGAN, Rod; REINER, Robert. *The Oxford Handbook of Criminology*. 2. ed. Oxford: Clarendon Press, 1997.

MARONNA, Cristiano Avila. Drogas e consumo pessoal: a ilegitimidade da intervenção penal. *Boletim IBCCRIM*, São Paulo, ano 20, Ed. Especial, out. 2012.

MARONNA, Cristiano. *Política de drogas "business oriented"*. Disponível em: <http://www.cartamaior.com.br/templates/colunaMostrar.cfm?coluna_id=6125>.

MATTOS, Virgílio. *Crime e psiquiatria*: uma saída. Rio de Janeiro: Revan, 2006.

MORETZSOHN, Sylvia Debossan. A "Epidemia do Crack": o cultivo científico da ignorância. *Observatório da Imprensa*, 20 nov. 2012. Edição 721. Disponível em: <http://www.observatoriodaimprensa.com.br/news/view/_ed721_o_cultivo_cientifico_da_ignorancia>.

OUTHWAITE, William *et al. Dicionário do pensamento social do século XX*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

PAGOT, Angela Maria. *O louco, a rua, a comunidade*: a relação da cidade com a loucura em situação de rua. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

RAUTER, Cristina. *Criminologia e subjetividade no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

RODRIGUES, Luciana Boiteux de Figueiredo. O controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo no direito penal e na sociedade. São Paulo. Tese (Doutorado)–Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, 2006.

UNAIDS. Joint Statement. Compulsory drug detention and rehabilitation centres. 2012. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/JC2310_Joint%20Statement6March12FINAL_en.pdf>.

YASUI, Silvio. *Rupturas e desencontros*: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

ZAFFARONI, Raul Eugenio. *O inimigo no direito penal*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2007.

Informação bibliográfica deste texto, conforme a NBR 6023:2002 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT):

BOITEUX, Luciana. Liberdades individuais, direitos humanos e a internação forçada em massa de usuários de drogas. *Revista Brasileira de Estudos Constitucionais – RBEC*, Belo Horizonte, ano 7, n. 25, p. 53-80, jan./abr. 2013.

Recebido em: 13.06.2013
Aprovado em: 17.06.2013

www.neip.info

A necessária responsabilização do adolescente em razão do ilícito praticado

Luciano Alves Ros
Doutorando em Direito pela P

Resumo: O artigo trata da responsabilização do adolescente em razão d tica de ilícito penal, inserindo o tema no contexto do dever jurídico da fa sociedade e do Estado em assegurar a observância dos direitos funda tais de crianças e de adolescentes, abordando também a proposta de ções do Estatuto da Criança e do Adolescente apresentada pelo Gover Estado de São Paulo.

Palavras-chave: Redução da maioridade penal. Impossibilidade. Deve dico de assegurar os direitos fundamentais da criança e do adolescente rações do Estatuto.

Sumário: Introdução – **1** Do dever fundamental da família, da sociedad Estado – **2** Dos direitos fundamentais de crianças e adolescentes – **3** A (in sibilidade formal e substancial da redução da maioridade penal – **4** O p de lei endossado pelo Governador do Estado de São Paulo – **5** Do siste atendimento socioeducativo do adolescente – **6** Conclusão – Referência

Introdução

O título apresentado pode dar a ideia de que o autor é defensor da po lidade da redução da maioridade penal, com a consequente aplicação de p àqueles que tenham menos de dezoito anos.

Contudo, como será demonstrado, defende-se a impossibilidade *form substancial* da redução da maioridade penal, muito embora se admita a nec dade de alteração do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/199 alguns aspectos.

A questão da redução da maioridade penal é extremamente compl vai muito além dos limites com que a matéria é tratada, geralmente circuns ao sentimento de vingança. Praticado um ato ilícito penal, teriam a criança