

FLÁVIO AUGUSTO FONTES DE LIMA

**JUSTIÇA TERAPÊUTICA:
em busca de um novo paradigma**

TESE DE DOUTORADO

Orientador: Prof. Dr. Alvino Augusto de Sá

**FACULDADE DE DIREITO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

São Paulo
2009

FLÁVIO AUGUSTO FONTES DE LIMA

**JUSTIÇA TERAPÊUTICA:
em busca de um novo paradigma**

Tese apresentada ao Departamento de Direito Penal,
Medicina Forense e Criminologia da Faculdade de
Direito da Universidade de São Paulo, como requisito
parcial à obtenção do título de Doutor.

Orientador: Prof. Dr. Alvino Augusto de Sá.

**FACULDADE DE DIREITO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

São Paulo

2009

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FLÁVIO AUGUSTO FONTES DE LIMA

JUSTIÇA TERAPÊUTICA: em busca de um novo paradigma

Tese apresentada ao Departamento de Direito Penal, Medicina Forense e Criminologia da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor.

Orientador: Prof. Dr. Alvino Augusto de Sá.

A banca examinadora composta pelos professores abaixo, sob a presidência do primeiro, submeteu o candidato à defesa, em nível de Doutorado, e o julgou nos seguintes termos:

Professor
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Professor
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Professor
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Professor
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Professor
Julgamento: _____ Assinatura: _____

São Paulo,

*Dedico este trabalho a meus amados pais,
Rubem Augusto de Lima e Aurora Fontes de Lima, co-
responsáveis, juntamente com Deus por tudo que sou.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador e amigo, o Prof. Dr. Alvino Augusto de Sá.

A meus irmãos Rubem Augusto de Lima e Cibele Fontes de Lima por tanto carinho, a minha sobrinha-filha Camila Fontes de Lima Chapoval, Keila Fontes, Marcus Tabosa, Rita, Maria e Ângela, Alice, Vinicius Soalha, Ronaldo Laranjeira, João Luiz, Alberto Silva Franco, Sergio Shecaira, Maria Tereza Moura, Antonio Chaves (in memoriam), Vicente Greco, Raquel Sztajn, Antonio Scarance, Dalva, Francisco Queiroz, Ricardo Brito, Cláudio Brandão, Erick Simões, Roseana Siqueira, Jullyane Fernandes, Carol, Safira e Rute, Everaldo Duarte, Joyce e Ana, Nildo Nery, Eliane Ribas, Samara Alves, Denise e Calil, Débora Dayse, Juliana Barbosa, Thaís Lundgren, Verônika Souza, Monise Sousa, Arailde Fontes, Ives Barreto, Erick Vaz e Tatiene, Cleuza Cechin, Socorro e Walter Grobmann, Elenita Domingues, Kátia Petribu, Irene e Francisa, Soraya Grace, Sulamy Patrícia, Ioná Mota, Elisabete Arantes, José Américo, Luciana Maria, Karla Melo, Jones Figueiredo, UNIAD, Secretaria de Saúde da Prefeitura do Recife, TJPE, Centro de Justiça Terapêutica e Vara de Execução de Penas Alternativas (VEPA).

Sem vocês não haveria a tese.

LEI PRIMORDIAL DO DIREITO À VIDA E À SAÚDE MENTAL

Art. 1º A cada ser humano será garantido o direito de viver plenamente sua vida.

§1º Entenda-se por vida a oportunidade do indivíduo expandir suas potencialidades instintuais, em conformidade com o princípio do prazer.

§ 2º Todos os regramentos sobre a conduta do indivíduo, ainda que necessários só serão válidos, na medida em que, assentados sobre esse direito primordial, eles se constituírem em aperfeiçoamentos seus, tendo em vista os imperativos da realidade e o bom ordenamento da paz social.

Art. 2º Esta lei entrara em vigor toda vez que um novo ser for concebido no seio da humanidade.

Alvino Augusto de Sá.

RESUMO

LIMA, Flávio Augusto Fontes de. **Justiça terapêutica**: em busca de um novo paradigma. 2009. 261 f. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo.

O estudo da Justiça Terapêutica visa a compreender melhor esse novel instituto, com uma nomenclatura tão polissêmica e com pouquíssimas fontes de estudo disponíveis. Em 1999, um grupo gaúcho concebeu um modelo nos quais maiores penais usuários de substâncias que praticassem delitos, deveriam ser tratados por imposição judicial, conforme é previsto na ECA para adolescentes que praticam atos infracionais. Esse movimento foi denominado “Justiça Terapêutica” e, apesar de recente, tem sido alvo de calorosos elogios e severas críticas, mormente de pessoas das áreas da justiça e saúde. Percebemos que há no Brasil uma grande desinformação a respeito dos postulados da Justiça Terapêutica, poucas estatísticas e uma falta de rigor metodológico por parte dos próprios defensores desse movimento. Esse trabalho visa a investigar esse movimento, inserindo-o na história legislativa brasileira referente a drogas, cotejando-o com o novel fenômeno das *Drug Courts* dos EUA. No corpo do trabalho reunimos alguns dos impressionantes dados do consumo e economia das drogas. Em seguida, socorremo-nos de escritos da área de saúde para tentarmos identificar, do ponto de vista técnico, os diferentes níveis do uso de drogas. Procuramos investigar o proibicionismo mundial das drogas irradiado a partir da política interna dos EUA. Como política de flexibilização do proibicionismo, analisamos a política das estratégias de redução de danos. Em seguida passamos a enfocar as *Drug Courts* dos EUA, tidas por muitos como a fonte inspiradora da Justiça Terapêutica brasileira. É feita uma narrativa histórica das principais normas ligadas a drogas, justiça e tratamento no Brasil. O movimento da Justiça Terapêutica foi investigado exaustivamente, foram apresentadas estatísticas e apreciações críticas por especialistas das áreas de saúde e direito. Analisou-se a compatibilidade ou não compatibilidade da Justiça Terapêutica com os princípios da autonomia, bioéticos da autonomia e beneficência, da legalidade, da dignidade da pessoa humana, do direito à intimidade, bem como se o direito tem legitimidade de intervir na esfera do indivíduo com uso disfuncional de drogas. Visamos, outrossim, a investigar, através de pesquisa de campo nos CAPS-AD de Recife (PE), se há alguma diferença significativa no tratamento do usuário disfuncional de drogas encaminhado pela justiça em relação aos que buscam voluntariamente e os encaminhados pelos integrantes de outras áreas como da saúde.

Palavras-chave: Direito Penal. Uso, Abuso e Dependência. Redução de Danos. Justiça Terapêutica. Drogas. Substâncias Psicotrópicas.

ABSTRACT

LIMA, Flávio Augusto Fontes de. **Therapeutic justice**: the quest for a new paradigm. 2009. 261 f. Doctoral Thesis (PhD of Law) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo.

The Study of Therapeutic Justice aims to a better comprehension of this inexperienced institute, with a polyssemic nomenclature and very few sources about it available. In 1999, a south-brazilian group (from the State of Rio Grande do Sul) conceived a model in which the individuals in the age of majority for penal issues that have practiced fouls, should be treated by judicial imposition, as it is ruled by the ‘ECA’ (acronym that refers to the Statute for Childhood and Teenagers in Brazil) for youngsters who have committed acts of infraction. This tendency was called ‘Therapeutic Justice’ and, although recent, it has been target of warm compliments and severe critics, mostly by people from the areas of Health and Justice. We have noticed that in Brazil there is a big lack of information about the postulates of Therapeutic Justice, few statistics and scarcity of methodological rigorousness by the defenders of these precepts. This paper aims to investigate this movement, inserting it in the Brazilian legislative history referring to drugs, and conferring with the recent phenomenon of the *Drug Courts* in USA. The body of this work sums some impressive figures of the consume and economy of drugs. Next, we look for help in the literature of the health area, trying to identify, from a technical viewpoint, the different levels in use of drugs. We intended to investigate the world’s prohibitionist attitude against drugs that was radiated by the internal policy of USA. As a policy to make it more flexible, we analyze the strategies for damage reduction. Further we emphasize the Drug Courts from USA, held by many as the inspiring source of Brazilian Therapeutic Justice. It goes on with a historic narrative of the main rules related to drugs, justice and treatment in Brazil. The movement of Therapeutic Justice is exhaustively investigated; statistics are presented, and critical appreciations made by specialists in the areas of Health and Law. It was analyzed the compatibility or not of Therapeutic Justice with the principles of autonomy, bioethics of autonomy and beneficence, of legality, of dignity for the human subject, of the right of intimacy, as well as if it is legitimate the Law to interfere in the sphere of the individual with dysfunctional use of drugs. We intend, then, to investigate, through a field research in the CAPS-AD of Recife (PE), if there is any relevant difference in terms of treatment between the dysfunctional user of drugs routed by Justice and the ones who spontaneously look for it, and also those who are routed by other way, such as indication of people from the Health area.

Keywords: Penal Law. Use, Abuse and Dependency. Damage Reduction. Therapeutic Justice. Drugs. Psychotropic Substances.

RESUMEN

LIMA, Flávio Augusto Fontes de. **Justicia terapéutica**: en la búsqueda de un nuevo paradigma. 2009. 261 f. Tesis (Doctorado en Derecho) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo.

El estudio de la Justicia Terapéutica pretende comprender mejor ese inexperienced instituto, de nomenclatura tan polisémica y con poquísimas fuentes de estudio disponibles. En 1999, un grupo del Rio Grande do Sul (una provincia del sur del Brasil) creó un modelo según cual mayores en edad penal usuarios de drogas que practicasen delitos, deberían ser tratados por imposición judicial, conforme con el ‘ECA’ (*Estatuto da Criança e do Adolescente*: es la ley que protege todos los niños y adolescentes en Brasil) para los adolescentes que realizan actos ilegales. Esa propuesta fue denominada ‘Justicia Terapéutica’ y, a pesar de ser reciente, ha sido objeto de calurosos elogios y duras críticas, especialmente de profesionales de las esferas de la justicia y la salud. Percibimos que en Brasil hay una gran desinformación acerca de los postulados de la Justicia Terapéutica; hay pocas estadísticas y una escasez de rigor metodológico por parte de los propios defensores de la propuesta. Ese trabajo pretende investigar esa propuesta, insertándola en la historia legislativa brasileña referente a drogas, cotejándola con el nuevo fenómeno de las *Drug Courts* en los EUA. El cuerpo del trabajo reúne algunos de los impresionantes datos del consumo y de la economía de las drogas. En seguida, nos valemus de escritos en el ámbito de la salud para tratar de identificar, del punto de vista técnico, los diferentes niveles del consumo de drogas. Tratamos de investigar la prohibición mundial de las drogas irradiada de la política interna de los EUA. Analizamos la política de relajación de la prohibición y la política de estrategias para reducción de daños. En seguida, enfocamos las *Drug Courts* de los EUA, tomadas por muchos como fuente de inspiración de la Justicia Terapéutica brasileña. Hacemos una narrativa histórica de las principales normas relacionadas con las drogas, el tratamiento y la justicia en Brasil. El movimiento de la Justicia Terapéutica fue investigado a fondo; se presentaron estadísticas y evaluaciones críticas de los especialistas en las esferas de la salud y del derecho. Analizamos si la Justicia Terapéutica es compatible o no compatible con los principios de la autonomía, bioéticos de la autonomía y beneficencia, de la legalidad, de la dignidad de la persona, del derecho a la intimidad; y si el derecho puede intervenir en la esfera del individuo con uso disfuncional de drogas. Pretendemos también investigar, a través de pesquisa de campo hecha en los CAPS-AD de Recife (PE), si hay diferencias significativas en el tratamiento de los usuarios disfuncionales de drogas encaminados por la justicia en relación a los que voluntariamente buscan ayuda y los encaminados por profesionales del ámbito de la salud.

Palabras clave: Derecho Penal. Uso, abuso y dependencia. Reducción de daños. Justicia Terapéutica. Sustancias Psicotrópicas.

RÉSUMÉ

LIMA, Flávio Augusto Fontes de. Thérapeutique justice: a la recherche d'un nouveau paradigme. 2009. 261 f. Tese (Docteur en droit) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo.

L'étude menée par la justice thérapeutique vise à mieux comprendre ce nouvel institut, dont la terminologie est fort polysémique, ayant très peu de sources d'études disponibles. En 1999, un groupe de Rio Grande do Sul, au Brésil, a élaboré un modèle selon lequel les majeurs pénaux utilisateurs de drogues devraient, en cas d'infraction pénale, se soumettre à des traitements imposés par la Justice, conformément aux dispositions du ECA [Estatuto da criança e do adolescente (Statut des enfants et des adolescents)], destinés aux jeunes qui se livrent à des actes illégaux. Ce mouvement a été appelé "Justice Thérapeutique" et, bien que récent, il a reçu de chaleureux éloges et fait l'objet de vives critiques, en particulier de la part des personnes de justice et de la santé. Nous avons remarqué qu'au Brésil il ya une grande désinformation sur les postulats de la justice thérapeutique, un petit nombre de statistiques et un manque de rigueur méthodologique de la part des défenseurs eux-mêmes de ce mouvement. Le présent travail prétend enquêter sur ce mouvement, en l'insérant dans l'histoire législative brésilienne, en ce qui concerne les drogues, tout en faisant un parallèle avec le nouveau phénomène des *Drug Courts* des États-Unis. Dans le corps de ce travail, nous avons recueilli quelques-unes des données impressionnantes sur la consommation et l'économie des drogues. Ensuite, à l'aide de quelques écrits dans le domaine de la santé, nous avons essayé d'identifier les différents niveaux de l'usage de drogues, considérés du point de vue technique. Nous avons aussi essayé d'enquêter sur l'interdiction globale des drogues, lancée par la politique intérieure des États-Unis. Nous avons également analysé la politique des stratégies visant à réduire les méfaits, comme une ressource d'assouplissement de l'interdiction. Puis nous avons commencé à mettre l'accent sur les *Drug Courts* des États-Unis, conçues par beaucoup comme la source d'inspiration de la justice thérapeutique brésilienne. Nous avons fait un récit historique des principales normes relatives à la drogue, à la justice et au traitement de la dépendance aux stupéfiants au Brésil. Le mouvement de la justice thérapeutique a été l'objet d'enquêtes approfondies. Des statistiques et évaluations critiques ont été présentées par des spécialistes dans les domaines de la santé et du droit. De la même façon, nous avons analysé la compatibilité ou non-compatibilité de la justice thérapeutique avec les principes d'indépendance, d'autonomie et bienfaisance de la bioéthique, de la légalité, de la dignité humaine, du droit à l'intimité, et encore si la loi est en droit d'intervenir dans le domaine de l'individu qui consomme de la drogue de façon dysfonctionnelle. Enfin, nous nous sommes proposé d'examiner, au moyen d'une recherche sur le terrain menée dans les CAPS-AD de Recife (PE), s'il y a une différence significative entre le traitement des consommateurs de drogues dysfonctionnels guidés par la justice et le traitement des usagers qui demandent volontiers de l'aide et ceux qui sont guidés par des membres d'autres domaines tels que la santé.

Mots-clés: Droit pénal. Usage, abus et toxicomanie. Réduction des méfaits. Justice thérapeutique. Drogues. Substances psychotropes.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1	Drogas mais comuns e grau de dependência.....	27
Quadro 2	Relatório Mundial de Drogas de 2007.....	29
Quadro 3	Evolução da política mundial proibicionista ocorrida no século XX.....	59
Quadro 4	Redução de danos e redução da oferta.....	71
Tabela 1	Reprodução da evolução das taxas de prisões de maiores penais em unidades estaduais e federais dos EUA, nos anos de 1980, 1988 e 1996..	81
Tabela 2	Quantitativo e proporção de pessoas que ingressaram no tratamento em 2005 e 2006, por Demanda – CAPS-AD –Recife.....	211
Tabela 3	Quantitativo e proporção de pessoas que ingressaram no tratamento em 2005 e 2006, por RPA – Recife.....	211
Tabela 4	Distribuição da amostra por estratos.....	213
Tabela 5	Tipos de alta.....	218
Tabela 6	Distribuição das pessoas que ingressaram nos CAPS-AD em 2005 e 2006 no Recife, segundo a situação na evolução do tratamento.....	218
Tabela 7	Distribuição das pessoas que ingressaram nas CAPS-AD em 2005 e 2006 no Recife, segundo a situação agregada na evolução do tratamento	219
Tabela 8	Distribuição das pessoas que ingressaram nos CAPS-AD em 2005 e 2006 no Recife, segundo a situação agregada na evolução do tratamento e fonte da demanda.....	219
Tabela 9	Percentual das demandas quanto à situação agregada.....	220

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AA	Alcoólicos Anônimos
AGRG	Agravo Regimental
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ANJT	Associação Nacional de Justiça Terapêutica
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AOD	Álcool e Outras Drogas
ART	Artigo
ASEPAD	Asociación Euroamericana para La Prevención del Abuso de Drogas
CÂM	Câmara
CAPS-AD	Centro de Atendimento Psico-Social de Álcool e Drogas
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CDT	Comissão para Dissuasão da Toxicodependência
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas
CEREA	Centro de Recuperação do Alcoólatra
CF	Constituição Federal
CETAD	Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas
CIARB	Centro de Apoio da Rede Biopsicossocial
CID	Classificação Internacional de Doenças
CJT	Centro de Justiça Terapêutica
CONAD	Conselho Nacional Antidrogas
CONFEN	Conselho Federal de Entorpecentes
CONTRAN	Conselho Nacional de Trânsito
CP	Código Penal
CPP	Código de Processo Penal
CTN	Código de Trânsito Nacional
DEA	Drugs Enforcement Agency
DEC	Decreto
DEPEN	Departamento Penitenciário Nacional
DJPJ	Diário de Justiça do Poder Judiciário
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Disorders
DST	Doença Sexualmente Transmissível
DTC	Drug Treatment Court
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EDCM	Expedited Drug Case Management Court
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction
EUA	Estados Unidos da América
FADO	Faculdade de Direito de Olinda
FBI	Federal Bureau of Investigation
GLBT	Guays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros
HC	Habeas Corpus
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IADTC	International Association of Drug Treatment Courts
IASC	Instituto de Assistência Social e Cidadania
IBCCRIM	Instituto Brasileiro de Ciências Criminais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEPAS	Instituto Estudos e Pesquisas em AIDS de Santos

ILANUD	Instituto Latino-americano para a Prevenção do Delito e Tratamento do Delinqüente
J	Julgamento
LEP	Lei das Execuções Penais
LSD	Dietilamina do Ácido Lisérgico
MIN	Ministro
NA	Narcóticos Anônimos
NADCP	National Association of Drug Court Professionals
NIDA	National Institute on Drug Abuse
NDCI	National Drug Court Institute
NRAC	National Research Advisory Committee
NYCLA	New York County Lawyers Association
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONDCP	Office of National Drug Control Policy
ONG	Organização não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
ORG	Organizador (es)
PRD	Projetos de Redução de Danos
PROAD	Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REDUC	Rede Brasileira de Redução de Danos
REL	Relator
RESP	Recurso Especial
RT	Revista dos Tribunais
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SISNAD	Sistema Nacional Antidrogas
SNC	Sistema Nervoso Central
SNFMF	Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia
STJ	Superior Tribunal de Justiça
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TASC	Treatment Alternatives to Street Crime
TJPE	Tribunal de Justiça de Pernambuco
TJSP	Tribunal de Justiça de São Paulo
TR	Técnico de Referencia
UDI	Usuário de Drogas Injetáveis
UNDCP	United Nations International Drug Control Programme
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
US	United States
USAID	United States Agency for International Development
VEPA	Vara de Execução de Penas Alternativas

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	16
CAPÍTULO 1 - ALGUNS DADOS DO CONSUMO E DA ECONOMIA DAS DROGAS.....	26
CAPÍTULO 2 - USO, ABUSO E DEPENDÊNCIA.....	33
2.1 DEPENDÊNCIA.....	38
2.1.1 Conceito	38
2.1.2 Natureza	39
2.1.3 Classificação	41
2.2 USO ABUSIVO.....	44
CAPÍTULO 3 - A PROIBIÇÃO MUNDIAL DAS DROGAS.....	47
3.1 PRÉ-HISTÓRIA DA PROIBIÇÃO.....	47
3.2 PROIBIÇÃO DAS DROGAS NOS EUA.....	49
3.3 PROIBIÇÃO MUNDIAL DAS DROGAS A PARTIR DOS EUA.....	53
CAPÍTULO 4 - A POLÍTICA DE ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DE DANOS.....	61
4.1 EM ALGUNS LUGARES DO MUNDO.....	62
4.2 NO BRASIL.....	65
4.3 REDUÇÃO DE DANOS, REDUÇÃO DA OFERTA E REDUÇÃO DA DEMANDA.....	70
4.4 REDUÇÃO DE DANOS NA ATUALIDADE.....	72
CAPÍTULO 5 - O FENÔMENO DAS <i>DRUG COURTS</i> E A EXPERIÊNCIA DESCRIMINALIZADORA PORTUGUESA.....	77
5.1 ORIGEM REMOTA DAS <i>DRUG COURTS</i>	78
5.2 ALGUNS DADOS DA POLÍTICA CRIMINAL DAS DROGAS NOS EUA.....	80
5.3 ORIGEM E APROXIMAÇÃO CONCEITUAL DAS <i>DRUG COURTS</i>	82
5.4 OS COMPONENTES-CHAVE.....	87
5.5 AS <i>DRUG COURTS</i> NOS EUA.....	88
5.5.1 Elegibilidade dos clientes	88
5.6 O PROGRAMA E SEUS CLIENTES.....	91
5.7 ALGUNS LEVANTAMENTOS E ESTATÍSTICAS.....	93
5.8 PESQUISAS DE SEGUNDA GERAÇÃO.....	96
5.9 A EXPERIÊNCIA DESCRIMINALIZADORA PORTUGUESA.....	100
CAPÍTULO 6 - EVOLUÇÃO HISTÓRICA PRECURSORA DA JUSTIÇA TERAPÊUTICA E DAS POLÍTICAS DE DROGAS NO BRASIL.....	104
6.1 A QUESTÃO LEGAL DAS DROGAS NO BRASIL COLÔNIA.....	104
6.2 A EVOLUÇÃO LEGAL DA QUESTÃO DAS DROGAS E AS PREVISÕES DE TRATAMENTO.....	105
6.3 O MODELO BRASILEIRO DE JUSTIÇA TERAPÊUTICA.....	126
6.3.1 Gênese da Justiça Terapêutica. A contribuição do ECA	126

6.3.2	A expressão “Justiça Terapêutica”	131
6.3.3	Conceito	132
6.3.4	Público-Alvo	132
6.3.5	Encarceramento versus substitutivos	134
6.3.6	Adequação Legal	137
6.3.7	Discursos da ANJT quanto ao uso das drogas	146
6.3.8	Tratamento in(voluntário) e exigência da abstinência como redução de risco individual e social	147
6.3.9	Estratégias e sugestões da ANJT	152
6.3.10	Algumas experiências relacionadas à Justiça Terapêutica no Brasil. O centro de Justiça Terapêutica e a vara de execução de penas alternativas de Recife (PE)	154
6.3.11	O centro de Justiça Terapêutica de Pernambuco	157
6.3.11.1	A vara de execução de penas alternativas de Recife.....	159
6.3.11.2	Um projeto de criação de juizado de Justiça Terapêutica.....	161
6.3.12	A relação drogas e delitos	162
	CAPÍTULO 7 – APRECIÇÃO CRÍTICA DA JUSTIÇA TERAPÊUTICA	168
7.1	ALGUNS ARGUMENTOS DESFAVORÁVEIS	168
7.1.1	Área da Saúde	168
7.1.2	Área de Direito	170
7.2	ALGUNS ARGUMENTOS FAVORÁVEIS	175
7.2.1	Área de Saúde	176
7.2.2	Área de Direito	178
	CAPÍTULO 8 - RELAÇÃO DA JUSTIÇA TERAPÊUTICA E PRINCÍPIOS DA AUTONOMIA, DA AUTONOMIA E DA BENEFICÊNCIA NA BIOÉTICA, DA LEGALIDADE, DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA, DO DIREITO À INTIMIDADE. ANTIPROIBICIONISTAS E INTERVENÇÃO DO DIREITO. LEGITIMIDADE DE INTERVENÇÃO DO DIREITO. PROPOSTAS	185
8.1	A AUTONOMIA	185
8.2	JUSTIÇA TERAPÊUTICA E BIOÉTICA	192
8.3	A LEGALIDADE	197
8.4	DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA	198
8.5	DIREITO À INTIMIDADE	200
8.6	ANTIPROIBICIONISTAS E INTERVENÇÃO DO DIREITO	201
8.7	LEGITIMIDADE DE INTERVENÇÃO DO DIREITO	203
8.8	NOSSA PROPOSTA	207
	CAPÍTULO 9 - UMA PESQUISA DE CAMPO SOBRE A EFICÁCIA DO TRATAMENTO DE USUÁRIOS DE DROGAS ENCAMINHADOS PELA JUSTIÇA A CENTROS DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL-ÁLCOOL E DROGAS	209
9.1	A PROPOSTA DE PESQUISA DE CAMPO	209
9.1.1	Formulação da hipótese	210
9.2	MÉTODO DA PESQUISA	210
9.2.1	População	210
9.2.2	Amostra	211
9.2.2.1	O tamanho da amostra.....	212

9.2.2.2	Composição da amostra.....	214
9.2.3	Variáveis	214
9.2.3.1	Independente.....	214
9.2.3.2	Dependente.....	215
9.2.4	Método Estatístico	216
9.3	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	217
9.4	CONCLUSÃO.....	222
CONSIDERAÇÕES FINAIS		224
REFERÊNCIAS		230
ANEXOS		256
ANEXO 1		257
ANEXO 2		259

INTRODUÇÃO

O uso de substância psicoativa pelo ser humano é detectado desde seus primórdios.

A antropologia e a história, especialmente, mostram como as mais diferentes culturas desenvolveram espaços próprios para o consumo de variadas espécies.

Essas substâncias eram utilizadas em cultos religiosos¹, rituais místicos, manifestações artísticas, criativas, na terapêutica e por motivos sociais².

O ser humano busca estimulações constantemente, ora visando a uma excitação, ora à quietude, às vezes se expandindo, outras se recolhendo. Ademais sonha, entra em êxtase, foge da realidade, medita, devaneia, fantasia, delira, idealiza, transcende. As substâncias psicoativas eram, são e sempre será um dos combustíveis empregados nessas viagens cerebrais³.

Há um sem número de maneiras de se focar a questão, pois é um tema universal, histórico, de uma enorme abrangência.

A discussão envolve saberes e áreas fundamentais e distintas, dentre outros, soberania, saúde, justiça, autonomia e direito à intimidade, ideologia, educação, política criminal, economia, história, finanças, diplomacia, moral, religião, política, violência.

A produção, uso e comércio das drogas se alastraram sobremaneira nas últimas décadas, atingindo todas as camadas sociais.

¹ Um exemplo brasileiro é a utilização por algumas seitas religiosas como o Santo Daime fundado por Raimundo Irineu Serra no Acre na década de 1920, em seus rituais do chá ayahuasca, bebida de ação alucinógena. Sobre o tema, veja-se: DIAS JR. (1992), MACRAE (1992) e SILVA (1983).

² REGHELIN (2002, p. 49). No sentido de que a droga sempre representou a busca do prazer, cf. SILVEIRA FILHO; MOREIRA (2006, p. 3). Para história das drogas, vide: CARNEIRO (1994) e ESCOHOTADO (1996).

³ Para Domingos Sá (1994, p.156-157), o próprio homem é psicoativo por sua própria natureza.

Sendo assim, não há fórmulas definitivas nesse assunto tão controverso e dinâmico, que pode e deve ser estudado, sob os mais variados ângulos e representa uma fonte inesgotável de apreciação. Sendo a matéria das drogas um fenômeno de enfoque transdisciplinar⁴, o direito aliado a outras ciências, deve exercer um relevante papel.

Nesse campo, as pesquisas são sempre parciais e provisórias (CARVALHO, 2006, p. 6), face à constante dinâmica e aos interesses diversos que envolvem.

É, portanto, inevitável o enfoque além do direito, cuja maioria das análises fica circunspectas à interpretação acrítica das legislações, conceituações e categorizações das drogas, carecendo-se de uma fundamentação mais aprofundada, sem a busca devida às demais ciências (CARVALHO, 1997, p. 11).

Não há dúvidas que determinadas substâncias modificam o metabolismo orgânico produzindo alterações comportamentais, que podem causar danos não só ao indivíduo, mas também à própria sociedade, fazendo com que caiba algum tipo de intervenção estatal.

O papel relevante das substâncias psicotrópicas na humanidade foi ressaltado, inclusive, por Sigmund Freud (1955, p. 11-90):

A tal ponto se valorizam os serviços por Estados pelas drogas na luta pela felicidade e para evitar o sofrimento, que tanto os indivíduos como os povos reservaram para elas uma posição inabalável na economia da libido. Não é somente o ganho imediato de prazer que devemos a elas, mas também um certo grau de independência em relação ao meio ambiente, que nos é tão caro [...] Também sabemos que é justamente esta qualidade das drogas que constitui seu maior perigo e nocividade.

Já se escrevia no Brasil em 1939, que determinadas substâncias, como álcool, ópio, haxixe, morfina, cocaína provocavam efeitos enganadores nos espíritos incautos e deletéria influencia nas coletividades, causando

⁴ Salo de Carvalho (2006, p. 1) ressalta que na questão das drogas “os mais diversos estudos podem ser visualizados: de investigações realizadas na esfera sanitária pela medicina, psiquiatria e farmacologia, às pesquisas na área das humanidades, como antropologia, sociologia, história, psicanálise e psicológica... as investigações realizadas no direito penal e processual penal das drogas são profundamente limitadas às avaliações exegéticas das Leis em vigor”.

[...] titânicas devastações, invadindo lares e inquinando vidas. A estes empolgantes agentes, causadores da ruína física e moral da humanidade, cabe a denominação genérica de ‘venenos sociais’[...] constituem os maiores inimigos da humanidade (LOPES, 1939, p. 1).

A questão é tão complexa que as dificuldades já se iniciam pelos conceitos e enfoques associados⁵. Gilberto Velho (1980, p. 355-358), frisou que:

A própria noção de tóxico e o conceito de drogas são altamente problemáticos [...]. A contribuição da antropologia para a compreensão desta problemática consiste em mostrar como existem n maneiras de utilizar as substâncias, em função de variáveis culturais e sociológicas. Estas não só se somam, como complexificam as distinções, que possam ser registradas ao nível da análise bioquímica.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) já tinha considerado impróprios e não científicos termos como “entorpecentes”⁶, “toxicomania”, “hábito”, adição dando preferência pelas expressões “dependência” e “drogas que determinam dependência”⁷ (GRECO FILHO, 2006, p. 2).

A vigente Lei brasileira utiliza o termo “droga”, todavia, há quem entenda mais apropriado o termo “substância”, por se entender que droga implica em uma substância química manufaturada, enquanto algumas substâncias referentes a padrões de abuso ocorrem naturalmente como o ópio ou não são para consumo humano como a cola de aviões (KAPLAN; SADOCK; GREBB, p. 369).

Sob a ótica do uso, a discussão sobre as drogas está dividida em duas grandes tendências mundiais, o movimento antiproibicionista e o de proibição global das drogas (proibicionista), sendo esse último o que prevalece em todas as nações e sistemas políticos do

⁵ A Lei brasileira 6368/1976 mencionava “substância entorpecente”; a vigente Lei 11343/2006 substituiu a expressão por “droga”; A CID-10 e o DSM-III-R utilizam “substância psicoativa”; o vigente DSM –IV prefere “substância”. Utilizaremos neste trabalho as expressões: droga, substância psicoativa e substância. Preservamos os termos: estupefaciente, tóxico e entorpecentes, quando utilizados por algum autor ou por alguma lei como a lusitana, que denomina substancia psicoativa como estupefaciente e a própria Constituição brasileira que se refere a entorpecente.

⁶ Edevaldo Silva (1973) já criticava o uso do vocábulo “entorpecente” como sinônimo de substância psicotrópica, que possui uma gama muito mais ampla.

⁷ Já em 1964, a Organização Mundial de Saúde recomendou a substituição do termo “adição” por “dependência de droga” (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997, p. 371).

mundo de forma mais moderada ou mais radical. É inegável a forte influência da política anti-drogas dos EUA.

Há um senso comum que é a crescente difusão das drogas mundialmente. Tem-se questionado, se a abordagem criminalizante tem correspondido às suas metas, daí começam a surgir expoentes, como Hassemer (1993, p. 98), que defendem a ampla descriminalização inclusive do tráfico de drogas, vaticinando que o mercado de drogas ilícitas seria esvaziado, através das leis de mercado. Para ele, os usuários deveriam ser objetos de políticas sanitárias e de saúde pública.

Ulysses Gonçalves Júnior (2005, p. 166) opinando sobre questões ideológicas relacionadas ao tema, conclui que: “as correntes políticas ditas de esquerda sempre parecem buscar a descriminalização, e, antagonicamente, a direita intenta o contrário, ou seja, endurecer o tratamento”.

Apesar de fascinante, o debate sobre a legalização ou não de determinadas substâncias psicoativas não será objeto de nossa tese. Sobre o tema entendemos que, se por um lado as medidas intervencionistas radicais mostram-se inadequadas e inócuas no enfrentamento da questão (GRADASCHI, 2003, p. 31), a liberação dos tóxicos pode representar a outra face da mesma moeda, representando uma verdadeira incógnita. Outrossim, nosso trabalho não versará sobre o instituto das medidas de segurança⁸.

Tampouco pretendemos discutir com profundidade questões moralistas referentes ao tema, e sim as implicações penais e de saúde, decorrentes do comportamento de risco do usuário abusivo ou dependente, que tem contato com a área penal e o que fazer, a partir disso.

Quase todas as nações do mundo aderiram às convenções da ONU que tratam do tema. Para se ter uma idéia, até novembro de 2006, apenas nove países⁹ não tinham ratificado a Convenção Única de Entorpecentes de 1961, logo 184 nações ratificaram a mencionada

⁸ Para um relato das medidas de segurança cf. Rui Carlos Machado Alvim (1997) e Garcia Valdés (1986).

⁹ São eles: Na África (Guiné Equatorial); na Ásia (República Popular Democrática da Coreia e Timor Leste); na Europa (Andorra) e na Oceania (Kiribati, Nauru, Samoa, Tuvalu e Vanuatu).

Convenção de acentuado cunho proibicionista, que recomenda a criminalização da produção, comercialização e posse para uso próprio de drogas consideradas ilícitas (INCB, 2007)¹⁰.

Com a criminalização mundial, a justiça criminal tornou-se um dos principais atores e não se pode, simplesmente, fazer de conta que não existe um enorme número de usuários abusivos e dependentes que se envolvem em delitos de alguma forma relacionados às substâncias psicoativas, muitos deles encarcerados.

A realidade fática atual é que todas as nações são proibicionistas e nos propomos a verificar os impactos para o usuário abusivo ou dependente, quando ingressa na esfera criminal, para a sociedade e principalmente a legitimidade ou não da justiça criminal, especialmente a brasileira, de interferir em seu estado de saúde.

Pessoas, notadamente jovens, matam, morrem, tornam-se inválidas, corrompem, são corrompidas, adoecem e as autoridades não conseguem dar uma resposta satisfatória à sociedade.

Carlos Oliveira (2004a, p. 13) aponta que as questões que envolvem os delitos referentes às drogas ilícitas e o controle das lícitas, como o álcool, são tão vitais que “acabam por superar as discussões acadêmicas e morais, passando a ter importância prática, e, principalmente, de controle social, motivos pelos quais passam a ter interesse jurídico-penal”.

Independentemente de qualquer consideração de ordem de política criminal, o fato é que em todo o Brasil, unidades judiciais criminais; quer ligadas à infância e juventude; quer voltadas para maiores penalmente, têm lidado a todo momento, com um número crescente de pessoas dependentes ou usuários abusivos de drogas envolvidos em diversos delitos.

No Brasil, é cada vez maior o índice de consumo precoce de drogas, mormente bebidas alcoólicas, sem que nem as famílias, a sociedade ou as autoridades constituídas consigam um

¹⁰ Dados do International Narcotics Control Board (INCB).

razoável controle¹¹ (RODRIGUES, 2007, C 8).

Há casos dramáticos envolvendo adolescentes e até crianças tão dependentes de drogas, que chegam a ser acorrentados pelos próprios pais para não consumirem e que já são jurados de morte por dívidas das drogas¹².

O sistema penal brasileiro, com exceção, da aplicação da Medida de Segurança, vem apenas indiscriminadamente dependentes de drogas e usuários abusivos que cometem delitos relacionados ou não ao consumo de drogas, que freqüentemente vão provocar mais danos à sociedade, uma vez que necessitam de uma intervenção terapêutica, muitas vezes praticando delitos para alimentação do consumo ou sob efeito de drogas.

A criminalidade pertinente ao uso de drogas é multifacetada. Dentre outros, há delitos induzidos pelo consumo ou de criminalidade derivada; existem os relacionados às drogas de forma funcional, como os contra o patrimônio para aquisição, e uma delinquência associada, quando o acusado consumiu qualquer tipo de substância (SILVEIRA, 2005, p. 47).

¹¹ Só como exemplo, citamos pequeno levantamento envolvendo uma amostra com 123 estudantes entre 12 e 36 anos realizadas em maio de 2007, no município do agreste pernambucano de Santa Cruz do Capibaribe distante 183 km da capital e com uma população de 72.027 habitantes em julho de 2005, segundo o IBGE, o qual constatou que 70,7% dos estudantes tinham no máximo 15 anos quando tiveram o primeiro contato com bebida alcoólica e 60% disseram que experimentaram pela primeira vez em casa ou em festas da família.

¹² Mencionamos um caso envolvendo adolescente e outro, uma criança, relatados pela imprensa na internet em 07 jun. 2007 e em 05 jul. 2007. A empregada doméstica Marilene Costa, mãe de um adolescente de 17 anos dependente de drogas, acorrentou-o por 2 meses em sua casa no município de Feira de Santana (BA), temendo por sua vida já que ele devia R\$ 100,00 para os traficantes que rondavam a sua casa e o ameaçavam, mas mesmo assim ele se libertou várias vezes e vendeu até os bens da família para comprar drogas. O caso foi para a Vara da Infância e Juventude que determinou que o menor fosse internado em clínica para tratamento, ressaltando o juiz que a mãe estava em total situação de desespero. “Adolescente viciado em drogas é acorrentado na Bahia”. Disponível em: <<http://noticias.bol.uol.com.br/brasil/2007/07/05/ult4469u6602.jhtm>>. Acesso em: 04 jul. 2007. Mais chocante ainda foi a história de um menino com 11 anos de idade, que foi acorrentado pela segunda vez pelos pais em Porto Alegre, no intuito de tentarem evitar sua fuga para comprar crack, por ser “viciada” nessa droga. Segundo o conselheiro tutelar João Soares era a terceira vez que encontrava a criança acorrentada ou amarrada e afirmou que o menino tinha que ficar em uma clínica fechada para não fugir. O garoto já tinha sido internado em clínicas de tratamento de dependentes químicos por três vezes e na última vez, permaneceu 3 dias, mas fugiu. “Menino viciado em drogas é acorrentado pelos pais no Rio Grande do Sul”. Disponível em: <<http://pe360graus.globo.com/noticias360/matLer.asp?newsId=92297>> Acesso em: 05 jul. 2007.

Como a justiça criminal deve se posicionar é um problema real. Há um campo de interseção entre justiça e saúde que necessita ser cada vez mais discutido e aperfeiçoado, visando-se a uma melhor compreensão humana dos destinatários da lei.

No final de 1989, surgiu nos EUA em Miami, uma unidade judicial chamada Drug Court, que se propôs a enfrentar as causas dos problemas relacionados a determinados infratores que cometem delitos, onde o componente droga lícita ou não esteja de alguma forma presente, através de um conjunto de procedimentos, alguns bastante polêmicos.

No Brasil, a partir de 1999, um grupo de operadores do direito e técnicos na área de saúde, inicialmente do Rio Grande do Sul, começou a defender a possibilidade de imposição judicial criminal de tratamento, nominando o movimento de Justiça Terapêutica.

Ricardo Silva (2007a)¹³ assim se expressou quanto ao significado de Justiça Terapêutica:

No Brasil a proposta onde a legislação seja cumprida harmonicamente com medidas sociais, com tratamento às pessoas que praticam crimes onde o componente drogas, no sentido amplo esteja presente de alguma maneira, pode ser chamada de Justiça Terapêutica [...]. A Justiça Terapêutica pode ser compreendida como um conjunto de medidas que visam aumentar a possibilidade de que infratores usuários e dependentes de drogas entrem e permaneçam em tratamento, modificando seus anteriores comportamentos delituosos para comportamentos socialmente adequados.

Essa iniciativa tem suscitado um intenso e acalorado debate entre os especialistas no assunto.

Um aspecto da discussão é o fato de muitos associarem Justiça Terapêutica à política norte-americana das Drug Courts.

Cabe-nos vários questionamentos, como por exemplo, o que realmente significa Justiça Terapêutica? Se é uma tentativa de cópia das Drug Courts dos EUA? Se é algo inaplicável no

¹³ Ricardo de Oliveira Silva é Procurador de Justiça do Rio Grande do Sul, fundador e presidente da Associação Nacional de Justiça Terapêutica (ANJT).

Brasil? Ou uma noção que já vem sendo utilizada há décadas em nosso país? Seria uma espécie de sanção? Uma pena ou medida alternativa à prisão? Ou um benefício ou serviço da justiça criminal? O sistema judicial passaria a ser considerado um ambiente de tratamento?

Essas e outras indagações carecem de respostas satisfatórias, porque assertivas simplistas e meramente reprodutivas devem ser rejeitadas no campo científico, mutável e inabsoluto por sua própria natureza.

Uma das maiores dificuldades na abordagem do movimento da Justiça Terapêutica, é que há enorme carência de produção científica, notadamente bibliográfica e pesquisas. Esse fator nos desafiou, sobremaneira, a adentrarmos no tema.

Na busca do enfrentamento das questões foram realizados levantamentos bibliográficos amplos em diversas áreas do saber, acessados dados estatísticos diversos, pesquisa legislativa, além de ampla pesquisa de campo. Para melhor compreensão das Drug Courts, em março de 2004, viajamos por cinco Estados norte-americanos, a convite do governo dos EUA. Para uma visão mais interdisciplinar da implicação das drogas na área de saúde, no segundo semestre de 2006, cursamos a disciplina de Dependência de Álcool e outras Drogas do departamento de psiquiatria da Faculdade Paulista de Medicina.

Expomos alguns números referentes ao consumo e à economia mundial das drogas no capítulo 1.

No capítulo segundo abordamos alguns aspectos médicos e legais, concernentes à imprescindível diferenciação entre os níveis de utilização das drogas pelos indivíduos.

Em seguida, no capítulo 3, busca-se a explicação do proibicionismo mundial das drogas no século XX, irradiado a partir da política interna dos EUA sobre o tema.

Um marco no proibicionismo mundial foi a expansão do vírus HIV, a partir da década de 1980 e a necessidade de adoção de estratégias de enfrentamento da questão conhecidas por

redução de danos, que foram ampliadas e têm difícil convivência dentro da proibição mundial, o que será descrito no capítulo 4.

No capítulo 5, aprofundaremos o estudo das Drug Courts, que apesar de pouco estudadas no Brasil, vêm sendo consideradas a maior revolução na justiça criminal dos EUA e a fonte da Justiça Terapêutica no Brasil. Um fenômeno de mudanças sociais, sob a iniciativa e comando do judiciário, que se difere da tradicional concepção científica de movimentos sociais, caracterizada pela influência no meio político por parte de um comportamento social coletivo em busca de mudança e que prega a troca da prisão pelo tratamento (BEAN, 1996, p. 718-721).

Em seguida ter-se-á uma noção da experiência de Portugal, um dos únicos países do mundo que por lei descriminalizou ações referentes ao porte para uso próprio.

No capítulo 6, faz-se uma narrativa histórico-legal, a partir da descoberta do Brasil até nossos dias, a respeito dos enfoques dados pelas leis às drogas, passando-se pelas normas determinantes de tratamentos e a vigente política nacional de drogas, preparando-nos para a apreciação da Justiça Terapêutica.

Ainda nesse capítulo, o movimento de Justiça Terapêutica será estudado em seus mais diversos enfoques, visando-se a sua compreensão, conceito e delimitação da sua natureza, sem olvidarmos rápido cotejo entre a prisão e os substitutivos penais, algumas experiências brasileiras, além de aspectos polêmicos como tratamento compulsório e exigência de abstinência.

Para possibilitar uma mais visão crítica foram colecionados no capítulo 7, argumentos favoráveis e contrários a postulados da Justiça Terapêutica, tanto de especialistas da área de saúde, como de direito.

Após, analisamos a compatibilidade das idéias da Justiça Terapêutica, com os princípios da legalidade, direito à intimidade, dignidade da pessoa humana, da autonomia

individual e o princípio da autonomia da bioética. Visamos a verificar, outrossim, se o direito tem legitimidade para intervir na liberdade individual da pessoa. Para então apresentarmos nossas propostas.

Através de carta de anuência da Secretaria de Saúde do Município de Recife (PE), desenvolvemos pesquisa junto a todos os sete CAPS-AD¹⁴ de Recife (PE) (Centros de Atendimento Psico-Social de Álcool e Drogas), envolvendo todos os infratores maiores criminalmente enviados pelas varas, juizados especiais criminais, polícia civil e militar da cidade de Recife (PE), para avaliação e tratamento nos CAPS-AD, nos anos de 2005 e 2006, visando a avaliar a eficácia do tratamento pelos enviados pela justiça em cotejo com os que procuraram tratamento voluntariamente e outro grupo encaminhado pelo setor de saúde, uma vez que há uma ampla concepção que o tratamento referente a drogas só é eficaz, se for buscado voluntariamente.

¹⁴ CAPS-AD (Centro de Atendimento Psico-Social de Álcool e Drogas).

CAPÍTULO 1 - ALGUNS DADOS DO CONSUMO E DA ECONOMIA DAS DROGAS

Apenas nos EUA em 2005, 22.200.000 pessoas, a partir de 12 anos de idade, isto é, 9,1% da população foi classificada como dependente ou abusadora de álcool e/ou drogas ilícitas, conforme o critério adotado pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; American Psychiatric Association), Sendo 3.300.000 abusadores e dependentes em álcool e outras drogas ilícitas; 3.600.000 em drogas ilícitas e 15.400.000 apenas em álcool.

Entre 2002 e 2005 praticamente não houve variação na quantidade populacional, sendo 22.000.000 em 2002; 21.600.000 em 2003 e 22.200.000 em 2004. A droga ilícita mais utilizada pelas pessoas em 2005 foi a maconha (4.100.000), seguida pela cocaína (1.500.000) (SAMHSA, 2007).

Valendo-se de dados de uma Comissão Parlamentar de Inquérito do Congresso Nacional brasileiro, Arbex Jr. (1997, p. 6) afirma que em 1991, o Brasil já possuía em torno de 100.000 traficantes de drogas.

No Brasil, pesquisa nacional sobre padrões de consumo de álcool da UNIFESP realizada entre novembro de 2005 e abril de 2006, indicou que 28% dos adultos apresentam um padrão de consumo excessivo e que 16% dos jovens entre 14 e 17 anos estão ingerindo mais de cinco doses por dia, o que é alarmante (ADOLESCENTES..., 2007, p. A11).

O II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado pelo CEBRID entre os anos de 2001 e 2005 levantou e estudou o consumo de drogas psicotrópicas, envolvendo as 108 maiores cidades brasileiras com população com mais de 200 mil habitantes entre 12 e 65 anos de idade. Foram 7.939 entrevistas validadas, o que corresponde a um total de 47.135.928 pessoas.

22,8% da população pesquisada já fez uso de drogas, exceto álcool e tabaco, pelo menos alguma vez na vida; pesquisa idêntica no Chile atingiu 23,4% e nos EUA, 45,8%.

Em relação aos percentuais de uso alguma vez na vida das drogas mais comuns e o grau de dependência de algumas dessas drogas, tem-se o seguinte resultado:

Quadro 1 – Drogas mais comuns e grau de dependência.

ESPÉCIE DE DROGA	% DE USO NA VIDA	% DE DEPENDENTES
ÁLCOOL	74,6	12,3
TABACO	44,0	10,1
MACONHA	8,8	1,2
SOLVENTES	6,1	0,2
BENZODIAZEPÍNICOS	5,6	0,5
OREXÍGENOS	4,1	–
ESTIMULANTES	3,2	0,1
COCAÍNA	2,9	–
XAROPES(Codeína)	1,9	–
ANALG. OPIÁCEOS	1,3	–
ALUCINÓGENOS	1,1	–
ANABOLIZANTES	0,9	–
BARBITÚRICOS	0,7	–
CRACK	0,7	–
ANTICOLINÉRGICOS	0,5	–
MERLA	0,2	–
HEROÍNA	0,1	–

FONTE: CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas) da UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo). II Levantamento domiciliar sobre drogas psicotrópicas no Brasil. Disponível em: <<http://www.unodc.org/pdf/brazil/>>. Acesso em: 08 abr. 2007.

Como visto, o álcool ocupa o primeiro lugar na escala de consumo e de grau de dependência de substância psicoativa.

O uso na vida de tabaco foi de 44%; já nos EUA atingiu 67,5% e no Chile, 72%. São assustadores as estatísticas referentes ao consumo e grau de fatalidade do tabaco. É a pandemia responsável por mais mortes na história da humanidade (DWYER, 1997, p. 1367-1369). Um terço da população adulta mundial é fumante e se estima que a cada ano o tabaco é

responsável direto pela morte de 4 milhões de pessoas, o que corresponde a quase 11 mil óbitos diários (SARRIA-SANTAMERA; CORTES-BLANCO; ELDER, 2001, v. 75, n. 2) ¹⁵.

O uso na vida de maconha foi de 8,8%; na Polônia atingiu 7,7%; na Grécia, 8,9%; no Reino Unido, 30,8% e nos EUA, 40,2%.

O uso na vida de solventes foi de 6,1%; na Colômbia, 1,4%; na Espanha, cerca de 4% e nos EUA, 9,5%.

O uso na vida de benzodiazepínicos foi de 5,6%, sendo o dos EUA, 8,3%.

O uso na vida de cocaína foi de 2,9%; na Alemanha, de 3,2%; no Chile, de 5,3% e nos EUA, 14,2%.

11% das pessoas já receberam algum tratamento, por causa do uso de drogas e/ou álcool.

2% das pessoas relataram já terem tido complicações no trânsito decorrente do efeito de álcool ou de alguma outra droga.

6,3% das pessoas afirmaram terem discutido quando estavam sob efeito de alguma substância psicotrópica, sendo 10,8% dos homens.

Em documento editado em 1999, o UNDCP (United Nations International Drug Control Programme (UNDCP), agência da Organização das Nações Unidas (ONU) que desenvolve todas as ações relacionadas às drogas, afirma que o tráfico ilegal de substâncias psicoativas movimenta cerca de U\$ 450 bilhões por ano, além de responsabilizar as drogas pela existência de outros delitos:

¹⁵ Estudo desenvolvido sobre tabagismo pela Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro e pela UNIFESP realizado em 2006, o mais abrangente realizado até então no país revelou que há 26 milhões de fumantes, a partir de 14 anos de idade, sendo 1 milhão entre 14 e 17 anos (COLARES, 2007, C3).

O uso indevido de drogas está por trás de milhares de casos de homicídio, assaltos e outros crimes que ocorrem diariamente tanto em países desenvolvidos como em nações em desenvolvimento, além de contribuir para o aumento dos acidentes fatais de trânsito [...] despesas com o aparelho jurídico-policial com o tratamento e à recuperação de usuários [...] representa aos governos um montante estimado em US\$ 120 bilhões por ano (NAÇÕES UNIDAS, 1999).

Segundo o Relatório Mundial de Drogas de 2007, estima-se que 5,6% da população mundial entre 15 e 64 anos de idade, pelo menos uma vez, consumiram droga ilícita entre 2005 e 2006, o que representa 233 milhões e 500 mil indivíduos, conforme demonstra o quadro a seguir (WORLD DRUG REPORT, 2007).

Quadro 2 - Relatório Mundial de Drogas de 2007

	Canabis	Anfetaminas	Ecstasy	Cocaína	Opiáceos	Heroína
Milhões de pessoas	158, 8	24,9	8,8	14,3	15,6	11,1
Percentual da População Mundial de 15 a 64 anos	3,8%	0,6%	0,2%	0,3	0,4	0,3%

Fonte: WORLD DRUG REPORT, 2007.

Um mecanismo que transforma a repressão criminal das drogas em fator criminógeno é o surgimento de redes de tráfico que têm um lucro enorme devido à clandestinidade de sua atividade. Com efeito, o preço das drogas não tem qualquer relação com os fatores de produção das substâncias em si, mas preponderantemente pelos resultados da repressão sobre a produção e distribuição.

Estima-se, naturalmente com imprecisão dada à clandestinidade do negócio, que as atividades econômicas relacionadas ao tráfico de drogas sejam a segunda atividade comercial do planeta (MACRAE, 1997, p. 108).

A utilização de drogas é paralela à existência humana. Todavia, a sua disseminação por todas as camadas sociais é um novel fenômeno muito distante de sua utilização pretérita limitada a uma pequena escala de utilização anterior ao surgimento das revoluções industriais e à configuração hodierna do mundo globalizado, sem fronteiras, cujo “deus” é a apropriação e ampliação do capital, muitas vezes, sem limite fazendo cada vez mais tênue a separação entre o legal e o ilegal, o oficial e o clandestino.

O tráfico ilícito de drogas associa-se facilmente a outras atividades ilegais como o tráfico de armas, lavagem de dinheiro e mistura-se a negócios oficiais e a ocupantes dos mais diversos cargos públicos¹⁶ (VELHO, 1994, p. 26-29), o que faz refletir sobre a real eficácia da política repressiva às drogas e a entender a lógica dos que advogam a completa descriminalização, não só da produção como do uso e seu comércio, face à constatação fática da total impossibilidade de se enfrentar essa criminalidade tão potente que contamina setores públicos do mundo todo.

Será que esse combate ao tráfico não se trata de uma enorme perda de recursos, tempo, energia, vidas, tudo isso como interesse das próprias organizações nacionais e transnacionais que comandam o lucrativo negócio do tráfico ilegal? São indagações sem respostas convincentes até o momento.

Estudo divulgado em 1986 sobre o mercado de bens ilegais, realizado pelos economistas Peter Reuter e Mark Kleiman (1986, v. 7, p. 289-340), aponta o quanto são escassas descrições econômicas da indústria de produção, distribuição e consumo de drogas, dos mecanismos de ajuste das curvas de oferta e demanda; enfim dos processos de operação.

Sem contar na articulação do mercado de drogas com atividades agroindustriais nos países de terceiro mundo produtores, processadores e exportadores e atividades importadoras e distribuidoras notadamente nos EUA e Europa.

O mencionado estudo aponta como caminhos a seguir: a descriminalização do uso e comércio das drogas, para sujeitá-las aos mecanismos reguladores de mercado existentes, para desregular o mercado ilegal das drogas, que cresce em lucro e violência com as intervenções repressivas estatais; diminuição com gastos públicos com políticas consideradas inúteis e financiamento de programas de atenção social, com o dinheiro arrecadado fruto de uma elevada carga tributária.

¹⁶ Gilberto Velho defende a descriminalização do uso das “drogas leves” e a repressão ao “grande” tráfico, que a seu ver constitui uma ameaça ao desenvolvimento e consolidação da democracia.

No país mais proibicionista, que são os EUA, há um número reduzido, mas crescente de autoridades governamentais, acadêmicos e especialistas que, de modo regular, debatem e propõem um giro completo na vigente política sobre drogas. Entendem que deve se reconsiderar a criminalização severa dos traficantes e dos usuários e que as legalizações das drogas de abuso reduziriam a criminalidade ao eliminar o motivo do lucro.

Nesse sentido Kaplan, Sadock e Grebb (1997, p. 369) transcrevem palavras da então chefe da saúde pública norte-americana Joycelyn Elders, que em entrevista ao The New York Times em 07 dez. 1993 afirmou:

Penso realmente que reduziríamos acentuadamente nossa taxa de crimes, se as drogas fossem legalizadas [...] Mas não conheço todas as possíveis implicações disto. Acho sinceramente que precisamos realizar alguns estudos. Em alguns países que legalizaram as drogas, certamente se demonstrou que ocorreu uma redução na taxa de criminalidade, e sem a ocorrência de um aumento dos índices de uso de drogas.

Em relatório elaborado em 1996 pela NYCLA¹⁷ (2007) - New York County Lawyers' Association, entidade que formou uma força-tarefa multidisciplinar para tratar de política de drogas, dentre outros pontos, critica-se o encarceramento pelo uso de drogas, entendendo-se que inviabiliza a reabilitação; encontram uma relação entre as leis de controle de drogas e um aumento dos riscos à saúde decorrente da falta de controle de qualidade das substâncias ilícitas e uma das conclusões a que chegaram foi que:

Não há dúvidas de que algumas formas de uso de drogas podem resultar em comportamento indesejável, inaceitável e anti-social. Entretanto, parece que as principais causas de crimes violentos, que muitas vezes são categorizadas sob o título de 'relacionados a drogas', são causadas por diversos fatores não-relacionados com os reais efeitos farmacológicos de substâncias controladas sobre o comportamento humano. Em vez disso, pode-se dizer que grande parte dos crimes violentos é 'relacionado à proibição de drogas', na medida em que resultam dos custos elevados, dos altos lucros e dos grandes riscos envolvidos no mundo do comércio de drogas da forma como é praticado nas cidades, nos Estados e países do mundo todo.

¹⁷ NYCLA (Associação de Advogados da Cidade de Nova York).

Devido às convenções da ONU sobre drogas, inclusive a vigente de Viena de 1988 ratificada por quase todas as nações do mundo, concluímos que nenhum país signatário tem livre arbítrio de liberar o consumo de drogas consideradas ilícitas ou descriminalizar a produção e comércio, sob pena das mais diversas sanções.

A política de proibição de determinadas condutas relacionadas a drogas consideradas ilícitas é seguida por todas as nações. O que varia é o grau da intensidade da repressão, punição e criminalização. A atual política de drogas brasileira pode ser classificada como de proibicionismo moderado.

CAPÍTULO 2 - USO, ABUSO E DEPENDÊNCIA

Para se tentar compreender os efeitos das drogas nos indivíduos que cometem delitos relacionados a elas, faz-se imprescindível a busca dos saberes de matérias afetas às ciências da saúde. Até porque, os operadores do direito lidam diretamente com essas pessoas e devem se municiar do maior número possível de informações, num setor tão delicado.

O direito precisa se socorrer de outras ciências nesse complexo campo das drogas, para que gere conceitos mais consentâneos com os diversos saberes hodiernos. Já que é tão fácil identificarmos doutrina jurídica, nessa seara, contaminada por impressões pessoais e ideológicas.

As substâncias psicotrópicas podem ser classificadas, de modo simplificado, quanto a sua atuação no sistema nervoso central em basicamente três grupos: a) Psicoléticos ou Depressores da atividade do SNC; b) Psicanaléticos ou Estimulantes da atividade do SNC e c) Psicodisléticos ou Perturbadores da atividade do Sistema Nervoso Central (SNC) (NICASTRI, Sem o ano).

É consenso que a maioria dos usuários disfuncionais não se torna dependente, e que não existe nenhuma espécie de fator determinante que indique que um usuário tornar-se-á dependente (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2004b, p. 5-10; SILVEIRA FILHO; MOREIRA, 2006, p. 6), apesar de haver sintomas indicadores catalogados em manuais de diagnóstico e de classificação de doenças como veremos adiante.

Muitos conseguem se manter integrados e saudáveis, do ponto de vista psicológico e social embora fazendo uso de drogas. Esses indivíduos tendem a utilizar as drogas em contextos sociais definidos que promovem o controle do uso dessas substâncias pelo grupo (MACRAE, 1992, p. 113).

A educação sobre as drogas deve fornecer também essa perspectiva não para incentivar seu uso, mas sim para combater a demonização das drogas em si mesmas e através de uma

visão mais próxima da realidade quebrar o estigma que recai sobre o usuário. Além disso, informações incorretas tendem a causar efeito oposto do que pretendiam alcançar quando o destinatário descobre a inveridicidade delas por suas próprias experiências (BARATTA, 1989, p. 130). Esse é o chamado “efeito bumerangue”.

Nessa esteira de prevenção e educação sobre drogas (MACHADO, 2007, p. 6)¹⁸ que a educadora espanhola Encarna Bas (2000, p. 194)¹⁹ assim se pronunciou:

[...] a educação sobre drogas requer uma política real de prevenção, que contemple a formação do professorado, dos pais e mães, e de outros mediadores sociais, para o desenvolvimento de programas globais, fundamentados, coerentes, contínuos, sistemáticos e criativos (tradução nossa).

Determinadas substâncias alteram o funcionamento do cérebro, afetando estados mentais internamente percebidos, como o humor, e atividades externamente verificáveis, como o comportamento. Assim é inegável que pode haver reflexos na sociedade (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997, p. 369).

A maioria das drogas psicotrópicas age nos neurotransmissores. Ora interferindo na síntese dos neurotransmissores; outras, no seu armazenamento; outras, nos mecanismos de destruição e, existem aquelas que atuam ao nível dos receptores dos neurotransmissores, que se localizam no neurônio seguinte (MASUR; CARLINI, 2004, p. 33-36).

Tanto a CID-10²⁰, como o DSM-IV-TR²¹ classifica o uso abusivo e a dependência de drogas como doenças. Esses manuais de diagnóstico e de classificação de doenças não consideram doença o mero uso recreativo, ocasional, esporádico.

¹⁸ Dentre as medidas contidas no Plano Estadual de Segurança Pública lançado pelo Governo do Estado de Pernambuco consta a realização de campanhas educativas relativas ao uso nocivo e dependência de drogas lícitas e ilícitas.

¹⁹ Prevención de drogodependencias en el medio educativo

²⁰ Do inglês: ICD-10 (International Classification of Diseases) - A 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças adotou a denominação "Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde" sendo, na prática conhecida por "CID-10". Essa Classificação foi aprovada pela Conferência Internacional para a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças, convocada pela Organização Mundial de Saúde, realizada em Genebra no ano de 1989, tendo a CID-10 entrado em vigor em 1 de Janeiro de 1993.

²¹ Do inglês: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais é uma publicação da American Psychiatric Association, Washington D.C., sendo a sua 4ª edição conhecida pela designação “DSM-IV”. Este manual fornece critérios de diagnóstico para a generalidade das perturbações mentais, incluindo

A Organização Mundial da Saúde conceituou a toxicomania ou toxicofilia como um Estado de intoxicação periódica ou crônica, causada pelo repetido consumo de uma droga natural ou sintética nociva ao indivíduo ou à sociedade. Assim, uma das características desse estado é o efeito nocivo não só ao consumidor, mas também ao coletivo. Torna-se um problema considerável do ponto de vista social e de saúde pública, indo além da esfera do usuário (FRANÇA, 2001, p. 287).

O tratamento para dependência e o uso abusivo de drogas de modo sistemático só se consolidou a partir do século XX.

Foi com a criação dos Alcoólicos Anônimos (AA), em 1935 nos EUA que se deu a primeira tentativa de tratamento ambulatorial. Surgiram, outrossim, as comunidades terapêuticas que além de visar à abstinência, procuravam impor novos hábitos morais e sociais, baseados no confronto e na humilhação.

A partir da segunda metade do século XX é que surgiram os modelos de tratamento utilizados atualmente, com a concepção da dependência como uma doença de natureza não só biológica, mas psicológica e social. Porém, admitiu-se que cada dependente tinha não só sintomas universais, mas próprios e muitas vezes, com influência do seu contexto sócio-cultural, o que levou ao aperfeiçoamento e à criação de novos serviços.

A internação deixou de ser a principal ferramenta manuseada e outros recursos terapêuticos foram desenvolvidos na difícil tarefa de motivar o indivíduo e de levá-lo à auto-reflexão e conseqüente busca de um novo estilo de viver. Foram criados serviços alternativos de atendimento como, por exemplo, ambulatórios, centros de convivência, hospitais-dia, moradias assistidas, acompanhamento terapêutico, agentes multiplicadores.

componentes descritivas, de diagnóstico e de tratamento, constituindo um instrumento de trabalho de referência para os profissionais da saúde mental. Desde a publicação original do DSM-IV em 1994, observaram-se já muitos avanços no conhecimento das perturbações mentais e das doenças do foro psiquiátrico. Neste sentido, existem já várias publicações que incorporam os resultados das investigações mais recentes, com destaque para o DSM-IV-TR.

A rede primária foi conscientizada da importância do diagnóstico precoce, da motivação e encaminhamento a tratamento especializado, além do aparecimento de novas abordagens como a redução de danos, intensificada a partir dos anos de 1980, no enfrentamento do alastramento da AIDS²² e outras doenças sexualmente transmissíveis.

Pode-se considerar o uso como qualquer consumo de substâncias psicoativas. O usuário pode fazê-lo para experimentar, de modo esporádico ou episódico.

O abuso ou uso nocivo é quando o consumo já acarreta algum tipo de prejuízo biológico, psicológico ou social.

Para Ivan Braun (2007, p. 35-36)²³, o abuso e a dependência de drogas iniciam-se por pressões culturais e ambientais, induzidas pelo meio, acrescidos aos efeitos positivos de prazer e alívio de sensações que não são agradáveis.

A dependência provoca problemas bem mais acentuados para o usuário que não consegue controlar o seu consumo.

A dependência e o abuso das drogas podem ser psicológica ou física, essa última relacionada a transtornos metabólicos que necessitam de manejo adequado para evitar reações orgânicas de risco para a saúde, desencadeadas pela ausência do uso delas. É a chamada crise de abstinência.

É preciso que se distingam os padrões de usuários de substâncias psicoativas, pois um número considerável deles mantém um padrão de uso de drogas compatível com uma vida socialmente aceitável e produtiva como já dito.

²² AIDS, do inglês (Acquired Immunodeficiency Syndrome) ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

²³ No mesmo sentido de que a toxicomania é um fenômeno social, isto é, depende também das incitações que podem ser exercidas pelo meio, cf. Charles Melman (2000, p. 101).

Em geral são distorcidas as imagens do consumidor que são difundidas pelos meios de comunicação e também pelo sistema educacional de quase todos os países, formando a opinião de pessoas de diferentes culturas (BARATTA, 2004, p. 120).

É esse um poderoso mecanismo de estigmatização (GOFFMAN, 1988) do usuário de drogas para si e diante da sociedade. É também uma forma eficaz de marginalização de uma parcela da população.

Do ponto de vista da Criminologia Crítica, esse é um dos mais importantes mecanismos de manutenção do sistema repressivo às drogas como sistema auto-referencial, que se reproduz material e ideologicamente (BARATTA, 2004, p. 112). O usuário de drogas sofre o efeito primário do uso das mesmas, tanto em sua saúde quanto em sua auto-imagem, o que tende a perpetuar sua exclusão e as angústias que o levou a utilizar a substância psicoativa. É a reprodução ideológica do sistema repressivo às drogas.

Se esse usuário for selecionado pelo filtro do sistema penal e receber as penas que este comina ao usuário ou traficante de drogas, sofrerá os efeitos secundários do sistema repressivo, tendendo a reproduzir materialmente sua exclusão pelo efeito quase nunca reintegrante da pena, mormente a de prisão.

Alessandro Baratta (1989, p. 74) assevera que a maioria dos consumidores de drogas ilícitas não é dependente, delinqüente, doente, nem faz parte de uma subcultura desviada e que a dependência é curável. E que há bem mais mortos e doentes devido a drogas lícitas, como álcool e tabaco.

Ruy Palhano (2000, p. 43-44) fornece uma classificação em relação às espécies de usuários. Ele enxerga o usuário experimentador; o ocasional ou moderado; o abusivo e o dependente.

O usuário experimentador representa o que usa a droga uma ou mais vezes, por curto período de tempo, mas não prossegue no consumo.

O usuário ocasional ou moderado é quem já possui certa inclinação para o consumo, forma de uso intermitente, no qual o indivíduo apresenta certo desejo de buscar a droga.

2.1 DEPENDÊNCIA

2.1.1 Conceito

De modo simplificado, o abuso e a dependência têm como etiologia o fato de alguém consumir substância segundo um padrão abusivo (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997, p. 376).

A dependência não é uma categoria homogênea e passa por gradações diversas, muitas vezes, de difícil percepção, daí ser mais adequado concebê-la em forma de graus variados.

Apesar de catalogada a dependência na CID-10 e no DSM-IV-TR, não há um consenso em sua conceituação, pois “Talvez não seria demais afirmar: a dependência consiste num dos melhores exemplos da complexidade dos seres humanos” (ORFORD, 1994, p. 266).

Segundo Thomas Babor (1994, p. 38) a palavra dependência²⁴ se origina do inglês medieval e mais remotamente do termo em latim “pendere”, que quer significar “algo que está seguro”.

A dependência pode ser descrita como um estado físico ou psíquico, que decorre de uma interação entre uma droga e um organismo vivo, caracterizado pelo comportamento e outras respostas, onde geralmente se dá uma compulsão pela droga, de modo contínuo ou periódico, visando-se a experimentar seus efeitos psíquicos e evitar as desagradáveis consequências advindas da síndrome de abstinência (FRANCO et al, 1997, p. 970-971).

²⁴ Aurélio Buarque de Holanda (1986, p. 537) estabelece a palavra dependência como derivada da forma do latim: *dependentia*.

A compulsão por ingerir certas substâncias implica em um comportamento contínuo ou periódico de busca delas “que é resistente à supressão através da punição e freqüentemente ocorre à exclusão de outras atividades importantes” (SCHUSTER, 1994, p. 227).

Apesar de não haver uma definição universalmente aceita de dependência, há quase um consenso sobre aquilo a que o vocábulo se refere, ou seja, a maioria das definições reconhece a dependência como uma condição das pessoas que bebem de modo repetitivo ou consomem outras drogas de modo usual, a ponto de provocar intoxicação e prejuízo.

2.1.2 Natureza

Neliana Figlie, Selma Bordin e Ronaldo Laranjeira (2004b, p. 3-10) enquadraram e sintetizaram as diversas teorias acerca da natureza da dependência química em cinco modelos, quatro básicos e um aglutinador: o modelo de doença; o de comportamento aprendido; o psicanalítico; o familiar e o de fenômeno biopsicosocial.

O modelo de doença enxerga a dependência como um transtorno primário, que independe de outros fatores, uma herdada propensão biológica aos efeitos das substâncias, um transtorno com um componente bioquímico genético. As mais marcantes particularidades seriam: Não se ter controle sobre o consumo de álcool e outras drogas; a negação; o consumo continuado, apesar das deletérias conseqüências e um padrão de recaída.

O modelo de comportamento aprendido defende que os problemas comportamentais, inclusive os pensamentos, sentimentos e alterações fisiológicas são aprendidos ou condicionados, logo o antídoto seria a utilização dos mesmos processos de aprendizagem de modo modificado. Quatro escolas de pensamento representam esse modelo:

Condicionamento clássico: Explica como respostas (craving, por exemplo) são originárias de estímulos condicionados, que por sua vez são advindos de várias situações ambientais.

- a) Condicionamento operante: defende-se que os padrões de comportamento são determinados por reforços positivos ou negativos, frutos do comportamento. Assim, por exemplo, o uso provocaria o reforço positivo da euforia, relaxamento e bem-estar removendo o reforço negativo que seria a ansiedade, depressão ou tensão. O dependente seria influenciado por essas duas espécies de apoios.
- b) Modelagem: explica principalmente a iniciação ao abuso de álcool e outras drogas, por adolescentes que se modelam pelo comportamento de outros como pais e colegas. Logo, o enfrentamento da dependência viria da mesma forma com a imitação de comportamentos mais funcionais.
- c) Modelo cognitivo-comportamental: entende-se que tanto estímulos externos, como internos se relacionam com as vulnerabilidades e suas crenças disfuncionais acerca de si e do uso de álcool e outras drogas levando ao craving e ao comportamento de procura da substância.

O modelo psicanalítico é dividido fundamentalmente em escolas mais antigas e mais contemporâneas. As mais antigas compreendem o uso de álcool e outras drogas como uma tentativa de busca de retorno a estados de encantos da infância.

Por outro lado, as teorias hodiernas entendem o uso de substâncias psicoativas como uma maneira do consumidor se adaptar a seus déficits de auto-regulação, provocados por privação ou interações disfuncionais na primeira infância, o que tem sido denominado de hipótese de automedicação. Segundo essa hipótese, problemas com abuso de substâncias podem ser provocados por algumas deficiências do indivíduo, a saber:

1. Déficit na tolerância aos afetos: quem sente demais ou nada; quem alterna entre extrema ira e vagas sensações de desconforto;

2. Prejuízo nas habilidades de autoproteção: pessoas que não logram êxito em se manter atentos, precavidos ou de evitar comportamentos que resultem em consequências perigosas;
3. Vulnerabilidade no desenvolvimento da auto-estima;
4. Dificuldades no processo de desenvolvimento e intimidade.

Modelo familiar: na seara da investigação do uso de álcool e outras drogas há três teorias de modelos familiares: o modelo de doença familiar, o modelo familiar sistêmico e o modelo comportamental. Essas teorias foram fundamentais quanto ao conceito de equilíbrio e para compreensão da importância das regras e metas existentes nos relacionamentos familiares e a contribuição delas para a manutenção do uso de substâncias psicoativas.

Há uma tentativa de aglutinar os quatro modelos retro referidos em um único modelo, que concebe a dependência como um fenômeno biopsicossocial. Parece que há um componente biológico herdado nos transtornos de abuso de substâncias, todavia esse componente isolado não teria o condão de responder ao fenômeno nas suas diversas questões, sendo preciso se aliar fatores psicológicos, sociológicos, culturais e espirituais que exercem enorme influência na causa, curso e resultados do transtorno.

2.1.3 Classificação

Segundo Kaplan e Sadock (1990, p. 234-235) a dependência de uma droga pode ser psicológica ou habituação, física e físico-psicológica.

A dependência psicológica tem como característica uma ânsia contínua e intermitente pela substância, objetivando evitar o estado disfórico²⁵ (DICIONÁRIO..., 1982, p. 327).

²⁵ Disforia – 1. Situação de não se sentir bem ou de se sentir contrafeito. 2. Impaciência e inquietação mórbida. 3. Desconforto físico. – **disfórico, adj.**

Já na dependência física há uma necessidade de ingestão da substância, para se evitar a ocorrência da síndrome de abstinência.

A dependência pode alterar de um indivíduo para outro ou de um período a outro. De acordo com os comportamentos associados ao uso de drogas, a dependência pode ser classificada como leve, moderada ou grave (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997, p. 234-235).

Tanto a CID 10, em seu capítulo V, agrupamento F10 a F19, como o DSM-IV-TR, elencam vários transtornos mentais e comportamentais com diferentes graus de gravidade e diversa sintomatologia, mas que possuem em comum o fato de serem atribuídos ao uso de uma ou mais substâncias lícitas ou ilícitas, prescritas ou não por um médico.

O DSM-IV-TR classifica os transtornos relacionados a drogas em dois grupos: transtornos induzidos por substância e transtornos por uso de substância.

Transtornos induzidos por substância são: intoxicação com substância, abstinência de substância, delírium induzido por substância, demência persistente induzida por substância, transtorno amnésico persistente induzido por substância, transtorno psicótico induzido por substância, transtorno do humor induzido por substância, transtorno de ansiedade induzido por substância, disfunção sexual induzida por substância.

Transtornos por uso de substância que consistem no abuso de substância e dependência de substância.

Vamos nos deter em sintomas descritos pela CID-10 e DSM-IV, referentes expressamente ao abuso e a dependência de droga, considerados doença.

Conforme a CID-10 (CLASSIFICAÇÃO..., 1993, p. 74-76), a síndrome de dependência caracteriza-se por um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa,

tipicamente associado ao desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas conseqüências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e por vezes, a um estado de abstinência física.

A síndrome de dependência pode dizer respeito a uma substância psicoativa específica (por exemplo, o fumo, o álcool ou o diazepam), a uma categoria de substâncias psicoativas (por exemplo, substâncias opiáceas) ou a um conjunto mais vasto de substâncias farmacologicamente diferentes. A síndrome de dependência dá-se no caso, por exemplo, do alcoolismo crônico, da dipsomania e da toxicomania.

Em relação aos transtornos²⁶ relacionados a substâncias, o DSM-IV²⁷ (MANUAL..., 2002, p. 105-114) agrupa 11 classes de substâncias: álcool, anfetamina ou simpaticomiméticos de ação similar, cafeína, canabinóides, cocaína, alucinógenos, inalantes, nicotina, opióides, fenciclidina (PCP) ou arilciclo-hexilaminas de ação similar e sedativos e hipnóticos ou ansiolíticos.

Para o DSM-IV (MANUAL...2002, p. 105-114), a principal característica da dependência de substância é a constatação da existência de um grupo de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que demonstram que o indivíduo persiste utilizando uma ou mais substâncias, embora achesse graves problemas devido a essa utilização. Há um padrão de uso repetitivo que, em geral, resultam em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo de consumo de droga.

A dependência é definida quando se diagnosticar três ou mais dos seguintes sintomas experienciados ou manifestados, ocorrendo durante qualquer tempo num período de 12 meses:

²⁶ Transtorno não tem uma aceção exata. Todavia é utilizado para se referir a um grupo de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecível associado, via de regra, a sofrimento e interferência com funções pessoais, ou seja, tem de haver a disfunção pessoal. A expressão é usada na CID-10, por exemplo, ao invés de “doença” ou “enfermidade”.

²⁷ DSM-IV-TR / American Psychiatric Association.

1. Tolerância, definida por um dos seguintes critérios: a. necessidade de quantidades bem maiores de substância para se obter a intoxicação ou o efeito desejado; b. efeito claramente menor com o uso continuado da mesma substância.
2. Abstinência, que se manifesta por um dos seguintes critérios: a) síndrome de abstinência característica da substância; b) a mesma substância ou outra muito parecida é utilizada para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.
3. A substância é constantemente utilizada em grandes quantidades, ou por período maior do que o intencionado.
4. Um desejo constante ou esforço ineficaz de reduzir ou controlar o consumo da substância.
5. Longos períodos de tempo gastos em atividades necessárias para conseguir a substância, usá-la ou se recuperar de seus efeitos.
6. Devido ao uso da substância reduzir ou abandonar atividades sociais, recreacionais ou ocupacionais.
7. Uso contínuo da substância, embora saiba da existência de um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente causado ou acentuado pelo uso da substância.

2.2 USO ABUSIVO

A CID-10 (CLASSIFICAÇÃO..., 1993, p. 73-74) se refere ao abuso de uma substância como uso nocivo para saúde, significando o modo de consumo que está causando dano à saúde.

As complicações podem ser físicas (por exemplo, hepatite decorrente de injeções de droga pela própria pessoa) ou psíquicas (por exemplo, episódios depressivos secundários a

grande consumo de álcool). Logo, para que haja o diagnóstico do abuso é preciso que haja dano físico ou mental ao indivíduo.

Em relação ao abuso de substâncias, o DSM-IV (MANUAL... 2002, p. 105-114) aponta como característica principal um padrão mal-adaptativo de uso de substância, que se manifesta através de recorrentes e significativas consequências adversas relacionadas ao uso repetido da substância.

Diferentemente dos critérios de dependência, não constam dos critérios de abuso de substância, a tolerância, a abstinência, nem um padrão de uso compulsivo, mas inclui, tão-somente, as consequências danosas do uso repetido.

Um diagnóstico de abuso é cancelado pelo de dependência, se o padrão de uso da substância pelo indivíduo alguma vez já satisfaz os critérios para dependência esta classe de substâncias. Não se aplica à nicotina e à cafeína. Há indivíduos que a longo tempo sofrem as nefastas consequências sociais relacionadas ao abuso, sem desenvolverem a dependência.

Podem ocorrer dificuldades nas mais diversas áreas de atuação do indivíduo. Particularmente no campo legal, podem ser observados problemas recorrentes relacionados à substância como detenções por conduta desordeira, agressão e espancamento, direção sob efeito de substância, violência doméstica, crimes patrimoniais.

O uso abusivo ou nocivo de substâncias é um padrão de uso disfuncional de uma substância, levando a um prejuízo ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por um ou mais dos seguintes aspectos ocorrendo dentro de um período de 12 meses:

1. Uso constante da substância, fazendo com que o indivíduo não consiga cumprir obrigações no trabalho, na escola ou em casa (por exemplo: constantes ausências ou fraco desempenho funcional; ausências, suspensões ou expulsões da escola relacionadas à substância; negligência aos filhos ou das atividades domésticas).

2. Uso contínuo da substância em situações que representam perigo físico, como no caso de dirigir um veículo ou operar uma máquina.
3. Problemas legais constantes associados ao uso da substância.
4. Uso recorrente da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou constantes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância, como se dá em lutas corporais e discussões com o cônjuge a respeito das conseqüências da intoxicação.

O que se constata atualmente é que apesar da existência de tratamentos mais tradicionais, há uma significativa possibilidade de modelos de tratamento; que cada um possui vantagens e desvantagens; que o momento do tratamento influencia a escolha do serviço; que não há um método melhor que o outro, e sim um paciente mais indicado para determinado serviço (RIBEIRO; FIGLIE; LARANJEIRA, 2004, p. 460-462).

CAPÍTULO 3 - A PROIBIÇÃO MUNDIAL DAS DROGAS

3.1 PRÉ-HISTÓRIA DA PROIBIÇÃO

Até o final do século XIX, com raras e localizadas exceções, na maior parte do mundo, era escassa ou inexistente qualquer política formal sobre drogas, todos os aspectos referentes a elas eram considerados legítimos e não mereciam qualquer especial atenção pelos legisladores.

A restrição à utilização de substâncias teve início com o álcool já em civilizações antigas.

Surgido no século VII, o islamismo proibiu a utilização de vinho e por analogia a de todas as bebidas alcoólicas.

O Imperador Carlos Magno, que viveu entre 742 e 814, chegou a proibir o uso de bebidas alcoólicas fermentadas.

No século XI, os árabes descobriram a destilação, o que foi capital para a difusão de bebidas pelo mundo.

Personagens ligados ao cristianismo como Santo Ambrósio, Santo Agostinho, São Cipriano e Lutero já apontavam os danos causados em virtude do uso abusivo de bebidas alcoólicas.

Entre 1574 e 1595, deflagrou-se campanha pela proibição do café e do tabaco, por parte da igreja ortodoxa do Império Otomano na época de Murad III.

De 1623 a 1640, ocorreu uma forte reação contra o consumo de café e tabaco liderado por Murad IV, sendo os fumadores e bebedores de café considerados hereges e agitadores sociais. Foram presos e executados, tanto os traficantes como os consumidores dessas substâncias psicoativas.

No norte da Europa, durante o século XVII, também o café era proibido. Nessa mesma época, o uso do tabaco acarretava a amputação do nariz na Rússia, e recebeu a condenação do Papa em 1642 (MACRAE, 1997, p. 109).

Em 1776, o Duque que governava o Estado alemão de Hesse decretou que deviam ser reprimidos a posse e o consumo de café.

Do ponto de vista social, o consumo de drogas sempre foi considerado integrante das relações humanas por todas as civilizações. Drogas, como o ópio e o haxixe, foram utilizadas de forma pública no século XIX por associações de intelectuais e artistas da França e da Inglaterra. O uso religioso das drogas, que pode ser observado em quase todas as religiões antigas, servia como uma forma de controle de seu abuso, já que a associação de algumas drogas com as cerimônias de culto restringia sua utilização aos sacerdotes e aos participantes dessas celebrações.

No ocidente, a partir da chegada de novas substâncias provenientes das culturas de outros continentes, também surgiu o interesse médico pela sua utilização. O tabaco, o café e o haxixe, passaram a ser utilizados pelos médicos como medicamento para diversas patologias. O uso das drogas como forma de terapêutica passou a ser controlado pelos profissionais da saúde, o que não consistia segundo o pensamento do século XIX um problema social significativo. Eram produtos de venda livre e recebiam o mesmo tratamento que qualquer outro fármaco.

Alegando preocupação com a crescente disseminação do vício decorrente do consumo de ópio, o governo chinês proibiu a sua comercialização e em um episódio ocorrido no ano de 1840 no porto de Cantão, confiscou e destruiu carga de navios ingleses contendo a droga, tendo o Reino Unido iniciado e vencido a conhecida “guerra do ópio”, que teve como consequências principais para China a cessão de Hong Kong e a indenização pela carga destruída. Em razão da comercialização do ópio entre 1856 e 1860, a China enfrentou e foi derrotada em nova guerra contra o Reino Unido e a França com mais baixas territoriais e comerciais (PÉRIAS, 2002, p. 57-58).

Um dos marcos a respeito das discussões sobre os efeitos da intoxicação alcoólica surgiu no século XIX, com o médico sueco Magnus Huss que propôs o termo alcoolismo para se referir aos sintomas físico-psíquicos advindos do consumo e abuso de bebida alcoólica. A partir disso se observam correntes intervencionistas e antiintervencionistas ligadas ao delicado tema (FRANCESCHINE, 1990, p. 12).

A política mundial de controle das drogas é calcada em vários aspectos: religiosos, moralistas, culturais, sociais, econômicos, sanitários e terapêuticos²⁸.

3.2 PROIBIÇÃO DAS DROGAS NOS EUA

Próximo ao final do século XIX, problemas econômicos, escassez de empregos e conflitos culturais produziram uma acentuada hostilidade contra diversas minorias nos EUA. As exceções guardavam grande afinidade com o autoritarismo e a discriminação de minorias, com a proibição de consumo de suas drogas recreativas preferidas, de modo simbólico para impor uma degradação de status a essas minorias. Essa fase é denominada por Sebastian Scheerer de pré-história da proibição mundial das drogas (SCHEERER, 2003, p. 55-56).

Algumas drogas eram preferidas em particular por alguns desses grupos: a população negra do sul preferia a coca-cola e a cocaína em pó, os hispanos a maconha, os imigrantes chineses preferiam fumar o ópio e os imigrantes mais recentes de países católicos da Europa bebiam álcool.

Assim em nome principalmente da saúde pública começaram movimentos contrários ao consumo dessas drogas, que foram intensificados no século XX (SCHEERER, 2003, p. 55-56). Nos EUA, no início do século XX, iniciam-se os movimentos Proibicionista, que advogava a proibição do consumo de álcool, e o Sufragista, pela emancipação política da mulher através do direito ao voto.

²⁸ Em 1906, foi editada nos EUA, o Pure Food and Drug Act, que limitava administrativamente a venda de fármacos e outras substâncias (RODRIGUES, 2006, p. 32, 50).

A intersecção entre esses dois movimentos era a atuação da mulher como participante ativa de questões sociais. A proibição do consumo do álcool era defendida por grupos femininos de defesa da família como forma de controle da promiscuidade e licenciosidade existente nos bares e cabarés da época.

Esses movimentos que, certamente possuíam forte conteúdo moralista culminaram com a obtenção do direito ao sufrágio feminino e com o Volstead Act, conhecido como “lei seca”, aprovada em 17 de janeiro de 1920, que proibia a produção, a importação, a venda e o uso de bebidas alcoólicas nos EUA e sancionava os infratores com penas de multa e de prisão. Verificou-se, todavia que, a partir dessa Lei (OLMO, 2004, p. 125), surgiram organizações criminosas que se desenvolveram à custa da venda clandestina de bebidas alcoólicas, o que acabou motivando sua revogação em 1933.

O marco legal inicial dos EUA em direção da política proibicionista que iria redundar na War on Drugs, no tocante a determinadas drogas, deu-se com o Harrison Narcotics Act de 1914, que é basicamente uma norma tributária.

O Harrison Narcotics Act de 1914 exigia o registro das transações por parte dos distribuidores e que o fornecimento ocorresse tão-somente para uso médico, sendo criada a figura do traficante. Quem consumia sem autorização médica era tido como doente e sujeito a tratamento compulsório. A pena era multa de 2 (dois) mil dólares e/ou prisão de 5 (cinco) anos.

Logo em seguida, surgiram leis de drogas na América do Sul e Europa: no ano de 1916 foram editadas leis na Bolívia, Equador e na França (Lois sur les Drogues); em 1920, na Colômbia e no Reino Unido (Dangerous Drug Act); em 1921 no Peru e em 1930 na Venezuela (RODRIGUES, 2006, p. 38-39, 50-51).

Nos EUA, em 1922 surgiu o Narcotic Drug Import and Export Act, estabelecendo que a importação de coca e ópio bruto só seria permitida para uso médico-científico.

Em 1929 tornou-se Lei, projeto de Stephen Porter criando fazendas de narcóticos para ofensores relacionados a drogas, todavia não lograram êxito, só existiram duas, uma em Kentucky, em 1935 e outra em Fort Worth, Texas, em 1938. Essas fazendas tinham as mesmas características de uma prisão comum na prática.

Em 1937, o Congresso Norte-americano aprovou o Marijuana Tax Act, que fixava penas severas para transferência, venda e posse de maconha; dois a dez anos de prisão na primeira infração, cinco a dez na segunda e dez a quarenta anos na terceira.

Em 1951, estabeleceu-se pena mínima para usuários de maconha, opiáceos e cocaína.

Em 1956, foi editado o Narcotic Control Act (KING, 2007). Em alguns Estados norte-americanos, a pena para o porte de maconha, inclusive para os réus primários, era de 15 anos de trabalhos forçados (VERGARA, 2003, p. 49). Foi instituída pena de morte para maior de 18 anos que fornecesse heroína a menor.

Em 1970, surge o Controlled Substance Act. Lei de controle de substâncias que se aplica a todas as drogas classificadas como perigosas pelo governo e reprime o tráfico e uso pessoal.

Foi o então Presidente dos EUA, Richard Nixon que tornou célebre em 1973 a expressão “guerra às drogas” (War on Drugs), enviando mensagem ao Congresso, na qual enfatizava que as drogas representavam o grande perigo para nação, com enfoque na repressão interna e externa e ênfase no tratamento compulsório²⁹.

²⁹ Martín Barriuso (2003, p. 83-115) entende que a guerra contra as drogas se constitui uma guerra real, onde há armas reais, soldados, conflitos políticos e econômicos, busca pela autodeterminação, poder e dominação e há vítimas reais. Há, também, características das modernas guerras como a estrutura assimétrica do conflito, a importância das redes, a ausência de concentrações locais de inimigos, bem como o paulatino desaparecimento dos limites entre conflitos internos e externos. No início da gestão de Nixon, em 1972 foi criado o TASC (Treatment Alternatives to Street Crime), ligado ao judiciário e ao executivo, sendo a distinção principal das Drug Courts, que no TASC há uma separação entre o processo criminal e o tratamento. Em agosto de 1991, havia 178 TASC em 32 Estados dos EUA.

Em 1974, em substituição ao Federal Bureau of Narcotics foi criada a DEA (Drugs Enforcement Agency), agência responsável por coordenar a aplicação das leis proibicionistas dentro e fora dos EUA.

Em 1976, Jimmy Carter foi eleito Presidente dos EUA e chegou a cogitar redução de pena pelo uso de drogas, defendendo a idéia de que as sanções pelo uso não podiam ser mais danosas ao consumidor que os próprios efeitos deletérios delas. Mas foi duramente acusado de excesso de liberalismo e abandonou seu discurso, principalmente quando um assessor foi flagrado com cocaína (BURGIERMAN, 2003, p. 40).

Nos EUA, várias leis federais foram sendo editadas todas com ênfase em endurecimento da questão das drogas, permitindo até o envolvimento do exército como em 1984, o Controlled Substances Penalties Amendment Act e em 1986, o Anti-drug Abuse Act.

Em 1988 foi editado novo Anti-drug Abuse Act, que preconizava a “criação de uma América livre de drogas” e restabeleceu a pena de morte para traficantes.

A mencionada norma criou a Divisão de Política Nacional de Controle de Drogas (Office of Nacional Drug Control Policy – ONDCP), com o objetivo de estabelecer prioridades e metas para o controle nacional de drogas.

Em 1997, o ONDCP tinha como uma das metas principais de estratégia aumentar a segurança dos cidadãos norte-americanos, pela redução significativa da criminalidade e da violência relacionadas com drogas (MARLATT; WEINGARDT, 1999, p. 245-246). Em 1994, foi editado o Violent Crime Control and Law Enforcement Act, norma de uma abrangência nunca vista, que trata de diferentes campos referentes às drogas, como violência doméstica, prisões, situações onde se aplicam penas de morte que são elevadas para 60 e programas de apoio financeiro a Drug Courts, que se submetam à supervisão do Departamento de Justiça.

Em junho de 2005, a Suprema Corte dos EUA (2005) decidiu por 6 votos a 3, que o governo federal detinha poder para impedir pacientes de fumar maconha cultivada em casa

sob prescrição médica, para aliviar dores crônicas derrubando decisão da corte federal da Califórnia que permitiu o uso medicinal de maconha.

Para Alessandro Baratta (1993, p. 33) a atual política estadunidense de “guerra às drogas”, é uma das principais formas dos EUA imporem e legitimarem sua hegemonia mundial, o que explica o porquê de capitanearem com tanta veemência a internacionalização da repressão e combate (BURGIERMAN, 2003).

Em relação à política mundial das drogas, adota-se o localismo globalizado (SANTOS, B., 1998, p. 57)³⁰, que é a expressão da política de drogas interna dos EUA a nível mundial (OLMO, 2002, p. 281-282).

Rodrigo Vergara (2003, p. 50) analisa que a War on Drugs, serviu para a política externa dos EUA com a função de derrubar governos e intromissão “nos mais variados assuntos além de suas fronteiras”. É no século XX e a partir dos EUA que se irradiou para o mundo, através de leis, tratados e convenções internacionais atualmente sob o comando formal da ONU, a política internacional criminalizadora de cultivo, uso e tráfico de drogas consideradas ilícitas.³¹

Para Rosa Del Olmo (1984, p. 90), a repressão mundial às drogas é parte do projeto de transnacionalização, destacando-se princípios como da culpabilidade e do bem e do mal, através da adoção do modelo médico-sanitário-jurídico.

3.3 PROIBIÇÃO MUNDIAL DAS DROGAS A PARTIR DOS EUA

O marco formal, que anos depois, culminou na política proibicionista mundial liderada pelos EUA, foi a guerra entre Espanha e os EUA, que em 1898 invadiram as Filipinas e se depararam com a questão do ópio no leste da Ásia.

³⁰ Localismo localizado, segundo Boaventura de Souza Santos, é o processo pelo qual um dado fenômeno local é globalizado com êxito.

³¹ Para Zaffaroni (1990, p. 16-25) com essa política mundial proibicionista, criou-se uma nova disciplina jurídica, que limita significativamente as possibilidades de defesa, inclusive substituindo o in dubio pro reo pelo in dubio pro societate do acusado, e até estrangendo os juízes para que condenem.

As elites puritanas pressionaram o governo norte-americano a tomar atitude ao saberem dos fumadores de ópios e prostitutas chinesas, que punham em perigo a saúde dos marinheiros dos EUA.

Em 1903, foi nomeado o bispo da igreja episcopal Charles Brent, como chefe da Comissão sobre o Ópio das Filipinas do governo norte-americano, por seu amigo Secretário de Defesa e futuro Presidente dos EUA Howard Taft.

Em 1906, o bispo apresentou um informe solicitando medidas internacionais conjuntas com todas as potências que participavam do comércio do ópio, notadamente a Inglaterra e a China.

Iniciou-se um grande movimento por parte de grupos religiosos, burocratas, professores de direito e líderes morais que conseguiram convencer a opinião pública que o comércio do ópio, no leste da Ásia, era um problema internacional, fazendo com que até a Inglaterra tivesse que se voltar contra o lucrativo comércio do ópio, resultando em encontro internacional em Shangai, no ano de 1909 (OLMO, 1984, p. 56).

Esse encontro internacional, ligado à questão das drogas, denominou-se Conferência de Shangai, reunindo 13 países, tendo como objeto o ópio indiano utilizado na China. Foi elaborada a Resolução antiópio, que apesar de não ser um documento vinculante, forneceu forte munição para os moralistas que visavam a alcançar um regime de proibição mundial.

Em 1911, deu-se a primeira Conferência internacional em Haia. Proveniente da Conferência de 1911 foi realizada Convenção internacional em 1912, popularmente conhecida como a "Convenção do Ópio", que regulamentou a produção e a comercialização da morfina, heroína e cocaína, todavia apenas entrou em vigor em 1921, devido ao advento da I Guerra Mundial com a adesão de 38 países.

O Tratado de Versalhes de 1918, referente ao final da I Guerra Mundial, dispôs uma cláusula sobre drogas.

No art. 23, c da Convenção que criou a Liga das Nações (1919 a 1946) se previu a elaboração de acordos referentes ao tráfico de ópio e outras drogas nocivas, sendo criada em fevereiro de 1921 uma “Comissão Consultiva do Ópio e outras Drogas Nocivas”.

Foram realizadas mais cinco conferências.

Em 1924, da qual resultou, no ano seguinte, o Acordo de Genebra, que procurou materializar as resoluções da Conferência de Haia de 1911, revistas na Conferência de Bangkok de 1931.

Em novembro de 1924 ocorreu outra Conferência em Genebra, com a participação inclusive dos EUA e da Alemanha, na qual, além de se ampliar o conceito de substância entorpecente, criou-se um sistema de controle do tráfico internacional, através de certificados de importação e autorização de exportação.

Em 1931, Conferência de Bangkok. Foram realizadas em 1931 e 1936 mais duas conferências em Genebra, nas quais os países se comprometeram a vedar a disseminação do vício nos âmbitos internos. Essas tentativas de repressão tiveram resultados questionáveis, até porque os países produtores de substâncias psicoativas aderiram apenas formalmente, devido aos seus interesses econômicos (GRECO FILHO, 1993, p. 35-36).

Com o final da II Guerra Mundial e o surgimento da ONU, sob sua convocação foram elaborados protocolos, referentes ao crescente consumo e comercialização de drogas, em 1946; em 1948, em Paris e em 1953, na cidade de Nova York, que limitou a produção de opiáceos na fonte, permitindo tão-somente a sua utilização medicinal.

A Convenção Única de 1961 é tida como a matriz da proibição mundial vigente, que tinha como meta um mundo livre das drogas em 25 anos. Em 30 de março de 1961, em Nova York, a ONU realizou sua primeira Convenção Única sobre Entorpecentes.

A Convenção Única relaciona os entorpecentes, classificando-os segundo suas propriedades em quatro listas.

Estabelece as medidas de controle e fiscalização prevendo restrições especiais aos particularmente perigosos; disciplina o procedimento para a inclusão de novas substâncias que devam ser controladas; fixa a competência das Nações Unidas em matéria de fiscalização internacional de entorpecentes; dispõe sobre as medidas que devem ser adotadas no plano nacional para a efetiva ação contra o tráfico ilícito, prestando-se aos Estados assistência recíproca em luta coordenada, providenciando que a cooperação internacional entre os serviços se faça de maneira rápida; traz disposições penais, recomendando que todas as formas dolosas de tráfico, produção, posse etc., de entorpecentes em desacordo com a mesma, sejam punidas adequadamente; recomenda aos toxicômanos seu tratamento médico e que sejam criadas facilidades à sua reabilitação.

A referida Convenção, em seu prefácio, foi enfática ao destacar como uma das suas principais justificativas de existência, a preocupação com a saúde física e mental dos seres humanos. Posição que corrobora a maioria dos doutrinadores que defendem ser a saúde pública o bem jurídico atingido, inclusive, nos delitos de porte para uso próprio³².

A Convenção Única foi ratificada pelo Brasil, sendo promulgado o Decreto 54.216, de 27.08.1964.

Em 21 de fevereiro de 1971, em Viena, ocorreu nova Convenção que tratou do controle à preparação, uso e comércio de psicotrópicos, ratificada pelo Brasil, através do Decreto 76.248, de 12.09.1975.

Em 25 de março de 1972, firma-se, em Genebra, o Protocolo de Emendas à Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961, modificando-a e aperfeiçoando-a. Altera a composição e as funções do Órgão Internacional de Controle de Entorpecentes, amplia as informações que

³² É o posicionamento, por exemplo, de Damásio de Jesus (1997, p. 85).

devem ser fornecidas para controle da produção de entorpecentes naturais e sintéticos, além de salientar a necessidade de tratamento que deve ser fornecido ao toxicômano.

Em 1977 ocorre a convocação, pela Secretaria Geral das Nações Unidas, da Conferência Internacional sobre o Abuso de Drogas e Tráfico Ilícito para rever o documento "Comprehensive Multidisciplinary Outline".

Esse documento consiste em quatro capítulos, dois deles, referindo-se ao controle do fornecimento e supressão do tráfico ilícito. Faz sugestões práticas sobre o planejamento de programas efetivos para a eliminação do tráfico ilícito em todos os níveis (regional, nacional e internacional).

Em 11 de novembro de 1990 entrou em vigor a Convenção de Viena, finalizada em 20 de dezembro de 1988. Essa Convenção complementou as de 1961 e 1972 e visou a fortalecer os instrumentos jurídicos no enfrentamento ao tráfico ilícito de entorpecentes, sendo ratificada pelo Brasil, pelo Decreto 154, de 26.06.1991 (GRECO FILHO, 1993, p. 36-38).

Segundo Luciana Rodrigues (2006, p. 38-39, 84), a Convenção de 1988 representou o “ápice da repressão” e da política de “War on Drugs”, devido à ampliação do sistema internacional de controle, visando a atingir também às organizações de tráfico, com a ampliação de mecanismos como: extradição, cooperação internacional, criminalização da lavagem de dinheiro de origem ilícita e confisco de ativos financeiros dos traficantes.

Continuou sendo recomendada a pena de prisão para o usuário, apesar de se constatar que vários países europeus, atualmente, notadamente quanto à cannabis sativa, despenalizaram formalmente ou não tal delito como a Alemanha, Áustria, Bélgica, Dinamarca, Holanda, Irlanda, Reino Unido, Suíça, enquanto Portugal, Itália e Espanha chegaram a descriminalizar³³.

³³ O comércio internacional de maconha e de haxixe foi primeiramente normatizado em uma convenção internacional em 1925. Foi na década de 1960 que se conseguiu isolar sinteticamente o THC, princípio ativo da maconha, reacendendo discussões de diversas matizes (PÉRIAS, 2002, p. 58-59).

No que se refere à possibilidade de tratamento em delitos que não sejam de grande potencial ofensivo dispõe o artigo 3º, 4. c) da Convenção de Viena de 1988:

Não obstante o disposto nos incisos anteriores, nos casos apropriados de infrações de caráter menor, **as Partes poderão substituir a condenação ou a sanção penal pela aplicação de outras medidas tais como educação, reabilitação ou reintegração social, bem como, quando o delinqüente é toxicômano, de tratamento e de acompanhamento posterior** (grifo nosso).

Xabier Arana, Douglas Husak e Sebastian Scheerer (2003, p. 32-33) entendem que até nossos dias permanecem os mesmos princípios básicos de controle das drogas esculpidos no início do século XX e que há quase um consenso dos governos, instituições internacionais como a ONU e dos cidadãos do acerto à política oficial a respeito das drogas. Eles elaboraram um cronograma, referente à evolução da política mundial de proibição a determinadas drogas.

- a) De 1903 a 1911: Projeto de um sistema de controle internacional;
- b) De 1912 a 1925: Estabelecimento de marco normativo-administrativo básico para um sistema global de controle de drogas a acordos internacionais;
- c) De 1926 a 1936: Implantação do sistema de economia planificada com o fito de restringir a produção e distribuição mundial de drogas até a demanda legítima autorizada de forma central;
- d) De 1937 a 1960: Em escala mundial, reduz-se a importância relativa ao consumo de drogas e da política sobre drogas com algumas poucas exceções regionais;
- e) De 1961 a 1988: Incremento do consumo, da produção e perseguição das drogas; aumento da importância cultural, política e econômica. Época de rápido crescimento tanto dos mercados ilegais de drogas como dos recursos e atividades de aplicação das normas;

- f) De 1989 em diante: Completa-se a globalização do problema das drogas (antigo império soviético); intensificação dos problemas de saúde pública e de execução das leis (incluindo a vinculação do consumo de drogas com a aids, hepatite C, terrorismo e o tráfico de drogas, de armas e de seres humanos), mais da escalada da guerra contra as drogas (militarização, execuções extrajudiciais).

Segue abaixo quadro sinóptico da evolução da política mundial proibicionista ocorrida no século XX.

Quadro 3 – Evolução da política mundial proibicionista ocorrida no século XX.

1909	Conferência de Shangai
1911	Primeira Conferência Internacional do Ópio (Haia)
1912	Primeira Convenção Internacional do Ópio
1921	Criação da Comissão Consultiva do Ópio e Outras Drogas Nocivas
1924	Conferência de Genebra
1925	Acordo de Genebra
1931	Conferência de Bangkok Revisão do acordo de Genebra de 1925
1931 e 1936	Duas novas Conferências realizadas em Genebra.
1946	Assinado protocolo atualizando acordos anteriores sob convocação da ONU (Organização das Nações Unidas)
1948 (Paris), 1953 (Nova Iorque)	Firmam-se outros protocolos
30/03/1961	Firma-se a Convenção Única de Nova Iorque sobre Entorpecentes
21/02/1971	Firma-se a Convenção sobre as Substâncias Psicotrópicas (Viena)
25/03/1972	Firma-se, em Genebra, o Protocolo de Emendas à Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961.
1977	Convocação pela Secretaria Geral das Nações Unidas da Conferência Internacional sobre o Abuso de Drogas e Tráfico Ilícito.
20/12/1988	Conclusão da Convenção contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e de Substâncias Psicotrópicas (Viena).
11/11/1990	Entra em vigor internacional a Convenção contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e de Substâncias Psicotrópicas

Em 21 de novembro de 1990 a Assembléia Geral das Nações Unidas criou o United Nations International Drug Control Programme (UNDCP), agência da ONU que desenvolve todos os programas referentes às drogas.

Em junho de 1998, realizou-se o Período Especial da Assembléia Geral da ONU de Sessões sobre o Problema Mundial das Drogas (UNGASS), em Nova Iorque, com a participação de mais de 150 países, no qual se estabeleceu um prazo de 10 anos, para erradicação do cultivo ilícito e se reavaliou os resultados das Convenções de 1961, 1971 e 1988, estabelecendo-se o ano de 2008, para novo diagnóstico mundial da política de controle de drogas (RODRIGUES, 2006, p. 38-39).

Da metade do século XX até nossos dias, a política de combate ao cultivo, distribuição, venda e consumo de determinadas substâncias psicotrópicas, é uma verdadeira política de guerra com um crescente número de vítimas e um enriquecimento sem precedentes de organizações criminosas.

CAPÍTULO 4 - A POLÍTICA DE ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DE DANOS

Há quem identifique a origem da abordagem de redução de danos em relação às drogas já no século XIX (BERRIDGE, 1992, p. 363-370).

Porém, o grande marco de redução de danos ocorreu na Inglaterra em 1926, com o Rolleston Report (BRASIL, 2001, p. 11-12).

O Relatório Rolleston foi produzido por uma comissão ministerial inglesa presidida pelo então Ministro da Saúde Humphrey Rolleston.

Esse documento tinha como princípio a possibilidade da ministração de opiáceos ao adicto como tratamento médico.

A prescrição ocorria em determinadas situações: como manejo da síndrome de abstinência em tratamentos com objetivo de cura; quando ficasse demonstrado que, após prolongadas tentativas de cura, o uso da droga não podia ser seguramente descontinuado; e quando ficasse demonstrado que o paciente apenas era capaz de levar vida normal e produtiva, se uma dose mínima de droga fosse administrada regularmente, mas ficasse incapaz disso quando a droga fosse inteiramente descontinuada.

Devido à grave crise da propagação da aids, notadamente entre usuários de drogas injetáveis, a partir da década de 1980, a questão de estratégias de redução de danos³⁴ começou a ser discutida e implementada em várias nações.

³⁴ Para se ter uma ligeira visão do movimento da redução de danos em outros países, cf. (RODRIGUES, 2006, p. 101-133; MARLATT et al, 1999, p. 29-49; REGHELIN, 2002, p. 79-92).

4.1 EM ALGUNS LUGARES DO MUNDO

Em 1981, a aids foi detectada na cidade de Nova Iorque, entre usuários de drogas injetáveis, todavia estudos em várias regiões do mundo demonstraram a possibilidade de rápida transmissão do HIV ³⁵ entre usuários de drogas injetáveis (MALBERGIER, 2001, p. 87-88), inclusive no Brasil (CASTEL; CASAL; YOSHIDA, 1989).

Até o ano de 2004, aproximadamente 40 milhões de pessoas viviam com HIV/aids no mundo, segundo o relatório anual do Programa das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS, 2004).

Parte dos estudiosos entende que o usuário de drogas injetáveis é averso às campanhas de prevenção e educação e não tem capacidade para alterar o seu comportamento de risco (BATTJES; PICKENS; AMSEL, 1991, v. 4, p. 1148-1154).

Faziam-se necessárias a adoção de estratégias que não exigissem abstinência para abordar usuários de drogas e a redução de danos (harm reduction) é uma das principais delas, por sua ótica mais pragmática:

[...] mesmo que o usuário não consiga deixar de usar, os profissionais de saúde podem ajudá-lo a diminuir a morbidade e a mortalidade relacionada ao consumo de drogas [...] Essa nova abordagem tem suas raízes em modelos de Saúde Pública com uma visão mais humanista e sem preconceitos [...] A baixa aderência é uma característica comum aos centros de tratamento de usuários de drogas e álcool em todo o mundo [...] Concluindo, nestes últimos anos, observou-se que investimentos maciços em repressão e não em educação e prevenção não obtiveram impacto considerável na prevalência do uso de drogas em várias regiões do mundo (MALBERGIER, 2001, p. 91, 97, 99).

Newcombe (1992) entende que o modelo de abstinência total preconizado pelos proibicionistas se origina na repressão e no paternalismo médico-religioso.

Os defensores das estratégias de redução de danos diferenciam-se da tradicional abordagem, no sentido de não se contentarem tão-somente com a abstinência completa, mas

³⁵ HIV (Human Immunodeficiency Virus). Em português: Vírus da Imunodeficiência Humana.

admitirem que o indivíduo possa conviver com a sua droga de eleição de modo menos danoso ou a substitua por uma menos maléfica, tudo visando à diminuição dos fatores de risco sobre o agente. Como exemplos de fatores de risco, apontam-se problemas policiais, com a justiça penal e com o meio social em que ele interage.

Assim se expressou Beatriz Carlini (1999, p. XI), ao escrever a apresentação à edição brasileira de livro de G. Marlatt, no tocante aos fins primordiais de redução de danos:

Pontuando a congruência – e não o conflito – entre as metas de abstinência e de diminuição do consumo de drogas e dos problemas associados, o enfoque de redução de danos considera como sucesso qualquer passo no sentido do menor risco. Assim, a abstinência é desejada e estimulada como o objetivo preventivo ou terapêutico de menor risco possível. O diferencial fundamental entre a redução de danos e a abordagem tradicional não é, portanto, a defesa da abstinência, mas, sim, o fato de que enquanto na primeira ela é a melhor opção terapêutica e preventiva em um amplo menu de possibilidades de melhora, na abordagem tradicional ela é a única opção aceita. Logo, diminuir o padrão abusivo de álcool de três para um episódio semanal é uma mudança digna de celebração em uma abordagem de redução de danos, bem como a conservação do velho padrão, mas, com a eliminação de comportamentos de risco associados (como dirigir, por exemplo).

Como já frisado, o Reino Unido foi o país pioneiro no enfoque de medicalização, já nos tempos do Relatório Rolleston.

A primeira conferência internacional sobre redução de danos ocorreu em 1990, na Inglaterra, na cidade de Liverpool, patrocinada pelo Departamento de Saúde de Merseyside.

No modelo de Merseyside, os usuários dispõem de vários serviços: troca de seringas, educação em sua comunidade, prescrição de drogas como heroína e cocaína para fins de manutenção, serviços de aconselhamento, emprego e moradia, farmacêuticos aviam receitas para drogas fumáveis, injetáveis, sob a forma líquida ou aerosol (MARLATT, 1999, p. 35-38).

A Austrália foi o primeiro país a formalmente introduzir a redução de danos, a partir de 1985 com a Campanha Nacional da Austrália contra o Abuso de Drogas.

Conforme relata Edison Silva Júnior (2002, p. 10) o governo australiano criou salas destinadas especificamente ao consumo de heroína, onde os usuários recebem material esterilizado e tem acompanhamento de saúde.

Muitos têm uma falsa impressão de que na Holanda, é livre e indiscriminado o uso de drogas, todavia a venda é limitada e se visa a diminuir o dano social e não o incentivo de consumo.

Na Holanda, os problemas decorrentes do uso das drogas atingiram seu ápice no final da década de 1960 e a resposta estatal foi a tradicional política repressiva. Até o início da década de 1970, usuários de drogas ilícitas eram condenados a pena de um ano ou mais de prisão por porte de maconha, por exemplo, (MARLATT, 1999, p. 30-40).

Em 1976, passou a vigorar uma lei conhecida por Lei do Ópio, a qual reconhecia que a política de drogas deveria ocorrer, de acordo com o grau de risco da droga. Assim, fez a distinção entre drogas de risco inaceitável (heroína, anfetaminas e LSD) e drogas de menor risco (maconha e haxixe), essas últimas poderiam ser adquiridas em locais mais seguros como as cafeterias.

O primeiro programa sistematizado da redução de danos surgiu no ano de 1980 em Roterdã (FONTES; FIGLIE, 2004, p. 422-423), na Holanda³⁶ e partiu de uma associação de usuários de drogas pesadas Junkiebond (Liga de Dependentes ou Junkies)³⁷ devido à grande incidência de hepatite no meio dos usuários de drogas injetáveis.

³⁶ Em 1976 foi criada na Holanda, a “Lei do Ópio”, que distinguia entre drogas de risco inaceitável como a Heroína e o LSD e drogas de menor risco como a Maconha e o Haxixe, estas poderiam ser consumidas em locais como cafeterias e evitaria a junção indistinta dos mercados de drogas mais fortes com outras toleráveis, cf. (MARLATT; GORDON, 1985).

³⁷ “Junk: (E.U.) Sucata; coisas imprestáveis” (SERPA, 1961, p. 336). William S. Burroughs (2005, p. 20) tornou-se célebre pelo seu livro semi-autobiográfico “Junkie”, primeiramente publicado em 1953. A partir da publicação de 1977, da Editora Penguin, o título do livro passou para “Junky”. A obra revelou com detalhes o mundo das drogas e do homossexualismo. A ponto de tanto a palavra Junkie ou Junky serem traduzidas como “viciado” (principalmente em heroína), podendo Junky ser também traduzida como “inacreditável”; “mentiroso”; “vazio”; “sem sentido”; “imprestável”.

Em virtude da incidência crescente de risco de infecção por agulhas compartilhadas, em 1984 foi instituído o primeiro programa de troca de seringas em Amsterdã, no qual o serviço municipal de saúde trocava com o Junkiebond agulhas já utilizadas por agulhas e seringas descartáveis.

A política de drogas da Holanda foi criticada pelos EUA e países europeus mais proibicionistas como a França e Suécia.

Outrossim, o governo holandês teve problemas com pessoas de outros países que vinham consumir drogas e o contrabando de tóxicos adquiridos na Holanda para revenda em outros países, daí a quantidade máxima de maconha e haxixe que pode ser adquirida nos coffee shops foi reduzida de 30 para 5 gramas, além do cultivo em grande escala ter sido proibido, permitindo-se, no máximo, 10 pés de maconha para uso pessoal.

4.2 NO BRASIL

Já foi dito que as estratégias de redução de danos alcançaram várias nações, inclusive o Brasil, por causa do grande índice de infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis³⁸.

Em 1983 foi notificado o primeiro caso de aids entre usuários de droga injetável no país. Desde então os números se multiplicaram e em 1993, 7 das 10 cidades brasileiras com maior número de casos de aids, tinham como motivo de contágio o uso de drogas injetáveis, principalmente a cocaína. Assim, além da infecção pelo HIV, há outros agentes de transmissão sexual e sangüínea, como o vírus da hepatite C, doença incapacitante e fatal muitas vezes.

Foi bastante traumático e mal entendido pela justiça brasileira o primeiro programa de distribuição de seringas e agulhas descartáveis aos usuários de drogas injetáveis, em 1989 na

³⁸ Para um maior aprofundamento sobre a redução de danos no Brasil, cf. Ministério da Saúde (2003).

cidade de Santos (SP), que apresentava significativa incidência de HIV, até por ser o maior porto do Brasil.

O Ministério Público santista acionou o judiciário, que determinou o fim da distribuição das seringas e agulhas descartáveis ao interpretar que havia apologia, instigação e indução ao uso de drogas, o que era equiparado ao crime de tráfico de drogas ilícitas.

Fábio Mesquita (1993; 1994) e David Capistrano e na época respectivamente Secretário de Saúde de Santos e Diretor do programa de DST/AIDS, foram acusados de auxiliarem de qualquer forma alguém a utilizar drogas, que na época era equiparado ao crime de tráfico ilícito de drogas, porém houve o arquivamento por falta de provas.

No campo cível, a prefeitura santista e o Ministério Público local fizeram um acordo que consistiu na suspensão da distribuição.

O programa continuou com ações mais tímidas como troca de informações, aconselhamentos, distribuição de água destilada e uma prática trazida dos EUA conhecida por bleach out reach work, que consistia na utilização de hipoclorito de sódio visando à desinfecção das seringas, prática essa não mais utilizada atualmente, por sua baixa eficácia (BUENO, 1998, p. 163-169).

Segundo dados do Ministério da Saúde (1998) em 1993, cerca de 18% dos casos de transmissão do HIV, no Brasil, foram provenientes do uso de drogas injetáveis, sendo 26% no Estado de São Paulo (SECRETARIA..., 1998).

Em março de 1995 surgiu, em Salvador, o primeiro programa de redução de danos a trocar seringas no Brasil financiado pelo Ministério da Saúde e desenvolvido pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso (CETAD), vinculado à Universidade Federal da Bahia (UNIFESP, 1989).

Em julho do mesmo ano, foi criada a Portaria nº1.028/05, regulamentando a política de redução de danos que foi reconhecida como estratégia de saúde pública, a partir de 2002.

Estudo realizado no PROAD (Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes), Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina, referido pela imprensa em 1997, sugeriu que utilizar maconha poderia ajudar dependentes de crack a abandonar o seu uso (BIANCARELLI, 1997, p. 3).

São Paulo aprovou a primeira Lei³⁹ brasileira legalizando a distribuição de seringas descartáveis aos usuários de drogas endovenosas.

A Lei paulista estimulou o surgimento de similares, como as dos Estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul (11.562/00) e até em municípios como São Leopoldo (RS) e Ribeirão Preto (SP).

Em outubro de 1998, foi criada a Rede Brasileira de redução de danos, na cidade de São Paulo, em Encontro Nacional de redução de danos, uma parceria entre o Programa de Orientação e Assistência a Dependentes - PROAD/UNIFESP, o IEPAS - Instituto de Estudos e Pesquisas em Aids de Santos, o Programa Estadual DST/AIDS-SP, o Laboratório Biocintética e com o apoio da Coordenação Nacional de DST/AIDS e da USAID (United States Agency for International Development) - Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional.

Avaliação de 12 programas de redução de danos executados entre 1996 e 1999, estimou que o custo médio anual de cada um desses projetos foi o correspondente ao custo anual do tratamento de 4 casos de aids e que a prevenção de um único caso de aids, em cada grupo de 45 UDI⁴⁰ assistidos por um programa de redução de danos tinha um custo inferior ao

³⁹ Lei 9.758/97, de autoria do Deputado Estadual Paulo Teixeira, promulgada em 17 set. 1997, publicada no Diário Oficial de São Paulo no dia seguinte e sancionada em 13.03.1998, regulamentada pelo Decreto 42.927, que entrou em vigor em 13 mar. 1998.

⁴⁰ UDI: usuários de drogas injetáveis.

do gasto médio com assistência médica e farmacêutica de um infectado ou doente com aids (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

A Lei federal 10.409 de 11.01.2002, revogada pela Lei 11.343/06, dispunha expressamente em seu art. 12, § 2º: “Cabe ao Ministério da Saúde regulamentar as ações que visem à redução dos danos sociais e à saúde”.

Também no ano de 2002, a Secretaria Nacional Antidrogas, ao elaborar o Plano Nacional Antidrogas, entendeu que a política de redução de danos sociais e à saúde decorre do art. 196, da Constituição Federal⁴¹, em documento publicado no Diário de Justiça da União nº 165, de 27.08.2002:

Reconhecer a estratégia de redução de danos sociais e à saúde, amparada pelo art. 196 da CF, como intervenção preventiva que deve ser incluída entre as medidas a serem desenvolvidas, sem representar prejuízo a outras modalidades e estratégias de redução da demanda.

No mesmo sentido consta como um dos pressupostos da Política Nacional sobre Drogas elaborada em 2005, da lavra do Conselho Nacional Antidrogas: “Não confundir as estratégias de redução de danos com o incentivo ao uso indevido de drogas, pois se trata de uma estratégia de prevenção”.

Esse dispositivo visa a rebater uma das maiores críticas à política de redução de danos que consiste no incentivo ao uso de substâncias psicotrópicas.

No Brasil, até dezembro de 2005, ocorreram em torno de 183 mil óbitos provocados pela aids e até junho de 2006 foram identificados cerca de 433 mil casos. A doença atualmente tem se configurado como sub-epidemia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A vigente Lei 11.343/2006, conhecida como Lei de Drogas, foi além e inseriu novas expressões como redução de risco(s) nos arts. 18, 19, VI, 20 e 22, III; redução dos fatores de

⁴¹ Art. 196, CF: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

vulnerabilidade (art.18); redução dos danos sociais e à saúde em seu art. 22, III e repetiu a expressão redução dos danos no art. 20⁴².

O Decreto 6.117, de 22.05.2007, aprovou a política nacional sobre o álcool. Determinando que nas ações políticas, educativas, terapêuticas e preventivas, relacionadas à bebida, em todos os níveis de governo, seja utilizada a lógica ampliada do conceito de redução de danos.

Para a política sobre o álcool, o conceito de redução de danos é o conjunto estratégico de medidas de saúde pública voltadas para minimizar os riscos à saúde e à vida, decorrentes do consumo de álcool.

Paulo Teixeira (2001, p. 5-6), justifica a adoção de estratégias de redução de danos, por que:

Nosso País acumula uma significativa experiência de enfrentamento dessa problemática, por meio da implantação e do desenvolvimento bem-sucedido de mais de três dezenas de Projetos de redução de danos (PRD) decorrentes do uso de drogas [...] É importante sistematizar a redução de danos e colocá-la como referência e ajuda.

Maurides Ribeiro (2005, p. 8-9) defende a utilização de práticas de redução de danos, por entender que:

Trata-se de uma visão humanista e pragmática que visa a melhora do quadro geral do cidadão usuário sem que lhe seja exigido o absenteísmo ou imposta a renúncia ao consumo de substâncias psicotrópicas. A ótica da nova abordagem é a de que se o cidadão usa drogas ao menos que o faça com os menores danos possíveis à sua saúde – física e mental -, à sua vida de relação – família, trabalho, sociedade, etc. -, e, finalmente, à própria comunidade em que vive. A nova abordagem do tema causou grandes polêmicas desde então, notadamente em razão das ações objetivas que propõem e que contemplam, apenas a título de exemplo, desde trocas e desinfecção de seringas e agulhas a terapias de substituição (heroína/metadona, crack/cannabis, cocaína/folha de coca). Essas práticas foram logo identificadas pelas agências penais estatais como forma de auxílio à drogadição ou, incentivo ou induzimento ao uso e comércio de psicotrópicos e seus operadores passaram a ser vítimas de uma perseguição impregnada de um moralismo.

⁴² Esses artigos se encontram no título III que dispõe das atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas.

Em igual sentido Salo de Carvalho (2006, p. 159) defende que a adoção de programas mínimos de redução de danos visa a desestigmatizar e evitar que o tóxico-dependente se transforme em tóxico-delinquente.

Quanto à vulnerabilidade convém reportar o conceito e classificação feitos por Paulina Duarte (2007). Ela vê a vulnerabilidade como uma grande ou total incapacidade de decisão do indivíduo ou grupo social a respeito de sua situação de risco. Classifica a vulnerabilidade em três níveis:

Nível 1 como vulnerabilidade individual – refere-se ao grau de capacidade de adoção de medidas preventivas, de acordo com fatores biológicos, comportamentais, psicológicos e de cognição;

Nível 2 (vulnerabilidade social) – trata-se da exposição ou proteção dos indivíduos e grupos quanto a fatores de risco, em função de interações sociais e determinantes demográficos;

Nível 3 (vulnerabilidade programática) – O que é disponibilizado, em termos de bens, insumos e serviços, para o povo, através de políticas públicas de saúde, educação e justiça⁴³.

4.3 REDUÇÃO DE DANOS, REDUÇÃO DA OFERTA E REDUÇÃO DA DEMANDA

Cabe, aqui, de modo sucinto, diferenciar a redução de danos de outras duas ações sistemáticas nesse sentido levando em conta suas finalidades, a saber: redução da oferta e redução da demanda.

⁴³ Em relação à vulnerabilidade do indivíduo na sua área psicológica, indica-se observar o Regulamento técnico para o funcionamento das comunidades terapêuticas – serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, constante no Anexo da Resolução da Diretoria Colegiada – RDC 101, de 30.05.2001, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que escalona o comprometimento psíquico em leve, moderado e grave.

A redução da oferta⁴⁴ é uma forma de controle bastante relacionada com ações policiais de combate e repressão. São ações de erradicação do cultivo e de princípios ativos; de criminalização e persecução penal dos que produzem, refinam e traficam drogas e substâncias precursoras; combate à lavagem de dinheiro proveniente das drogas ilícitas, bem como o constante monitoramento da produção, comercialização e do uso das drogas.

A redução da demanda concentra esforços e recursos para evitar a iniciação, busca maneiras de diminuir ou desestimular o consumo, bem como tratar usuários e dependentes.

Wodak (1998, p. 57) elaborou quadro comparativo entre a sua concepção de redução de danos e da redução da oferta.

Quadro 4 – Redução de danos e redução da oferta.

REDUÇÃO DE DANOS	REDUÇÃO DA OFERTA
Admite como inevitável que a sociedade utilize um dado nível de drogas. Visa a diminuir conseqüências negativas desse consumo.	Admite que é possível acabar o consumo de drogas pela sociedade. Visa a extirpar todo o consumo
Trabalha com metas a médio e longo prazo, não buscando, necessariamente a abstinência.	Trabalha com o fim de se obter a abstinência.
Visão tradicional de saúde pública.	Política populista.
Trata os usuários como membros da sociedade e visa a integrá-los a ela.	Trata os usuários como à margem da sociedade e só os aceita, se pararem de utilizar drogas.
Constantemente tem metas e objetivos definidos dando ênfase à medição dos resultados em diferentes setores do indivíduo como o da economia, saúde e vida em sociedade.	Dá ênfase à mensuração do consumo de drogas pelo indivíduo.
Destaca a efetividade e relação custo-benefício das intervenções.	Destaca a obtenção da abstinência completa a todo o preço.
Intervém com grande envolvimento da população-alvo.	Intervém através de planejamento dos governos, freqüentemente com contribuição da sociedade.
Visa à cooperação intersetorial, mormente entre instituições jurídico-policiais e da saúde.	Utiliza primordialmente ações jurídico-políticas. Instituições da saúde são envolvidas de modo restrito e aceitas relutantemente.

⁴⁴ A Constituição brasileira determina várias medidas duras em relação ao tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins: No art. 5º, XLIII estabelece que o tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins é crime inafiançável e insuscetível de graça ou anistia; No art. 5º, LI, permite a extradição de brasileiro com comprovado envolvimento em tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins; O art. 200, VII, atribui ao sistema único de saúde (SUS) a competência para participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos; já o art. 243 da Carta Magna ordena a expropriação de glebas onde se cultive ilegalmente plantas psicotrópicas, sem indenização ao proprietário. Preconiza o confisco de qualquer bem de valor econômico apreendido em decorrência do tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins.

É adotada amplamente, por exemplo, na Europa, Canadá, Austrália, Nova Zelândia.	É adotada pelos EUA, Suécia, Japão, Cingapura, Malásia e alguns outros países da Ásia.
A repressão dirige-se precipuamente ao tráfico em grande escala. Quanto aos usuários de drogas, trabalha com a prevenção e o tratamento.	A repressão dirige-se a qualquer oferta e uso da droga (tolerância zero).
Entendimento de que as atividades educativas referentes às drogas devem se traçadas por objetivos realistas, devem ter credibilidade junto ao público-alvo e se basear em pesquisas.	Entendimento de que as atividades educativas referentes às drogas devem ser traçadas com a única mensagem de abstinência (“diga não às drogas”).
Envolve drogas consideradas lícitas como álcool e tabaco.	Envolve tão-somente as drogas consideradas ilícitas.
Visa a utilizar terminologia neutra, não-pejorativa e científica.	Visa a utilizar uma terminológica forte e valorativa.

Fonte: WODAK, 1998, p. 57.

4.4 REDUÇÃO DE DANOS NA ATUALIDADE

As práticas de redução de danos estão diretamente relacionadas à política pública de drogas do local em que são praticadas.

A redução de danos não centra suas ações na intervenção da oferta ou do consumo, e sim na prevenção dos efeitos deletérios e na redução dos riscos ao usuário e à sociedade decorrentes do uso disfuncional de drogas.

A pedra fundamental é a autonomia de vontade de usuários que não desejam ou não conseguem deixar de usar drogas. Esses indivíduos necessitam de serem protegidos de graves doenças associadas ao uso insalubre das drogas como, por exemplo, a AIDS, as hepatites B e C, a malária e a tuberculose (WODAK, 1998, p. 57).

Assim, pode-se dizer que: “As ações de redução de danos constituem um conjunto de medidas de saúde pública voltadas a minimizar as conseqüências adversas do uso de drogas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998), tendo como princípio a autonomia da vontade do usuário que não quer ou não consegue deixar de consumir substâncias psicoativas.

Proibicionistas argumentam que as práticas de redução de danos podem incentivar o uso de substâncias psicoativas, aumentando o consumo de drogas injetáveis, estimulando os

usuários de drogas não injetáveis a se injetarem e propiciando, indiretamente, o tráfico ilícito de drogas, com o incremento dos crimes a ele associados, já que suas práticas não se limitam à troca de seringas e substituição de drogas mais fortes por mais leves, mas até tolera o uso de drogas consideradas pesadas, sem que se vise, necessariamente, à abstenção⁴⁵.

Até hoje, certas práticas consideradas de redução de danos são tidas como polêmicas e combatidas.

Um exemplo foi a suspensão da distribuição de 40 mil panfletos que começaram a ser distribuídos pela Associação da Parada do Orgulho GLBT (Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros) de São Paulo, parada realizada em 10 de junho de 2007. O panfleto dava orientações do consumo seguro da cocaína e maconha e foi confeccionado pela organização do evento em parceria com os serviços de saúde dos governos federal, estadual e municipal⁴⁶.

Andrezza Fontes e Neliana Figlie (2004, p. 428) entendem que há compatibilidade entre práticas de redução de danos, inclusive com a política proibicionista de drogas;

Em graus variados, as intervenções de redução de danos são compatíveis com todas as opções de políticas de drogas, inclusive com a proibição. Por exemplo, sob uma política de 'medicalização', os dependentes poderiam reduzir o risco de infecção e de overdose pelo acesso a seringas esterilizadas e usar drogas de qualidade e pureza conhecidas. Além disso, a 'medicalização' colocaria os dependentes em contato com recursos de saúde e sociais que, de outra forma, poderiam não utilizar.

Entendemos que há drogas, como o crack, tão danosas, perigosas e maléficas e pessoas com um histórico tão comprometido com certas drogas que a abordagem de redução de danos de uso controlado ou moderado simplesmente não é indicada, não é apropriada.

Os prejuízos ao indivíduo se mostram em diversas áreas de sua existência: riscos à saúde; relação interpessoal e social, inclusive familiar e profissional; financeiros e problemas legais com a polícia, justiça criminal, processos penais e até prisão, todavia a justiça criminal

⁴⁵ Assim entende a poderosa agência estatal Norte-Americana: Office of National Drug Control Policy. White paper: understanding drug treatment. Washington, DC: Author, 1990.

⁴⁶ Parada Gay (2007, p. 11).

não pode exigir a abstinência completa, e sim que haja redução de riscos para o infrator, inclusive admitindo como parte do tratamento as recaídas.

Todavia, como visto a política mundial de drogas é de proibição mundial, o que poderia levar a uma precipitada conclusão de impossibilidade de co-existências. Seria a redução de danos um meio termo entre a legalização das drogas e a proibição? ou se trata de uma face da mesma moeda? Uma concessão do proibicionismo?

Para nós, o movimento de redução de danos, apesar de abrigar grande parte dos antiproibicionistas partidários da legalização e descriminalização geral das drogas, faz parte da vigente política mundial proibicionista das drogas, à medida que é defendida, admitida e adotada até em países proibicionistas mais radicais como, por exemplo, em algumas localidades dos EUA.

Luciana Rodrigues (2006, p. 69, 77, 82, 95, 98)⁴⁷, que é partidária de uma “legalização controlada” das drogas, admite a co-existência com o proibicionismo desde que esse seja mais moderado, admitindo maior intervenção médico-social, citando a experiência de alguns países europeus como Holanda e Portugal e alguns Estados norte-americanos como Colúmbia e Nova York, legalizaram a política de redução de danos desde 1992.

Até a Organização das Nações Unidas que representa o proibicionismo mundial, em junho de 1998, apresentou uma Declaração dos Princípios de Redução de Demanda de Drogas⁴⁸, que apesar de ser tímida representou um marco que deve ser ampliado, quando se reunir em 2008, principalmente, sob a influência da Comunidade Européia. Suas agências da

⁴⁷ Segundo Luciana Figueiredo atualmente há quatro grandes modelos alternativos que propõem a completa ou parcial abolição do controle penal sobre drogas: a liberação das drogas, a legalização liberal, a legalização estatizante e a legalização controlada, essa última proposta pelo francês Francis Caballero, todavia não se responde satisfatoriamente à indagação sobre o que fazer em relação aos usuários imoderados de drogas e os que prejudicam os outros? Para uma noção do modelo de legalização controlada, cf. CABALLERO (2007). Nos EUA, há várias experiências de adesão à redução de danos em alguns Estados, como na Califórnia, Novo México. A Universidade de Boston lidera um programa voltado a divulgar o movimento nacionalmente desde 1991 chamado Join Together. Disponível em: <<http://www.jointogether.org/>>. Acesso em: 30 jul. 2007.

⁴⁸ Trata-se da Declaration on the Guiding Principles of Drug Demand Reduction. Disponível em: <http://www.unodc.org/pdf/resolution_1998-09-08_1.pdf> Acesso em: 1 de ago. 2007.

OMS e da UNAIDS recomendaram esse modelo de prevenção em documento de 2004 (RODRIGUES, 2006, p. 78, 166).

Strang (1993, p. 3-4) foi enfático ao se posicionar sobre esse ideal neutro quanto a valores do movimento de redução de danos ao entender que:

O verdadeiro defensor de redução de danos [...] não defende nem luta contra o aumento dos direitos civis dos consumidores de drogas; tão pouco defende nem luta contra a crescente disponibilidade dos programas de substituição ou de abstinência; nem mesmo defende nem luta contra os descumprimentos do estipulado pelo sistema de justiça penal - exceto à medida em que uma ou outra dessas opções influenciem a natureza e o alcance dos danos como consequência do consumo de drogas.

Inclusive no modelo de saúde pública de redução de danos há aspectos coercitivos, por exemplo, uma das regras de tratamento dos CAPS-AD é que o indivíduo não deve ingressar no recinto sob efeito de substância, nem consumi-la no local; em alguns casos submetimento à desintoxicação; comparecimento periódico, sob pena de aplicação de sanções; suspensão ou até desligamento dos programas, o que muitas vezes guarda grande semelhança com penas criminais previstas nas leis referentes às drogas, inclusive do sistema de sanções adotado pelas Drug Courts.

Há forte expectativa sobre uma tomada de posição mais forte e apoio formal da ONU às estratégias de redução de danos, em seu próximo evento mundial sobre drogas previsto para 2008, o que vai gerar certamente um enorme embate com a representação dos EUA.

Em relação aos presos identificados como usuários abusivos ou dependentes de álcool e outras drogas, entendemos que o tratamento deveria ser oferecido a todos. Devendo-se, concomitantemente, utilizar nas prisões, as estratégias de redução de danos, como distribuição de preservativos.

Como consequência da adesão voluntária, o tratamento seria mais uma espécie de remição na execução penal, semelhante à remição pelo trabalho e pelo estudo.

Seria mais uma nova forma de remição a ser acrescentada, além das duas já existentes, a pelo trabalho previsto nos arts. 126 a 130 da LEP e a pelo estudo consagrado na doutrina e jurisprudência dominante e constante em projetos de lei (BRITO, 2006, p. 249-249).

Não vemos incompatibilidade formal ou material da Justiça Terapêutica da forma que é praticada no Brasil com as idéias do movimento de redução de danos, desde que se vise à redução do comportamento de risco do indivíduo, ou seja, a diminuição do consumo perigoso que o conduziu à prática de delitos, uma vez que políticas de tolerância zero ou que só admitem a abstinência não funcionam em relação a uma parcela dos consumidores, sendo a redução de danos algo mais realista e possível.

CAPÍTULO 5 - O FENÔMENO DAS DRUG COURTS E A EXPERIÊNCIA DESCRIMINALIZADORA PORTUGUESA

Durante as primeiras cinco décadas do século XX, no mundo ocidental, a criminalidade era tratada basicamente com a resposta prisional.

Pouquíssimos eram os mecanismos alternativos à prisão, ou seja, os substitutivos penais.

A política proibicionista norte-americana foi profundamente marcada, a partir da nomeação, em 1930, de Harry J. Anslinger como o primeiro U.S. Commissioner of Narcotics, permanecendo no cargo até 1962.

Ele ficou conhecido como o primeiro “czar” das drogas, sendo um dos principais responsáveis pelo endurecimento gradativo da política de drogas dos EUA marcado por penas cada vez mais severas até para usuários.

O sistema legal parecia imune a qualquer tentativa de se encarar doente um toxicômano até que uma decisão da Suprema Corte dos EUA de 1962, no caso Robinson versus Califórnia, ressaltou a importância da cooperação entre lei e terapia.

O mencionado julgamento não considerou crime a toxicodependência e deliberou que condenar alguém por isso era cruel, que a condenação violava a Seção I, da Emenda XIV⁴⁹, da Constituição dos EUA.

⁴⁹ Seção I, Emenda XIV: “Todas as pessoas nascidas ou naturalizadas nos EUA e sujeitas a sua jurisdição são cidadãos dos EUA e do Estado onde tiver residência, Nenhum Estado poderá fazer ou executar leis restringindo os privilégios ou as imunidades dos cidadãos dos EUA; nem poderá privar qualquer pessoa de sua vida, liberdade, ou bens sem processo legal, ou negar a qualquer pessoa sob sua jurisdição a igual proteção das leis”.

O Magistrado William Douglas, no seu voto, considerou o toxicodependente como um doente que necessitava de tratamento, incluindo a internação compulsória como proteção à sociedade (NOLAN JR, 2001, p. 34-35).

Esse julgamento teve uma grande importância ao enxergar a necessidade de tratamento para dependentes.

5.1 ORIGEM REMOTA DAS DRUG COURTS

A origem remota das Drug Courts pode ser atribuída ao Narcotic Addict and Rehabilitation Act aprovado em 1966.

Essa Lei concedeu competência aos Estados da federação para, ao invés de prender todos os acusados com questões de drogas, enviá-los alternativamente para programas de tratamento residenciais e de não hospitalização⁵⁰, nos quais os indivíduos seriam tratados por tempo indeterminado, sem critérios definidos de evolução. Uma das críticas a esse modelo é que os indivíduos eram forçados a aparentar uma forte adesão aos princípios terapêuticos impostos (NOLAN JR, 2001, p. 35).

Na década de 1960 explodiu, nos EUA e em alguns países, intensa onda de delitos praticados por pessoas cada vez mais jovens, na qual o componente droga frequentemente estava presente.

Sérgio Shecaira (2004, p. 274, 276, 285), descreve essa década notadamente nos EUA, como fruto de uma progressiva insatisfação, a partir do final da II Guerra Mundial.

Essa década é marcada por um culto “científico” às drogas, pelo psicodelismo do rock and roll, por uma enfática resistência pacífica à Guerra do Vietnã, por uma campanha abrangente pelos direitos civis, pela luta das minorias negras, pelo fim das discriminações sexuais, pelo despertar da consciência estudantil que passa a conhecer seu próprio poder, por transformações existenciais que permitem aos jovens encontrarem seu próprio eu, enfim, por um fermento de ruptura potencializadas da sociologia do conflito [...] o movimento hippie espalha-se [...]

⁵⁰ Civil Commitment Programs.

outra crítica aguda ao establishment vem a ser apresentada pelo movimento feminista.

Assim a prisão como principal resposta foi perdendo sua eficácia na sua função de intimidação. Com a diminuição do controle de ordem pública e a massificação da delinquência, de modo dialético, dois movimentos de política criminal se intensificaram em importância, visando a responder à questão dos delitos com práticas e métodos assaz diversos.

É o movimento da Lei e Ordem versus o Abolicionismo Penal, cada um com gradações diversas. Ambos influenciam até nossos dias as políticas de segurança pública em todo o mundo.

Em síntese “Lei e Ordem” preconiza como remédio para criminalidade um tratamento penal mais duro, de baixa tolerância, por seu turno, o “Abolicionismo Penal” defende substitutivos penais à prisão e práticas mais garantistas. Ambos tornaram-se gêneros da questão criminal hodierna e se propõem a combater à criminalidade e seus efeitos, com medidas bastante diferentes⁵¹.

Com efeito, como os delitos relacionados às drogas eram os que mais cresciam em número, eles tomavam grande parte do trabalho das varas criminais e superlotavam os estabelecimentos prisionais.

Nos anos 1970, a justiça norte-americana havia criado varas especializadas no julgamento de delitos de pequena gravidade relacionados a drogas⁵², como o porte e uso de estupefacientes, com a finalidade de desafogar a justiça criminal para lidar com crimes considerados mais graves (MAKKAI, 2006).

⁵¹ Cf. PASSETTI; SILVA (1997). No Brasil, um exemplo de lei, fruto do movimento Lei e Ordem é a 8.072/90 (Lei dos Crimes Hediondos), enquanto a Lei 9.714/98 (Lei das Penas Restritivas de Direitos) é baseada no Abolicionismo Penal moderado.

⁵² Essas varas são denominadas fast-track courts ou Expedited Drug Case Management Courts (EDCM), cuja distinção básica das Drug Courts é não enfatizar o tratamento. Por essa razão alguns profissionais preferem o termo Drug Treatment Courts (DTC) ao invés de Drug Courts (HORA; SCHMA; ROSENTHAL, 1999, p. 452).

Essas varas especializadas foram as primeiras a promover algum tipo de acompanhamento terapêutico para o usuário infrator, tais como programas de desintoxicação, testes de abstinência e outras medidas não-punitivas. Os resultados relativamente encorajadores dessas medidas contrastavam com os resultados desanimadores dos programas para dependentes de drogas realizados dentro do sistema prisional.

Além desses programas, havia também o acompanhamento do uso de drogas realizado no sistema de “probation” e “parole”, institutos parecidos, respectivamente, com o “sursis” e o livramento condicional, mas com a finalidade de aferir a aderência do infrator às regras do sistema e não com objetivo terapêutico.

Na década de 1980 houve um crescimento universal das taxas de criminalidade, especialmente a dos delitos relacionados com drogas, surgindo novas leis mais severas, como o Anti-drug Abuse Act, aumentando cada vez mais a população carcerária⁵³.

O tráfico de cocaína se tornou algo extremamente lucrativo e até o final do século XX, a política de repressão ao seu comércio e consumo se mostrou muito pouco eficaz. Sem contar que especialmente, a partir da década de 1980, alastrou-se o uso de um subproduto da cocaína, ou seja, o crack, que é mais prejudicial à saúde, mais barato e mais potente que a cocaína (PÉRIAS, 2002, p. 56-57, 60).

5.2 ALGUNS DADOS DA POLÍTICA CRIMINAL DAS DROGAS NOS EUA

Segundo dados de 1995 do Departamento de Justiça norte-americano, cerca de 1,4 milhões de pessoas, infratores no sistema de Justiça Criminal, ou seja, 80% dos infratores eram consumidores de drogas.

Interessante reproduzir a evolução das taxas de prisões de maiores penais, em unidades estaduais e federais dos EUA, nos anos de 1980, 1988 e 1996, relacionadas aos delitos

⁵³ Segundo o National Criminal Justice Reference Service do U.S.S. Department of Justice, entre 1984 e 2000, houve um aumento de cerca de 150% nos crimes especificamente relacionados às drogas nos E.U.A. Disponível em: <http://www.ncjrs.gov/spotlight/drug_courts/facts.html> Acesso em: 02 de jun. de 2006.

envolvendo drogas, homicídio qualificado e roubo. Cada número da tabela a seguir se refere a um grupo de 100.000 habitantes (TONRY; PETERSILIA, 1999, p. 21).

Tabela 1 - Reprodução da evolução das taxas de prisões de maiores penais em unidades estaduais e federais dos EUA, nos anos de 1980, 1988 e 1996.

	1980	1988	1996
Drogas	18	56	150
Homicídio qualificado	22	38	58
Roubo	42	44	78

Fonte: TONRY; PETERSILIA, 1999, p. 21

Em 1997, dois terços dos 3 milhões de pessoas que estavam sob probation eram envolvidas com álcool e outras drogas (NATIONAL DRUG COURT INSTITUTE, 1999, p. 9-11).

Transcrevendo dados de 1986 e 2000 do FBI (Federal Bureau of Investigation), Eric Jensen (2003, p. 145-146) informa que, entre 1985 e 1999, as detenções por delitos relacionados a drogas aumentaram cerca de 365%. Tão-somente em 1999, foram detidas 1,5 milhões de pessoas apenas por delitos ligados a drogas, mais prisões que qualquer outro delito, sendo 80% desses encarceramentos referentes, apenas, à posse de drogas ilícitas.

No primeiro semestre de 2001 havia cerca de 500.000 presos relacionados a drogas nos EUA, sendo a maioria por porte ou venda de pequena quantidade de substância considerada ilícita (LEVINE, 2003, p. 67, 77-78).

Segundo dados oficiais do Departamento de Justiça, até 30 de junho de 2006, os EUA aprisionavam 2.245.189 pessoas, o que significou um aumento percentual de 2,8% em um ano (SABOL; MINTON; HARRISON, 2006).

Muitos dos presos são detidos por problemas referentes a drogas lícitas e ilícitas⁵⁴. Metade dos presos federais tem algum tipo de envolvimento com drogas. Logo, idéias como a “Drug Court”, que, também se propõe a evitar o encarceramento, passaram a ser perseguidas.

Em relação à Política de Drogas dos EUA, para Luciana Rodrigues (2006, p. 230)

Os resultados de quase um século de proibição foram: a manutenção da infraestrutura do narcotráfico e da circulação ilícita de drogas, ao lado do encarceramento em massa de pequenos traficantes negros e pobres.

O sistema prisional e de justiça norte-americanos estava cada vez mais tomado por questões referentes a drogas, com enorme reincidência.

5.3 ORIGEM E APROXIMAÇÃO CONCEITUAL DAS DRUG COURTS

O então Juiz Herbert Klein foi indicado para estudar alternativas (NOLAN JR, 2001, p. 39).

Na verdade os que conceberam a primeira “Drug Court” no ano de 1989, verificaram empiricamente que grande parte da reincidência, dos delitos, e prisões eram relacionados a drogas.

Eram pessoas que praticavam crimes sob efeitos de substâncias; eram infrações cometidas para a aquisição delas ou que violavam a lei penal por consumirem drogas ilícitas.

Assim concluíram que quanto mais prendiam pessoas em alguma das situações descritas ligadas às drogas, mais elas reincidiam, tornando-se um ciclo interminável: prática de delito – prisão – processo – condenação – soltura – prática de delito.

⁵⁴ Segundo Loïc Wacquant (2001, p. 83), baseado no departamento de estatísticas da justiça dos EUA, em março de 1998 dos 1.785.079 de detentos nos EUA, ¾ eram pequenos delinquentes e, particularmente, **toxicômanos** (grifo nosso).

Então, foi-se moldando um sistema que admitia a substituição de processos criminais por um rígido programa terapêutico. Aceito o programa, o usuário infrator, geralmente privado de liberdade, seria solto, mas teria que se submeter a intenso tratamento visando à abstinência, com poucas oportunidades de recidiva, referente a drogas ilícitas ou não e com monitoramento judicial intenso.

A execução, nas Drug Courts, estaria a cargo do judiciário e não do executivo, o que não era comum na execução penal dos EUA sempre de competência do executivo.

O tratamento não se trata de uma medida de segurança, pois tem como alvo infratores imputáveis selecionados, que possuem a faculdade de anuir ao programa ou se submeter ao processo penal convencional, apesar de que a liberdade é o grande fator sedutor das Drug Courts, uma vez que se os infratores não aderirem ao programa geralmente continuarão encarcerados.

Juízes, membros do Ministério Público, advogados, organizações não-governamentais e policiais desenvolveram uma espécie de vara para encarar de modo diferente o trinômio: infratores x delitos x drogas lícitas e ilícitas, visando a trocar o sistema de encarceramento tradicional pelo sistema de tratamento, para que fosse enfrentada a dificuldade do adicto.

Era a implementação de uma nova experiência, ainda frágil e sem resultados definitivos, mas que representava uma resposta diferente da aplicação da prisão e do processo penal convencional.

Há registro que no início da implantação das “Drug Courts” houve severa resistência tanto da ala conservadora, como do setor liberal da sociedade norte-americana. Os primeiros temiam que a implantação de um sistema muito benéfico a criminosos incentivaria a impunidade. Já os liberais as criticavam por serem partidários da liberação do uso e posse de drogas ilícitas (REGHELIN, 2006).

O movimento norte-americano de Drug Courts tem sido considerado uma verdadeira reinvenção da justiça, às vezes seus juízes são chamados de “therapeutic judges”, porque muitas vezes se comportam como terapeutas ou assistentes sociais. Psicólogos e profissionais de saúde têm geralmente um papel mais relevante que o defensor, pois trabalham elementos vitais como a baixa auto-estima dos clientes, como são chamados os infratores (NOLAN JR, 2001, p. 185-208).

Em 1989 no condado de Dade, cidade de Miami, na Flórida, foi criada a primeira Drug Court (HORA; SCHMA; ROSENTHAL, 1999, p. 481-485) do mundo, liderada pelo juiz, já aposentado, Stanley M. Goldstein⁵⁵, que implantou um programa com um intenso sistema de tratamento constituído em três fases, testagens obrigatórias, monitoramento judicial, recompensas e punições gradativas visando, entre outras coisas, à abstinência.

Foram incluídos à justiça criminal americana tão retributiva e repressora, diferentes procedimentos, como a saída imediata da prisão, já que o Ministério Público ou autoridades policiais, caso entendessem que o indivíduo era apto passaram a propor tratamento aos envolvidos com drogas em substituição aos processos criminais.

O cliente passou a ser obrigado a se qualificar do ponto de vista educacional, tentando ser inserido no mercado, caso desempregado, além de restituir prejuízos das vítimas. Tudo isso com o apoio da equipe da vara e de agências públicas e privadas, que podem ser contratadas, pela Drug Court.

O juiz, tão inacessível no sistema ianque, passou a interagir diretamente e de modo freqüente com o infrator, ora o aconselhando, incentivando-o ou mesmo lhe repreendendo muitas vezes durante as audiências na presença de outros clientes⁵⁶.

⁵⁵ Em homenagem ao Juiz Stanley M. Godstein, a NADCP criou em 2003, o “Stanley M. Godstein Drug Court Hall of Fame” para homenagear personalidades ligadas ao movimento. Disponível em: <<http://www.nadcp.org/membership/goldsteinp1.html>>. Acesso em: 8 ago. 2007.

⁵⁶ Em 2004, tivemos a oportunidade de assistir a algumas dessas audiências nas cidades de El Passo, Texas; Nova York; San Diego, na Califórnia e em Miami. Todas elas tinham as mesmas características. Reuniam dezenas de clientes de diversos estágios no programa, onde os técnicos forneciam um breve relato da evolução deles e o juiz elogiava alguns que vinham conseguindo abstinência, criticava outros que não respondiam satisfatoriamente e chegava e desligar outros do programa os enviando à prisão, na presença do Ministério Público, da defesa e de

Completado satisfatoriamente o programa, a pena pode ser diminuída, a probation ser terminada mais cedo e até ocorrer extinção da pena.

Com os resultados obtidos em Miami as Drug Courts foram sendo reproduzidas estando presentes atualmente em todos os Estados, Porto Rico e territórios de administração americana no Pacífico, além de terem sido criadas Drug Courts juvenis, de família e indígenas (PASCHOAL, 2006, p. 13-14).

Apesar de haver diferenças em virtude das legislações locais, um padrão de “Drug Court” foi estabelecido pelo “U.S. Department of Justice”, o que motivou certa uniformização dos procedimentos (NATIONAL CRIMINAL..., 2006).

A Lei Violent Crime Control and Law Enforcement Act (2007) de 1994, dentre outros assuntos, destinou apoio financeiro a Drug Courts, que se submetam à supervisão do Departamento de Justiça. O Departamento destinou US\$ 12 milhões em 1995; US\$ 15 milhões em 1996; US\$ 30 milhões em 1997 e 1998 e US\$ 40 milhões em 1999.

No ano de 1994 foi criada a National Association of Drug Court Professionals (NADCP) formada por juízes, promotores de justiça, advogados e diversos técnicos, com sede na cidade de Alexandria, Virgínia.

A NADCP visa a reduzir o impacto social decorrente do abuso do consumo de drogas, a prática de crimes e a reincidência incentivando a criação de novas Drug Courts e fornecendo capacitação técnica.

Segundo informe da NADCP acessado em julho de 2008, havia mais de 2.100 Drug Courts nos EUA com cerca 19.000 profissionais trabalhando nelas, sendo alcançados mais de 100.000 clientes por ano. Objetivam implantar unidades em todos os 3.143 condados dos EUA.

agências públicas ou não de diversas áreas como de educação e de inserção em empregos. Realmente havia uma grande interação nessas audiências, bem diferentes das tradicionais da justiça criminal dos EUA.

Desde 1994 há, anualmente, uma conferência nacional de treinamento em Drug Courts, tendo a 14ª ocorrido de 28 a 31 de maio de 2008, em Saint Louis, MO com a participação de mais de 3.000 pessoas (HUDDLESTON, 2008).

A filosofia da NADCP é que o tratamento coercitivo funciona, através da mistura do componente judicial com o saber terapêutico (HUDDLESTON, 2008).

Com o apoio do governo norte-americano, surgiu em 1997, o National Drug Court Institute (NDCI), como divisão da NADCP responsável pelo treinamento e elaboração de pesquisas a respeito das Drug Courts dos EUA.

Em 1997 a Procuradora Geral assistente do Departamento de Justiça dos EUA Laurie Robinson (Definindo ..., 2000, p. 7) demonstrou o total apoio do governo federal:

[...] se quisermos mudar o comportamento de infratores não violentos, vítimas de abusos de substâncias químicas, o sistema de justiça criminal tem de conseguir atrair sua atenção [...] Os tribunais para dependentes representam uma combinação de supervisão judicial intensa, testes compulsórios para detecção de drogas, penalidades progressivamente mais severas e tratamentos para ajudar os infratores usuários de drogas a romperem o ciclo do vício - e do crime que a ele freqüentemente vem associado [...] Os juizes dos tribunais para dependentes químicos trabalham em conjunto com promotores, advogados de defesa, agentes responsáveis pelo sursis, e especialistas em tratamento contra droga para que possam exigir um tratamento adequado para os infratores, acompanhar o progresso destes e assegurar a prestação de outros serviços, tais como educação ou treinamento profissional que ajudarão os infratores a se livrar das drogas e do crime.

Constatou-se que a justiça criminal e a área terapêutica devem se aproximar e enfrentar a questão do abuso das substâncias causadoras de dependência e as atividades criminosas a elas associadas, ao invés de agirem separadamente.

Segundo Márcio Monthé Fernandes (2007) essas unidades judiciais visam à substituição do processo formalmente dito pela inserção dos usuários ou autores de crimes leves decorrentes da utilização de drogas num tipo de acompanhamento coercitivo, a ser ministrado por equipe interdisciplinar integrada, dentre outros, por médicos, psicólogos e assistentes sociais, que auxiliam os profissionais do direito na condução do procedimento.

5.4 OS COMPONENTES-CHAVE

Em março de 1999, os integrantes das Drug Courts de Denver, Minneapolis, Tampa, San Diego, Birmingham e San Bernardino, reuniram-se e estabeleceram dez componentes-chaves, uma espécie de mandamentos das Drug Courts (Definindo ..., 2000, p. 20-45):

Componente nº 1: As Drug Courts integram os serviços de tratamento de álcool e outras drogas (AOD) com os casos de processo do sistema judiciário;

Componente nº 2: Utilizando uma abordagem não-adversativa, o promotor e os advogados de defesa promovem segurança pública, ao mesmo tempo em que protegem os devidos direitos de processo dos participantes;

Componente nº 3: Os participantes qualificados estão identificados com antecedência e são prontamente inscritos em programas de Drug Courts;

Componente nº 4: As Drug Courts os proporcionam acesso a serviços contínuos de tratamento de álcool, drogas e outros tratamentos relacionados aos serviços de reabilitação;

Componente nº 5: A abstinência é monitorada por testes freqüentes para detecção de consumo de álcool e outras drogas;

Componente nº 6: Uma estratégia coordenada define as reações das Drug Courts de acordo com o consentimento dos participantes;

Componente nº 7: É essencial a interação judicial com cada um dos participantes das Drug Courts;

Componente nº 8: Monitoramento e avaliação medem o cumprimento dos objetivos do programa e o grau de eficiência;

Componente nº 9: Uma educação interdisciplinar contínua promove um eficiente planejamento, implementação e funcionamento de uma Drug Court;

Componente nº 10: A formação de parcerias entre Drug Courts, agências governamentais, e organizações comunitárias gera apoio local, aumentando a eficiência da Drug Court.

Em dezembro de 1998, foi instalada a primeira Drug Court fora dos EUA, na cidade de Toronto, Canadá. Além dos EUA e Canadá surgiram unidades na Austrália, Jamaica e Irlanda. Com o ingresso do Canadá e da Austrália foi criada a International Association of Drug Treatment Courts (IADTC).

Segundo a IADTC, existe em funcionamento ou em projeto de criação Drug Courts na Macedônia, Itália, Noruega, Escócia, Nova Zelândia, Barbados, Trinidad, Bermudas, Ilhas Cayman e Brasil (INTERNATIONAL ASSOCIATION..., 2007).

A influência das “Drug Courts” também alcançou a ONU. Em dezembro de 1999, o UNDCP convidou representantes de onze nações, para uma semana de discussão sobre Drug Courts em Viena (NOLAN JRES, 2001, p. 43). Foi adotada uma proposta legislativa para os países membros especialmente elaborada para instalar o sistema em diferentes legislações (UNITED NATIONS..., 2006).

5. 5 AS DRUG COURTS NOS EUA

5.5.1 Elegibilidade dos clientes

Os usuários de drogas podem ser classificados entre aqueles que não possuem desorganização de sua vida pessoal pela utilização das mesmas e os que apresentam grandes danos em sua vida pessoal por um uso elevado das drogas.

Cerca de dois terços dos indivíduos recrutados para as “Drug Courts” são usuários abusivos ou dependentes de drogas que já cometeram alguns pequenos delitos relacionados às drogas.

Entretanto, um terço dos participantes não possuem uma desordem clínica significativa do uso de drogas, o que pode tornar ineficaz o encaminhamento a uma Drug Court (DEMATTEO; MARLOWE; FESTINGER, 2006, p. 52, 114-134).

Há diferenças entre as Drug Courts, em relação ao momento processual em que admitem o participante.

Algumas aceitam acusados ainda não processados criminalmente ou julgados (pretrial/preplea); outras, réus já processados, geralmente que se declaram culpados e não julgados (pretrial/posplea), cujo êxito no programa pode levar à extinção do processo; em outras, onde o programa é a condição ou uma condição da probation a admissão é após a condenação (post conviction) e há varas que são uma combinação das três categorias mencionadas, dependendo de fatores como natureza da condenação, antecedentes criminais, dentre outros (COOPER, 1997, p. 18 apud NOLAN JR, 2001, p. 41).

Em geral, os advogados de defesa pleiteiam ou recebem a oferta da submissão ao tratamento para seus clientes, quando a pessoa é presa ou na vara original da ação penal e no caso de sua aceitação, seus clientes são encaminhados pelo Ministério Público para uma “Drug Court” para a avaliação de sua admissibilidade.

Os critérios de admissibilidade à “Drug Court” podem ser divididos em legais e clínicos (UNITED STATES ..., 2005, p. 37).

Entre os critérios legais encontram-se as características dos eventuais crimes cometidos pelo acusado, que devem ser de menor gravidade e sem violência contra a pessoa. Consideram-se crimes violentos contra a pessoa aqueles em que houve utilização de qualquer

tipo de arma, ou em que ocorreu homicídio ou lesão corporal, ou ainda aqueles delitos com utilização de força física contra alguma pessoa.

Também são analisados os antecedentes criminais em sentido amplo, isto é, tanto as condenações penais como as ações ainda em andamento.

Admitem-se no programa os anteriormente condenados por posse de droga e outros crimes não-violentos, bem como os que apresentam antecedentes de crimes patrimoniais. Em geral, o cliente é visto como vítima de uma doença biopsicosocial (NOLAN JR, 2001, p. 51).

Por outro lado, crimes cometidos com violência geralmente impedem a inclusão do acusado no programa em quase todas as varas, o que é fortemente incentivado pelo fato de que, para receberem verbas de fundos federais, as “Drug Courts” devem seguir esses critérios (UNITED STATES ..., 2005, p. 37).

Há unidades que não dependem de fundos federais e admitem também os que cometeram determinados crimes com violência.

Como critérios clínicos incluem-se as condições clínicas e psíquicas para a participação no programa assim como a motivação e a disposição de fazer parte dele. Em alguns programas essa avaliação é feita tanto por pessoal qualificado para tanto quanto pelo juiz da vara.

Deve-se salientar que é pré-requisito obrigatório para a inclusão no programa, que o participante seja informado sobre todas as suas características, firmando uma espécie de “contrato”, manifestando sua disposição de cumpri-lo, bem como tomando ciência das consequências das sanções.

Há quem entenda que a inclusão em uma “Drug Court” normalmente é mais gravosa para o usuário de drogas que a pena a ser cumprida, já que por se tratarem de delitos menos graves, a pena é pequena (MAKKAI, 1998, p. 3).

5.6 O PROGRAMA E SEUS CLIENTES

Participam do programa o juiz da vara, os defensores, o representante do Ministério Público, pessoal especializado em terapia psicológica, médicos, assistentes sociais, membros da comunidade, diversas agências públicas ou não, como as de profissionalização e de emprego.

A figura central, sem dúvida, é o juiz. É ele que vai acompanhar cada participante, em um encontro pessoal e direto até o término do programa. “O juiz assume o papel de confessor, de capataz, de incentivador e de mentor do acusado. Ele incentiva, ameaça, encoraja e parabeniza os participantes pelo seu progresso ou suas falhas” (MAKKAI, 1998, p. 3).

A maioria das Drug Courts têm programas com 3 a 4 fases com duração média de um ano, mas freqüentemente duram mais que isso.

De maneira genérica os programas dividem-se em fases de desintoxicação e estabilização, acompanhadas de terapia e aconselhamento (fases I e II); seguidas de fases de desenvolvimento pessoal e profissional, com possibilidade de obtenção de postos de trabalho por meio do programa (nas fases II e III). Uma quarta fase de acompanhamento pós-término pode consistir em reforço dos objetivos conquistados.

Na primeira unidade, em Miami (MAKKAI, 1998, p. 3), por exemplo, a primeira fase consiste em coleta de amostras de urina, reuniões com um conselheiro e sessões de acupuntura por pelo menos três semanas.

Se conseguir permanecer em abstinência por doze dias seguidos, inicia a segunda fase, em que deve realizar essas atividades três dias por semana.

Superada a fase dois, inicia-se a terceira etapa com cursos profissionalizantes e educação formal. O tempo de permanência no programa é de no mínimo doze meses. Durante

todas as fases continuam a serem realizadas as testagens obrigatórias, mas que vão diminuindo de intensidade à medida que o cliente vai progredindo no programa.

Por vezes, recursos existentes na comunidade são utilizados no processo de reabilitação do dependente infrator. Alguns exemplos são os Narcóticos ou Alcoólicos Anônimos, hospitais e centros educacionais. Há unidades judiciais onde os AA, reúnem-se no próprio fórum com encontros em inglês e espanhol, conforme presenciamos no fórum de Tampa, Flórida.

As audiências com o juiz para monitoração da evolução do participante são consideradas essenciais. Nelas, avalia-se a frequência do cliente às atividades terapêuticas, a partir dos relatórios dos conselheiros, dos resultados das dosagens e também pela interação do juiz com o indivíduo.

Essas audiências denominam-se “status hearings”, e durante as mesmas os participantes recebem conselhos, incentivos, punições e prêmios, conforme a evolução do caso (UNITED STATES ..., 2005, p. 38).

Trabalha-se com um sistema gradual de incentivos e sanções.

Os incentivos vão de progressão de fase com menos monitoramento, elogios públicos pelo juiz, aplausos e prêmios como brindes, bolos, ingressos de jogos, inserção em programas habitacionais, dentre outros. As cerimônias de conclusão do programa são comemoradas formalmente com discursos, certificados, lanche, testemunho dos concluintes, visitas de políticos e representantes da sociedade⁵⁷.

⁵⁷ Registramos que na Vara de Execução de Penas Alternativas de Recife (VEPA), desde sua fundação em 2001, que implantamos reuniões mensais com os beneficiários da Suspensão Condicional do Processo (art. 89, Lei 9.099/95) e de Sursis. Nessas reuniões são feitas palestras sobre os mais variados temas escolhidos pelos próprios participantes, nas quais convidamos especialistas. Quando concluem o prazo legal, são fornecidos certificados, quem quiser discursa, há aplausos e muitos trazem a família. Os que desejam são encaminhados a cursos profissionalizantes, à educação formal, assistência jurídica, de saúde e a programas públicos e privados de empregos. Tudo mediante convênios. Temos constatado um êxito absoluto nessa iniciativa, que aboliu com a prática de comparecimento mensal nos cartórios simplesmente para atestar a presença e sem nenhuma eficácia prática.

Já as penalidades incluem reprimendas nas audiências onde vários clientes participam, submissão deles a permanecer durante horas no fórum, regressão de fase terapêutica, períodos curtos de prisão e em casos graves o término do programa, com o conseqüente retorno ao curso normal da ação penal interrompida ou prisão com o cumprimento da condenação. O participante também pode optar por interromper o programa a qualquer tempo e receber a sentença ou enfrentar a ação penal. A saída do programa geralmente implica em privação de liberdade em qualquer hipótese.

Uma das principais críticas à Justiça Terapêutica é a carga moral pela qual trata o tema das drogas, o que fere a questão da autonomia individual, da intimidade e privacidade, todavia para doutrinadores que apóiam as Drug Courts dos EUA, elas representam nesse ponto da moral um olhar da justiça criminal em relação à abordagem anterior, na qual a justiça entendia que o usuário abusivo ou dependente que cometesse delitos em função das drogas tinha total escolha.

Para Peggy Hora, William Schma e John Rosenthal (1999, p. 463-464, 468) há um novo paradigma quando se aproxima o ofensor ligado à droga, a uma perspectiva terapêutica, pois o abuso e dependência não mais são vistos como falhas morais, mas como uma condição que requer tratamento, ou seja, o entendimento anterior de que o dependente ou usuário abusivo podia livremente escolher entre o certo e o errado, o bem e o mal. Hoje, reconhece-se que há uma enfermidade biopsicosocial e que os operadores do direito necessitam de se adaptar a esse novel enfoque.

5.7 ALGUNS LEVANTAMENTOS E ESTATÍSTICAS

As pesquisas vêm sendo cada vez mais refinadas no campo das Drug Courts. No início⁵⁸, preocupava-se em avaliar, se os resultados eram mais satisfatórios que as abordagens tradicionais. Ao se entender que sim, os pesquisadores visam, a saber, as causas desse melhor desempenho. São as denominadas pesquisas de segunda geração.

⁵⁸ Para verificação de algumas pesquisas de primeira geração envolvendo as Drug Courts, cf. Nathaniel J. Pallone (2003).

Em 2001 (NATIONAL CRIMINAL..., 2001), o número de participantes desde o início das unidades para adultos, atingiu aproximadamente 226.000, sendo que o número de “formados” (graduates) alcançou 74.000.

Naquele ano havia 77.000 pessoas em acompanhamento. A maioria desses indivíduos eram homens (73 %), caucasianos (42% para 37% de negros e 16% de hispânicos), solteiros (54%), na faixa entre 20 a 35 anos (45 %), com predomínio para os entre 25 a 35 anos (34 % do total).

O nível de escolaridade de 35% dos participantes era o básico e 43% tinham completado o nível médio. Grande parte era constituída de desempregados, 44%, a mesma taxa detectada para os com ocupação.

O gasto com drogas antes do ingresso no programa era de até 100 dólares para 50% dos envolvidos. Somente 9% dos participantes não apresentavam condenações anteriores.

O total de participantes que já haviam sido anteriormente presos era de 56%. 75% dos participantes tinham filhos menores. 24% participavam do programa pelo período de 2 a 5 anos e outros 24% participavam de 5 a 10 anos.

Em 2005, o United States Government Accountability Office avaliou os resultados empíricos da atividade das “Drug Courts” publicados até então (UNITED STATES ..., 2005). Foram considerados apenas os estudos com grupos controle e métodos de obtenção e análises confiáveis.

Conclui-se que, no período em que participavam do programa das “Drug Courts”, os usuários foram presos com uma frequência menor que indivíduos do grupo controle. Esses participantes tiveram menos recidivas do uso de drogas que os dos grupos controle, independentemente do delito que os levou ao programa.

Há algumas evidências não conclusivas do efeito facilitador da atuação do juiz e do tratamento oferecido nessas menores taxas de recidiva.

Quanto ao custo, a comissão concluiu que o programa é mais caro que as varas tradicionais em curto prazo, mas oferece vantagens em longo prazo especialmente se computados os ganhos indiretos obtidos com a diminuição dos gastos das vítimas dos delitos, com o tempo de hospitalização para tratamento dos usuários e com o encarceramento.

Vale lembrar que o custo médio anual de um prisioneiro nos EUA varia de U\$20.000 a U\$50.000. Já um participante de Drug Courts custa anualmente de U\$2.500 a U\$4.000⁵⁹. Em outros dois estudos sobre custo-benefício realizados em Oregon e no Texas, constatou-se que as Drug Courts economizam entre U\$9 e U\$10, em relação à prisão (FOX; HUDDLESTON, 2007).

A questão da dependência e do abuso não pode mais ser abordada tão-somente do ponto de vista biológico, pois vários fatores contribuem no quadro da pessoa, são aspectos, por exemplo, psicológicos, sociais, econômicos, do meio. Logo, desenvolvem-se os mais diversos ambientes de tratamento, que muitas vezes não se excluem.

Nos EUA, com a estrutura e o crescimento espantosos das Drug Courts, o sistema judiciário é admitido como um ambiente de tratamento ao lado da rede primária de atendimento à saúde, unidades comunitárias de álcool e outras drogas, unidade ambulatorial especializada, comunidades terapêuticas, grupos de auto-ajuda, hospitais gerais, hospital-dia, moradia assistida, hospitais psiquiátricos e empresas (RIBEIRO; FIGLIE; LARANJEIRA, 2004, p. 462-463).

As Drug Courts possuem suas equipes profissionais, organização interna de serviço, desenvolvimento teórico e metodológico, além de programas próprios de atendimento, configurando-se uma organização interna do serviço. Em geral são financiadas em conjunto com verbas federais, estaduais e municipais (FOX; HUDDLESTON, 2007).

⁵⁹ Esta estimativa se encontra no site da NADCP (2006) norte-americana.

Em relação à Europa, mencionamos o Inventário referente a julho de 2003 a julho de 2004 promovido pelo European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)⁶⁰, no qual destacamos alguns dados:

- a) Um a três quartos dos presos são usuários de drogas na Europa;
- b) Áustria, Grécia e Suécia possuem prisões exclusivamente para usuários de drogas;
- c) Tem crescido o entendimento de que a dependência é uma doença que deveria ser tratada, fazendo surgir leis que focam o tratamento de drogas nas prisões;
- d) Países europeus como Inglaterra, País de Gales, Finlândia, Luxemburgo, Holanda, Noruega, Escócia e Suécia realizam testes de drogas compulsórios em suas prisões;
- e) Tem sido constatado pelo sistema de justiça criminal que a utilização do tratamento vem reduzindo a população carcerária (INVENTORY OF EUROPEAN..., 2007).

5.8 PESQUISAS DE SEGUNDA GERAÇÃO

Com a criação do NDCI, em 1997, houve um grande avanço na questão de publicações científicas e pesquisas, que envolvem diferentes aspectos relacionados a Drug Courts⁶¹. Na primeira fase, buscou-se verificar se realmente essas novas unidades judiciais funcionavam de forma mais eficiente que às tradicionais. As investigações concluíram que essas varas conseguiram obter melhores resultados. Essas pesquisas que visavam a observar o grau de eficiência são denominadas de “primeira geração”.

Essas pesquisas indicam que as Drug Courts reduzem de 15 a 20% a taxa de reincidência criminal, em relação a outras formas de abordagem da justiça (UNITED STATES

⁶⁰ Observatório Europeu de Droga e da Toxicodependência (OEDT) ou em inglês European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) é uma das agências da União Européia criado em 1993, com sede em Lisboa.

⁶¹ A maioria dos textos e pesquisas patrocinados pelo NDCI estão disponíveis em: <<http://www.ndci.org/publications.html>>. Acesso em: 1 ago. 2007.

..., 2005), bem como são altamente eficientes, quando direcionadas aos mais perigosos ofensores relacionados a drogas.

Assim as pesquisas de primeira geração concluíram que esse programa funciona, é efetivo, o que é fundamental para o pragmatismo norte-americano.

Pesquisadores denominam de segunda geração estudos que visam a identificar mecanismos de ação aos quais se atribuem o sucesso dessas varas, que indiquem como verdadeiramente como elas funcionam.

O NDCI, com o desideratum de aprofundar as pesquisas sobre os temas de segunda geração das Drug Courts, convocou um painel nacional denominado National Research Advisory Committee (NRAC) constituído de especialistas sob a direção de Douglas Marlowe da Universidade da Pensilvânia e Cary Heck da Universidade de Wyoming.

Foram elaborados vários questionamentos, inclusive sobre temas polêmicos nos EUA, como as estratégias de redução de danos. Seguem as principais indagações elaboradas pelo NRAC (MARLOWE et al, 2006, p. 28-31):

- a) Quais são os efeitos em longo prazo das Drug Courts e quais os componentes das varas que mais influenciam em relação à reincidência, uso de drogas e saúde do indivíduo?;
- b) Se os grupos minoritários na sociedade recebem deferentes serviços de tratamento? Em caso afirmativo, o porquê e como corrigir;
- c) Qual a real influência de se ter um juiz de direito atuando permanentemente na vara e sua participação nas audiências?;
- d) Quais as características de um juiz que podem trazer melhores resultados para os clientes?;

- e) Resultados semelhantes podem ser obtidos, se substituídos os juízes de direito por outras funções como conciliadores?;
- f) Quais são os impactos do uso de prisões curtas, quando o cliente não cumpre o seu programa de tratamento?;
- g) Há subgrupos de clientes das Drug Courts, cujos modelos de sanções e recompensas devam ser diferentes ou adaptados, como, por exemplo, os ofensores menores penalmente?;
- h) Quais as diferenças de resultados entre sanções e recompensas previamente estabelecidas de modo genérico e fixadas de modo personalizado?;
- i) Qual o tempo de participação no programa? O período pode variar de acordo com o cliente e a droga de eleição? O programa acelera a recuperação, por causa dos serviços adicionais e do monitoramento?;
- j) Como fazer com que o ex-cliente permaneça em tratamento pós-programa?;
- k) Há delinquentes, relacionados a drogas, não dependentes ou usuários abusivos que possam ser beneficiados pelo modelo das Drug Courts?;
- l) Quais serviços adicionais são mais relacionados aos resultados positivos no programa, influenciando positivamente na segurança pública? Particularmente, as inserções profissionais e educacionais deveriam ser exigidas como requisitos do programa?;
- m) Quais as diferenças de resultados entre a exigência da abstinência pelas Drug Courts e a adoção de estratégias de redução de danos?;
- n) Que perfil de clientes demanda contatos judiciais freqüentes e quais podem ser eficazmente acompanhados por oficiais de correções comunitárias (community

corrections officers), oficiais de probation ou livramento condicional, gerenciadores de casos (case managers) ou pelo pessoal de tratamento?;

- o) Quais tipos de monitoramentos produzem os melhores resultados no programa?;
- p) Como se podem desenvolver métodos melhores para se medir o grau de colaboração entre agências e sistemas nas Drug Courts?;
- q) Afetam os resultados, o fato das pessoas da área de tratamento comparecerem à audiência para testemunharem? Isso afeta a percepção dos clientes quanto à aliança terapêutica?;
- r) Afetam os resultados, o fato das pessoas da área de tratamento apenas disporem parte das informações clínicas em juízo?;
- s) As decisões são mais consistentes e melhores os resultados, quando o juiz age como árbitro final dos clientes durante as audiências ou quando a equipe chega a um consenso sobre aquele assunto?;
- t) Os resultados são melhores quando o coordenador da Drug Court é servidor da vara, do sistema de tratamento, probation/livramento condicional ou uma combinação desses?;
- u) É necessária a participação da defesa e do Ministério Público em todos os procedimentos da vara?

Por se tratar de um tema em constante mutação, pesquisas devem ser constantemente implementadas.

Um dos pontos cruciais e inegociáveis das Drugs Courts norte-americanas é a exigência da total abstinência pelo infrator para que complete satisfatoriamente o programa.

Tanto que se o indivíduo não a atingir é retirado do programa e preso ou submetido a um processo criminal condenatório.

Para nós a maior falha das Drugs Courts consiste exatamente nesse ponto. Pois justamente o indivíduo que mais precisa de tratamento, ou seja, o que não consegue largar a droga, apesar de todo rigor do programa é o excluído e privado de liberdade⁶², quando se deveria buscar algum outro mecanismo alternativo, que não a prisão.

As Drug Courts representam o maior fenômeno do judiciário dos EUA, considerando-se a massificação dessas unidades judiciais, surgidas, a partir do ano de 1989, estando presentes em todos os Estados e territórios norte-americanos. É uma experiência que possui prós e contras, mas que, sem dúvidas, deveria ser melhor estudada no Brasil, uma vez que se observa um grau de xenofobismo em relação a institutos alienígenas, mormente utilizados nos EUA.

5.9 A EXPERIÊNCIA DESCRIMINALIZADORA PORTUGUESA

Pelo menos até o ano de 2007, apenas três países descriminalizaram os delitos pertinentes ao uso próprio de substâncias psicotrópicas ilícitas, Itália, Espanha e Portugal.

Faz-se imprescindível verificar o modelo português, até pela proximidade e influência lusitana no Brasil e para se observar as medidas terapêuticas implantadas com o novo dispositivo legal.

Em Portugal, até 01 de julho de 2001, o consumo de drogas era tipificado como crime de consumo ilícito de estupefacientes, de acordo com o art. 40 do Decreto-lei 15/93, de 22 de janeiro.

⁶² Esse foi o ponto mais questionado quando estivemos visitando algumas Drug Courts nas cidades de Nova York, El Paso (Texas), Tampa e Miami, em 2004, todavia não obtivemos qualquer explicação plausível.

Após longo debate, foi descriminalizado tão-somente o consumo, aquisição e detenção para consumo próprio de plantas, substâncias ou preparações consideradas ilícitas, de acordo com as tabelas anexas ao Decreto-lei 15/93.

Com o advento da Lei nº 30/2000 de 29 de novembro, o consumo, a aquisição e a detenção para consumo próprio⁶³ de drogas se tornou contra-ordenação⁶⁴, sujeita a diversas sanções alternativas à prisão e coima⁶⁵, espécie de multa.

Deve-se ressaltar que foi fixado como limite para aquisição e detenção para consumo próprio, a quantidade necessária para o consumo médio individual durante o período de 10 dias (art. 2º). Entendemos que esse critério balizador é de difícil interpretação, por ser muito genérico, apesar da Lei de drogas brasileira não estabelecer nenhum limite, deixando à análise do juiz no caso concreto, o que se constitui, para nós, em outro erro.

O legislador optou por substituir a esfera criminal pela proibição administrativa do consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas (VALENTE, 2002, p. 16).

Ocorreu a descriminalização em sentido técnico e estrito, que para Figueiredo Dias, consiste na “desqualificação de uma conduta enquanto crime, como redução formal da competência do sistema penal em relação a certas condutas” (DIAS, 1998, p. 14).

É a polícia que identifica o consumidor, inclusive pode detê-lo, para que ele compareça perante as “Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência” (CDT)⁶⁶. As sanções são processadas e aplicadas pelas CDT, sendo executadas pelo governo civil. A CDT age como a justiça criminal de primeiro grau do Brasil.

⁶³ Segundo o art. 2º, 2, da Lei 30/2000 é considerada para uso próprio a quantidade necessária para o “consumo médio individual durante o período de 10 dias”. Essa quantidade não foi especificada.

⁶⁴ Contra-ordenação é “todo o facto ilícito e censurável que preencha um tipo legal no qual se comine uma coima” (art. 1º, Dec.-Lei 433/82).

⁶⁵ Sanção de natureza administrativa.

⁶⁶ As Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência são compostas por um jurista e duas pessoas ligadas à área de drogas (art. 7º, Lei 30/2000)

No processo a cargo da CDT que se assemelha muito com uma instrução criminal comum brasileira, são examinados diversos aspectos, se o usuário é dependente, que tipo de drogas foi consumida, dados sobre a vida do indivíduo, que é ouvido, inclusive pode ser proposta ou solicitada testagem.

Sempre que o consumidor for primário quanto ao objeto da Lei e não dependente terá a suspensão provisória do processo⁶⁷.

Os recursos das sanções fixadas pela CDT são julgados pelo poder judiciário.

Apesar de não determinar o tratamento compulsório, a Lei sob análise concede privilégios nos casos de tratamento espontâneo, como a não submissão às penalidades legais, a concessão da suspensão provisória do processo que pode durar até três anos e em caso de aplicação de sanção, a sua suspensão de um a três anos a juízo da CDT⁶⁸ sendo fornecidos a CDT, relatórios trimestrais sobre a continuidade ou não do tratamento, conforme arts. 3º e 11 a 14.

A CDT pode aplicar diversas sanções alternativas à prisão tanto aos usuários dependentes como não, ressalvando-se que aos dependentes não se aplicam sanções pecuniárias. Caso seja cumprida a sanção sua extinção é declarada pela CDT (art. 230).

A Lei prevê, nos artigos 15, 17 e 24 as seguintes sanções com duração mínima de um mês e máxima de três anos:

- a) Coima;
- b) Admoestação;

⁶⁷ Instituto análogo à Suspensão do Processo (art. 89, Lei 9.099/95). Para estudo comparativo, cf. LIMA (2000, p. 11-12).

⁶⁸ Similar ao nosso sursis, inclusive se o consumidor dependente se recusar, após ter aceitado, ou interromper o tratamento, a suspensão será revogada e o dependente cumprirá a contra-ordenação.

- c) Proibição de exercer profissão ou atividade, designadamente as sujeitas a regime de licenciamento, quando daí resulte risco para a integridade do próprio ou de terceiros;
- d) Interdição de frequência de certos lugares;
- e) Proibição de acompanhar, alojar ou receber certas pessoas;
- f) Interdição de ausência para o estrangeiro sem autorização;
- g) Apresentação periódica em local a designar pela comissão;
- h) Cassação, proibição da concessão ou renovação de licença de uso e porte de arma de defesa, caça, precisão ou recreio;
- i) Apreensão de objetos que pertençam ao próprio e representem um risco para este ou para a comunidade ou favoreçam a prática de um crime ou de outra contra-ordenação;
- j) Privação da gestão de subsídio ou benefício atribuído a título pessoal por entidades ou serviços públicos, que será confiada à entidade que conduz o processo ou àquela que acompanha o processo de tratamento, quando aceite;
- k) Entrega a instituições públicas ou particulares de solidariedade social de uma contribuição monetária ou a prestação de serviços gratuitos a favor da comunidade.

As sanções aplicáveis se assemelham com as penas restritivas de direitos da legislação brasileira, só que são em número maior.

Em cotejo com o crime semelhante do art. 28 da Lei de drogas brasileira, a l norma lusitana é mais severa, apresenta sanções mais duras e longas que a brasileira, prevendo até pena de prisão para o usuário de drogas não encontrado pela polícia.

CAPÍTULO 6 - EVOLUÇÃO HISTÓRICA PRECURSORA DA JUSTIÇA TERAPÊUTICA E DA POLÍTICA DE DROGAS NO BRASIL

6.1 A QUESTÃO LEGAL DAS DROGAS NO BRASIL COLÔNIA

Por muito tempo, os legisladores do país e de fora, preocuparam-se, de modo genérico, com as substâncias venenosas, dentre as quais estavam incluídas as de propriedades estupefacientes (GONZAGA, 1963, p. 24).

O Brasil ao ser descoberto oficialmente em 1500 por Portugal foi regido na área penal, pelas Ordenações Manuelinas até o ano de 1603 e de 1603 até 1830 pelas Ordenações Filipinas. Ambas trataram de tipificar condutas relativas a substâncias⁶⁹.

Disponha parte do texto do Livro V, Título CIX das Ordenações Manuelinas promulgadas pelo rei D.Manuel I em 1521 com grafia original: “Que ninhua pessoa tenha em sua casa rofalgua⁷⁰, nem outro semelhante material, nem os Boticairos os vendam senom a certas pessoas”.

De modo similar, nas Ordenações Filipinas em seu Livro V, Título LXXXIX, ressaltando-se a inclusão do ópio na lista de restrições:

Nenhuma pessoa tenha em sua caza para vender rosalgua branco, nem vermelho, nem amarello, nem solimão, nem água delle, nem escamonéa, nem opio, salvo se for Boticario examinado, e que tenha licença para ter Botica, e usar do Officio. E qualquer outra pessoa que tiver em sua caza algumas das ditas cousas para vender, perca toda a sua fazenda, a metade para nossa Câmara, e a outra para quem o accusar, e seja degradado para África até nossa mercê. E a mesma pena terá quem as ditas cousas trouxer de fora, e as vender a pessoas, que não forem Boticarios. 1. E os Boticarios as não vendão, nem despendão, se não com Officiaes as não darão, nem venderão a outrem, porque dando-as, e seguindo-se disso algum dano, haverão a pena que de Direito seja, segundo o dano for. 2. E os Boticarios poderão metter em suas mezinhas os ditos materiaes, segundo pelos Medicos, Cirurgiões, e Escriptores for mandada. E fazendo o contrario, ou vendendo-os a outras pessoas, que não forem

⁶⁹ Para interessante relato histórico sobre o álcool e outras substâncias psicoativas no Brasil, cf. VENÂNCIO; CARNEIRO (2005).

⁷⁰ Nome vulgar de realgar: “Mineral monoclinico amarelado ou avermelhado, sulfeto de arsênico, empregado em pirotecnia para se obter chama branca e brilhante” (FERREIRA, 1986, p. 1456, 1522).

Officiaes conhecidos, pola primeira vez paguem cincoenta cruzados, metade para quem accusar, e descobrir. E pola segunda haverão mais qualquer pena, que houvermos por bem (grafia original).

Em 9 de fevereiro de 1737, a Câmara Municipal de São Paulo editou uma deliberação escrita, vetando a venda de medicamentos tidos como venenosos, inclusive o ópio.

6.2 A EVOLUÇÃO LEGAL DA QUESTÃO DAS DROGAS E AS PREVISÕES DE TRATAMENTO

O Código Criminal do Império de 1830 foi silente quanto ao tema.

A matéria foi disciplinada por Regulamento de 29 de setembro de 1851 que abordou a política sanitária (art. 51) e a venda de substâncias medicinais e de medicamentos (art. 68 e segs.).

O primeiro Código Penal republicano de 1890 tipificou como crime contra a saúde pública condutas referentes a substâncias venenosas, não mencionando o uso, apesar de apenas tão-somente com pena de multa.

João Bernardino Gonzaga (1963, p. 25), observou a quase inexistência de sanções nesse campo:

Foi assim com armas de quase nulo poder intimidativo que tivemos de enfrentar a onda de toxicomanias que submergiu o nosso país ao término da guerra de 1914. Ao lado do éter, que, por ser incômodo, entrou logo em decadência, cresceu então o emprego do ópio, e, principalmente, da cocaína.

Em relação ao alcoolismo, desde a primeira década do século XX, o índice de consumo já era considerado um dos maiores flagelos e documentos denunciavam a inércia dos governantes, atribuindo-a ao poder econômico e eleitoral da indústria de bebidas. Foram elaborados diversos projetos antialcoólicos⁷¹ que nunca entraram em vigor.

⁷¹ Exceto o projeto de Afrânio Peixoto que em 1925 que tinha como conteúdo a total proibição da fabricação, venda e consumo etílico, mas que não obteve o número mínimo de assinaturas do Legislativo, os demais visavam

Para tentar fazer frente ao descaso do Estado com a questão do alcoolismo, foram criadas sociedades de caráter privado. Dentre essas, a Liga Antialcoólica de São Paulo que dispunha de um estabelecimento de beneficência para tratar alcoolistas, através de hipnose; a Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária, que tratava sífilíticos e alcoolistas pobres; a Liga Brasileira de Hygiene Mental que realizou diversas jornadas e enviou projetos antialcoólicos às autoridades competentes.

Em 1925, instalou-se no Brasil, a União Brasileira Pró-Temperança⁷². Essa instituição teve uma atuação assaz destacada, a ponto de se espalhar em diversos Estados, instituindo a semana antialcoólica. Formada exclusivamente por mulheres recebeu, em 1950, o título de instituição de utilidade pública, como reconhecimento no seu combate contra as bebidas alcoólicas, a coca, o ópio, a morfina, o fumo e os jogos lotéricos (MUSUMECI, 1994, p. 86).

Durante as primeiras décadas do século XX, a questão legal referente à política de drogas continuava esparsa e sem uma organização metodológica em relação à crescente toxicomania.

Seguiram-se decretos, em geral, ratificadores de convenções e conclaves internacionais como o 4.294, de 06.07.1921, fruto da Convenção de Haia de 1921, que foi corrigido pelo Decreto 15.683/22; além do Decreto 14.969 de 03.09.1921.

Os Decretos anteriores foram substituídos pelo 20.930, de janeiro de 1932 que integrou a Consolidação das Leis Penais, alterou o caput do art. 159 do código penal de 1890, acrescentou-lhe doze parágrafos⁷³ e fixou pena de prisão de um a cinco anos e multa para ações de comércio e indução ao uso e pena de prisão de três a nove meses para posse ilícita de drogas sem receita médica ou em quantidade superior à determinada terapeuticamente.

a impor medidas restritivas ao consumo como uma maior taxação das bebidas; controle dos locais e horários para venda e consumo; limitação da propaganda; obrigatoriedade do ensino antialcoólico nas escolas, cursos e quartéis; punição com multas e/ou privação de liberdade para alcoólatras infratores; criação de asilos para a internação e recuperação dos inebriados (MUSUMECI, 1994, p. 85-86).

⁷² Ramificação da World's Women's Christian Temperance Union.

⁷³ A técnica de colocação de vários tipos penais comum no crime de tráfico de drogas é denominado de multiplicação dos verbos por Zaffaroni (1990, p. 18).

O Decreto 20.930, de janeiro de 1932, foi parcialmente modificado pelo Decreto 24.505, de junho de 1934; o Decreto 780, de 28.04.1936, modificado pelo Decreto 2.953, de agosto de 1938, criou a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes (CONFEN) vinculada ao Ministério da Saúde, cabendo aos dois últimos a autonomização dos processos criminalizadores.

O Decreto 891 de 25.11.1938, fruto da Convenção de Genebra de 1936, estabeleceu pena de um a cinco anos de prisão no caso de consumo de drogas. Regulou o assunto de drogas, apresentou rol de substâncias assim consideradas, disciplinou a sua produção, tráfico e consumo, relacionou uma série de infrações penais, cominando-lhes sanção, bem como dispôs sobre a internação e interdição civil dos toxicômanos

O Decreto-lei 2.848/40 instituiu o código penal de 1940, tratando da matéria de drogas em seu artigo 281, que tipificou várias condutas:

[...] importar ou exportar, vender ou expor à venda, fornecer, ainda que a título gratuito, transportar, trazer consigo, ter em depósito, guardar, ministrar ou, de qualquer maneira, entregar ao consumo substância entorpecente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar.

Para parte da jurisprudência e doutrina, houve a descriminalização do consumo de drogas com o art. 281 do código penal (HUNGRIA, 1959, p. 139; BATISTA, 1998, p. 84).

A Lei das Contravenções Penais (Decreto-lei 3.688 de 03.10.1941), que atualmente tem os seus procedimentos ditados pelas normas despenalizadoras da Lei 9.099/95, preconiza em seu art. 62, a pena de prisão simples de 15 dias a 3 meses ou multa para quem estiver em ambiente público em estado de embriaguez, causando escândalo ou pondo em perigo a si ou a segurança pública. O seu parágrafo único, determina que deve ser internado em casa de custódia e tratamento, no caso de embriaguez habitual.

O seu art. 63 estabelece prisão simples de 2 meses a 1 ano ou multa em caso de se servir bebida alcoólica a menor de 18 anos; a embriagado; a pessoa que o contraventor saiba

que sofra das faculdades mentais ou que o agente saiba que a pessoa está proibida de freqüentar lugares onde se consome bebida.

Após o código penal de 1940 foram editados diversos mecanismos legais ligados ao tema: Decreto-lei 3.114 de 13.03.1941, que dentre outras providências criou uma Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes incumbida de sistematizar as normas existentes e elaborar normas gerais no tocante à repressão e fiscalização de entorpecentes; Decreto-lei 4.720, de 21.09.1942 que instruía o cultivo de plantas entorpecentes e a extração de seus princípios ativo-terapêuticos.

Quanto ao tratamento, um dos pontos básicos da legislação brasileira da época era a internação compulsória, em estabelecimentos hospitalares, dos toxicômanos, que deveriam ser tratados como doentes e não como delinqüentes.

Em 1957 foi criada, em São Paulo, a primeira Delegacia de Polícia Especializada em Tóxicos como medida de repressão.

A década de 1960 assistiu a uma grande disseminação das drogas, principalmente com o uso da maconha (*cannabis sativa*), com baixo custo, facilmente adaptável ao solo brasileiro, bem como medicamentos à base de anfetaminas passaram a ser usados de modo indiscriminado.

Novas Leis surgiram como a 4.451, de 04.11.1964, que acrescentou a “ação de plantar” ao art. 281 do código penal de 1940; Decreto 54.216/64 que ratificou a Convenção Única sobre Entorpecentes da ONU de 1961; Decreto-lei 159, de 10.02.1967.

Com o Decreto-lei 159/67, o Brasil foi a segunda nação do mundo a equiparar as substâncias capazes de determinar dependência física ou psíquica, como por exemplo, anfetamínicos e alucinógenos, às drogas para fins penais, cabendo ao Serviço de Saúde Nacional (SNFMMF) relacionar essas substâncias análogas.

O código penal Militar (Decreto-Lei 1001, de 21.10.1969) em seu art. 290⁷⁴, pune com a mesma sanção o tráfico e a posse para uso particular.

Em 1969, houve a tentativa frustrada de se impor um novo código penal, o qual fixava pena de até seis anos de prisão para o delito de comércio, posse ou uso de drogas.

O Decreto-Lei 385, de 26.12.1968 teve grande importância na área criminal, pois incorporou ao artigo 281, do código penal a expressão “ou que determine dependência física ou psíquica” e equiparou ao delito de tráfico de entorpecentes a conduta de trazer consigo para uso próprio.

Alcançando o próprio consumidor que até então era encarado como um caso afeto à saúde e passou a ser sujeito à punição embasado na concepção que o consumo de drogas alimenta o tráfico ilegal⁷⁵.

O Decreto-Lei 385/68 foi alargado pela Lei 5.726, de 29.10.1971, que, acrescentou à conduta de trazer consigo para uso próprio, as de “adquirir” e “guardar”, além de dispor sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, dando nova redação ao artigo 281 do código

⁷⁴ Art. 290. “Receber, preparar, produzir, vender, fornecer, ainda que gratuitamente, ter em depósito, transportar, trazer consigo, ainda que para uso próprio, guardar, ministrar ou entregar de qualquer forma a consumo substância entorpecente, ou que determine dependência física ou psíquica, em lugar sujeito à administração militar, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar: Pena - reclusão, até cinco anos. Casos assimilados. 1º Na mesma pena incorre, ainda que o fato incriminado ocorra em lugar não sujeito à administração militar: I - o militar que fornece, de qualquer forma, substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica a outro militar; II - o militar que, em serviço ou em missão de natureza militar, no país ou no estrangeiro, pratica qualquer dos fatos especificados no artigo; III - quem fornece, ministra ou entrega, de qualquer forma, substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica a militar em serviço, ou em manobras ou exercício. Forma qualificada 2º Se o agente é farmacêutico, médico, dentista ou veterinário: Pena - reclusão, de dois a oito anos”.

⁷⁵ O Juiz Geraldo Gomes (1972, p. 21, 33), apesar de afirmar que a abolição total da traficância é uma utopia e que enquanto houver traficantes haverá viciados, defende a incriminação do usuário: “Assim, pois, a profilaxia que ora se instala com o Decreto-Lei n. 385/68 procurando, inclusive, alcançar a própria figura do consumidor das drogas, é das mais pertinentes. Não se ignora que o viciado necessita de tratamento médico, para sua desintoxicação ou inapetência pelas drogas. Mas a repressão, inegavelmente, vem pôr cobro, profilaticamente, à expansão do vício que tantos malefícios causa a uma sociedade que se quer bem organizada”.

penal⁷⁶ e alterando o rito processual para o julgamento dos delitos contidos no artigo retro-mencionado.

Assim, tanto o traficante como usuário tinham a mesma pena tipificada e igual tratamento penal.

A Lei nº 5.726 foi regulamentada pelo Decreto 69.845 de 27.12.1971 e cominava pena de prisão de 1 a 6 anos e multa indistintamente ao traficante e ao usuário. Essa foi a maior pena já cominada ao usuário por leis brasileiras.

Assim o art. 281 do código penal dava a mesma sanção ao produtor, traficante e usuário, punindo-os com uma pena de reclusão de cinco a oito anos e multa⁷⁷.

No Brasil, foi editada a Lei nº 6.368 de 21 de outubro de 1976⁷⁸, que retirou do código penal a tipificação das drogas, inserindo em lei extravagante, que dispunha sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica. A parte penal da Lei sobreviveu até 2006.

A Lei 6.368/76 é um marco, em razão da ingerência da ONU na busca pelo controle do tráfico e do uso de substâncias psicotrópicas em todo o mundo, o que acarretou uma crescente atenção dispensada ao assunto pelos operadores do direito no Brasil.

⁷⁶ Art. 281, Caput: “Importar ou exportar, preparar, produzir, vender, expor à venda ou oferecer, fornecer, ainda que gratuitamente, ter em depósito, guardar ou ministrar, ou entregar de qualquer forma ao consumo substância entorpecente ou que determine dependência. Pena – reclusão de 1 (um) a 6 (seis) anos e multa de 50 (cinquenta) a 100 (cem) vezes do maior salário mínimo vigente no país”.

⁷⁷ O art. 281 do código penal tinha a seguinte redação: “Importar ou exportar, preparar, produzir, vender, expor à venda, fornecer, ainda que gratuitamente, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, ministrar ou entregar, de qualquer forma, a consumo, substância entorpecente, ou que determine dependência física ou psíquica, sem autorização, ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar. Pena – reclusão, de 5 (cinco) a 8 (oito) anos e multa. § 1.º Nas mesmas penas incorre quem, ilegalmente: I – importa ou exporta, vende ou expõe à venda, fornece ainda que a título gratuito, transporta, traz consigo ou tem depósito ou sob sua guarda matérias-primas destinadas à preparação de entorpecentes ou de substâncias que determinem dependência física ou psíquica; II – faz ou mantém o cultivo de plantas destinadas à preparação de entorpecentes ou de substâncias que determinem dependência física ou psíquica; III – traz consigo, para uso próprio, substâncias entorpecentes ou substâncias que determinem dependência física ou psíquica”.

⁷⁸ Para um levantamento jurisprudencial sobre a Lei 6.368/76, cf. VIEIRA (1992).

Ela revogou tacitamente o artigo 281 do código penal e passou a tratar exclusivamente do direito penal material e formal, no tocante às drogas excluindo tipificação no código penal.

A Lei Antitóxicos, como era conhecida, no seu capítulo II, previa o tratamento de dependentes de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, inclusive dos indivíduos que praticaram os crimes previstos no capítulo III. O art. 10, caput da Lei Antitóxico dispunha que:

O tratamento sob regime de internação hospitalar será obrigatório quando o quadro clínico do dependente ou a natureza de suas manifestações psicopatológicas assim o exigirem. §1º Quando verificada desnecessidade de internação, o dependente será submetido a tratamento em regime extra-hospitalar, com assistência do Serviço Social competente.

O artigo 11 da mesma lei garantia ao dependente-infrator condenado à prisão ou que recebesse medida de segurança detentiva, tratamento em ambulatório interno na unidade prisional em que se encontrasse.

Importante salientar que para jurisprudência dominante o vício em si não é punido (RT, 1979, v. 530, p. 365), embora haja quem entenda que o vício não exclui o crime (RT, 1985, v. 600, p. 409).

Uma das críticas à Lei 6.368/1976 era a utilização inapropriada, do ponto de vista conceitual e metodológico, da expressão “substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica”, que tinha um alcance muito limitado, uma vez que entorpecente, em farmacologia, refere-se aos psicotrópicos⁷⁹ que têm como papel principal embotar ou insensibilizar, como ocorre principalmente com os opiáceos, também chamados narcóticos.

O projeto de lei da Câmara dos Deputados nº 105 de 1996 visava a revogar a Lei 6368/76 e estabelecia em seu art. 18, III, como sanção a medida educativa de inserção e tratamento para dependentes de tóxicos em regime ambulatorial ou em estabelecimento

⁷⁹ Psicotrópico é referente a qualquer substância ou fármaco dotados de afinidade especial para um efeito sobre a mente, conforme dicionário médico (DICIONÁRIO..., 1982, p. 872).

hospitalar adequado a quem praticasse alguma ação referente ao consumo pessoal de drogas, isto é, estabelecia o tratamento compulsório a imputáveis penais (HARTMANN, 1999, p. 168-171).

A Lei 6.416/77 alterou dispositivos do código de processo penal, referentes à execução penal, dentre eles, inseriu o art. 698, que se referia às condições a serem fixadas quando da concessão da suspensão condicional da pena.

No § 2º, IV, do art. 698 do CPP constava que o juiz poderia impor no sursis como norma de conduta e obrigação a submissão do réu condenado a tratamento de desintoxicação. Ora, sabe-se que a consequência de não aceitação das condições impostas no sursis, é a sua revogação com a prisão.

É certo que o dispositivo referido foi tacitamente revogado pela Lei 7.210/84 (Lei de Execução Penal)⁸⁰, que não mais fez referência expressa à condição de submissão a tratamento de desintoxicação pelo condenado em delitos ligados direta ou indiretamente ao uso de drogas.

Daí a indagação que havia era no sentido de ser ou não possível impor, como condição de sursis, o tratamento de desintoxicação após a vigência da Lei de Execução Penal. Havia jurisprudência nos dois sentidos:

Tóxicos – Pena – Suspensão Condicional – SURSIS – Tratamento Ambulatorial – Possibilidade.

O art. 698, § 2º, IV, do CPP prevê expressamente a possibilidade de se fixar como condição do sursis a submissão a tratamento de desintoxicação. Muito embora a condição imposta seja assemelhada à medida de segurança, sua natureza é diferente e foi adotada em

⁸⁰ Luiz Regis Prado (2006, p. 695-696), ao comentar sobre as condições da Suspensão Condicional da Pena, entende que as condições judiciais devem ter relação com o fato e com as condições pessoais do réu, sendo de aplicação discricionária do juiz, sendo vedadas tão-somente as que violem aos direitos fundamentais da pessoa humana ou as que sejam subordinadas a fatores alheios ao condenado: “O juiz, poderá, por exemplo, determinar que o beneficiário da suspensão condicional da pena [...] se submeta a tratamento de desintoxicação (vide artigo 698, § 2º, CPP)”.

benefício da recuperação do réu e cessará quando isso vier a ocorrer (Ap. Crim. 175.314-3 – TJSP – 04-05-95).

Já em sentido contrário:

Tratamento Ambulatorial – Inadmissibilidade. “Quanto ao sursis, foi bem concedido, mas a condição imposta, como bem salientou o Dr. Promotor de Justiça salientou, deve ser alterada porque constitui uma espécie de medida de segurança disfarçada”. O apelante não se declarou dependente, nem foi realizado qualquer exame que afirmasse tal condição. Assim, o tratamento ambulatorial determinado parece indevido, apesar de teoricamente ser possível especificar condições não previstas expressamente na Lei, desde que adequadas ao fato e a situação penal do condenado (art.79 do CP). Frente ao exposto, a condição é substituída pela prevista no art. 78, § 2º do CP (Ap. Crim. 96.376-3 – TJSP – Rel. Luiz Betanho).

O Decreto nº 85.110, de 02.09.1980, instituiu o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e o Decreto nº 154, de 26.06.1991 promulga a Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas concluída em Viena no dia 20.12.1988.

O vigente código penal estabelece em seu art. 28, a partir do inciso II, que não exclui a imputabilidade:

[...] II - a embriaguez, voluntária ou culposa, pelo álcool ou substância de efeitos análogos. § 1º - É isento de pena o agente que, por embriaguez completa, proveniente de caso fortuito ou força maior, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. § 2º - A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, por embriaguez, proveniente de caso fortuito ou força maior, não possuía, ao tempo da ação ou da omissão, a plena capacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Com a edição da Lei 11.340 de 07.08.2006, o parágrafo único do art. 152 da Lei 7.210, de 11.07.1984 (Lei de Execução Penal), que dispõe sobre a espécie de pena restritiva de direitos de limitação de fim de semana, passou a prever que nos casos de violência doméstica

contra a mulher, o juiz poderá determinar o comparecimento obrigatório do agressor a programas de recuperação e reeducação.

Como se observa, foi criada mais uma possibilidade da imposição de tratamento compulsório a maiores penais imputáveis que tenham dificuldades com o seu consumo de álcool e outras drogas.

A Constituição Federal (CF) de 1988 é a primeira Carta Magna brasileira que trata a matéria do tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins e no seu art. 5º, XLIII, determina que a referida prática constitui crime inafiançável e insuscetível de graça ou anistia. Esse dispositivo foi regulamentado pela Lei nº 8.072, de 25.07.1990, que foi mais além ao acrescentar a vedação à concessão de indulto, liberdade provisória e à progressão de regime⁸¹ (art.2º).

O art. 227 da CF trata do dever que tem a família, a sociedade e o Estado de assegurar às crianças e aos adolescentes diversos direitos. Um dos aspectos do direito à proteção especial elencado no §3º, VII, consiste em: “programas de prevenção e atendimento especializado à criança e ao adolescente **dependente de entorpecentes e drogas afins**” (grifo nosso).

A vigente Carta Magna Federal, em seu art. 243 dispõe:

As glebas de qualquer região do País onde forem localizadas culturas ilegais de plantas psicotrópicas serão imediatamente expropriadas e especificamente destinadas ao assentamento de colonos, para o cultivo de produtos alimentícios e medicamentosos, sem qualquer indenização ao proprietário e sem prejuízo de outras sanções previstas em lei. Parágrafo único. Todo e qualquer bem de valor econômico apreendido em decorrência do tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins será confiscado e reverterá em **benefício de instituições e pessoal especializados no tratamento e recuperação de viciados** e no aparelhamento e custeio de atividades de fiscalização, controle, prevenção e repressão do crime de tráfico dessas substâncias (grifo nosso).

⁸¹ O STF, apreciando o HC 82.959/06, julgou inconstitucional a vedação da progressão de regime.

O caput desse artigo foi regulamentado pela Lei nº 8.257, de 26.11.1991, que trata sobre a expropriação das glebas nas quais se localizem culturas ilegais de plantas psicotrópicas.

A Lei 8.069/90, de 13.07.1990, conhecida por Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) substituiu a 6.697/79, pautada na doutrina da situação irregular, estabelecendo expressamente a doutrina de proteção integral como diretriz básica e única no atendimento de crianças e adolescentes (ISHIDA, 2000, p. 21-22).

A Lei nº 9.503, de 23.09.1997, alterada pela Lei nº 11.705, de 19.06.2008, institui o Código de Trânsito Brasileiro e possui alguns dispositivos, referentes à direção sob a influência de substâncias psicoativas, estabelecendo que qualquer concentração de álcool por litro de sangue sujeita o condutor às penalidades fixadas no art. 165 do Código Nacional de Trânsito (art. 276).

Segundo o art. 165 do referido Código constitui infração gravíssima, apenada com multa (cinco vezes) e suspensão do direito de conduzir veículos por um ano, dirigir sob a influência de álcool ou de qualquer substância psicoativa que determine dependência, tendo como medida administrativa a retenção do veículo até a apresentação de condutor habilitado e recolhimento do documento de habilitação.

Como se verifica, o Congresso Nacional estabeleceu tolerância zero à ingestão de álcool pelo condutor de veículo, tornando o Brasil um dos países com a legislação mais rígida nesse campo⁸².

Uma inovação controvertida inserida em 2006 foi a presunção de utilização de substância psicoativa pelo condutor de veículo automotor que se negue a ser submetido a

⁸² Pesquisa envolvendo 82 países, após a vigência da Lei nº 11.705/08, realizada pela instituição norte-americana International Center for Alcohol Policies, coloca o Brasil entre as 15 nações com legislação mais intolerantes à ingestão de substância psicoativa por motoristas (PAÍS..., 2008, p. 15).

testes e aparelhos que meçam a quantidade de álcool, substância entorpecente, tóxica ou de efeitos análogos no organismo⁸³.

Tal dispositivo pôs fim à discussão, se os condutores de veículos tinham ou não o direito de fazer prova contra si próprio ao se recusarem a serem submetidos a testes de alcoolemia, por exemplo.

O § 1º do art. 291 do CTN, determina que não caberão os institutos despenalizadores dos arts. 74, 76 e 88, da Lei nº 9.099, de 26 de setembro de 1995, aos que pratiquem crimes de trânsito de lesão corporal culposa em determinadas condições, ou seja, aqueles sob a influência de álcool ou outra substância psicoativa causadora de dependência; aos que pratiquem pega, corrida ou disputa em via pública e sem autorização e aos que transitem em velocidade superior à máxima permitida para via em 50 km/h.

Uma das causas de aumento da pena privativa de liberdade de um terço até a metade nos crimes de homicídio e lesão corporal culposos no trânsito é o condutor dirigir veículo automotor sob a influência de álcool ou substância tóxica ou entorpecente de efeitos análogos (arts. 302 parágrafo único, V e 303, parágrafo único).

A modificação mais polêmica, sem dúvidas, foi a tipificação como crime do ato de conduzir veículo, em via pública, com teor igual ou superior a 6 decigramas por litro de sangue ou sob a influência de qualquer outra substância psicoativa geradora de dependência⁸⁴. Desde o início da vigência há quem aponte esse dispositivo como rígido, coercitivo e até

⁸³ Art. 277. Todo condutor de veículo automotor, envolvido em acidente de trânsito ou que for alvo de fiscalização de trânsito, sob suspeita de dirigir sob a influência de álcool será submetido a testes de alcoolemia, exames clínicos, perícia ou outro exame que, por meios técnicos ou científicos, em aparelhos homologados pelo Conselho Nacional de Trânsito (CONTRAN), permitam certificar seu Estado. § 1º Medida correspondente aplica-se no caso de suspeita de uso de substância entorpecente, tóxica ou de efeitos análogos. § 2º A infração prevista no art. 165 deste Código poderá ser caracterizada pelo agente de trânsito mediante a obtenção de outras provas em direito admitidas, acerca dos notórios sinais de embriaguez, excitação ou torpor apresentados pelo condutor. § 3º Serão aplicadas as penalidades e medidas administrativas estabelecidas no art. 165 deste Código ao condutor que se recusar a se submeter a qualquer dos procedimentos previstos no caput deste artigo.

⁸⁴ Art. 306. Conduzir veículo automotor, na via pública, estando com concentração de álcool por litro de sangue igual ou superior a 6 (seis) decigramas, ou sob a influência de qualquer outra substância psicoativa que determine dependência: (Redação dada pela Lei nº 11.705, de 2008). Pena - detenção, de seis meses a três anos, multa e suspensão ou proibição de se obter a permissão ou a habilitação para dirigir veículo automotor.

mesmo inconstitucional, por transformar o ato de dirigir embriagado em crime e não apenas infração de trânsito (HORÁCIO, 2008).

A Lei nº 11.705 de 19 de junho de 2008, em seu art. 2º, vedou a venda varejista ou o oferecimento de bebidas alcoólicas para consumo na faixa de domínio de rodovia federal ou em terrenos contíguos à faixa de domínio com acesso direto à rodovia, penalizando o estabelecimento com multa e até suspensão de autorização de funcionamento.

O Decreto nº 3.696, de 21.12.2000 dispõe sobre o Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), criado pela Lei 6.368, de 21.10.1976 e a respeito do Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), sendo um dos principais objetivos do SISNAD, a formulação da Política Nacional Antidrogas⁸⁵.

A Lei antidrogas 10.409 de 11.01.2002, revogada pela vigente Lei 11.343, de 23.08.2006, refere-se, em seus arts. 11 a 13, à questão do tratamento do dependente ou usuário de substâncias ou drogas ilícitas, que são listadas pelo Ministério da Saúde, de acordo com normas estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde, agência da ONU para saúde.

Fala-se, por exemplo, em tratamento do dependente ou usuário de modo multiprofissional, se possível com a assistência da família e de ações do Ministério da Saúde visando à redução dos danos sociais e à saúde. Uma de suas inovações foi a menção ao termo usuário, que aparece ao lado da palavra dependente em todos os dispositivos que disciplinam o tratamento.

A Lei 10.409, de 11.01.2002, sofreu diversos vetos presidenciais, que atingiram todos os artigos referentes ao direito penal material, tornando-se natimorta, valendo-se a jurisprudência do rol de crimes da Lei 6.368/76. Tanto é assim que desde a sua vigência recebeu críticas da doutrina, jurisprudência e legislativa.

⁸⁵ A Política Nacional Antidrogas do CONAD está estabelecida atualmente em sua Resolução nº 3, de 27.10.2005.

Já em 20.08.2002, a Câmara dos Deputados Federais aprovou o Projeto de Lei 7.134 visando a revogar a Lei 10.409/02. O crime do art. 16, da Lei 6.368/76 punia com detenção de 6 meses a 2 anos e multa de 20 a 50 dias-multa quem adquirisse, guardasse, ou trouxesse consigo, para uso próprio substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica.

O Projeto referido fez importantes modificações quanto ao crime de porte ilegal de drogas para uso próprio, todavia foram vetadas as relacionadas ao tratamento, que tinham um caráter compulsório:

- a) Transformou as penas de detenção e de multa nas medidas educativas de I – prestação de serviços à comunidade; II – comparecimento a programa ou curso educativo; III – proibição de freqüência a determinados locais; IV – submissão a tratamento;
- b) Limitou a submissão a tratamento ao prazo máximo de 1 ano ou a duração da pena privativa de liberdade no caso do traficante primário que fosse dependente;
- c) Possibilitou a cumulação entre si das medidas educativas, inclusive a de submissão a tratamento;
- d) Caso o agente desatendesse as condições relativas à medida de submissão a tratamento, o juiz poderia determinar o seu cumprimento compulsório, inclusive com a internação em estabelecimento apropriado.

Em relação a esse projeto, Ulysses Gonçalves Júnior (2005, p. 162) defendia a tese de que deveria haver a pena de prisão em caso de descumprimento das Medidas Educativas previstas nos incisos I e II, onde os presos deveriam ser separados dos demais. Referindo-se à prisão, aduz que “não se pode desprezar sua força intimidativa, dissuasória, mormente quando diante de uma guerra como a das drogas”.

Se o artigo 22 do retro-mencionado Projeto virasse lei, estaria sendo restaurado o sistema do “duplo binário” revogado pela reforma da parte geral do código penal ocorrida através da Lei 7.209, de 11.07.1984, o qual permitia a aplicação de medida de segurança ao imputável.

Assim sendo também entendemos ser inconstitucional a possibilidade de internação do agente que descumprisse as condições da medida educativa de submissão a tratamento, o que consistiria numa espécie de privação de liberdade não prevista na Constituição Federal.

Sem contar que o comentado dispositivo não faz qualquer distinção entre o usuário dependente, abusivo ou ocasional, esse último certamente não necessita de tratamento, via de regra.

Só é cabível a internação compulsória para o agente que em razão de cometimento de delito é submetido a incidente de insanidade mental nos termos do Livro I, Título VII, do vigente código de processo penal.

Importante dispositivo legal é a Lei 10.741 de 1 de outubro de 2003, conhecida como o Estatuto do Idoso.

Nas suas medidas específicas de proteção aos iguais ou maiores de 60 (sessenta) anos consta, em seu art. 45, IV, que verificada qualquer das hipóteses do art. 43⁸⁶, o Ministério Público ou o poder judiciário, a requerimento daquele, poderá determinar, dentre outras, a inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a usuários dependentes de drogas lícitas ou ilícitas, ao próprio idoso ou à pessoa de sua convivência que lhe cause perturbação.

⁸⁶ Art. 43. “As medidas de proteção ao idoso são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçados ou violados: I – por ação ou omissão da sociedade ou do Estado; II – por falta, omissão ou abuso da família, curador ou entidade de atendimento; III – em razão de sua condição pessoal”.

Trata-se de mais uma hipótese legal de imposição de tratamento compulsório ao idoso ou a quem lhe cause perturbação, determinado pelo Ministério Público ou pelo judiciário a requerimento do parquet.

A Lei 11.340/06, conhecida por lei Maria da Penha, trata sobre a violência doméstica e familiar contra a mulher e dispõe em seu art. 35, V, que a União, o Distrito Federal, os Estados e os Municípios poderão criar e promover, no limite das respectivas competências, centros de educação e de reabilitação para os agressores. Assim se o agressor é usuário abusivo ou dependente deve ser submetido a tratamento⁸⁷.

Sabe-se que a causa número um de violência doméstica contra a mulher está associada à ingestão de álcool e outras drogas.

Faz-se mister mencionar a vigente Lei 11.343/06, que 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, bem como define crimes. Foram revogadas expressamente as Leis 6.368, de 21.10.1976 e a nº 10.409, de 11.01.2002, pela vigente Lei 11.343, de 23.08.2006.

Logo no parágrafo único do art. 1º, consta a definição de drogas como sendo “substâncias ou os produtos capazes de causar dependência, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União”.

Como o complemento da Lei está contido em outra regra jurídica procedente de uma instância diversa, ou seja, a lista é elaborada pelo Ministério da Saúde, atualmente através da

⁸⁷ Diariamente os noticiários mencionam todo tipo de violência doméstica com alguma relação com a ingestão de álcool e outras drogas, como na reportagem de página inteira do Jornal do Commercio de Pernambuco (PAI, 2007, p. 3), cuja manchete é “Pai embriagado joga bebê na parede”, após discussão com a esposa, o rapaz com 22 anos e embriagado, arrancou a bebê de 5 meses dos braços da mãe e a jogou contra a parede, segundo a esposa: ‘Foi horrível. Ele parecia um monstro. Estava **completamente embriagado, cambaleando**, não tinha quem acalmasse ele.’ (grifo nosso).

Portaria 344, de 12 de maio de 1988, trata-se de norma penal em branco em sentido estrito (MIRABETE, 2004, p. 49-50).

O art. 4º da referida Lei traz os princípios do SISNAD. Convém destacar cinco deles, contidos em diferentes incisos:

- I. O respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana, especialmente quanto à sua autonomia e à sua liberdade;
- II. O respeito à diversidade e às especificidades populacionais existentes;
- VI. O reconhecimento da intersetorialidade dos fatores correlacionados com o uso indevido de drogas, com a sua produção não autorizada e o seu tráfico ilícito;
- IX. A adoção de abordagem multidisciplinar que reconheça a interdependência e a natureza complementar das atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas;
- X. A observância do equilíbrio entre as atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão a sua produção não autorizada e ao seu tráfico ilícito, visando a garantir a estabilidade e o bem-estar social.

Já o art. 19 trata dos princípios e diretrizes no tocante às atividades de prevenção do uso indevido de drogas e no seu inciso VI elenca o reconhecimento do “não-uso”, do “retardamento do uso” e da redução de riscos como resultados desejáveis das atividades de natureza preventiva, quando da definição dos objetivos a serem alcançados.

O art. 20 estabelece como atividades de atenção ao usuário e dependente de drogas e respectivos familiares todas aquelas que visem à melhoria da qualidade de vida e à redução dos riscos e dos danos associados ao uso de drogas.

Estabelece, dentre outros princípios e diretrizes, que se deve respeitar o usuário e o dependente de drogas, independentemente de condições, observando-se os direitos fundamentais da pessoa humana, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Assistência Social; que se deve definir projeto terapêutico individualizado, visando à inclusão social e para redução de riscos e danos sociais e à saúde, enfocando sempre a necessidade de atenção ao usuário ou dependente de drogas e aos respectivos familiares de forma multidisciplinar e por equipes multiprofissionais.

No que concerne a pessoas que praticaram delitos, o art. 26 apenas garante os serviços de atenção à saúde aos usuários e dependentes de drogas que estejam cumprindo pena privativa de liberdade transitada em julgado ou submetida à medida de segurança.

Ficaram excluídos os presos que ainda não foram julgados, os beneficiários da suspensão do processo da Lei 9.099/95 e os réus que não cumprem pena de prisão, como, por exemplo, os que foram apenados com penas restritivas de direitos como penas substitutivas.

O Capítulo III do Título III tem sido bastante discutido, uma vez que desprisionalizou o crime de adquirir, guardar, ter em depósito, transportar ou trazer consigo para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar ou 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.

A princípio, houve quem entendesse como Luiz Flávio Gomes, que a atual lei de drogas descriminalizou a posse de drogas para consumo pessoal ao não cominar ao agente nenhuma espécie de privação de liberdade, valendo-se do conceito de crime do art. 1º da Lei de introdução ao código penal.

A conduta do art. 28 da lei de drogas seria uma infração *sui generis*, exemplo de direito judicial sancionador (GOMES, 2006a, p. 108-119, 2006b).

Para Vicente Greco Filho e João Rassi (2007, p. 43), não houve nem descriminalização, nem despenalização, e sim alterações, abrandamentos, uma vez que a conduta continua incriminada.

Para nós, deu-se a desprisionalização, pois persiste o crime, apenado, todavia, não mais cabe a prisão, nem nas hipóteses de reincidência.

A Primeira Turma do STF⁸⁸ foi incisiva ao interpretar que se deu a despenalização e não a descriminalização do delito de posse de droga para consumo pessoal do art. 28, da Lei 11.343/06. Entendida a despenalização como a exclusão, para o tipo, das penas privativas de liberdade.

Os agentes foram submetidos a espécies de penas restritivas de direitos de:

- I. Advertência sobre os efeitos das drogas;
- II. Prestação de serviços à comunidade;
- III. Medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo.

Caso o agente se recuse a cumprir essas penas deverá ser submetido sucessivamente a:

- I. Admoestação verbal;
- II. Multa (art. 28).

⁸⁸ STF, Primeira Turma. RE-QO 430105/ RJ. Relator Min. Sepúlveda Pertence. J: 13.02.2007. Publicação: DJ: 27.04.2007.

Logo, nesses tipos penais não cabe mais a conversão em pena privativa de liberdade independente da espécie de droga, ainda que haja reincidência. O tempo máximo de duração da pena de prestação de serviços à comunidade ou a medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo será de até 5 meses e, havendo reincidência de até 10 meses.

Em relação ao tratamento do usuário ou dependente infrator no crime do art. 28, o próprio art. em seu § 8º estabelece que: “O juiz determinará ao Poder Público que coloque à disposição do infrator, gratuitamente, estabelecimento de saúde, preferencialmente ambulatorial, para tratamento especializado”. Não se trata de medida de segurança.

O Capítulo II da Lei trata dos demais crimes, como, por exemplo, o tráfico de drogas, a associação, o financiamento ou custeio, todos eles cominam penas de prisão e multa.

O art. 45 traz como causa excludente da punibilidade o fato do 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, com base em perícia.

Estabelece o parágrafo único desse artigo que o juiz, ao absolver poderá determinar, na sentença, o encaminhamento para tratamento médico adequado.

Esse dispositivo, junto com o do art. 46, corresponde ao instituto da medida de segurança.

O art. 47 preconiza, outrossim, que na sentença condenatória, o juiz determinará o encaminhamento do agente para tratamento com base em avaliação realizada por profissional de saúde com competência específica que ateste a necessidade.

Para Salo de Carvalho (2006, p. 172), enquanto a Lei 6.360/76 privilegiava o discurso jurídico-político ao tentar eliminar o traficante, a vigente Lei 11.343/06 cria dois estatutos

distintos: aumenta a repressão ao traficante e patologiza o usuário e dependente, através de penas e medidas.

Deve-se mencionar o Decreto 6.117, de 22.05.2007, que aprovou a Política Nacional sobre o Álcool, dispondo sobre as medidas para redução do uso indevido da bebida.

O mencionado Decreto reconhece que a violência e criminalidade podem estar associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas.

Algo que merece registro, é que a Justiça Terapêutica recebeu a primeira menção, do ponto de vista legal, com o Decreto 4.345 de 26.08.02 (MARCÃO, 2003), que instituiu a política nacional antidrogas, estabelecendo objetivos e diretrizes para o desenvolvimento de estratégias na prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, redução de danos sociais e à saúde, repressão ao tráfico e estudos, pesquisas e avaliações decorrentes do uso indevido de drogas.

No espaço destinado ao tratamento, recuperação e reinserção social, enfatiza-se em linha de orientação geral no item 5.1.5. do Decreto, a necessidade de “Reconhecer a importância da Justiça Terapêutica, canal de retorno de dependente químico para o campo da redução da demanda”.

Como se verificou em algumas normas brasileiras vigentes há possibilidade legal de encaminhamento a tratamento compulsório, como ocorre na ECA de 1990 como uma das medidas sócio-educativas, ou seja, como sanção legal. Também é cabível no Estatuto do Idoso de 2003 e na Lei Maria da Penha de 2006, como pena restritiva de direitos de limitação de fim de semana, havendo, nesses casos, possibilidade de decretação de prisão a quem não se submeter a tratamento. Postulados defendidos pelos defensores da Justiça Terapêutica.

Segundo a legislação brasileira atual, o tratamento pode ter a natureza jurídica de uma pena ou de um substitutivo penal, dependendo do contexto legal em que for empregado.

6.3 O MODELO BRASILEIRO DA JUSTIÇA TERAPÊUTICA

6.3.1 Gênese da Justiça Terapêutica: a contribuição do ECA

Diferentemente do que se costuma afirmar⁸⁹ foi o Estatuto da Criança e do Adolescente, e não as Drug Courts norte-americanas, a fonte inspiradora do movimento brasileiro batizado “Justiça Terapêutica” por um grupo de representantes do Ministério Público gaúcho capitaneados pelos procuradores de justiça Ricardo Oliveira Silva e Luiz Achylles Petiz Bardou⁹⁰, assessorados por Carmem Có Freitas⁹¹.

Eles entenderam ser possível trasladar as normas do ECA, referentes ao álcool e outras drogas, aos adultos que praticassem delitos de algum modo relacionados a essas substâncias, seja pelo consumo por si próprio, pela prática de delitos sob o efeito, seja na prática delituosa para aquisição de drogas.

Como destacou Luiz Bardou (2007)⁹²:

Quando falamos em Justiça Terapêutica, é necessário uma retrospectiva histórica. Devemos retroagir no tempo e voltarmos até o ano de 1990 com a outorga do **Estatuto da Criança e do Adolescente. É ali que encontramos a origem, a fonte da Justiça Terapêutica** (grifo nosso).

⁸⁹ “O conceito de Justiça Terapêutica e o sistema em que se desenvolve têm sua origem nos EUA da América” (GONÇALVES JÚNIOR, 2005, p. 143). “Justiça Terapêutica (de cunho norte-americano), que propugna pela tolerância zero e abstinência total, aplicando-se (aplicando-se quase que compulsoriamente) a sanção de tratamento ambulatorial” (GOMES, 2002, p. 34). “A Justiça Terapêutica teve o seu surgimento nos Estados Unidos” (VASCONCELOS, 2004).

⁹⁰ Ricardo Silva (2007b) Procurador de Justiça Gaúcho e Presidente da Associação Nacional de Justiça Terapêutica afirma que o programa da Justiça Terapêutica é “baseado no conceito da atenção integral, introduzido no Brasil pelo Estatuto da Criança e do Adolescente”. Da mesma maneira, Luis Bardou (2007), Vice-Presidente da Associação Nacional de Justiça Terapêutica é enfático quando atribui ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) como fonte da Justiça Terapêutica: “Quando falamos em Justiça Terapêutica, é necessário uma retrospectiva histórica. Devemos retroagir no tempo e voltarmos até o ano de 1990 com a outorga do Estatuto da Criança e do Adolescente. É ali que encontramos a origem, a fonte da Justiça Terapêutica”. No sentido de atribuir a origem do movimento gaúcho da Justiça Terapêutica ao ECA, vide OLIVEIRA (2004a, p. 83).

⁹¹ Carmem Freitas é psiquiatra.

⁹² Luis Bardou é procurador de justiça do Rio Grande do Sul, fundador e o primeiro vice-presidente da ANJT.

Por outro lado, é verdade que as Drug Courts norte-americanas e alguns países europeus “que trabalham com um instrumento de justiça composta por ingredientes sócio-terapêuticos e, de certa forma, coercitivos para o tratamento de drogaditos e alcoolistas” (SILVA, 2007a), foram servindo como paradigmas para os gaúchos, a ponto da expressão “Drug Court” atualmente ser traduzida como Justiça Terapêutica em português.

Há quem traduza “Drug Courts” como “Tribunais para Dependentes Químicos” (NATIONAL..., 1999) ou “Tribunais de Drogas” (OLIVEIRA, 2004a).

Sobre a influência norte-americana em todas as áreas, inclusive no direito, acentuou José Carlos Barbosa Moreira (2000, v. 12, p. 89):

Conforme bem se compreende, a incontestada hegemonia político-econômica dos EUA no mundo contemporâneo tem exercido urbi et orbe considerável força de atração. Raro é o povo – se algum existe – que permanece imune à influência dos padrões norte-americanos. Atua esse movimento em todos os setores da vida social, e o direito não faz exceção.

Elucidativos em relação ao início do movimento brasileiro são os artigos “A problemática das drogas” assinados por Luiz Bardou e Carmem Freitas (2005) e “Usuário de drogas: Prender ou tratar?” da lavra de Ricardo Silva (2007b). Esses textos são os mais completos sobre a origem dos primeiros passos na década de 1980 no Rio Grande do Sul.

No ano de 1996, o Ministério Público do Rio Grande do Sul concebeu o “Projeto Consciência”, que envolvia técnicos de saúde, serviço social e operador do direito visando a atingir escolas dos municípios com informações educativas sobre drogas.

No ano de 1998, o projeto foi aperfeiçoado seguindo o “RS sem drogas”, que começou a estruturar a capacitação dos operadores do direito em conjunto com os profissionais de saúde, em busca de se atingir ações conjuntas.

Com fulcro na ECA e nos projetos mencionados retro-mencionados, entendeu-se ser possível estender a atenção integral de orientação ou tratamento terapêutico aos adultos

infratores imputáveis, cujos delitos tivessem alguma relação com drogas, como forma de enfrentamento ao problema deles no binômio drogas-delitos.

Tudo foi induzido pelo advento da Lei 8.069, de 13.07.1990, que instituiu o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em substituição ao Código de Menores (Lei 6.697, de 10.10.1979)⁹³.

O ECA, baseando-se na Constituição de 1988, na Convenção sobre os Direitos da Criança da ONU e nas regras de Beijing, inovou enormemente ao inserir a concepção da atenção e proteção integral à infância e juventude, ao invés da filosofia punitiva da doutrina da situação irregular que fundava o Código de Menores de 1979.

O ECA, por seu art. 2º, considera criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre 12 e 18 anos de idade.

O mencionado Estatuto atento ao tema da drogadição infanto-juvenil, fase de enorme vulnerabilidade dos mais jovens, criou um tipo penal específico que condena à prisão, quem fornecer qualquer tipo de produto que cause dependência (art. 243)⁹⁴.

É alto e preocupante o índice de adolescentes privados de liberdade, pelo delito de tráfico de drogas e que se tornam toxicômanos, no Brasil⁹⁵.

Os fundadores do movimento gaúcho valeram-se, do ponto de vista legal, dos artigos: 88, V; 98, III; 101, V e VI e 112, VII, todos do ECA para advogarem ser plenamente extensivo intervenções terapêuticas, por determinação judicial, aos maiores imputáveis que

⁹³ A Lei Complementar Estadual de Pernambuco nº 31, de 02.01.2001, em seu art. 14, IV estabelece como uma das competências da Terceira Vara da Infância e Juventude de Recife: “Fomentar e acompanhar o tratamento de adolescentes dependentes de substâncias químicas e psicoativas visando a sua inserção no meio familiar”.

⁹⁴ “Art. 243. Vender, fornecer ainda que gratuitamente, ministrar ou entregar, de qualquer forma, a criança ou adolescente, sem justa causa, produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica, ainda que por utilização indevida: Pena - detenção de 2 (dois) a 4 (quatro) anos, e multa, se o fato não constitui crime mais grave”.

⁹⁵ Levantamento realizado pelo ILANUD com 2.100 adolescentes internos por atos infracionais, na capital de São Paulo entre 2000 e 2001, apontou os delitos de porte para uso e tráfico de drogas somados com incidência de 10%, apenas atrás dos delitos de roubo (34%) e furto (15%) (SPOSATO et al, 2002).

praticassem delitos de algum modo relacionados a drogas lícitas e ilícitas, inclusive independentemente de suas vontades, como se dá em relação a adolescentes que praticam atos infracionais.

Segundo o art. 98, III, do ECA, cabe a aplicação de medidas de proteção à criança e ao adolescente em razão de sua conduta. Esse dispositivo foi o que impulsionou a existência da Justiça Terapêutica, sendo o seu primeiro instrumento de operacionalização.

O Capítulo II do ECA, trata das medidas específicas de proteção, que visam a garantir e restabelecer o pleno exercício do direito da criança e do adolescente com vistas ao seu desenvolvimento como pessoa. Dispõe o art. 101, V e VI ⁹⁶ do ECA, que dentre as medidas de proteção aplicáveis pelo juiz isolada ou cumulativamente constam:

[...] requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial; inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, **orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos** (grifo nosso).

O ECA, tratando das medidas sócio-educativas aplicáveis aos adolescentes como sanção pela prática de ato infracional, estabelece no seu art. 112, VII, que a justiça da infância e juventude pode aplicar qualquer uma das medidas de proteção elencadas no art. 101, I a VI.

Logo, o adolescente que pratique ato infracional, que corresponde ao delito cometido por maior penalmente, pode ser obrigado a ser submetido às medidas e programas terapêuticos previstos no art. 101, V e VI, retro transcritos.

Sobre esse dispositivo comentou Conceição Mousnier (1992, p. 288):

Enquadrou o legislador com felicidade a medida de inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos entre as específicas de proteção. Modernamente, a medicina forense vê o toxicômano e o alcoólatra como doentes, necessitando de tratamento, antes de tudo.

⁹⁶ A Lei Complementar Estadual de Pernambuco nº 31, de 02.01.2001, em seu art. 14, IV estabelece como uma das competências da Terceira Vara da Infância e Juventude de Recife: “Fomentar e acompanhar o tratamento de adolescentes dependentes de substâncias químicas e psicoativas visando a sua inserção no meio familiar”.

Convém destacar que no ECA, que é de 1990, a imposição judicial, orientação e tratamento a criança ou adolescente alcoólatra ou toxicômano se dá primordialmente como medida educativa e garantidora de direitos dos menores, porém pode ser aplicada, também, como medida sócio-educativa conseqüente à prática de ato infracional por adolescentes.

Para os defensores da Justiça Terapêutica é no art. 112 do ECA, especificamente em seu inciso VII, que:

Surge, então, o nascimento, o momento dinâmico da Justiça Terapêutica, a determinação judicial para os tratamentos ou para a freqüência a programas de orientação a alcoolistas e dependentes químicos daqueles jovens que praticam atos contra a lei (delitos) (BARDOU, 2007).

O art. 88, V, do ECA estabelece que deve haver a integração operacional de órgãos do judiciário, Ministério Público, defensoria, segurança pública e assistência social, de preferência em um mesmo local para agilizar o atendimento inicial a adolescente acusado da prática de ato infracional.

Em 1999, o Tribunal de Justiça gaúcho se uniu ao Ministério Público fortalecendo e ampliando mais ainda a experiência da justiça criminal em interação com a terapêutica, visando, segundo seus defensores, à diminuição da criminalidade, da reincidência e atenção aos infratores dependentes ou usuários.

Em 2000, o Projeto “Justiça Terapêutica”⁹⁷ foi adotado pela Corregedoria-Geral de Justiça do Rio Grande do Sul, que estendeu sua abrangência para as varas de família e da infância e juventude, além de paulatina implantação nas comarcas do interior. O TJRS criou o Centro de Apoio da Rede Biopsicossocial (CIARB) em 2001.

Em 08 de novembro de 2000 foi criada a Associação Nacional da Justiça Terapêutica (ANJT) com sede no Rio Grande do Sul.

⁹⁷ O Projeto “Justiça Terapêutica” adotado pelo Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://www.tj.rs.gov.br/institu/projetos/justica_therapeutica.php>. Acesso em: 26 jun. 2007.

A ação principal da ANJT para adesão ao seu movimento se deu, através de capacitações em várias cidades brasileiras visando à sensibilização de operadores do direito, profissionais de saúde e áreas afins.

Em Pernambuco no dia 30 de abril de 2001 foi implantado pelo Tribunal de Justiça de Pernambuco, o primeiro Centro de Justiça Terapêutica da América Latina (SANTOS, 2002, p. 8).

Defendeu-se a possibilidade da imposição do tratamento como fator de motivação coercitiva externa ao invés da sanção tradicionalmente cominada. Em contrapartida, o infrator teria sua pena reduzida ou extinta.

6.3.2 A expressão “Justiça Terapêutica”

Segundo seus fundadores, chegou-se ao termo “Justiça Terapêutica”, utilizando-se de métodos de observação sociológica, visando a dinamizar, mas sem descaracterizar, o sistema jurídico-legal em convergência com a evolução do fato social.

Isso foi possível, através de uma nova filosofia de trabalho formada por aspectos sócio-terápicos. Sendo uma nova forma de fazer justiça, na qual o desenvolvimento da ciência jurídica faz interface com outras ciências (SILVA, 2007a).

Desejava-se uma expressão que sugerisse um novo paradigma para o enfoque e enfrentamento da problemática das drogas no Brasil.

O conceito de justiça engloba os aspectos do direito, legais e sociais, enquanto o termo terapêutica, relativo à ciência médica, define tratamento e reabilitação de uma situação patológica. Assim sendo, a nomenclatura Justiça Terapêutica consagra os mais altos princípios do direito na inter-relação do Estado e do cidadão, na busca da solução não só do conflito com a lei, mas conjugadamente aos problemas sociais de indivíduos e da coletividade, nas doenças relacionadas ao consumo de drogas [...] Com uma denominação genuinamente brasileira e claramente definidora de seus propósitos (SILVA, 2007a).

A adoção da expressão é justificada também por possibilitar a eliminação de possíveis estigmas para com as pessoas atendidas pelo sistema de justiça, caso fosse consignado o nome do local do atendimento jurídico, por exemplo, com a titulação "juizado ou vara de medidas para usuários de drogas, de dependentes químicos, de tóxicos, de entorpecentes, ou vara de medidas alternativas", o que poderia, nesta última hipótese, ser confundida com outras operacionalizações judiciais já existentes (SILVA, 2007a)⁹⁸.

6.3.3 Conceito

Em texto de perguntas e respostas confeccionado pela direção geral da ANJT, encontramos uma resposta assaz concisa e genérica à indagação o que é Justiça Terapêutica: “É um programa judicial de redução do dano social, direcionado às pessoas que praticam pequenos delitos e ao mesmo tempo são usuários, abusadores ou dependentes de drogas lícitas e/ou ilícitas” (SILVA et al, 2007).

Marcelo Crespo (2007, p. 85) assim conceitua Justiça Terapêutica:

[...] o termo pode ser compreendido como um conjunto de políticas criminais e de saúde pública, composto por medidas com vistas a incrementar possibilidade de que infratores usuários e dependentes de drogas entrem e permaneçam em tratamento, de modo que sejam tratados e reeducados, evitando comportamentos delituosos, trazendo-lhes, eventualmente, benesses processuais por conta da sujeição ao tratamento.

Em ambos os conceitos transcritos de Justiça Terapêutica seus destinatários, de igual modo das Drug Courts, não são diferenciados pelo grau de uso, o que se constitui numa das principais e procedentes críticas ao movimento, que olvidam a necessidade de reforma processual penal para implementação de algumas de suas proposições.

6.3.4 Público-alvo

Lendo os artigos assinados pelos fundadores da Justiça Terapêutica do Rio Grande do Sul observamos que um ponto pacífico é que o candidato a qualquer espécie de tratamento

⁹⁸ No Brasil, há muitos anos, existem varas privativas para julgar infratores relacionados a drogas, cujo elenco de tipos está em lei especial de drogas, a partir da Lei 6368/76, sendo vigente, a Lei 11343/06.

seja capaz penalmente, imputável e que o elemento droga esteja ligado a sua pessoa, quer portando para consumo próprio; quer praticando um delito para aquisição ou sob efeito de substância.

O que não fica claro é qual espécie de usuário deve ser enviado pela justiça criminal para receber cuidados terapêuticos, senão vejamos.

No texto “Usuário de drogas: prender ou tratar”, Ricardo Silva (2007) reconhece que nem todo usuário é dependente, todavia se alterna, ora se expressando que o usuário dependente é quem deve ser alvo da Justiça Terapêutica, ora usando apenas o termo usuário.

Em outro texto Ricardo Silva (2007a) aponta como candidatos à Justiça Terapêutica “infratores usuários e dependentes de drogas”. Dando a idéia que usuários e dependentes devem ser tratados independente do nível de uso e prejuízo.

Luiz Bardou (2007) afirma

[...] que o infrator adulto envolvido com o uso de drogas deve ser visto, também, em sua universalidade, ou seja, no aspecto jurídico, no aspecto de saúde e, se possível, em todas as decorrências sociais provenientes do **uso, abuso ou dependência química** (grifo nosso).

Em espécie de cartilha orientadora elaborada pela direção geral da ANJT é dito que a Justiça Terapêutica se direciona aos:

[...] que praticam pequenos delitos e ao mesmo tempo são **usuários, abusadores ou dependentes** de drogas lícitas e/ou ilícitas. Pessoas que praticaram infrações de menor potencial ofensivo sob a influência de drogas ou praticaram delitos tendentes a sustentar o seu vício (SILVA et al, 2007, grifo nosso).

É dito nos textos retro mencionados que podem ser alvo da Justiça Terapêutica o dependente, o usuário abusivo e o usuário, mas, não se esclarece, por exemplo, se o usuário que experimente uma vez na vida, fortuitamente ou em pequena quantidade deve ou não ser submetido a tratamento.

Por isso tivemos a preocupação de trazermos no corpo da tese, alguns diferenciais entre o nível de uso de drogas e quando se necessita de uma real intervenção da área de saúde, uma vez que há uma gama de indivíduos imputáveis que, embora tenham praticado delitos, onde o elemento droga esteja presente não necessitam de tratamento algum⁹⁹.

6.3.5 Encarceramento versus substitutivos

Passa-se agora a discutir o modelo da Justiça Terapêutica aplicado ao usuário de drogas infrator como medida de política criminal alternativa à prisão¹⁰⁰. Os resultados da repressão como solução aos problemas associados à droga não têm sido satisfatórios. Apesar do crescente encarceramento dos envolvidos e do combate policial à rede de tráfico com a política de redução da oferta, o consumo tem aumentado de forma contínua.

Quer no modelo das Drug Courts, quer nos idealizadores gaúchos da expressão Justiça Terapêutica, a tônica do discurso é dos malefícios da pena de prisão. Tanto que uma espécie de jargão deles é “a troca do sistema de encarceramento pelo sistema de tratamento” e essa expressão tem uma força atrativa inquestionável.

A Justiça Terapêutica seria uma alternativa penal? Se considerarmos que sim então a submissão de um réu dependente e imputável a tratamento seria uma espécie de pena diferente da pena de prisão e do tratamento que se dá em função da aplicação da medida de segurança, consequência de um incidente de insanidade mental.

O problema da execução penal em todo o mundo é grave, devido a inúmeros fatores. Só no Brasil, em dezembro de 2006, havia cerca de 401 mil presos; em junho de 2007, o país

⁹⁹ É o caso de um jovem que não costuma ingerir bebida alcoólica, mas vai a uma festa, consome, embriaga-se e ao dirigir seu veículo atropela e mata uma pessoa. Ora, o fato do indivíduo estar sob efeito da bebida alcoólica, no momento do acidente, de maneira alguma deve implicar em tratamento terapêutico, já que ele não é usuário abusivo ou dependente de bebida alcoólica, foi um uso meramente ocasional de bebida, devendo o indivíduo ser submetido ao processo criminal tradicional. Já se fosse constatado que esse mesmo sujeito era usuário abusivo ou dependente químico seria fundamental ele receber um auxílio terapêutico, mormente para evitar novos acidentes.

¹⁰⁰ Tecnicistas do século passado defendem um direito penal sem influência da filosofia, puramente baseado na formação de uma ordem, ordenamento ou sistema, advindos do Estado. Nelson Hungria (1953, v. 1, t. 1, p. 90-92) chega a dizer que o direito penal não tem nenhuma afinidade com filosofia, sociologia, psicologia, política, biologia, nem com nenhum outro ramo do conhecimento a não ser consigo mesmo.

passou a contabilizar mais de 419 mil detentos, tendo um déficit de 127 mil vagas sem contar com os presos em cadeias públicas. Maurício Kuehne (2007) alerta a necessidade de investimentos maciços de todos os Estados brasileiros, dando-nos a impressão de ser algo insolúvel.

Enfocando a pena de prisão Eleonora Devoto (1995, p. 12-13) observou que até a década de 1950, a pena privativa de liberdade, com propósito de retribuição e expiação, era praticamente o único alicerce em que se apoiava o sistema penal. Todavia, na década de sessenta ocorreu grande abalo à política criminal dominante, mormente em países de tradição preventista.

Está demonstrado que a pena privativa de liberdade, como sanção principal, de aplicação genérica e indiscriminada, mostrou-se fracassada (BITTENCOURT, 1993), sendo imprescindível se buscar constantemente medidas como a descriminalização e despenalização¹⁰¹.

Nos dizeres de Evandro Lins e Silva (1991, p. 33-34), a prisão só deve ser utilizada em última hipótese, pois “perverte, corrompe, deforma, avilta, embrutece, é uma fábrica de reincidência [...] se não a pudermos eliminar de uma vez, só devemos conservá-la para os casos em que ela é indispensável”.

No Brasil, até a reforma penal de 1984, a prisão era a “sanção per excellence, um verdadeiro monocórdio a interpretar a sinfonia do bem e do mal” (DOTTI, 1998, p. 68).

Não há dúvidas que as prisões só aumentam a revolta dos que lá se encontram e constituem, na prática, uma punição além da sanção penal, um *bis in idem*, por suas condições degradantes, por não reintegrar o indivíduo, por não exercer a prevenção, nem impedir a vingança privada, além do alto custo financeiro que ela representa.

¹⁰¹ Despenalização no sentido de não aplicação de pena privativa de liberdade em nenhuma hipótese e descriminalização quando determinado comportamento antes tipificado penalmente, deixa de ser delito, por lei.

Nelson Hungria (1967, p. 178) defendia a tese de que dever-se-ia optar pela sanção civil, sempre que ela for suficiente para reprovar o fato ilícito ou hostil, pois as “sanções penais são o último recurso para conjurar a antinomia entre a vontade individual e a vontade normativa do Estado”.

Edmundo Oliveira (2002, p. 10-11) elabora diversas indagações e as responde de forma direta pondo em xeque as premissas da escola da nova defesa social baseadas na dualidade: punição e ressocialização:

Se um homem vai para a prisão e lá se depara com um aparelho destruidor de sua personalidade, como poderá de lá sair sem rugas na alma? Como desencadear sentimentos para sua capacidade de superação? Como poderá fruir a sensação de que será útil à sociedade no amanhã? Sem condições de exercitar o seu potencial, sem a terapia do trabalho, produtivo, jamais o condenado terá assegurado o êxito de sua reintegração harmônica na sociedade, Ao contrário, será sempre o protagonista de uma caixa de ressonância que renova ou enseja a procriação de novas formas de criminalidade.

Entendemos que não se deve punir com pena privativa de liberdade indistintamente toda espécie de delito, ou seja, como escreveu Foucault (1997, p. 69), não pode haver a punição generalizada.

Portanto, no momento atual, a mais eficaz prática quanto à pequena e média criminalidade se encontra nas alternativas e substitutivos penais. O simples contato com o ambiente prisional pode ser decisivo na reintegração ou não do infrator.

As alternativas à pena de prisão são registradas, no final do século XIX com o positivismo criminológico, todavia se acentuam no século XX, fruto das novas concepções do Estado e da sanção penal, diante da sociedade hodierna, não se podendo olvidar a grande influência do efeito globalizante da forma de punir dos EUA, alargando-se a base do controle social por parte do Estado, não significando, necessariamente, uma simples busca de humanização da pena (AZEVEDO, 2005, p. 19).

Há quem entenda como Juarez Cirino dos Santos (1998, p. 78-80), que a adoção de alternativas penais tem a ver com as dificuldades financeiras e fiscais do Estado no

capitalismo vigente diante do elevado custo do encarceramento, sendo um engodo o discurso de humanização do direito penal que mantém a prisão como base principal e as alternativas como aumento do controle social.

René Dotti (1998, p. 143) enfatiza a importância de existir o diálogo entre o agente e o Estado, não apenas através da privação de liberdade, mas também, através das alternativas penais.

Abordando a política criminal contemporânea Roque de Brito Alves (1993, p. 301) observa:

Agora, em nossos dias, a Política Criminal ainda é entendida como Política anticriminal, porém, como sua característica maior, não se apóia mais, como em passado recente, somente na força intimidativa ou dissuasiva da pena privativa da liberdade, numa excessiva criminalização ou penalização de fatos, desde que busca, preferentemente ou claramente, apelar para ações ou instrumentos de prevenção geral e de prevenção especial, para medidas alternativas – ou inclusive substitutivas das penas detentivas.

Luiz Flávio Gomes (1999, p. 19-20) destaca a importância da compreensão, aprofundamento e estudo das penas e medidas alternativas à prisão, a partir da constatação que a pena de prisão, além de fracassada é “a síntese mais emblemática das punições torturantes, desumanas, degradantes e cruéis”.

No sistema da common law há grande flexibilidade processual, como no caso das Drugs Courts, que independem de uma legislação federal diferentemente do sistema constitucional brasileiro que estabelece a competência privativa da União para legislar sobre direito penal e processual, conforme o art. 22, I da Carta Magna. Assim sendo há uma enorme dificuldade em se conseguir inserir novos institutos, principalmente os que não são advindos da civil law.

6.3.6 Adequação legal

A aplicação da pena de prisão é a maneira mais conhecida de penalizar quem viola a norma penal (GOMES, 1997, p. 102), todavia a privação de liberdade dificulta sobremaneira o

êxito de tratamento referente a substâncias psicoativas, pelas próprias condições da maioria dos cárceres.

Uma questão fundamental relativa à operacionalização da Justiça Terapêutica é se os seus postulados se adéquam ao sistema normativo brasileiro ou se haveria a necessidade de uma reforma legislativa para sua implementação, uma vez que o princípio constitucional da legalidade norteia o direito penal ¹⁰².

A legislação penal e processual penal brasileira conta com alguns institutos que visam a reduzir, dificultar, restringir ou mesmo impedir a aplicação ou execução da pena de prisão a uma pessoa suspeita, acusada ou mesmo condenada por um delito, desde que se submeta, ou seja, submetida a certas condições, obrigações ou penas restritivas de direitos.

Entende Sérgio Shecaira (2004, p. 366) que a consequência direta do labelling approach no direito penal brasileiro foi a “luta por penas alternativas (Leis 7.209/1984 e 9.714/1998) e por medidas alternativas ao próprio processo (institutos da transação penal, composição civil e suspensão condicional do processo, contidos na Lei 9.099/95)”.

Esses meios alternativos à prisão são as alternativas penais, que no conceito de Damásio de Jesus (1999, p. 29) “são meios de que se vale o legislador visando impedir a que ao autor de uma infração penal venha a ser aplicada medida ou pena privativa de liberdade”

As alternativas penais podem ocorrer sem um processo penal propriamente dito como ocorre com a transação penal da Lei 9.099/95; durante um processo penal como na suspensão do processo da Lei 9.099/95; na decisão condenatória como na aplicação de pena restritiva de direitos ou da suspensão condicional da pena (sursis) e durante a condenação como no caso do livramento condicional.

¹⁰² O princípio da legalidade ou da reserva legal tem sua causa próxima no Iluminismo (século XVIII). No Brasil, tem assento constitucional em todas as constituições. A vigente Constituição dispõe em seu art. 5º, XXXIX que “não há crime sem lei anterior que o defina, nem pena sem prévia cominação legal”. É o que estabelece o art. 1º do código penal: “Não há crime sem lei anterior que o defina. Não há pena sem prévia cominação legal”. Mesmo que alguém pratique um fato tido como imoral, anti-social, danoso, só haverá punição, se houver uma lei anterior que considere o fato como crime (MIRABETE, 2004, p. 55).

São nas alternativas penais que são apontadas as hipóteses de aplicação dos postulados da Justiça Terapêutica independentemente de criação legislativa específica “uma vez que a idéia base da Justiça Terapêutica é retirar o acusado em delitos envolvendo drogas, do sistema de encarceramento e colocá-lo no sistema de tratamento” (SILVA, 2007a).

Os idealizadores do movimento entendem que há plena possibilidade de utilização do sistema da Justiça Terapêutica sem que se necessite de nenhuma modificação no nosso sistema legislativo:

Compulsando-se a legislação brasileira, encontramos alguns paradigmas que, salvo melhor juízo e aplicando-se regras razoáveis de interpretação, permitem desde logo, sem embargo de edição de legislação especial sobre a matéria, a adoção do sistema de **imposição de tratamento** aos envolvidos com delitos que têm a droga como fator intercorrente (SILVA, 2007a, grifo nosso).

Segundo a Associação Nacional da Justiça Terapêutica (2005), é possível sua aplicação nos seguintes institutos:

- a) No Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei 8.069/90, as medidas protetivas do art. 101, aplicadas como medidas sócio-educativas do art.102;
- b) Na suspensão condicional do processo, segundo os princípios do Juizado Especial Criminal (como por exemplo, embriaguez ao volante e violência doméstica contra a mulher e a criança)¹⁰³.

Estabelece o caput do art. 89 da Lei 9.099/95 que:

Nos crimes em que a pena mínima cominada for igual ou inferior a 1 (um) ano, abrangidas ou não por esta Lei, o Ministério Público, ao oferecer a denúncia, poderá propor a suspensão do processo, por 2 (dois) a 4 (quatro) anos, desde que o acusado não esteja sendo processado ou não tenha sido condenado por outro crime, presentes os demais requisitos que autorizariam a suspensão condicional da pena (art. 77 do código penal).

¹⁰³ Para serem válidas a transação penal ou a suspensão condicional do processo, faz-se imprescindível a inequívoca e soberana manifestação de vontade do autor do fato ou beneficiário. Tal manifestação é personalíssima, voluntária, absoluta, formal, vinculante e tecnicamente assistida através de advogado, todavia se entende que havendo divergência quanto à aceitação de proposta de transação penal ou suspensão condicional do processo, entre o defensor e o interessado, deve prevalecer a vontade do interessado (GRINOVER, 2005, p. 163-165, 326-336).

O instituto da suspensão condicional do processo permite que o acusado, que não seja reincidente em crime doloso, que não esteja sendo processado, de bons antecedentes, que não tenha cometido crime com pena superior a 1 (um) ano, mereça do Estado uma oportunidade de ressocialização (LIMA, 2000, p. 3, 70). A jurisprudência dos tribunais superiores é claudicante no sentido de aceitar a proposta de suspensão do processo e a transação penal em crimes de ação penal privada.

c) Na transação penal, segundo os princípios do Juizado Especial Criminal.

A vigente Constituição brasileira, em seu art. 98, I, determinou a criação dos juizados especiais criminais para julgarem infrações de pequeno potencial ofensivo¹⁰⁴, referindo-se expressamente à transação.

A Lei 9.099/95, regulamentando o retro-citado dispositivo constitucional, estabeleceu em seu art. 76, o que a doutrina e jurisprudência denominam de transação penal, ou seja, a possibilidade do Ministério Público propor ao autor do fato a aplicação imediata de pena restritiva de direitos ou multas, nas infrações de menor potencial ofensivo de ação penal pública incondicionada ou condicionada à representação.

A relação das penas restritivas de direitos no Brasil está no art. 43 do código penal¹⁰⁵;

d) Na suspensão condicional da pena – sursis do art. 77 do código penal.

Trata-se de instituto de política criminal que visa a afastar da prisão indivíduos que tenham praticado ilícitos de menor gravidade (MARCÃO, 2007, p. 223), isto é, condenados até 4 (quatro) anos de prisão.

¹⁰⁴ Art. 61. “Consideram-se infrações penais de menor potencial ofensivo, para os efeitos desta Lei, as contravenções penais e os crimes a que a lei comine pena máxima não superior a 2 (dois) anos, cumulada ou não com multa”.

¹⁰⁵ Art. 43. “As penas restritivas de direitos são: I – prestação pecuniária; II – perda de bens e valores; III – (Vetado.); IV – prestação de serviço à comunidade ou a entidades públicas; V – interdição temporária de direitos; VI – limitação de fim de semana”.

O código de processo penal entre 1977 e 1984 revia expressamente o tratamento de desintoxicação, como uma das condições da suspensão condicional da pena (art. 698 § 2º, IV).

A jurisprudência majoritária considera um direito público subjetivo do réu condenado, que deverá cumprir condições legais fixadas no art. 78 do código penal ou outras estabelecidas na sentença condenatória, desde que adequadas ao fato e à situação pessoal do condenado. E o tratamento defendido pelos partidários da Justiça Terapêutica seria possível justamente nessas condições judiciais;

e) No livramento condicional do art. 85 do código penal.

Pode-se dizer que o livramento condicional integra a última etapa do cumprimento da pena pelo condenado que cumpre prisão e tem sua liberdade antecipada após cumprir um período preso. Tal liberdade se dá, mediante o cumprimento de determinadas condições.

Para Hélio Tornaghi (1980, v. 2, p. 430), a natureza jurídica do livramento condicional é de um direito público subjetivo do condenado, ou seja, desde que ele preencha os requisitos legais pode exigí-lo, por ser providência de ordem pública.

Uma das condições do condenado para obter a liberdade seria a sujeição a tratamento para dependência ou abuso de substância psicoativa;

f) Na limitação de fim de semana, como pena restritiva de direitos, do art. 43 do código penal.

O art. 48 do código penal estabelece que a pena restritiva de direitos de limitação de fim de semana deve ser cumprida pelo período de 5 (cinco) horas aos sábados e domingos em albergue ou outro estabelecimento adequado. Poderão ser ministrados cursos, palestras ou atribuídas atividades educativas.

Entende-se que há possibilidade de interpretação da norma prevista no art. 48 do código penal, no sentido de ser ministrado tratamento ao indivíduo.

Em relação ao cumprimento satisfatório ou não do programa é dada a seguinte explicação pela ANJT:

Aqueles que concluem o Programa referente ao processo em andamento, terão o mesmo arquivado não constando como antecedente criminal, ficando com os seus nomes 'limpos'. Aqueles que não cumprem a proposta, após todas as tentativas para que ele não saia do programa, terão seus processos reabertos, percorrendo, como último caminho, os trâmites legais da justiça (SILVA et al, 2007).

Todavia, a resposta não é precisa. Vejamos a hipótese de cumprimento satisfatório do programa de tratamento. É verdade que o indivíduo não terá antecedentes, caso cumpra satisfatoriamente as medidas despenalizadoras da composição dos danos civis, da transação penal e da suspensão do processo, todas da Lei 9.099/95.

Porém, mesmo que o infrator seja beneficiado e cumpra as condições das medidas alternativas de suspensão condicional da pena (sursis) e do livramento condicional permanecerá com antecedentes criminais pelo período de 5 (cinco) anos nos termos do art. 64, I, CP, já que foram condenados por sentença condenatória de mérito transitada em julgado.

A verdade é que nas hipóteses de cabimento apontadas no programa da Justiça Terapêutica, por envolverem hipóteses diversas, as consequências são diversas e podem implicar em prisão, atingindo a tese central do movimento que é a troca do encarceramento pelo tratamento.

Havendo descumprimento da transação penal, há várias correntes doutrinárias e, uma delas é a solução oferecida no questionário do feito voltar ao Ministério Público que poderia denunciar ou não. Se houver descumprimento na suspensão do processo em geral há continuidade do processo criminal até julgamento de mérito, a não ser que tenha sido fruto de desclassificação da sentença condenatória. Nesse caso pode ocorrer a prisão.

Os casos mais graves referem-se a descumprimento na suspensão condicional da pena ou no livramento condicional, pois em ambos os casos houve sentença condenatória de mérito que cominou em pena de prisão, assim o juiz deve revogar a suspensão da pena ou livramento condicional e determinar a imediata privação de liberdade do réu.

Teoricamente caberia prisão, sempre que o tratamento não desse resultado, nos casos onde fosse fixado como:

- a) Pena restritiva de direitos, substituindo a pena de prisão nos termos do art. 44 do código penal;
- b) Condição de suspensão condicional da pena (sursis) revogada;
- c) Condição de livramento condicional, também revogada pelo descumprimento.

Apesar de cabível do ponto de vista legal a pena de prisão nas situações retro apontadas, isso não é alertado nos textos da ANJT, o que demonstra a necessidade de revisão nas normas penais e processuais penais brasileiras.

Uma das classificações dos delitos leva em conta a potencialidade deles em função do quantum máximo da pena em abstrato, assim há infrações de pequeno, médio e alto potencial ofensivo.

Os delitos de pequeno potencial ofensivo incluem as contravenções penais e os crimes, cuja pena máxima em abstrato é de dois anos de privação de liberdade e inserem-se no campo da Lei 9.099/95, que regulamentou os juizados especiais cíveis e criminais.

Já as infrações de médio potencial ofensivo estão dentre aquelas, cuja sanção máxima em abstrato é de quatro anos, que é o atual teto fixado pelo art. 44, do código penal, pelo qual é possível substituir penas privativas de liberdade por restritivas de direitos, também chamadas substitutivas penais conhecidas popularmente, de modo improprio, por penas alternativas.

Os crimes de alto potencial ofensivo seriam aqueles com pena máxima em abstrato superior a quatro anos.

Luiz Bardou (2007) diz que se deve tratar “os envolvidos em pequenas ou médias infrações, com drogas”.

Sem dúvida a questão das hipóteses legais de adequação da Justiça Terapêutica às normas brasileiras se torna mais obscura no texto: “Justiça Terapêutica: perguntas e respostas”¹⁰⁶ assinado pela direção da ANJT.

No retro mencionado questionário é dito que o programa judicial de Justiça Terapêutica se destina a quem cometeu pequenos delitos, infrações de pequeno potencial ofensivo ou praticou delito para sustento do “vício” e que essas pessoas seriam submetidas a julgamento nos juizados especiais criminais que apreciam delitos com pena máxima cominada de 2 (dois) anos.

“Em quais crimes é possível aplicar a proposta da Justiça Terapêutica? Dentre outros, destaca-se:

- a) Contravenções penais (Decreto-Lei 3.688/41): via de fato, provocação de tumulto, perturbação do trabalho ou sossego alheios, importunação ofensiva ao pudor, embriaguez e perturbação da tranqüilidade;
- b) Crimes contra a pessoa: homicídio, aborto, lesões corporais, notadamente envolvendo relações domésticas e/ou Familiares e de vizinhança, perigo para a vida ou saúde de outrem, abandono de incapaz e maus tratos;
- c) Crimes contra o patrimônio: furto, roubo, dano, apropriação indébita, estelionato e receptação;

¹⁰⁶ Disponível em: <<http://www.anjt.org.br/index.php?id=99&n=85>>. Acesso em: 7 mar. 2007.

- d) Crimes contra os costumes: estupro, atentado violento ao pudor, corrupção de menores e favorecimento da prostituição, casa de prostituição, rufianismo e ato obsceno;
- e) Crimes contra a assistência familiar: abandono material e abandono intelectual;
- f) Crimes contra a paz pública: quadrilha ou bando;
- g) Crimes praticados por particular contra a administração geral: resistência, desobediência e desacato;
- h) Crimes praticados contra a administração da justiça: exercício arbitrário das próprias razões;
- i) Crimes da Lei nº 6.368/76¹⁰⁷: porte para uso de substâncias entorpecentes;
- j) Crimes da Lei 9.437/97: porte ilegal de arma de fogo e disparo de arma de fogo em local habitado;
- k) Crimes da Lei 9.503/97: homicídio culposo, lesão corporal culposa, condução de veículos sob a influência de álcool ou de efeitos análogos e participação de corrida ou competição na via pública”.

Entendemos que os idealizadores do movimento querem dizer que, em tese, seria possível a negociação ou imposição da filosofia da Justiça Terapêutica toda vez que uma lei de conteúdo penal e processual penal conferir discricionariedade à justiça para inserir uma condição não prevista expressamente em lei. Sempre em relação a infratores em liberdade, nunca a presos.

Essa é a única explicação para os idealizadores da Justiça Terapêutica, terem feito, no mesmo artigo, uma lista em aberto de contravenções penais e diversas espécies de crimes, até

¹⁰⁷ Atualmente art. 28, da Lei 11.343/06.

hediondos ao tentarem responder em quais crimes eles entendem possível aplicar a proposta da Justiça Terapêutica como transcrevemos. Uma vez que há textos da ANJT que dizem ser cabível a Justiça Terapêutica em delitos de pequeno e médio potencial ofensivo, quando na lista retro, elencaram tipos penas de grande potencial ofensivo, o que é incongruente.

Não é novidade na história legislativa brasileira dispositivos criminais e processuais que possibilitem a utilização de medidas semelhantes às propostas pela Justiça Terapêutica.

De qualquer forma no sistema legal do Brasil, cabe ao Judiciário exercer o controle da legalidade.

6.3.7 Discursos da ANJT quanto ao uso das drogas

Uma das principais críticas dos antiproibicionistas em relação à política proibicionista é a utilização de argumentos morais para fundamentar as legislações proibitivas ao uso das drogas, lesionando princípios como o da dignidade e do direito à intimidade e autonomia da pessoa humana, o que será abordado no capítulo 8.

No artigo “As Drogas e a Família” da ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE JUSTIÇA TERAPÊUTICA (2007), é enfatizada a importância da imposição de limites pela família e que o perigo do ingresso da droga na vida do jovem se dá nas famílias desajustadas, caóticas e desorganizadas, mas também naquelas com ausência de afeto, onde o jovem se sente excluído e vai preencher a carência no fornecedor de drogas que se apresenta como amigo.

Assim esse jovem busca uma ilusória sensação de bem-estar e euforia. Sugere-se que não se deve criticar, mas elogiar as ações dos filhos; que o marido deve dizer ao filho e à esposa que os ama, “Portanto, a família é o ponto de partida, o meio e também o ponto de chegada de qualquer programa de atenção à problemática das drogas” (ASSOCIAÇÃO ..., 2007).

Em outro artigo Ricardo Silva (2007a) aconselha aos promotores de justiça que mostrem aos jovens que o

[...] uso ou abuso das drogas é um **pecado original: o ato culpável do homem que aposta contra sua própria existência, pela alienação vital**. Com este afastamento, o homem não apenas desintegra valores pessoais, como ainda arrasta os que com ele convivem para o **nada** que o secreta. Mostrar-lhes que o usuário nunca em época alguma foi um vencedor. **Sempre vencido** [...] modificando seus anteriores comportamentos delituosos para **comportamentos socialmente adequados** (grifo nosso).

Sabe-se, no entanto, que o fato de usar drogas não significa, por si só, que acarretará danos significativos ao indivíduo e ao seu entorno, assim entendemos que discursos que visam a intimidar costumam ter efeito contrário em relação aos jovens, que sentem grande necessidade de desafiar e buscar o proibido.

Para nós eles devem ser conscientizados dos benefícios e malefícios à saúde, à sociedade e ao Estado, causados pelo de consumo, dos perigos da primeira ingestão e da ação de cada espécie de substâncias psicotrópicas lícitas e ilícitas.

6.3.8 Tratamento in(voluntário) e exigência da abstinência como redução de risco individual e social

As questões da imposição de tratamento e exigência da abstinência são certamente as mais polêmicas e criticadas no tocante à Justiça Terapêutica, notadamente pelos defensores da legalização das drogas, os antiproibicionistas, e os partidários do movimento mundial de redução de danos.

É pertinente mais uma vez a indagação, se a eficácia do tratamento de drogas está diretamente relacionada ao encaminhamento voluntário do indivíduo e, se o encaminhamento judicial fere questões éticas e de autonomia individual, não sendo eficaz pela vontade do agente, alias esse é o objeto central de nossa pesquisa de campo.

Como visto, alega-se, basicamente, que o Estado hodierno não pode interferir na esfera da autonomia individual, na privacidade das pessoas; que não há eficácia em tratamentos compulsórios, e sim voluntários; que se pode consumir drogas sem maiores danos aos indivíduos e à sociedade.

Os idealizadores gaúchos da Justiça Terapêutica não comungam dessas posições, pois para eles, qualquer intervenção terapêutica, independente da vontade, é melhor que nenhuma visando à redução dos riscos aos indivíduos infratores e à sociedade. Para Ricardo Silva (2007b):

Resultados de estudos sobre efetividade de tratamento têm evidenciado que o **tratamento não-voluntário** apresenta igual ou melhores resultados que o tratamento voluntário. Além disso, não se pode esquecer que, não querer o tratamento é um sintoma da enfermidade dependência química [...] Importantes relatórios do escritório das Nações Unidas para o controle do tráfico e crime, informam que **algum tratamento para o usuário de drogas é sempre melhor que nenhum tratamento** [...] uma espécie de **benefício imposto ao infrator** (grifo nosso).

Em igual sentido invocando corrente da psiquiatria escreveu Ricardo Silva (2007a) em outro texto:

[...] as modernas técnicas psiquiátricas nos demonstram que, em se tratando de dependências de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas, algum tratamento é melhor que **nenhum tratamento e normalmente o primeiro tratamento pode ser compulsório**, haja vista que estamos falando de afastar alguém de uma fonte de prazer (grifo nosso) ¹⁰⁸.

Os idealizadores do Projeto Justiça Terapêutica se reportam sempre a pesquisas, em geral, norte-americanas para apoiarem o tratamento não voluntário.

Uma das conclusões da OMS (Organização Mundial de Saúde), a respeito de encontro europeu realizado na cidade de Moscou, em abril de 1999, foi que o tratamento não voluntário de abuso de substâncias existia em todos os países europeus, variando-se a abrangência e os métodos. E que uma das novas características do tratamento não voluntário é a negociação com o usuário e as pessoas do seu meio, para motivá-lo a uma participação mais proveitosa nos programas terapêuticos (FREITAS, 2007).

¹⁰⁸ No mesmo sentido Carlos Oliveira (2004a, p. 67) ao destacar que “O usuário de substâncias entorpecentes, em regra, apresenta-se recalcitrante em relação a qualquer espécie de tratamento, sendo necessário um preceito sancionador que o faça cumprir com a sua parte no programa”.

M. Anglin (apud SEMINÁRIO... 2001, p. 30) procura situar a mais que polêmica questão do tratamento imposto:

O conceito de tratamento compulsório como mecanismo de reduzir a prevalência do uso de drogas e suas conseqüências para o indivíduo e a sociedade, não é novo. Pode ser definido como um conjunto de medidas que visam aumentar a probabilidade que usuários de drogas entrem e permaneçam em tratamento, modifiquem tratamentos anteriores para os socialmente aceitáveis e os mantenham.

Segundo Leukefeld e Tims (apud SEMINÁRIO..., 2001, p. 29) a dependência é uma doença e:

A natureza crônica e recidivante da enfermidade, requer um monitoramento a longo prazo tal como o ‘civil commitment’¹⁰⁹ que, em combinação com outras abordagens terapêuticas na comunidade, pode otimizar a parada do uso de drogas, bem como diminuir a duração da ‘carreira do adicto’ e seu custo para a sociedade.

A respeito do tratamento compulsório Leukefeld e Tims (2001, p. 29) fazem mais considerações:

- a) O tratamento tem se mostrado efetivo na redução do abuso de drogas e, mais especificamente, na redução do uso de drogas injetáveis. Entretanto, dependência química é um processo crônico e repetidas intervenções provavelmente serão necessárias para a maioria dos usuários;
- b) Pesquisas têm mostrado que a duração do tempo no tratamento está relacionada com o sucesso terapêutico. Acompanhamento e monitoramento a longo prazo são partes essenciais do tratamento. Além disso, pesquisas têm mostrado que tratamento compulsório na forma do ‘civil commitment’ aumenta a permanência de usuários de drogas injetáveis no tratamento;
- c) Testagem urinária é uma ferramenta importante para a identificação e monitoramento do uso de drogas tanto para a justiça criminal como para programas de tratamento;

¹⁰⁹ “Compromisso civil” (Tradução livre).

- d) A comunidade terapêutica tem um papel relevante para usuários em tratamento a longo tempo e deve permanecer como uma interessante alternativa terapêutica para o sistema judiciário;
- e) O sistema de justiça criminal é importante para a identificação e permanência de usuários de drogas em tratamento. É necessária que seja desenvolvida uma importante parceria entre programas de tratamento e o sistema de justiça criminal. “Essa interface envolve capacitação, desenvolvimento de objetivos comuns e a inclusão da justiça criminal como item do tratamento” (LEUKEFELD; TIMS, 2001, p. 29).

Segundo Carson Fox e West Huddleston (2007), as mais recentes pesquisas científicas mostram que é melhor a performance dos toxicodependentes sujeitos a tratamento compulsório que os que ingressam voluntariamente. Citam que muitos programas de tratamento de álcool e outras drogas apresentam 80 a 90% de não adesão, enquanto em algumas Drug Courts esse percentual cai para 30% e reduzem suas taxas de reincidência em até 90%.

Pesquisa realizada pelo norte-americano National Institute on Drug Abuse (NIDA) publicada em abril de 2005 no Journal of Substance Abuse Treatment concluiu que o tratamento compulsório imposto pela justiça é tão eficiente quanto o tratamento voluntário, apesar de inicialmente menos motivados os tratados compulsoriamente por imposição judicial, ou seja, com motivação externa, ao que tudo indica, passaram a refletir sobre si próprios e a respeito da necessidade de tratamento (KELLY; FINNEY, 2005, v. 28, n. 3, p. 213-223).

Enfocando o tratamento de drogas a pedido sob o enfoque dos usuários de drogas ativos, Robert Sisko (2007) questiona a expressão:

Em seu sentido mais amplo, o tratamento a pedido tem dois componentes principais, que são, evidentemente, ‘tratamento’ e ‘pedido’. Mas, longe de serem termos claros e facilmente definidos, eles são ambíguos, complexos e sujeitos a diversas interpretações por pessoas com pontos de vista diferentes. Para início de conversa, de que ‘tratamento’ estamos falando? A ‘pedido’ de quem o tratamento deve ser iniciado? [...]. Será que o usuário um dia terá permissão para julgar se irá receber ou não tratamento médico com base em sua solicitação, ou pensar assim não passa de

pura ingenuidade? Será que dependentes terão permissão para determinar que modalidade de tratamento é mais adequada às suas necessidades, e ter pronto acesso a ela?

Do ponto de vista terapêutico, o profissional de saúde deve intervir, se o padrão de uso das drogas estiver afetando a saúde do indivíduo. Saliente-se, porém que há quem entenda que nenhum profissional de saúde está legalmente obrigado a tratar um usuário de drogas (SEGRE; SEIBEL, 2006, p. 213-221).

Um encaminhamento compulsório pode ser vitorioso, se os técnicos de saúde conseguir sensibilizar e motivar o indivíduo. Os fatores desencadeadores que levam as pessoas a consumirem drogas é que devem ser abordados.

Há algumas sérias dificuldades entre os idealizadores do projeto da Justiça Terapêutica do Rio Grande do Sul, em conseguir adesões no Brasil, devido à delicada tese da imposição da abstinência por parte da justiça a um infrator penal.

De qualquer modo os partidários da Justiça Terapêutica têm uma firme convicção que se não houver a cessação do uso de drogas dificilmente o usuário deixará de delinquir, já que “adquiriu uma enfermidade (e por isso passa a delinquir), é uma forma efetiva de reduzir esse importante dano social” a adesão ao programa da Justiça Terapêutica (SILVA, 2007b).

Um problema grave é que a terapia em relação a drogas não tem prazo, nem se pode exigir abstinência em todo o tempo, como os próprios formuladores da Justiça Terapêutica reconhecem (SILVA, 2006).

Há muitos casos em que se dá um conflito pessoal entre o elemento volitivo do dependente ou abusador de substância e a sua real conscientização, adesão e engajamento ao processo terapêutico, sendo imprescindível um grande investimento motivacional pelo triador / entrevistador e técnicos envolvidos. Nada impede que os técnicos da justiça tentem realizar essa difícil tarefa motivacional, fundamental para a adesão futura do adicto.

Faz-se fundamental a habilidade dos técnicos vinculados à justiça no primeiro contato do indivíduo em sua entrevista inicial, que pode ser decisivo no seu tratamento e internalização da lei. Logo, exige-se um treinamento e habilidade na anamnese, para que seja estabelecida uma relação de comunicação, confiança e respeito entre as partes envolvidas, bem como se obtenham subsídios para o estabelecimento do plano terapêutico, o que se torna um desafio em razão da associação natural da figura do técnico da justiça com a própria autoridade da polícia, Ministério Público e judiciário.

Vários fatores devem ser considerados quanto ao sucesso do tratamento do indivíduo: jurídico-penais, históricos, antropológicos, sociais, sociológicos, familiares, econômicos, éticos, morais, religiosos, psicológicos, seus transtornos emocionais, afetivos, sua fuga da realidade e, evidentemente, seu comprometimento orgânico no que concerne ao estrutural e bioquímico.

Faz-se mister que haja um adequado entrosamento entre a justiça e os profissionais de saúde, tudo isso para que o indivíduo reflita não apenas no tocante a sua relação com seu uso disfuncional da droga, mas sobretudo, para que se debruce sobre si, sobre suas opções, seus conflitos, suas relações, sua vida, seu futuro.

6.3.9 Estratégias e sugestões da ANJT

Como estratégia inicial foi firmado convênio e termo de ajustamento entre o Ministério Público gaúcho, a ANJT e a Asociación Euroamericana para la Prevención del Abuso de Drogas (ASEPAD).

Desde 06.12.1999 que os fundadores do programa da Justiça Terapêutica vêm divulgando o movimento em variados encontros e através de capacitações em diversos Estados brasileiros e Distrito Federal, tendo, principalmente, como públicos-alvo profissionais da área da justiça, da saúde pública e educação¹¹⁰.

¹¹⁰ Em artigo constante no endereço eletrônico da ANJT, consta que até 11.01.2006, foram realizados 73 Seminários de Capacitação sobre Justiça Terapêutica, sendo 38 no Rio Grande do Sul e os demais 35 no Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Minas

Semelhantemente às Drug Courts, o movimento da Justiça Terapêutica defende a adoção do princípio da não-adversidade como uma nova postura da justiça, que no entender deles significa que:

[...] o Promotor de Justiça e o defensor passam a ter uma postura cooperativa, visando à pessoa do atendido, com anuência judicial. Ocorre uma inovadora situação de trabalho integrado entre os operadores do direito e os profissionais da saúde.

Entendem que a decisão sobre testagem de drogas não cabe à justiça, e sim aos profissionais de saúde, diferentemente do que ocorre com as Drug Courts.

Em relação ao tempo de tratamento sugerem que seja determinado pela justiça até 1 ano e caso ultrapasse esse período seja estabelecido pela equipe de saúde (SILVA et al, 2007).

Um grave problema que identificamos é a limitação temporal para um tratamento desse tipo. Os especialistas mundiais não chegaram a uma conclusão de qual o tempo ideal, mesmo porque varia de organismo para organismo. Entidades como o AA, defendem a abstinência completa do álcool, por entenderem que a dependência é uma doença incurável.

Entendemos que o limite de tempo de tratamento deve ser a cargo de equipe de saúde, nunca determinado judicialmente. O que cria uma dificuldade a mais, porque, o indivíduo não pode ter um tratamento determinado pela justiça mais longo que sua pena para aquele delito. Inclusive, a vigente Lei de drogas estabelece um prazo máximo de 5 meses ou de até 10 meses para aplicação das medidas educativas previstas como punição, no delito envolvendo o consumo próprio.

Além da difusão das idéias através dos encontros e capacitações, apontaram como sugestões principais: a padronização da nomenclatura, termos e discurso; ampliação da rede pública e privada de provedores de tratamento; apoio de organizações como AA, NA, Amor-Exigente, fazendas terapêuticas; aprovação de uma legislação visando à instituição de Juizados Especiais de Justiça Terapêutica ou Centros de Justiça Terapêutica dotados de infra-estrutura

Gerais, Bahia, Pernambuco, Maranhão, Amazonas e Rondônia (SILVA; FREITAS, 2007). No mencionado site consta Seminário realizado em 13.04.2007 no Estado do Ceará. Disponível em: <<http://www.anjt.org.br/index.php?id=20&n=34>>. Acesso em: 12 jul. 2007.

suficiente para o atendimento, monitoramento e fiscalização em cada unidade da federação. Nessas sugeridas unidades judiciais:

[...] deve ser verificado qual o melhor tratamento para o caso concreto, bem como sinalizada qual a instituição na comunidade aparelhada para aquele atendimento, para onde os atendidos serão enviados. Esses órgãos deverão cumprir a função de avaliar os resultados dos tratamentos, sua validade e eficácia, encaminhando as avaliações aos operadores do direito (BARDOU, 2007).

É esclarecido que técnicos, mormente, de psicologia à disposição da Justiça Terapêutica, deverão avaliar os infratores enviados por juízes e representantes do Ministério Público e, caso detectem comprometimento com drogas, recomendarão que eles sejam encaminhados judicialmente à rede pública ou privada de tratamento, cabendo aos técnicos da justiça indicar a unidade terapêutica mais indicada para cada indivíduo, bem como proceder ao monitoramento e verificação da validade e eficácia do tratamento, enviando as avaliações aos operadores do direito.

6.3.10 Algumas experiências relacionadas à Justiça Terapêutica no Brasil. O centro de Justiça Terapêutica e a vara de execução de penas alternativas de Recife (PE)

Em palestra realizada na sede da OAB-SP em 05.09.2006, sob o título: Justiça Terapêutica: um Programa Judicial de Redução de Dano Social, Ricardo Silva afirmou que, no Brasil, o Distrito Federal e 18 Estados da federação possuíam alguma espécie de programa de Justiça Terapêutica¹¹¹. Tinham sido implantados programas em cerca de 90 municípios até junho de 2007 (DROGAS..., 2007).

Não há um entendimento uníssono, quando se menciona a expressão “Justiça Terapêutica”, apesar de ser ponto pacífico que possui como objeto de enfoque a questão das drogas, da justiça e de tratamento. Como já se disse, é uma expressão polissêmica.

¹¹¹ Para algumas experiências brasileiras envolvendo Justiça Terapêutica, vide: OLIVEIRA (2004, p. 83-92), GONÇALVES JÚNIOR (2005, p. 148-159), PACHECO (2007), BORGES; BARROS (2006).

As unidades judiciais que trabalham com o tema no Brasil, não possuem um ordenamento de condutas. O que gera grande confusão de compreensão e exegética quer da área jurídica; quer da área de saúde.

Assim o fato de se utilizar a expressão Justiça Terapêutica, no Brasil, não deve ser confundido com os procedimentos das Drug Courts, como se fossem sinônimos.

No Brasil muito antes do estabelecimento dessas varas, nos EUA, o tratamento de réus com dificuldades quanto ao consumo de álcool e drogas, já era uma prática corriqueira, inclusive legalmente.

As experiências judiciais brasileiras para crianças, adolescentes e adultos conhecidas e previstas em leis, não exigem abstinência, nem fazem testagem obrigatória e não privam de liberdade pessoas pelo fato de não responderem satisfatoriamente ao tratamento.

No judiciário brasileiro, atualmente, lidam com a questão do álcool e outras drogas os juizados especiais criminais¹¹², que trabalham com o art. 28 da nova lei de drogas; os juizados ou varas criados em função da legislação extravagante como o de trânsito, do idoso, de violência doméstica contra mulher, do torcedor; varas de família, as varas de execução de penas alternativas e penais; varas de entorpecentes; varas de crimes contra a criança e adolescente e de forma intensa, as varas da infância e juventude.

Só como exemplo de procedimento, o Juizado Criminal de Santana em São Paulo (SP) obteve resultados interessantes, encaminhando as pessoas com problemas de álcool para reuniões do AA (OLIVEIRA; SÉRGIO SOBRINHO, 2005, p. 219-235).

Um problema muito grave operacional é a escassez na justiça e na saúde de recursos materiais e humanos especializados na mediação do link entre a justiça e a rede de saúde. Problema que se torna quase incontornável fora das capitais e grandes cidades.

¹¹² Deve-se destacar o trabalho desenvolvido com dependentes e usuários abusivos, pelo I Juizado Especial Criminal de Recife, que se utiliza de parcerias com a rede pública de atendimento, principalmente. Disponível em: <http://www.tjpe.gov.br/jec1_psicoSY/apresentacao.shtml>. Acesso em: 08 maio 2006.

O ideal é que cada vara ou juizado dispusesse, ou pelo menos a unidade judicial que fosse executar a sanção, de psicólogo e assistente social, que se especializassem nesse delicado tema, que envolve tantas nuances, o que ainda é uma utopia na maioria das cidades.

Em geral, as unidades judiciais dotadas de técnicos de saúde submetem o infrator dependente ou usuário abusivo à entrevista técnica, onde se constata a necessidade de tratamento. O caso, dependendo da gravidade do indivíduo, pode ser encaminhado imediatamente a tratamento ou é levado aos operadores do direito que procuram sensibilizar o indivíduo da necessidade de busca dele em audiência.

Já nas varas da infância e juventude, como visto, o ECA possibilita a imposição de tratamento a adolescentes que tenham praticado ato infracional. Sendo possível procedimentos mais duros e coercitivos semelhantes aos utilizados nas Drug Courts dos EUA.

Em 24.05.2001, a Corregedoria Geral de Justiça do Rio de Janeiro, através do Provimento nº 20/01, instituiu, em caráter experimental, o Programa Especial para Dependentes Químicos nos Juízos da Infância e Juventude da capital, Niterói, São Gonçalo e São João de Meriti. Segundo Guaraci Vianna (2005) esta unidade é: “[...] uma verdadeira Justiça Terapêutica, inspirada no modelo das Drug Courts, dos EUA”.

Convém registrar que através do ato executivo conjunto nº 28, de 26/09/02, o Judiciário e o Ministério Público estadual cariocas instituíram o programa “Justiça Terapêutica” atingindo adultos incurso nos delitos relacionados a posse para uso próprio.

A Procuradoria de Justiça do Rio de Janeiro instituiu uma Coordenadoria de Justiça Terapêutica¹¹³.

O Estado de Pernambuco instalou o primeiro centro de justiça terapêutica da América Latina no ano de 2001.

¹¹³Disponível em: http://www.mp.rj.gov.br/portal/page?_pageid=577,3856462&_dad=portal&_schema=PORTAL>. Acesso em: 18 ago. 2007.

6.3.11 O Centro de Justiça Terapêutica de Pernambuco

Um dos fatores que nos levou a eleger o tema da tese foi a observação empírica, desde nosso ingresso na magistratura em outubro de 1992, de uma quantidade enorme de réus imputáveis que praticam delitos de pequeno e médio potencial ofensivo, porém não apresentam a menor condição de cumprir qualquer espécie de sanção penal, fruto de sérios problemas com álcool e outras drogas. Representam uma zona cinzenta, pois não são semi-imputáveis, nem inimputáveis, contudo apresentam um uso disfuncional de drogas lícitas ou não.

Em 2001, acompanhamos, em Recife (PE), a gestação, nascimento e desenvolvimento do primeiro Centro de Justiça Terapêutica ¹¹⁴ não só do Brasil, mas da América Latina ¹¹⁵, bem como da criação da segunda Vara de Execução de Penas Alternativas (VEPA) do País, da qual somos juiz titular desde a sua fundação, frutos da obstinação e trabalho intenso de Nildo Nery dos Santos e Fernando Cerqueira (OLIVEIRA, 2004a, p. 84).

Tanto o Centro de Justiça Terapêutica, como a VEPA, lidam com infratores criminais dos mais diversos delitos, que são meros usuários, usuários abusivos ou dependentes de álcool e outras drogas.

Nildo Nery dos Santos instituiu o Centro de Justiça Terapêutica de Pernambuco com o apoio da ANJT e, na época do Ministério da Justiça, tendo sido um dos convidados, Jeffrey Tauber um dos pioneiros nas Drug Courts norte-americanas e ex-presidente da NADCP ¹¹⁶.

¹¹⁴ Informações sobre o Centro de Justiça Terapêutica disponíveis em: <<http://www.tjpe.gov.br/justerap/>>. Acesso em: 01 ago. 2006.

¹¹⁵ A “primeira iniciativa pública, na linha da Justiça Terapêutica, ocorreu no Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco, no dia 30 de abril de 2001, com a criação do primeiro Centro de Justiça Terapêutica do país [...] com a finalidade de atender, especificamente, os infratores penais relacionados com as substâncias psicoativas, a partir de um novo enfoque, o qual é baseado no tratamento, representa uma verdadeira alternativa ao enfrentamento da problemática das drogas”. A VEPA - Vara de Execução de Penas Alternativas, criada pela Lei Complementar Estadual nº. 031, de 02 de janeiro de 2001, e instalada pelo ato nº. 168, de 13 de fevereiro de 2001 (publicado no DOPJ de 14/02/2001), tem competência em todas as 13 (treze) Comarcas da Região Metropolitana do Recife e está dotada de uma equipe técnica apta a aplicar, fiscalizar e controlar o cumprimento das penas restritivas de direitos e ainda, a suspensão condicional da pena (sursis) e o sursis processual.

¹¹⁶ Recife é pioneiro na instalação do Centro de Justiça Terapêutica. Disponível em: <<http://www.mj.gov.br/acs/releases/2001/abril/RLS260401%20Recife.htm>>. Acesso em: 12 set. 2002.

Segundo o art. 1º do ato 544/2001 do Tribunal de Justiça de Pernambuco cabe ao Centro de Justiça Terapêutica avaliar, acompanhar, instruir, produzir relatórios e laudos provenientes de processos advindos das varas criminais e juizados especiais criminais da capital.

Segundo Nildo Nery dos Santos (2002, p. 8):

O Centro de Justiça Terapêutica, pioneiro na América Latina, é referência nacional, pela primeira vez o judiciário gira a sua visão e passa a entender que os adictos ou viciados em substâncias psicoativas, que cometeram os delitos denominados de menor potencial ofensivo, sob influência ou dependência dessas substâncias, sejam elas lícitas ou ilícitas, passem a ser vistos como doentes e carentes de tratamento psico-social. Essa nova abordagem do problema permite que os dependentes de drogas, desde o álcool até as consideradas ilícitas e que não sejam traficantes, tenham a oportunidade de se recuperarem, evitando o encarceramento que trazem danosas e perniciosas consequências.

Bartolomeu Bueno de Freitas Moraes (2003, p. 2) traçando uma visão geral dos aspectos jurídicos das drogas entende que em geral os governos, o judiciário e o Ministério Público têm atuado através da repressão, com a prisão de consumidores majoritariamente de baixa renda e pequenos traficantes e que vem sendo desprezadas as medidas preventivas, bem como de tratamento médico, psicológico e psiquiátrico dos usuários e viciados. Todavia reconhece:

[...] que em alguns Estados medidas preventivas pontuais já vem sendo implantadas, como o Justiça Terapêutica em Pernambuco; através da educação com palestras informadoras e de conscientização nas escolas de ensino fundamental e médio, tratamento médico ambulatorial e mediante internamento em clínicas especializadas em dependência química, de desintoxicação, etc.¹¹⁷.

O Centro de Justiça Terapêutica atende indivíduos provenientes das varas e juizados especiais criminais da capital e algumas do interior. Trabalha com equipe de médico psiquiatra, psicólogos e assistentes sociais, alguns voluntários e servidores do judiciário. Tem uma coordenação científica e um juiz coordenador. Não há serviço cartorial, pois o vínculo é com as unidades judiciais.

¹¹⁷ Nessa linha Ailton de Souza (2005, p. 31) defende o poder judiciário como fomentador do resgate do usuário de drogas, através das diversas terapias existentes.

No Centro, busca-se trabalhar com várias questões como a profissionalização, formação educacional, relacionamento familiar e periodicamente a pessoa comparece para ser ouvida pela equipe técnica e em reuniões com todos os participantes.

Um dos problemas constatado no Centro é o baixo número de participantes, pois muitos juízes e promotores de justiça ainda não enviam os infratores para tratamento, limitando-se a abordagem processual penal convencional, talvez por desconhecimento, discordância ou incredulidade.

6.3.11.1 A vara de execução de penas alternativas de Recife

A VEPA, também lida com indivíduos com dificuldades com álcool e outras drogas, que foram condenados a pena restritiva de direitos ou receberam a suspensão condicional do processo e a suspensão condicional da pena.

Como diferenças do Centro, a VEPA possui uma equipe psico-social do quadro do judiciário, que entrevista todos os réus (chamados beneficiários) e ao se constatar que é caso que demanda um tratamento, relatam por escrito e em audiência, o juiz, o representante do Ministério Público e a defensoria pública tentam sensibilizar a pessoa para ser encaminhada geralmente a um CAPS-AD, para avaliação e, caso a equipe técnica de lá entenda, tratamento.

Trabalha-se em conjunto com a rede pública e os réus não são obrigados a aderirem ao tratamento. Para pessoas de baixa renda, fornecem-se vales-transporte e mensalmente técnicos e estagiários da Vara visitam a instituição na qual o indivíduo se trata para dar apoio ao réu e à equipe da rede de tratamento, mas sem nenhuma interferência na terapêutica, nem na duração dela.

Inclusive os pareceres produzidos na Vara são retirados do seu processo criminal e arquivados em pasta própria para evitar a exposição do indivíduo.

Além de inserção profissionalizante e educacional, é concedido para todos os réus um documento denominado “nada consta” ¹¹⁸, no qual apenas a Vara e o judiciário sabem dos seus antecedentes criminais. Quando o réu ou qualquer pessoa necessite acessar os antecedentes, eles aparecem sem qualquer registro criminal.

Tal providência inovadora facilita a colocação do beneficiário no mercado do trabalho e apresenta resultados impressionantes.

Se o grau de comprometimento for muito alto, a pena restritiva de direitos, a suspensão condicional do processo ou a suspensão condicional da pena, será substituída pelo comparecimento do indivíduo a tratamento na rede de saúde, nunca no fórum, com monitoramento do judiciário.

Não há nenhuma exigência de abstinência e o tratamento não é, em hipótese alguma, imposto judicialmente e o prazo geralmente corresponde ao que foi fixado na pena restritiva de direitos, na condição da suspensão condicional do processo ou da suspensão condicional da pena.

Caso o indivíduo receba alta antes do final do prazo, cumprirá o restante da pena ou condição fixada.

É respeitado o sigilo profissional e não se exige relatório circunstanciado, apenas se afere a presença. A resistência ao tratamento e as recaídas não interferem em juízo, apenas prolongam o prazo da relação do indivíduo com a justiça, mas nunca além da pena fixada na sentença ou na suspensão.

Desde 2001, sentimos uma grande receptividade entre os beneficiários e a rede pública de tratamento, inclusive o CAPS-AD do bairro da Imbiribeira em Recife (PE), dirigido por Rita Brandão, possui grupos apenas para atender os beneficiários da VEPA, já que na rede

¹¹⁸ Maiores informações sobre as atividades da VEPA, disponíveis em: <<http://www.tjpe.gov.br/vepa/>>. Acesso em: 19 set. 2006.

pública, em geral, há uma grande demora entre a triagem e o tratamento propriamente dito, o que inviabilizaria os réus enviados pela justiça, devido aos prazos das penas e medidas.

Para nós, haveria resultados mais promissores, se toda atividade judicial de capitais e grandes cidades com usuários abusadores e dependentes, fosse centralizada sob uma única coordenação e com toda estrutura disponível, ao invés do fracionamento que ocorre atualmente, onde se observam unidades judiciais lidando com dependentes e usuários abusivos em varas da infância e juventude, de família, juizados, dentre outros de modo disperso, despadronizado e com poucos recursos humanos e materiais.

6.3.11.2 Um projeto de criação de juizado de Justiça Terapêutica

Apesar dos defensores da Justiça Terapêutica entenderem não ser imprescindível a criação de uma unidade judicial especializada para pessoas envolvidas com a justiça que necessitem de tratamento face ao uso disfuncional de substâncias, como se deu nos EUA, há os que defendem que seria o mais adequado, mas esbarra na dificuldade em aglutinar forças políticas para mudança de legislação.

Luiz Bardou (2007) acentua que os precursores, idealizadores da Justiça Terapêutica, através de troca de idéias e das capacitações sentiram a necessidade de aprovação de uma legislação específica que fornecesse a infra-estrutura necessária “para o atendimento, monitoramento e fiscalização dos casos submetidos a esta nova espécie de justiça. Seriam os Juizados Especiais de Justiça Terapêutica”¹¹⁹.

A primeira tentativa concreta brasileira de se implantar um juizado de acordo com as idéias dos criadores da Justiça Terapêutica se deu em agosto de 2003, quando Nildo Nery dos Santos apresentou ao Tribunal de Justiça de Pernambuco proposta de anteprojeto de Lei Complementar estadual criando o “Juizado Especial Criminal para processar e julgar as infrações de menor potencial ofensivo praticadas por usuários e dependentes de substâncias

¹¹⁹ Disponível em: <http://www.mp.rs.gov.br/just_therapeutica/doutrina/id392.htm>. Acesso em: 06 jul. 2007.

químicas”, cujo texto está em anexo. Todavia, essa unidade até janeiro de 2009 não foi criada¹²⁰.

6.3.12 A relação drogas e delitos

É exaustivamente discutida uma relação entre a prática de delitos e aumento da violência, com repercussão direta na saúde, e o uso de substâncias (MATOS, 2005, p. 204; GOMES, 1997, p. 13b; MARLATT, 1999, p. 249-250).

Há uma forte concepção de que as drogas conduzem à delinquência, inclusive, com relativa facilidade, ao caminho do crime (SÁ, 2007, p. 85)¹²¹.

Pesquisa desenvolvida pela UNESCO (CASTRO; ABRAMOVAY, 2002, p. 386-391) sobre drogas nas escolas, envolvendo alunos, pais e membros do corpo técnico-pedagógico de unidades públicas e privadas de 14 capitais brasileiras, demonstrou que uma das tendências entre os avaliados é associar bebidas e drogas ilícitas à violência.

Amadeo Folle (1976, p. 13) assevera que

Buena parte de los homicidios y las lesiones, algunos delitos sexuales o contra la moral, la gran mayoría de las faltas, reconocen como antecedente más o menos decisivo en su producción la existencia en el agente de un estado ético de variada intensidad.

Segundo Jorcelino Santos (1997, p. 35), na década de 1980, surgiu uma epidemia do consumo de cocaína, tendo como uma das conseqüências o incremento dos índices da criminalidade, mormente os crimes patrimoniais.

Carlos Oliveira (2004a, p. 11, 59, 66, 70, 96), também invocando sua experiência de juiz criminal em São Paulo, enxerga uma relação direta entre o uso, o comércio de drogas e delitos, violência urbana, para justificar a intervenção penal no assunto. Em sua dissertação de

¹²⁰ Vide Anexo 1.

¹²¹ Cf. Eduardo Silveira Melo Rodrigues (1996), Antônio M. Costa; Clara Amélia ([s.n.]), Valdir Sznick (1987).

mestrado faz várias considerações nesse sentido, ou seja, que a mudança de comportamento provocada pelas drogas ilícitas ou não pode:

[...] levar direta ou indiretamente à prática de infrações penais [...] estão relacionados com o aumento da violência urbana, o que afasta a possibilidade de o assunto ser tratado apenas pela área da saúde, bem como evidencia a necessidade de uma tutela penal efetiva [...] a ação preventiva do Estado em relação a uma das causas da criminalidade, qual seja, a ação das substâncias entorpecentes sobre o homem [...] representam fatores de predisposição à prática de infrações penais [...] Os Tribunais de Drogas representam um meio eficiente de combate à criminalidade [...] uma vez que o usuário, sob efeito das drogas ou em razão da sua necessidade, possui o seu controle pessoal diminuído, bem como pode atuar com extrema agressividade para conseguir os seus objetivos.

Fernando da Costa (2005, p. 88) é um dos que entendem que a legalização das drogas no Brasil traria mais prejuízos à sociedade, argumentando que o país carece de cultura social e estrutura, e a liberação provocaria, dentre outras coisas “crescimento do consumo da droga, da dependência, **da violência**, da mendicância, do mal estar familiar” (grifo nosso). Na mesma obra, Sérgio Médici (2005, p. 157) defende a intervenção jurídico-penal até nos casos de porte para uso pessoal, afirmando que o uso provoca a disseminação das drogas e que muitos as usam para praticar crimes.

Alessandro Baratta (1991, p. 51-52, 58) entende que a política de criminalização do uso de determinadas drogas é um sistema autoreferencial que se reproduz ideológica e materialmente. A reprodução ideológica se dá com a concepção legislativa de que o consumo de drogas é crime, o que estimula uma atitude negativa da sociedade, sob influência dos meios de comunicação. A reprodução material se dá em seguida e “Trata-se do processo pelo qual o sistema produz uma realidade conforme a imagem da qual surge e que o legitima” (BARATTA, 1991, p. 51).

Em sendo assim, a questão das drogas passa sempre por uma ótica policial, o que seria inconciliável com os centros de referências públicos e privados, grupos de auto-ajuda e comunidades terapêuticas que lidam com usuários de substâncias psicoativas consideradas ilícitas, apesar de muitos adictos não terem passagem na polícia.

Há uma contradição entre a política de prevenção, inclusive governamental, e o sistema legal que criminaliza¹²² o usuário de drogas ilícitas e faz com que uma enorme quantidade de pessoas que são tratadas faça parte de uma clandestinidade, constituindo uma cifra negra ou então não procurem ajuda por temor.

Há respeitável posição no sentido de que a questão do usuário saia da esfera penal e possua uma natureza de infração administrativa ou sanitária, competindo o poder de polícia à Administração Pública a quem cabe limitar, disciplinar direitos, interesses ou liberdades pessoais, sempre em nome do interesse maior da coletividade (SÁ, 1994, p. 154-155).

Ronaldo Laranjeira (2004, p. 393-394) quantifica em mais de 30 mil mortes por ano, devido à temível relação entre a ingestão de álcool e a direção de veículo automotor.

O Ministério da Saúde (2007) brasileiro, relatou, em maio de 2007, que mais de 50% de mortes nas estradas foram relacionados à ingestão de bebidas alcoólicas.

É complexa e abrangente a relação entre drogas e violência. Não é fácil se traçar uma linha direta de causalidade entre drogas e delitos, pois há alguns aspectos que devem ser levados em consideração e diferenciados, principalmente na abordagem da Justiça Terapêutica, já que nem todas as pessoas envolvidas em delitos relacionados a drogas devem receber uma intervenção terapêutica.

Outrossim, há a violência motivada pelo uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas, a induzida por drogas, a violência que se dá devido às alterações físico-mentais.

Roque de Brito Alves (2007, p. A9) abordando a criminalidade no Brasil aponta o grande consumo de álcool ou drogas como um dos principais fatores da prática, sobretudo nos

¹²² Diferentemente do art. 16, da Lei 6.368/76, que cominava pena de prisão de 6 meses a 2 anos e multa aos usuários de drogas ilícitas; a vigente Lei 11.343/06, em seu art. 28, sanciona com penas restritivas de direitos a quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar, trazer consigo, para uso pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar, bem como quem semear, cultivar ou colher plantas visando à preparação de pequena quantidade de substância ou produto capaz de causar dependência física ou psíquica, para consumo pessoal, todavia não cabe mais pena de prisão nem ao reincidente, independentemente da espécie de droga.

finais de semana dos “crimes de sangue” de homicídios e lesões corporais, dos crimes sexuais e os de trânsito.

Adeildo Nunes (2007, p. 18), outrossim, atribui a crescente criminalidade brasileira ao aumento do tráfico e consumo de drogas, bem como defende o efetivo tratamento do drogado, repelindo a tese de que a mera elaboração de leis resolve todos os males:

[...] mormente no que tange ao consumo pelos viciados, que comprovadamente precisam ser tratados no ponto de vista médico-psíquico [...] O certo é que o tráfico de drogas e o seu consumo desenfreado, nunca como no presente, têm provocado um mal social dos mais terríveis, agravando os índices de criminalidade, concretamente alarmantes.

É preciso ainda, na seara criminal, uma competente triagem de equipe técnica para distinguir se o infrator, que cometeu o delito sob o efeito de substância psicoativa é dependente, usuário abusador, usuário problema, usuário recreativo, usuário ocasional ou foi um episódio isolado em sua vida, já que, em tese, o tratamento é recomendável aos dependentes e abusadores.

Ainda se deve levar em consideração os delitos praticados, mormente por dependentes e usuários abusadores para aquisição de substâncias psicoativas, como os crimes patrimoniais.

É certa no movimento da Justiça Terapêutica a firme crença que nos altos índices de criminalidade do nosso país praticados por adultos imputáveis, encontra-se o componente droga ilícita ou não, seja como objeto, impulso ou decorrência nas ações delituosas. E o benefício da imposição judicial do tratamento servindo como fator motivador coercitivo externo aos usuários e dependentes.

No tocante às drogas, o indivíduo pode se tornar criminoso e vítima simultaneamente. É o caso do dependente que para adquirir o produto pratica delitos ou ingressa no tráfico (GARCIA, 1999, v. 769, p. 437-455).

Para Ricardo Silva et al (2007), freqüentemente a justiça se defronta com duas questões: o delito e sua repercussão jurídica e o da saúde do usuário de drogas. Em certos casos, entende que a pena de prisão não é adequada.

Oferece três exemplos para ilustrar seu raciocínio: não adiante prender um homem, que após beber, bate na mulher, nos filhos e no dia seguinte não se recorda de nada; de um jovem universitário que é pego portando um cigarro de maconha e do motorista que é flagrado alcoolizado várias vezes.

Para Ricardo Silva (2007b) é despicienda a privação de liberdade porque o verdadeiro problema está na dependência da droga, que é a motivadora “para prática de novos delitos. Ou seja, se o usuário não parar de usar a droga voltará a delinquir, perpetuando o binômio droga-crime”.

Ricardo Silva (2007a) reconhece que o uso de drogas está presente em todos os locais e setores da sociedade. Ele aponta como principais problemas decorrentes ao uso e abuso de drogas, além dos relacionados à saúde individual e pública, o avanço do crime organizado e dos índices de violência cuja melhor forma de combate é a prevenção e a repressão ao uso e circulação das drogas. Sem se esquecer das grandes organizações criminosas, que lavam dinheiro e bens (PASSAGLI, 2008, p. 56-57).

Apesar de todo desenvolvimento da ciência em diversos campos, não se pode relacionar diretamente e de modo genérico, a prática de delitos à utilização de álcool e outras drogas. A maioria das pessoas que as consomem não pratica delitos. Porém, as substâncias podem ser potencializadoras de determinadas transgressões como os crimes de trânsito, o maior volume de crimes praticado nos finais de semana e os de entorno de locais de consumo de drogas e bebidas alcoólicas.

É preciso que se diga que o toxicômano não é um perverso (SANTIAGO, 2001, p. 171-175). Inclusive nos Estados Unidos, várias pessoas combatem a estigmatização, rotulação e criminalização de tudo referente às drogas (ELDRIDGE, 1967, p. 24-28). Há de se constatar

que a partir da segunda guerra mundial, o sistema legal ocidental, liderado pela ONU, sob forte influência dos Estados Unidos, criminalizou todos os atos relacionados às substâncias psicotrópicas, tornando criminoso qualquer um que tenha algum tipo de envolvimento com elas. Não se pode cair no outro extremo de demonizar toda espécie de ligação com as drogas.

CAPÍTULO 7 - APRECIÇÃO CRÍTICA DA JUSTIÇA TERAPÊUTICA

7.1 ALGUNS ARGUMENTOS DESFAVORÁVEIS

7.1.1 Área da saúde

Considerando-se o pouco tempo de existência e divulgação no Brasil, o projeto de Justiça Terapêutica vem sofrendo muitas e pesadas críticas. Tanto da área da justiça, como de setores de saúde. Há poucas informações a respeito do tema e os próprios propagadores ainda carecem de uma padronização de conceitos e métodos. A começar da definição do público destinatário e da própria expressão.

Frederico Graeff (2005, p. 132-133), comentando as abordagens utilizadas no tratamento de drogas enxerga que com os programas supervisionados por representantes da lei “agrega-se um componente coercitivo óbvio”.

Um dos ataques mais severos foi proveniente dos Conselhos Regionais e Federal de Psicologia, que reunidos em Brasília, no dia 14.12.02, emitiram uma declaração de intenções do sistema de conselhos sobre Justiça Terapêutica¹²³.

O órgão deliberativo do Sistema de Conselhos de Psicologia invoca o art. 5º, X, da Constituição Federal para afastar qualquer possibilidade de participação do profissional terapeuta na revelação de dados pertencentes à esfera íntima de seus pacientes. Aduz que o psicólogo não pode ser agente executor da penalidade a ser aplicada ao indivíduo. Entendem também estas entidades que o art. 16, da revogada Lei 6.368 é por isso inconstitucional.

O grupo de psicólogos entendeu que a Justiça Terapêutica trata a saúde como um dever e não como um direito, ferindo-se o princípio fundamental VII, do Código de Ética do

¹²³ A íntegra da declaração pode ser encontrada no jornal do Conselho Federal de Psicologia nº. 74, jan. 2003, p. 11.

Psicólogo, que incorpora o direito universal à saúde reconhecido na Declaração Universal dos Direitos Humanos promulgada pelas Nações Unidas em 1948¹²⁴.

Também foi aduzido que o tratamento compulsório provoca a marginalização e opressão do indivíduo, o que se confronta com o Princípio Fundamental VI, do citado Código. Da mesma forma se entendeu que esse modelo de justiça torna padrão a quebra de sigilo ao exigir relatórios, o que não tem consonância com o art. 2º, n, do já referido Código de Ética.

Diz-se que o modelo de Justiça Terapêutica, não distingue uso, abuso e dependência, nem admite a quebra de abstinência, o que pode ensejar em prisão; que esse modelo acentua as desigualdades sociais optando por repressão e criminalização e defende que o tratamento é de alçada do Sistema Único de Saúde.

Uma das críticas mais sérias relacionados à Justiça Terapêutica consiste na quase certa possibilidade de um dependente recair. Sabe-se que as recaídas nos envolvidos em tratamento com drogas são muito comuns.

O fundador do Programa de Orientação e Assistência a Dependentes (PROAD) Dartiu Xavier da Silveira Filho ao se referir à abstinência e ao tratamento compulsório exigidos nas Drug Courts entende que:

A implantação desses Tribunais no Brasil seria um grande retrocesso. O modelo coercitivo não dá certo. O dependente necessariamente tem que estar disposto a se tratar. Além disso, a maioria tem recaídas e isso não é considerado um insucesso terapêutico. Recaídas não podem ser punidas [...] Se a Organização Mundial da Saúde considera a dependência química, uma doença, como se pode considerar os dependentes químicos infratores? (apud COSTA, 2005, p. 43).

Já a Rede Brasileira de Redução de Danos (2006), considera que os juízes não estão habilitados para lidar com assuntos de alta complexidade e sobre os quais não há, sequer,

¹²⁴ VI - O Psicólogo colaborará na criação de condições que visem a eliminar a opressão e a marginalização do ser humano;

VII – O Psicólogo, no exercício de sua profissão, completará a definição de suas responsabilidades, direitos e deveres, de acordo com os princípios estabelecidos na Declaração Universal dos Direitos Humanos, aprovada em 10 de dezembro de 1948 pela Assembléia Geral das Nações Unidas.

Art. 2º n - Estabelecer com a pessoa do atendido relacionamento que possa interferir negativamente nos objetivos do atendimento;

consenso entre os especialistas no tocante a diagnósticos, modalidades terapêuticas e mecanismos de avaliação e controle. Essa entidade defende ainda que a relação do indivíduo com a droga é um problema pessoal e cada indivíduo deve decidir sobre a melhor forma de tratar esse problema.

O Conselho Regional Psicologia do Estado de São Paulo foi mais cauteloso e classificou a Justiça Terapêutica como tema polêmico.

Em reportagem publicada no Diário de Pernambuco em 03-10-2004 (ROCHA, 2004, p. 2) enfocando o aumento de consumo de crack e a lenta recuperação dos usuários, Rita Brandão, diretora de um dos centros de apoio psico-social (CAPS) de Recife, enfatizou que a principal condição para que o usuário se recupere é a força de vontade dele e que “Não adianta os familiares quererem, se o usuário não estiver empenhado na própria recuperação”.

7.1.2 Área de direito

É praticamente uma unanimidade entre os críticos da Justiça Terapêutica a concepção de que o tratamento encaminhado pela justiça criminal brasileira é compulsório e indiscriminado a qualquer espécie de usuário, espelho da rígida Política Criminal de Drogas dos EUA; exige abstinência; é intolerante a recaídas de uso, conseqüentemente ineficaz, contraproducente, estigmatizante, face à carga repressiva do direito penal.

Nilo Batista (1990, p. 66) é peremptório quanto à polêmica relação justiça criminal e dependentes ao dizer que “O sistema penal é absolutamente incapaz de qualquer intervenção positiva sobre o viciado.”¹²⁵

Para Helena Costa (2005, p. 113):

A tentativa de imposição de tratamento pela via penal também não costuma levar a bons resultados, pois a voluntariedade do paciente é essencial e muitas vezes existem

¹²⁵ Na mesma linha de enxergar autoritarismo e inadequação da Justiça Terapêutica, vide: BATISTA, V. M. (2001, v. 1, n. 4.).

recaídas – próprias e inerentes ao tratamento – que acabam levando a suspensão de benefícios, retomada do curso do processo penal, etc.

Alberto Toron (2005, p. 147-148), defensor da legalização das drogas, corrobora a corrente antitratamento, através da justiça criminal.

A tudo, cabe acrescentar a mais que equivocada visão unidimensional, segundo a qual todo usuário de drogas é um doente, escravo da droga ou desviado [...] para o usuário eventual, que se utiliza do entorpecente de forma módica, nada há de “curar”[...] em relação aos usuários-dependentes, que carecem de efetiva atenção médica, os comemorativos processuais e pré-processuais a que são submetidos só agravam a sua enfermidade.

Salo de Carvalho (2007, p. 275-282) faz diversas críticas ao modelo, inclusive à vigente Lei de drogas.

Entende que o projeto substitui penas por medidas de segurança (modelo defensista); sempre enxerga o usuário como doente crônico e perigoso; não distingue usuários e dependentes; fixa pautas moralizadoras e normalizadoras típicas de modelos penais autoritários; retira a qualidade de sujeito, negando-lhe a fala e interação quanto ao seu tratamento, o que lhe aniquila (lógica psiquiátrica etiológica); impõe tratamento coercitivo apresentado como transação penal ou pena; visa à criação de medida de segurança atípica de tempo indeterminado (medidas educativas); ofende direitos e garantias individuais (principalmente intimidade e vida privada); não se harmoniza com as estratégias de redução de danos; vincula a continuidade do tratamento à abstinência através de testagem obrigatória; desconsidera as naturais recaídas.

Ele alerta a possibilidade de imposição de tratamento a dependentes, caso haja uma interpretação autoritária da medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo, prevista no art. 28, III, da Lei 11.343/06.

Walter Maierovitch (2006b) considera “arrogante” a insistência dos EUA em quererem impor o modelo de “Drug Courts” à América Latina. Aduz que o Brasil não pode aceitar o fundamentalismo americano por ser contrário aos interesses do país. Em entrevista concedida em 2006a, declarou:

Justiça Terapêutica é, na verdade, um eufemismo, uma maneira agradável de falar sobre um tema desagradável criado pelo governo brasileiro. É um eufemismo porque representa uma forma de solidariedade autoritária, uma falsa solidariedade, imprópria e inadequada. Isto tudo para um estado democrático de direito. Eles abriram uma brecha na lei criminalizante estabelecendo o seguinte: Aquele que for surpreendido com posses de drogas e for primário, tem a possibilidade, como se fosse um “favor” do Estado de optar entre a cadeia e o tratamento obrigatório. Evidente para quem tem o mínimo de senso crítico, isso não é opção, é uma coação. O Brasil, por sua vez adotou essa mesma política e chamou de Justiça Terapêutica.

Na mesma direção Luiz Flávio Gomes¹²⁶ critica o tratamento indiscriminado a qualquer espécie de usuário de drogas¹²⁷, entende que a Justiça Terapêutica é produto da política estadunidense da “War on Drugs”, todavia admite o tratamento em relação a dependentes:

Outro equívoco que já está começando a ganhar corpo entre nós consiste na chamada Justiça Terapêutica (também de linhagem americana). Pretende-se que todos os usuários sejam submetidos a tratamento. Isso constitui erro glamoroso. É preciso distinguir o usuário dependente do não dependente. O mero experimentador ou ocasional usuário não tem que se submeter a nenhum tratamento [...]. O tratamento não pode nunca ser visto como uma “pena ou um castigo” [...] todo tratamento só tem chance de prosperar quando há efetiva (e ativa participação do paciente) (GOMES, 2003).

Cristiano Marona e Carlos Mendes (2002, v. 1, n. 111, p. 8-9) ponderam que com a Lei 10.409/02, o Brasil adotou o modelo estadunidense da Justiça Terapêutica, baseado no tratamento compulsório, abstinência, tolerância zero, segundo qual todo usuário é considerado doente.

Entendem que o país deixou de avançar na direção da educação preventiva e de redução de danos adotada em vários países europeus como a Bélgica e Holanda¹²⁸, onde o porte e consumo de pequenas quantidades de drogas leves como a maconha é tolerada; e Grã-

¹²⁶ Rômulo Moreira (2004, ano 93, v. 825, p. 448) pensa da mesma forma de Luiz Flávio Gomes, ao comentar a Seção II, do Capítulo II, da revogada Lei 10.409, de 11.01.2002, quando afirma expressamente: “Aqui vemos uma clara opção do legislador pela chamada ‘Justiça Terapêutica’ de origem estadunidense, e de relativa eficácia, pois equipara injustificadamente o dependente (este sim passível de ser tratado) ao mero ou ocasional usuário de drogas, não necessariamente dependente”.

¹²⁷ “Justiça Terapêutica: centra sua atenção no tratamento e, por conseguinte, propugna pela disseminação dessa reação como a forma adequada para cuidar do usuário ou do usuário/dependente. É patente a confusão que faz entre o usuário e dependente” (GOMES, 2006a, p. 103).

¹²⁸ Até 2007, a Holanda era o único exemplo de despenalização do pequeno tráfico com a experiência de venda de pequena quantidade de maconha e haxixe em alguns coffee shops autorizados a armazenarem até 500 gramas.

Bretanha, Espanha, Alemanha, Portugal, Itália, França e Dinamarca que punem o porte e uso de drogas leves com penas não privativas de liberdade.

Cristiano Marona (2005, p. 57) vê a Justiça Terapêutica como um modelo “segundo o qual todo usuário é um doente que necessita de tratamento involuntário ou prisão”.

Renato Silveira (2005, p. 41) afirma que em nome de se amparar dependentes, há repressão penal. Daí observar que:

Um dos grandes problemas dessa “Justiça” terapêutica, sem dúvida, é o fato de que ela se mostra como um instrumento autoritário por parte do Estado. Na sobreposição das dimensões cura e castigo, não existe, por óbvio, uma correspondência da pretendida resposta do tratamento com a auto-percepção do sujeito.

Elisângela Reghelin (2006) questiona se a Justiça Terapêutica seria um novo modelo de defesa social. Afirmar que o incurso no art. 16, Lei 6.368/76 já não é encarcerado em virtude das Leis 9.099/95, 9.714/96 e 10.259/01.

Aduz que já existe na legislação brasileira a inimputabilidade e as excludentes da culpabilidade; critica o modelo de Justiça Terapêutica por não distinguir o dependente do usuário, que em sua maioria nunca vai ser dependente; acrescenta que a maioria das infrações está ligada ao tráfico e não ao consumo de drogas; defende que o assunto do consumo se transfira para a esfera da saúde coletiva.

Alega, igualmente, que na área da infância e juventude o ECA já prevê o tratamento, sendo então desnecessária a Justiça Terapêutica, que reafirma a criminalização do usuário e adere à política proibicionista da guerra às drogas norte-americana que tem sido contestada por diversos especialistas da área e iludido a muitos.

Luciana Rodrigues (2006, p. 79-81, 171) classifica de inconstitucional a proposta de Justiça Terapêutica, por violar o princípio da privacidade e da intimidade¹²⁹, não considerando recomendável a sua adoção por entender que o tratamento deve ser voluntário e não imposto

¹²⁹ Sobre a tutela penal do direito à intimidade, vide: GONÇALVES JÚNIOR (2005, p. 50-61).

como uma pena substitutiva à prisão, visando à abstinência, através de comparecimento à terapia e testagens obrigatórias, “submetendo seu corpo a total controle do Estado”.

Ela acrescenta que se constitui um reforço autoritário do proibicionismo, não sendo um programa personalizado, que não distingue as espécies de usuários, nem o grau de intensidade das drogas. Ela considera inadequada tanto jurídica como terapeuticamente.

Acha que é baseada nas Drug Courts dos EUA e exemplifica com uma ajuda financeira concedida à vara de infância e juventude do Rio de Janeiro, na qual se exigiu o tratamento compulsório. Acredita que o judiciário torna-se “facilitador” do tratamento e pretende a cura, um novo comportamento. Através da ameaça constante de prisão reforça o estigma e, caso o dependente não alcance a abstinência é preso, sendo absolutamente incompatível com as estratégias de redução de danos.

No entender de Mônica de Azevedo (2005, p. 172-176, 210)¹³⁰ a possibilidade de fixação de tratamento terapêutico ou assemelhado é fruto no sistema brasileiro do consenso implantado principalmente, a partir da Lei 9.099/95 e têm inconvenientes, pois fere o princípio da legalidade ao fixar medidas incertas de cunho correccionalista, espécies de medidas de segurança, medidas de prevenção e de polícia, muitas vezes de modo vago, aleatório, arbitrário, sendo esses acordos um complemento da punição, inclusive antes de uma condenação judicial.

Maria Lúcia Karam (1991, p. 67), em publicação de 1991, já criticava a imposição legal de tratamento reproduzindo a concepção de que para o tratamento de dependência ter êxito é imprescindível que seja voluntário:

[...] leis penais, como a brasileira, que impõem a obrigatoriedade do tratamento àqueles que tem sua culpabilidade excluída, em razão da dependência, contrariam o

¹³⁰ Numa das suas conclusões, ela entende que a adoção de tratamento ao usuário é um retorno ao sistema do duplo binário, que prevaleceu no código penal brasileiro até a sua reforma em 1984, sistema no qual o condenado, mesmo imputável, era submetido à pena e à medida de segurança: “A possibilidade de tratamento psicossocial aos usuários de substâncias entorpecentes ou de álcool como ‘substitutivo penal’ provoca a ruptura do sistema de penas de base clássica e vicariante adotado pela Reforma Penal de 1984”.

princípio básico de que o êxito de qualquer tratamento, nesta área, está condicionado à voluntariedade de sua busca

Em obra de 2004 (p. 101-103) ela afirma que Drug Courts e Justiça Terapêutica são similares e retomam a aliança entre o direito penal e a psiquiatria. Que fere o princípio da legalidade a prática freqüente, por parte de vários juizados especiais criminais, de impor tratamento médico obrigatório aos incurso no então art. 16, da Lei 6.368/76, ao se propor a transação penal nos termos do art. 76, da Lei 9.099/95.

As principais objeções à Justiça Terapêutica consistem em a) associá-la aos rígidos padrões de abordagem dos EUA com sua “guerra às drogas” e de procedimentos lá utilizados como a exigência da abstinência completa e o tratamento compulsório; b) O desrespeito a princípios fundamentais mormente o da legalidade, da autonomia individual, da dignidade da pessoa humana e do direito à intimidade; c) O entendimento que o tratamento de drogas só é eficaz, se for voluntário; d) A não distinção entre usuários ocasionais, abusivos e dependentes, uma vez que os meramente ocasionais não necessitam de tratamento; e) Que a questão de consumo é da alçada da saúde pública.

7.2 ALGUNS ARGUMENTOS FAVORÁVEIS

Apesar da extrema importância do assunto, até agora no Brasil, praticamente não há publicações, nem pesquisas voltadas exclusivamente à abordagem da Justiça Terapêutica, o que provoca mais dificuldade de assimilação do seu conteúdo e acarreta informações não precisas e desencontradas¹³¹.

O Parlamento Europeu tem se inclinado para a despenalização do usuário, todavia manifesta-se a favor de medidas voltadas para o tratamento do usuário abusivo ou dependente (RODRIGUES, 2006, p. 103-104).

¹³¹ Até o final de 2007 temos ciência de apenas dois livros publicados no Brasil dedicados exclusivamente a Justiça Terapêutica, ambos de Pernambuco, provenientes de monografias de conclusão do curso de direito da Faculdade de Direito de Olinda – FADO/AESO, um de Arnaldo Maranhão Neto (2003) e outro de Paulo Vasconcelos (2004).

7.2.1 Área de saúde

Em relação à delicada questão do indivíduo que comete delitos, de alguma forma, relacionado a drogas, Ronaldo Laranjeira e Cláudio Silva (2004, p. 12) entendem que o ideal seria focar as duas dimensões: a dependência química e o conflito com a lei em conjunto, pois:

No Brasil ainda existe uma tendência, observada empiricamente, a tratar a dependência química como uma questão de saúde ou de justiça [...] para serem tratados de forma adequada é necessário o envolvimento direto de muitas áreas do conhecimento, como a medicina, a psicologia, as ciências sociais, as ciências políticas, a jurídica, entre outras.

Genival França (2001, p. 291) é contra a criminalização e prisionalização do usuário dependente ou abusador, entendendo que se deve cuidar não só dos sintomas, mas das causas da adicção:

Um Estado anormal caracterizado pelas manifestações mais graves da intoxicação por drogas não pode ter sua solução numa cadeia, mas através do tratamento médico especializado [...]. A terapêutica não deve ser simplesmente sintomática, com a finalidade de desintoxicar o paciente, mas ir buscar suas causas através de uma análise mais profunda e uma psicoterapia de apoio.

Maria Vasconcelos (2005, p. 243) assim percebeu o sentimento de indivíduos que são encaminhados pela justiça para triagem e tratamento eventual na rede pública:

Apresentam-se, a princípio, portanto, ora constrangidos, ora revoltados, ora desmotivados, pelo entendimento que o tratamento é desnecessário e também por desconhecerem totalmente a noção e dimensão do que seja o fenômeno da drogadicção e a conseqüente dependência, que pode, de fato, se instalar em uma minoria. Entendem que usam drogas apenas pelo simples fato de serem 'viciados' e não têm a compreensão das implicações individuais e sociais relacionadas a este uso.

Neliana Figlie, Selma Bordin, e Ronaldo Laranjeira (2004, p. 153-154) enfatizam a importância de habilidades terapêuticas como sensibilidade, sinceridade e empatia para cativar clientes encaminhados por familiares, juízes, patrões, que não querem se tratar, inclusive os que procuram espontaneamente iniciam o tratamento de modo confuso e ambivalente¹³².

¹³² Sobre o prazer na dependência, vide: LOUREIRO (2006, p. 15-21).

Gilberto Silva (2006, p. 211-219) se posiciona a favor das idéias da Justiça Terapêutica, apesar de admitir que o tratamento é tido como punição para alguns. Em sua experiência tenta encarar a questão como problema social e comunitário fazendo com que a ação da justiça seja percebida pelos infratores como mais comunicativa e resolutiva que meramente punitiva.

Observa que a adicção a drogas, seja para uso, abuso ou dependência tende a ser doença crônica e o sucesso ou não dos tratamentos vai depender da adequação deles; entende legítimo o trabalho dos psicólogos com a justiça criminal para intervir sobre o sofrimento em espiral vivido por usuários e familiares, entendendo não haver quebra de sigilo profissional; que o usuário de drogas traz danos para si e para a sociedade alimentando o narcotráfico e considera a quebra da abstinência.

Elsa Ribeiro e Ana Rodrigues (2005, p. 95-96) acreditam que qualquer tratamento já é válido e que não é fácil um dependente ou usuário abusador procurar ajuda sem um elemento motivador externo:

Claro está o quanto estatisticamente se comprova que os encaminhamentos para tratamentos de drogadicção, na maciça maioria das vezes, são forçosamente provocados por pais, esposas (os), companheiros (as), namorados (as), familiares, amigos (as) e até colegas de trabalho, os quais muitas vezes são os próprios acompanhantes dos pacientes até o Centro de Saúde [...]. Para tais sujeitos, a impactante pressão provocada pela contextualização processual, por eles mesmos aquilatada de peso suficiente, será um ancoradouro firme de onde buscarão, a partir desta dimensão, se redimirem e se reorganizarem nessa e nas suas outras esferas de vida.

Os defensores da Justiça Terapêutica para justificá-la advogam sua constitucionalidade com fulcro no art. 196 da carta magna, o qual preconiza que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Considerando-se que o uso abusivo e a dependência de álcool e outras drogas são doenças, muitas vezes crônicas, além de grave problema de saúde pública, o encaminhamento

para tratamento pela justiça criminal seria voltado para a redução dos sintomas e dos riscos, logo tratamento não seria punição.

7.2.2 Área de direito

Comentando a Lei nº 5.726, de 29 de outubro de 1971, no que tange à tentativa recuperação das vítimas da adicção, Hilário de Carvalho (1973, p. 53) foi enfático ao defender como único tratamento a internação compulsória, pois “só com o seu recolhimento à instituição clínica se poderá deter a contínua tendência para a manutenção da dependência”.

Carlos Oliveira (2004a, p. 13, 20-21, 25-33, 39, 63, 66, 70, 97-98) considera que o programa de Justiça Terapêutica atua em algumas das causas da criminalidade e não apenas nos seus efeitos, sendo seu grande diferencial.

Ele encontra alguns princípios constitucionais penais para justificar o tratamento, a saber:

- a) Igualdade: para os infratores penais imputáveis motivados a cometerem delitos pela ação das drogas ou em virtude de dependência;
- b) Legalidade;
- c) Adequação: entre a sanção aplicada e os fins pretendidos com ela;
- d) Proporcionalidade: relação com a gravidade da conduta;
- e) Necessidade;
- f) Dignidade da Pessoa Humana.

Ele defende a proposta de tratamento, através da justiça criminal, visando a impedir a reincidência, a prática de delitos de maior gravidade e a prisão. Entende que o tratamento não é forma de medida de segurança ou sanção, por se aplicar aos imputáveis penais, por ser alternativo e voluntário sua adesão.

Entretanto, opina que a pena privativa de liberdade deveria ser mantida como substitutiva das medidas educativas,

[...] observado o tempo fixado nelas e a separação dos presos em relação a outros que estejam cumprindo penas privativas de liberdade [...] reforçaria o interesse do infrator em colaborar com o programa de tratamento, bem com evitaria o colapso do sistema de saúde.

Em outro texto, Carlos Oliveira (2004b) reafirma defesa do tratamento do infrator toxicômano, também, porque,

[...] em alguns casos, a dependência química não possui cura, apenas controle. Razão pela qual a aproximação do agente com o tratamento, e com isso o controle do uso de substâncias psicoativas é fundamental para a segurança do agente e da própria sociedade.

Maria Borges e Suzana Barros (2006) entendem que há casos que o indivíduo tem um comprometimento com drogas tão alto que não se deve considerá-lo capaz de decidir com liberdade sobre o assunto.

Outrossim, afirmam que a Justiça Terapêutica não se intromete na esfera de liberdade individual, e que os direitos fundamentais constitucionais como valores comunitários realçam o sentido do comum em face do individual impondo limites aos indivíduos, logo é possível proibir o uso geral de drogas, assim como é cabível a imposição de tratamento para dependentes químicos, uma vez que:

A idéia base da Justiça Terapêutica é retirar o acusado em delitos envolvendo drogas, do sistema de encarceramento e colocá-lo no sistema de tratamento [...] sem embargo da adoção pelo Brasil de legislação específica a regular a submissão de infratores a tratamento compulsório, quando o delito praticado envolver o uso e consumo de substâncias que causem dependência.

Miguel Reale Júnior (2005, p. VIII) e Janaína Paschoal (2005, p. 2) ressaltam que no Brasil há experiência positiva da aplicação da Justiça Terapêutica, na qual o autor do delito de portar tóxico para uso próprio adere a um tratamento de forma voluntária e não por imposição da justiça, referindo-se a modelo utilizado pela Promotoria do Juizado Criminal do bairro de Santana, na capital de São Paulo.

Posição essa que reforça a existência de diferentes modelos que podem ser denominados de Justiça Terapêutica, sem que isso signifique a adoção dos rígidos procedimentos das Drug Courts.

Ulysses Gonçalves Júnior (2005, p. 164, 166) enxerga a proposta da Justiça Terapêutica como algo que já apresenta resultados e que atua não apenas nas questões jurídicas, mas levando em conta a redução de danos e a interdisciplinaridade. Para ele, a sanção penal deve visar ao tratamento e com isso a recuperação do indivíduo e sua reinserção social.

Alexandre de Moraes (SÃO PAULO, 2007) foi enfático ao defender o tratamento como condição da suspensão do processo para usuários que tenham sido presos [...] “Assim como o traficante deve receber tratamento duro, rigoroso, as pessoas presas por consumir drogas também devem receber tratamento terapêutico intensivo em troca da suspensão do processo”¹³³.

Uma questão de ordem prática é o constante caos dos serviços públicos de saúde, mormente nessa área. A existência de poucos programas voltados a drogas e quase todos localizados em capitais e cidades grandes. As filas de espera desses programas são uma triste realidade no nosso país e nos processos judiciais não há previsão de suspensão ou interrupção de prazos para espera de tratamento.

¹³³ Na mesma direção Valter Santin (2001, n. 196, p. 81-89) onde conclui, dentre outras coisas, que: “O Ministério Público pode propor as condições de tratamento ambulatorial e frequência a reuniões de grupos de narcóticos anônimos ou similares, terapias adequadas e recomendadas para o autor de crime de porte de entorpecentes”. Na mesma linha Reynaldo Moutinho Costa (2007), bem como Carvalho (1996, ano 58, v. 173, p. 24-25).

Como visto defensores da Justiça terapêutica defendem que sempre o tratamento fará algum efeito. É o caso de Arnaldo Maranhão Neto (2003, p. 54):

As modernas técnicas psiquiátricas afirmam que, em se tratando de dependência de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas algum tratamento é melhor que nenhum tratamento e, normalmente, o primeiro tratamento pode ser compulsório, haja vista que estamos falando de afastar alguém de uma fonte de prazer, pois é cientificamente comprovado que o processo de dependência química acarreta satisfação ao consumir a droga.

No questionário elaborado pelos idealizadores da expressão Justiça Terapêutica são apontadas as seguintes vantagens em sua adoção:

- a) Permite a solução do problema legal, ou seja, da infração cometida, como problema de saúde que envolve o uso de drogas;
- b) Evita a prisão e oferece ao infrator a possibilidade de receber atendimento profissional especializado;
- c) Aumenta a probabilidade de se romper o binômio droga-crime;
- d) Diminui a reincidência da conduta infracional e o comportamento recorrente do uso de drogas com conseqüente redução na criminalidade;
- e) Reduz o custo social, por ser o encarceramento mais caro que a atenção à saúde;
- f) O infrator tem seus processos arquivados, não constando mais, ao final, antecedentes criminais¹³⁴.

Ednarg Marques (2003, n. 10, p. 189-197) concluiu que a proposta da Justiça Terapêutica está em conformidade com a moderna política criminal e que se propõe a ser uma medida alternativa à prisão. A Justiça Terapêutica contribui para desestigmatizar os efeitos da privação de liberdade.

¹³⁴ Disponível em: <<http://www.anjt.org.br/index.thp?id=99&n=85>>. Acesso em: 24 fev. 2005

Elenca várias vantagens. Em geral o usuário não tem a iniciativa de buscar atendimento especializado; quanto mais cedo uma intervenção maior a probabilidade do usuário não se tornar um dependente; que as normas penais e processuais penais são geralmente impositivas; que se trata de um modelo aberto, novo e que pode ser aperfeiçoado, inclusive em sua nomenclatura.

A Comissão Nacional de Apoio ao Programa de Penas e Medidas Alternativas vinculada ao Ministério da Justiça¹³⁵, a qual fizemos parte até 2006, após amplo debate a respeito da Justiça Terapêutica realizado em São Luís (MA), no dia 01.07.2003, concluiu ser possível a obrigatoriedade do encaminhamento para tratamento do dependente envolvido com a justiça criminal, após prévia avaliação de equipe técnica de saúde, todavia o tratamento não poderia ser compulsório, e sim decidido pelo agente.

Como já demonstrado, no país não há, até o momento, nenhuma unidade judicial criminal para maiores penalmente, nos moldes das Drug Courts dos EUA.

Entendemos que, só seria possível, através do Congresso Nacional. Portanto, não se importou o modelo estadunidense.

Para um trabalho sério é preciso que os setores do judiciário que trabalhem com usuários tenham equipe interdisciplinar, formada pelo menos por psicólogo e assistente social e que não haja usurpação de funções entre a justiça e a área de tratamento¹³⁶.

Os principais argumentos pró-Justiça Terapêutica apontados são:

¹³⁵ Em setembro de 2000, o Ministério da Justiça brasileiro criou a Central Nacional de Apoio e Acompanhamento das Penas e Medidas Alternativas, a fim de instituir e fomentar políticas públicas em relação às alternativas penais. Em 27.02.2002 foi instituída uma comissão nacional de apoio às penas e medidas alternativas formada por operadores do direito e técnicos da área de saúde e educação. A central e a comissão nacional atualmente vinculam-se ao Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN).

¹³⁶ Referindo-se a fundamental intervenção de técnicos, no trabalho de motivação e convencimento de indivíduos submetidos a penas restritivas de direitos, Cezar Bitencourt (2002, v. 1, p. 42) assim se posiciona: “[...] é indiscutível que o sucesso ou insucesso dessas modalidades de sanções está diretamente ligado à aceitação e contribuição do sentenciado, o qual, através dos assistentes técnicos (assistentes sociais, psicólogos e terapeutas etc.), deverá ser conscientizado da importância, sentido e finalidade das referidas penas alternativas”.

- a) A grande diferença entre o duro programa das Drug Courts e as experiências da justiça brasileira;
- b) A substituição do encarceramento pelo tratamento;
- c) Uma abordagem judicial criminal mais humana não aplicando aos infratores doentes as mesmas espécies de sanções penais que as aplicadas aos que não têm problemas significativos com as drogas;
- d) A utilização da justiça criminal como fator coercitivo externo de tratamento;
- e) A maioria das experiências nacionais apenas facultam o tratamento, que só é compulsório nos casos previstos no ECA desde 1990;
- f) O indivíduo com graves problemas com as drogas tem sua autonomia individual comprometida, com o tratamento poderia haver a restauração;
- g) As práticas da justiça criminal brasileira não interferem na área de saúde, responsável pelo tratamento, não se exigindo abstinência, dosagens, quebra de sigilo profissional, nem compromisso com a cura;
- h) Qualquer tratamento é melhor que nenhum e as pesquisas vêm demonstrando que o chamado tratamento compulsório apresenta resultados mais satisfatórios que os voluntários, pois tudo vai depender da motivação dada pelos responsáveis pelo tratamento.

O que observamos nos argumentos desfavoráveis é que se confunde erroneamente Justiça Terapêutica com as Drug Courts dos EUA e suas rígidas regras de tratamento, que são permitidas pelo flexível sistema da common law, o que é um enorme equívoco provocador de graves erros de interpretação por parte de especialistas das mais diversas áreas do Brasil.

Desde 1990 o ECA, por exemplo, determina como medida sócio-educativa, tratamento compulsório para casos de adolescente que pratiquem atos infracionais e sejam usuários disfuncionais de substâncias e praticamente ninguém se volta contra essa medida na doutrina, pelo contrario o ECA é sempre apontado como uma das normas mais modernas, ate mesmo por seus críticos.

Tanto a Lei Maria da Penha, quanto o Estatuto do Idoso facultam expressamente ao juiz a imposição de tratamento, sem que essas disposições tenham sido consideradas ilegais ou inconstitucionais pelos técnicos de saúde e de direito. O que parece ter havido foi uma desinformação geral a respeito do programa de Justiça Terapêutica e o entendimento que era algo novo e importado dos EUA.

CAPÍTULO 8 - RELAÇÃO DA JUSTIÇA TERAPÊUTICA E PRINCÍPIOS DA AUTONOMIA, DA AUTONOMIA E DA BENEFICÊNCIA NA BIOÉTICA, DA LEGALIDADE, DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA, DO DIREITO À INTIMIDADE. ANTIPROIBICIONISTAS E INTERVENÇÃO DO DIREITO. LEGITIMIDADE DE INTERVENÇÃO DO DIREITO. PROPOSTAS

Grande parte das objeções à Justiça Terapêutica, referem-se a alegação de que o encaminhamento judicial a tratamento fere princípios como o da dignidade da pessoa humana, da autonomia individual e direito à privacidade.

O tratamento do dependente ou usuário abusador encaminhado pela justiça criminal afronta diretamente a autonomia do ser humano? Essa medida se fundamenta em uma idéia de beneficência que seria imposta pelo terapeuta e pela sociedade ao paciente?

A questão da autonomia do indivíduo está diretamente relacionada às garantias individuais e aos direitos fundamentais.

Faz-se mister a concepção de direitos individuais, a fim de verificarmos, se a adoção da Justiça Terapêutica fere ou não a autonomia individual conquistada pelo ser humano, de modo mais marcante, após a Idade Média.

8.1 A AUTONOMIA

Com a decadência gradual da sociedade feudal, rural e agrícola da Idade Média, após um longo período de sangrentas revoluções e batalhas, foi surgindo o Estado Moderno e com ele a nova classe social da burguesia que ascendeu ao poder político.

A partir da modernidade, entre o século XVII e o XVIII, assistiu-se à aurora do primeiro ciclo de afirmação dos direitos humanos no mundo, onde se buscou uma diminuição da esfera de atuação do Estado e uma esfera de autonomia individual em face de seu poder¹³⁷.

Através das revoluções burguesas, atacou-se o poder absoluto da Monarquia, rumando-se para um Estado desconcentrado da figura do soberano, mais fracionado e garantidor dos direitos civis, sendo decisiva a consolidação da teoria da divisão e equilíbrio entre os poderes mais bem sistematizada pelo Barão de Montesquieu na obra “Do espírito das leis” de 1748.

O Barão de Montesquieu (1979, p. 145-149) embora reconheça a excelência da liberdade no indivíduo poder fazer o que quer, entende que essa liberdade é limitada pelas leis, pois “A liberdade é o direito de fazer tudo o que as leis permitem; se um cidadão pudesse fazer tudo o que elas proibem, não teria mais liberdade, porque os outros também teriam tal poder”

A busca da liberdade e igualdade iniciou-se com a tentativa de afirmação e reconhecimento dos direitos civis e políticos e a conseqüente redução dos tentáculos sufocantes do Estado.

A maioria da população que só tinha deveres passou a exigir direitos em diversos campos como a liberdade da crença religiosa, da expressão do pensamento, manutenção da segurança, preservação da vida, fruição da propriedade, resistência à tirania e arbítrio, que foram se constituindo em direitos fundamentais do indivíduo.

Assim sendo essa primeira fase foi sem dúvidas de consolidação e fortalecimento das liberdades individuais, fazendo surgir as declarações de direitos como um movimento social contra o arbítrio e o poder estatal, contra o antigo regime (FERREIRA, 1993).

Mais tarde se alcançaram as liberdades coletivas e a igualdade política.

¹³⁷ Esses direitos da liberdade também são catalogados como direitos de primeira geração, que nas palavras de Paulo Bonavides (2000, p. 517) são “os primeiros a constarem do instrumento normativo constitucional, a saber, os direitos civis e políticos, que em grande parte correspondem, por um prisma histórico, àquela fase inaugural do constitucionalismo do Ocidente”.

Nesse primeiro período de conquista de liberdades individuais frente ao despotismo estatal foram vitais processos revolucionários havidos na Inglaterra, EUA e França, que fizeram eclodir uma revolução sem precedentes na novel concepção do Estado e na sua relação com seus súditos.

Na Inglaterra, houve as Revoluções de 1640 (Puritana) e de 1688 (Gloriosa), que culminaram na Declaração de Direitos de 1689 (Bill of Rights). Destacaram-se intelectuais como John Locke e Thomas Paine.

Nos EUA fato marcante foi a sua independência em 1776, onde se podem citar pensadores como Madison, Hamilton Jay e Thomas Jefferson.

Na França, a grande divisora de águas na história mundial foi a Revolução Francesa de 1789, que provocou a abolição da propriedade feudal em favor da burguesia. Sobressaem-se Montesquieu, Voltaire e Rousseau (MONDAINI, 2006, p. 21-23).

Jean-Jacques Rousseau (1978, p. 19-39) na sua obra "Do contrato social" de 1762 entende que com o contrato social o homem perde sua liberdade natural, que é um direito ilimitado, mas ganha a liberdade civil e propriedade. Para ele, enquanto a liberdade natural só tem como limites as forças do indivíduo, a liberdade civil se limita pela vontade geral.

A declaração dos direitos do homem e do cidadão de 1789, fruto da Revolução Francesa, a respeito da liberdade preconiza, em seu item IV, que:

A liberdade consiste em poder fazer tudo aquilo que não prejudique a outrem. Assim, o exercício dos direitos naturais de cada homem não tem outros limites senão os que assegurem aos outros membros da sociedade o gozo desses mesmos direitos; esses limites não podem ser determinados senão pela lei (MONDAINI, 2006, p. 66).

A liberdade individual, inclusive no auge do liberalismo clássico, sempre teve como marco o respeito aos direitos dos demais membros da sociedade.

A Declaração de Direitos da França de 1793 foi um documento fortemente influenciado pelas idéias de Rousseau. Nela se estabelece, mais uma vez, a idéia que os meus direitos acabam quando começam os dos outros e que cabe ao Estado a manutenção dessa ordem de coisas. Dispõe o art. 6º que:

A liberdade é o poder pertencente ao homem de fazer tudo o que não prejudica os direitos alheios: ela tem por princípio a natureza; por regra, a justiça; por salvaguarda, a lei; seu limite moral é expresso na seguinte máxima: não faças a outrem o que não queres que te seja feito (COMPARATO, 2003, p. 157-160).

Max Weber (1988, p. 43-44)¹³⁸ descreveu o Estado organizado, a partir do iluminismo, como um aparato administrativo que tem por fim prestar serviços públicos e deter o monopólio da violência coercitiva, para se garantir a paz social. O Estado liberal no século XVIII tinha uma feição individualista e baseada em pacto entre os homens de cunho meramente utilitário. O Estado moderno pouco a pouco abandona sua feição liberal e chega à fase intervencionista, onde a sanção quer representar uma proteção social e prevenção do delito, ao invés de um castigo.

No final do século XIX, o individualismo jurídico, tonificado após o feudalismo, foi fortemente atingido por significativas mudanças econômicas, sociais e políticas, sendo redesenhado o Estado e o direito, que foi abandonando sua postura de apenas assegurar e garantir os direitos individuais, para passar a suprir as demandas coletivas.

As normas de ordem pública cada vez mais concedem ao Estado poder de requisitar, intervir, policiar, de punir, em nome da prevalência do bem coletivo.

O Estado tem, na verdade um poder-dever, ele não pode deixar de agir, sob pena de omissão, uma vez que sua legitimidade advém da lei (DI PIETRO, 2006, p. 82-85), pois o poder de polícia do Estado foi ampliado e com ele as normas relativas à ordem pública, aumentaram-se de forma crescente.

¹³⁸ Na visão de Kelsen (1990, p. 191) o Estado é uma comunidade formada pelo direito, que é uma ordem coercitiva.

Não sem significado que filósofos de diferentes escolas, como, por exemplo, Kant representante da deontologia da razão e John Stuart Mill da escola utilitarista, apesar de defenderem a importância moral do respeito pela autonomia das pessoas, preconizam a necessidade imperiosa de limitações a essa autonomia.

Kant (apud ALMEIDA, 1996, p. 59) defende que o autogoverno é condição fundamental para se considerar alguém como agente racional e afirma que: “a autonomia é, portanto, o solo indispensável da dignidade da natureza humana ou de qualquer natureza racional”. Porém, isso só seria concreto à medida que o exercício dessa autonomia estivesse em conformidade com o “imperativo categórico” da consciência moral.

Em sendo assim, Kant (apud SARLET, 2001, p. 43) entende que o direito de liberdade, direito natural por excelência, abrange todos os direitos e pertence a todo homem devido a sua própria humanidade. Todavia, esse direito de liberdade apenas é limitado pela liberdade coexistente dos demais homens.

Imprescindível foi a atuação do filósofo e economista inglês John Stuart Mill que com suas idéias ajudou a repensar o liberalismo clássico, dando ensejo ao liberalismo democrático, através da defesa do alargamento do Estado liberal e da noção de liberdade. No seu ensaio “A liberdade” de 1859, Mill identifica a grande dificuldade de delimitação da natureza e do poder que a sociedade pode exercer sobre o indivíduo, que denominou de Liberdade Social ou Civil. No referido trabalho afirma Mill (2000, p. 5-25):

[...] que a autoproteção constitui a única finalidade pela qual se garante à humanidade, individual ou coletivamente, interferir na liberdade de ação de qualquer um. O único propósito de se exercer legitimamente o poder sobre qualquer membro de uma comunidade civilizada contra sua vontade, é evitar dano aos demais [...] Quando algum indivíduo pratica um ato prejudicial a outros, configura-se um caso *prima facie* para puni-lo, quer mediante lei, quer, quando não se puderem aplicar com segurança as penalidades legais, mediante desaprovação geral.

É verdade que o indivíduo, como assevera Mill (2000, p. 5-25), é responsável por suas próprias ações, contudo não deve produzir mal a outrem:

Não pode ser legitimamente compelido a fazer ou a deixar de fazer por ser melhor para ele, porque o fará feliz, porque, na opinião dos outros, fazê-lo seria sábio ou mesmo acertado. Essas são boas razões para o advertir, contestar, persuadir, instar, mas não para o compelir ou castigar quando procede de outra forma. Para justificar esse exercício do poder, é preciso mostrar-lhe que a conduta que se pretende impedi-lo de ter produzirá mal a outrem [...] A única liberdade merecedora desse nome é a de buscar nosso próprio bem da maneira que nos seja conveniente, contanto que não tentemos privar outros do que lhes convém, ou impedir seus esforços de obtê-lo. Cada um é o guardião adequado de sua própria saúde, seja física, mental ou espiritual. A humanidade ganha mais tolerando que cada um viva conforme o que lhe parece bom do que compelindo cada um a viver conforme pareça bom ao restante.

A Declaração Universal dos Direitos do Homem aprovada pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 10.12.1948 é o coroamento das revoluções liberais-burguesas dos séculos XVII e XVIII, tendo como principal desiderato a proclamação dos direitos fundamentais da humanidade com o conseqüente respeito pela inviolabilidade da dignidade da pessoa humana, exceto quando o indivíduo atingir direitos e liberdades de outrem.

Estabelece o art. 29 da Declaração (ONU, 1948):

I) Todo o homem tem deveres para com a comunidade, na qual o livre e pleno desenvolvimento de sua personalidade é possível. II) No exercício de seus direitos e liberdades, todo o homem estará sujeito apenas às limitações determinadas pela lei, exclusivamente com o fim de assegurar o devido reconhecimento e respeito dos direitos e liberdades de outrem e de satisfazer as justas exigências da moral, da ordem pública e do bem-estar de uma sociedade democrática. III) Esses direitos e liberdades não podem, em hipótese alguma, ser exercidos contrariamente aos objetivos e princípios das Nações Unidas.

A Constituição da então União das Repúblicas Socialistas Soviéticas de 1977 assegurava a plenitude de direitos e liberdades socioeconômicos, políticos e pessoais, todavia ressaltava que “O usufruto dos direitos e liberdades pelos cidadãos não deve prejudicar os interesses da sociedade e do Estado, nem os direitos dos demais cidadãos” (MONDAINI, 2006, p. 135).

Alguns pensadores apontam o transcorrer dos anos de 1960 aos de 1970, como de passagem da modernidade para pós-modernidade. Aos poucos, minorias historicamente afastadas do processo civilizacional começaram a ter direitos reconhecidos, já que eram impedidas de manifestação pelo discurso racional-científico, sendo Michel Foucault um dos ícones dessa passagem (MONDAINI, 2006, p. 171).

Canotilho (1999, p. 1181) admite a dificuldade conceitual do vocábulo “liberdade”:

[...] posição jurídica fundamental é expressa pela categoria jurídico-dogmática de **liberdades**. Tradicionalmente ligado aos direitos de defesa perante o Estado (a liberdade seria um *Abwehrrecht*), o conceito de ‘liberdades’ permanece ainda bastante obscuro na doutrina.

Em pleno século XXI, não há uma conceituação hermética em relação à liberdade individual ou coletiva por parte dos estudiosos, apesar da suma importância do tema.

Na seara das drogas, Ulysses Gonçalves Júnior (2005, p. 109) entende que o delinquente usuário abusivo ou dependente tem comprometimento em sua autonomia, daí apóia o tratamento para recuperar o indivíduo “doente, sem vontade própria, sem autodeterminação”.

O usuário abusivo e o dependente de drogas, em geral, têm um comprometimento em sua autonomia de ação, uma vez que há uma afetação na capacidade de deliberação racional deles, o elemento volitivo entre o optar ou não já não está sob o controle completo da pessoa.

É o caso da droga se constituir uma finalidade em si mesma, tornando o indivíduo desprovido de qualquer outro interesse, a não ser a necessidade física ou psíquica de continuar consumindo, pondo em xeque muitos dos seus valores.

Não se pode olvidar que a autonomia individual na sociedade contemporânea é sujeita a numerosas limitações em detrimento do bem comum, já que a liberdade de fazer tudo o que se quer levaria a um caos social ainda maior. Entendemos que liberdade não quer dizer ausência de coação, porém não pode ser uma “coação anormal, ilegítima, amoral” (SILVA, J. A. da, 2007, p. 232).

Assim sendo, entendemos que se justifica a utilização de postulados da Justiça Terapêutica quando o infrator usuário abusivo ou dependente atinge o campo de autonomia de outrem, praticando um delito.

8.2 JUSTIÇA TERAPÊUTICA E BIOÉTICA

Como colocou Reinaldo Pereira e Silva (2003, p. 15), referindo-se à bioética e ao biodireito: “Não existe uma única reflexão bioética, e sim várias. Para cumprir missão assaz ambiciosa, o biodireito deve se envolver com uma reflexão bioética rigorosamente crítica”.

Podemos afirmar que postulados da Justiça Terapêutica se coadunam com os princípios da beneficência e da autonomia da bioética.

A beneficência do ponto de vista da ética médica tem raízes históricas seculares (ENGELHARDT JR, 1998, p. 160), pois buscar fazer o bem ao paciente e não prejudicá-lo (*primum non nocere*) são algumas máximas que são inferidas do juramento de Hipócrates (BARCHIFONTAINE; PESSINI, 1994, p. 19-20).

Na visão de Francisco Correia (1993, p. 25-30) a beneficência sempre teve primazia em relação aos princípios da conduta médica, todavia essa primazia foi limitada por alguns fatores como a definição do que seja o bem do paciente; a revisão do conceito de paternalismo existente na beneficência e o surgimento do critério de autonomia.

O informe Belmont (BARCHIFONTAINE; PESSINI, 1996, p. 51) ¹³⁹, promulgado em 1978, foi explícito ao rejeitar a secular concepção da beneficência como caridade, considerando-a de um modo mais radical como obrigação. Em decorrência foram inseridas duas regras como expressões complementares dos atos de beneficência: a de não causar dano e a de maximizar os benefícios e minimizar os possíveis riscos.

No passado, o critério dominante da beneficência preconizava uma relação médico-paciente fundada em virtude da ética tradicional, na qual o médico tinha um papel de ordenante, de sujeito e o paciente de objeto, de obediente, no qual apesar de se visar ao bem

¹³⁹ Relatório Belmont (Belmont Report) publicação fruto de uma comissão criada em 1974 pelo Congresso dos EUA (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research) objetivando identificar os princípios éticos básicos que deveriam direcionar as pesquisas de experimentação em seres humanos nas ciências do comportamento e na biomedicina. É conhecido por essa designação, por ter sido divulgada a publicação no centro de convenções Belmont em Elkridge, Estado de Mariland.

do paciente, privilegiava-se o papel do médico. Com o reconhecimento da relevância do princípio da autonomia na ética médica, mormente a partir da década de 1970, a relação médico-paciente passou a ser mais horizontal, mais de sujeitos autônomos e menos impositivos.

O princípio da beneficência sustenta o que pode ser denominado de moralidade de assistência social e solidariedade. É fato que diante da moralidade secular, toda pessoa é considerada dona do seu próprio corpo, tem autodeterminação, ou seja, tem o direito fundamental de ser deixada em paz. Aliás esse direito muito verificado na relação médico-paciente tem sua fundamentação no princípio do consentimento.

Para Engelhardt Jr (1998, p. 371-378) em três acepções de liberdade consiste a idéia de escolher livremente, no livre e informado consentimento: 1) capacidade de escolher; 2) estar desimpedido de compromissos anteriores ou autoridade justificada; 3) estar livre em relação à coação.

1. Para que o consentimento seja válido, o agente deve ser capaz de escolher livremente, ou seja, apto a entender e apreciar o significado e as conseqüências de seus atos, de maneira a ser imputável e responsável por suas ações. Contudo, não se enquadram no consentimento válido, nesse sentido de liberdade, à guisa de exemplificação, indivíduos muito jovens, sob excessivo efeito de substâncias psicoativas, delirantes, dentre outros incapazes de compreender seus próprios comportamentos ou de exigir que outros os respeitem na busca de seus objetivos.

Podemos dizer que nesse campo, encontram-se incluídos dependentes ou usuários de substâncias psicoativas que praticam delitos, sejam consumindo drogas ilícitas, sejam sob forte efeito de drogas ilícitas ou não, sem que seja hipótese de aplicação de medida de segurança.

2. Em razão da própria liberdade das pessoas, é possível que elas permitam ou negociem sua liberdade de escolher. Indivíduos transferem a outros o direito que era deles.

Ao cometer um crime, o indivíduo pode também perder o direito de recusar tratamento [...] Este e outros casos mostram que os indivíduos que têm liberdade para consentir, por serem competentes, talvez não sejam livres para tomar decisões a seu próprio respeito, porque sofrem restrições de compromissos anteriores, ou da válida autoridade de outros (ENGELHARDT JR, 1998, p. 373).

Há um interesse da sociedade que aquela pessoa não volte a delinquir, que não represente um custo elevado.

3. É possível que o indivíduo tenha liberdade para escolher livremente, esteja livre de restrições prévias e mesmo assim encontre-se em circunstâncias coercitivas. O consentimento válido é condicionado a não utilização de pessoas sem sua anuência, através da força injustificada, da fraude, da quebra de contrato, da omissão de informações devidas contra o inocente que não consentiu. Logo se deduz que a força, a fraude, a quebra de contrato não são erradas em si mesmas e por si mesmas, mas apenas quando usadas contra o inocente que não dá o seu consentimento.

Todavia, as decisões que as pessoas têm liberdade para tomar, dentro da moralidade secular, a partir do momento que entram em conflito com as normas criminais impostas à sociedade pelo direito penal, não devem prevalecer, sob pena de um caos social.

Enxergamos aplicação da beneficência na Justiça Terapêutica, no sentido do interesse em garantir o bem das pessoas dependentes ou usuárias abusivas, proporcionando meios para que possam mais livremente deliberar sobre suas futuras ações evitando a prática de delitos que atinjam terceiros, apesar de reconhecermos que são divergentes as concepções de mal e bem.

Do ponto de vista bioético, diante do seu princípio da autonomia, cabe-nos investigar, se a Justiça Terapêutica é sustentável. Não se pode negar que a diversidade moral é uma realidade na humanidade, assim a bioética é algo plural, cujo objeto está em constante mutação, já que é um mito a concepção que existe uma moralidade concreta disponível a

todos, através da reflexão racional. As sociedades ocidentais hodiernas são seculares, pluralistas.

Em artigo intitulado “A Bioética no Século XXI”, Volnei e Costa Garrafa, Sérgio Costa e Gabriel Oselka (2000, p. 22) asseveram que:

Existe um núcleo de questões que precisa ser reconduzido dentro de regras de caráter moral, e não sancionado juridicamente; e outro, no qual estas questões devem ser mais rigidamente sancionadas e, portanto codificadas. O primeiro aspecto se refere ao pluralismo, à tolerância e à solidariedade, prevalecendo a idéia de legitimidade. O segundo diz respeito à responsabilidade e à justiça, em que prevalece a idéia de legalidade.

Emílio Augustinis e Cláudio Cohen (1998, v. 6, n. 1, p. 55-59) afirmam que uma das áreas de maior conflito que a bioética tem lidado emerge da aplicação de novos valores sociais numa sociedade pós-moderna, ou melhor, como compatibilizar a dignidade e a autonomia do indivíduo, do seu emocional em relação à diária evolução tecnológica.

Na bioética não se aceita, nem se busca o monopólio da verdade e do saber, pois como defende Engelhardt Jr (1998, p. 21-50) não há como evitar a pressuposição politeísta em questões de moralidade secular e de bioética, uma vez que o politeísmo da pós-modernidade é o reconhecimento da pluralidade radical das visões morais e metafísicas. Na própria ética e bioética existem grandes conflitos.

Algo fundamental é a diferenciação entre o que se entende por autonomia e o princípio da autonomia, um dos princípios fundamentais da bioética.

Pode-se conceituar autonomia como a capacidade de pensar, decidir e agir, de forma livre e independente, com base em tal pensamento e decisão, isto é, a capacidade. Nem toda liberdade é autonomia, porém a autonomia é uma categoria da liberdade.

Uma coisa, na esfera da ação, é a liberdade, o fazer o que se quer; outra coisa é se agir autonomamente, mas com deliberação racional, relacionada ao conceito aristotélico de racionalidade como atributo exclusivo do ser humano.

A autonomia de pensamento se refere à tomada de decisões, acreditar em algo, ter preferências estéticas e ajuizamentos críticos.

A autonomia da vontade ou de intenção se constitui na liberdade de decidir realizar algo, baseado nas próprias deliberações ou idéias como a força de vontade.

Pode-se dizer que a autonomia de ação é a liberdade de agir embasada no pensamento e vontade autônomos.

Pode-se encarar a autonomia como originada de escolhas deliberadas, um Estado de caráter, contudo há questões que afetam a qualidade da autonomia e a sua intensidade como os defeitos no raciocínio; defeitos na estabilidade dos próprios desejos; defeitos na informação a qual o indivíduo tem acesso e fundamenta sua escolha e defeitos no controle individual dos desejos e ações.

Fundamental para conclusão do amparo bioético a uma sensibilização a tratamento de dependência ou uso abusivo de um infrator, que se envolve com o campo penal é a compreensão do princípio da autonomia, que se constitui em requisito moral de respeito pela autonomia dos outros.

Marcos de Almeida (BARCHIFONTAINE; PESSINI, 1996, p. 56-59), comentando sobre os princípios fundamentais da bioética, observou que há um consenso no sentido de que as pessoas querem ver sua autonomia respeitada e em certo grau e em certas circunstâncias respeitar a autonomia dos outros. Contudo, em se tratando de autonomia de ação, faz-se mister um certo grau de restrição, sob pena de se ter que aceitar todo tipo de ação, embora as conseqüências para os demais sejam lesivas, danosas.

É indispensável o respeito pela autonomia do outro, desde que não resulte em dano aos demais e que a pessoa a ser respeitada tenha capacidade de ser melhorada pela discussão livre e igual.

Maria Marchi e Rachel Sztajn (1998, v. 6, n. 1, p. 39-45) identificaram o verdadeiro embate existente entre o exercício da autodeterminação advindo de regras postas pela própria pessoa ou por ela reconhecidos de modo espontâneo; e, por outro lado, circunstâncias nas quais o indivíduo é obrigado a obedecer a regras propostas por outrem, pelas normas consuetudinárias ou legais.

É a autonomia versus a heteronomia, sendo um dos papéis mais relevantes da bioética discutir sobre esse tema.

Devemos ressaltar que as implicações envolvendo a Justiça Terapêutica e a bioética está apenas em sua fase inicial e que carecem de ampla investigação e pesquisa, portanto estão muito distantes de qualquer conclusão final, por isso apenas buscamos fazer impressões exordiais, que reconhecemos, são inconclusivas, mas suficientes para defendermos a possibilidade, diante da bioética, de se utilizar a justiça penal como fator de motivação externa para sensibilizar o infrator dependente ou usuário abusivo para tratamento referente a drogas ilícitas ou não.

8.3 A LEGALIDADE

Cabe-nos apreciar o princípio da Legalidade, o qual garante o princípio da dignidade humana, que é o principal escopo do sistema de justiça penal (HASSEMER, 1998, p. 22).

É verdade que, através da observância do princípio da legalidade se dá uma limitação ao jus puniendi, porém podemos dizer que o tratamento ao usuário dependente ou abusivo que pratica delitos pode ser mais favorável que a cominação das sanções elencadas nas leis penais. Podendo haver, inclusive, a analogia in bonam partem.

Para Cláudio Brandão (2002, p. 164): “A analogia que beneficia o réu, contribuindo para estender a sua liberdade, não contradiz o Princípio da Legalidade porque a sua ratio é sempre pro libertatis”.

Se for levado em consideração o preceito constitucional da legalidade do art. 5º II “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei”, constata-se que não há claramente qualquer disposição legal que vede práticas de tratamento terapêutico a dependentes ou usuários abusivos que pratiquem delitos.

O artigo 196, da Constituição Federal atribui ao Estado a responsabilidade de assegurar a todos saúde.

É fundamental situarmos a noção de direitos individuais, no constitucionalismo hodierno, podendo-se concebê-los como aqueles direitos “que reconhecem autonomia aos particulares, garantindo iniciativa e independência aos indivíduos diante dos demais membros da sociedade política e do próprio Estado” (SILVA, J. A. da, 2007, p. 183).

Conforme já frisado, o ser humano é dotado de um poder de arbítrio, ele tem capacidade para se autodeterminar, porém esse arbítrio não é completamente livre, pois na sociedade atual, o Estado tende a privilegiar os interesses coletivos, o que provoca conflitos interpessoais (FRANÇA, 2001, p. 384).

8.4 DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

A Constituição brasileira de 1988 consagra pela primeira vez, em seu artigo primeiro, a dignidade humana¹⁴⁰ como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil.

A noção de dignidade humana sofreu lenta evolução ao longo dos séculos, mas consiste basicamente no reconhecimento da diferença do ser humano em relação às coisas e aos animais, especialmente por suas condições de racionalidade e de autonomia. Não há como conceituar precisamente “dignidade humana”, devido aos seus contornos vagos e imprecisos.

¹⁴⁰ Só houve a positivação constitucional do princípio da dignidade humana no século XX, mormente após a segunda guerra mundial, exceto raras exceções como a Constituição Alemã (de Weimar) de 1919 no art. 151, I; Constituição Portuguesa de 1933, art. 6, nº3 e no preâmbulo da Constituição da Irlanda de 1937 (SARLET, 2001, p. 101).

Cármén Rocha (1999, ano 1, n. 4, p. 24, 26) afirma que a expressão tem um significado:

[...] poroso e ambíguo... Dignidade é o pressuposto da idéia de justiça humana, porque ela é que dita a condição superior do homem como ser de razão e sentimento. Por isso é que a dignidade humana independe de merecimento pessoal ou social. Não se há de ser mister ter de fazer por merecê-la, pois ela é inerente à vida e, nessa contingência, é um direito pré-estatal...A dignidade é mais um dado jurídico que uma construção acabada no direito, porque firma e se afirma no sentimento de justiça que domina o pensamento e a busca de cada povo em sua busca de realizar as suas vocações e necessidades.

Nos dizeres de Fábio Comparato (1999, p. 20):

[...] a dignidade da pessoa (humana) não consiste apenas no fato de ser ela, diferentemente das coisas, um ser considerado e tratado como um fim em si e nunca como um meio para a consecução de determinado resultado. Ela resulta também do fato de que, por sua vontade racional, só a pessoa vive em condições de autonomia, isto é, como ser capaz de guiar-se pelas leis que ele próprio edita.

Assim sendo a dignidade da pessoa humana é um dos pressupostos básicos do Estado democrático de direito e visa a estabelecer direitos e garantias, assegurando ao indivíduo um tratamento digno e igualitário na sua relação com a sociedade e com o Estado, bem como engloba o respeito e a proteção à integridade física e corporal da pessoa.

Dessa proteção decorrem, por exemplo, no sistema legal brasileiro, a vedação da pena de morte, salvo em caso de guerra declarada; da pena de trabalhos forçados; de penas cruéis; tortura; o estabelecimento de regras relativas aos transplantes; aos experimentos humanos etc.

A cada direito individual contrapõe-se o respectivo dever de observância do direito do outro, ou seja, os deveres decorrem dos direitos na medida em que cada titular de direitos individuais tem o dever de identificar e observar igual direito do outro, devendo-se comportar nas relações interpessoais, de forma tal que entenda que a dignidade do próximo deve ser respeitada como a sua própria (SILVA, J. A. da, 2007, p. 183).

Os interesses particulares, individuais referem-se às conveniências de cada um singularmente considerado, todavia há, outrossim, outro tipo de interesse das pessoas como partícipes da sociedade a qual pertencem, é o interesse público, da coletividade como um todo.

8.5 DIREITO À INTIMIDADE

Estabelece a vigente Constituição brasileira, em seu art. 5º, X, que são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, cabendo indenização por dano que decorra de sua violação. No tocante à utilização de sanções penais há uma delicada equação a ser resolvida pelo Estado entre a proteção da intimidade e da vida privada do indivíduo e a preservação da ordem pública, visando à manutenção da sociedade.

Para Alexandre de Moraes (2001, p. 15) e Ivette Ferreira (1994, ano 2, n. 5, p. 100), o retro-mencionado inciso constitucional não foi preciso terminologicamente, entendendo que em sentido amplo, a expressão “direito à privacidade” abrange todas as manifestações da vida privada e da personalidade. O referido inciso pode ser atenuado em virtude do critério da proporcionalidade (MORAES, 1999, p. 85).

Celso Bastos (1998, p. 172) abordando a evolução dos direitos individuais, nos quais se inclui o direito à intimidade e vida privada, afirma que anteriormente os direitos individuais existiam para proteger o indivíduo contra o Estado, todavia a natureza dos direitos protegidos mudou e “muitas vezes é necessário proteger o grupo e não o indivíduo isoladamente”.

O direito à intimidade não é absoluto, ilimitado na vida em sociedade, coletiva. Muitas vezes os interesses individuais cedem ao interesse coletivo, como por exemplo, nas hipóteses de quebra de sigilo (GONÇALVES JÚNIOR, 2005, p. 54-55)¹⁴¹.

¹⁴¹ A Lei 4.117/62 prevê a interceptação da telecomunicação; a Lei 4.595/64 trata da quebra de dados bancários; a Lei 9.034/95 que combate as organizações criminosas prevê o acesso a dados, documentos e informações fiscais, bancárias, financeiras e eleitorais e a Lei 9.296/96, regulamentam o dispositivo constitucional do art. 5º, XII, permitindo a escuta telefônica na área criminal. Nenhuma dessas normas foi considerada inconstitucional.

O judiciário brasileiro vem se manifestando que a criminalização da aquisição ou posse para uso próprio não quebra o princípio constitucional da violação à intimidade com distintos argumentos, por exemplo: porque representa perigo à coletividade (Ap. Crim. 211.041-3, Mairiporã, 4ª Câm. Crim. Rel. Ary Belfort, 9 out.1996); por representar perigo à saúde pública (Ap. Crim. 192.793-3, Ribeirão Preto, 4ª Câm. Crim. Rel. Bittencourt Rodrigues, 27 dez.1995); porque o dispositivo constitucional não se aplica a quem esteja cometendo delitos previstos na legislação em vigor (TJSP, RT649/254).

Em uma relação terapêutica de qualquer natureza, é fundamental a relação de confiança e confidencialidade, entre quem trata e quem é tratado. A própria legislação protege o sigilo profissional, devendo-se resguardar a divulgação da intimidade de pacientes, assim o terapeuta tem de ter o extremo cuidado de não se tornar um informante da justiça penal. Contudo, a legislação processual penal sempre permitiu o acesso de laudos, pareceres de saúde e exames aos operadores do direito, inclusive em situações mais extremas que as da Justiça Terapêutica, como no caso das medidas de segurança e de interdição civil, sem que isso compromettesse o direito constitucional à intimidade.

8.6 ANTIPROIBICIONISTAS E INTERVENÇÃO DO DIREITO

Os antiproibicionistas, apesar de defenderem a liberdade no consumo de substâncias psicoativas admitem que deve haver alguma espécie de intervenção no consumo problemático de drogas, quando direitos de terceiros forem atingidos e prejudicados.

Douglas Husak (2003, p. 51-52) defende ser o consumo de qualquer droga um direito do cidadão, assim como se tem o direito de escolher um alimento, religião ou mesmo consumir tabaco e que não deve haver uma política do Estado sobre drogas. Todavia admite o controle do Estado sobre o consumo de drogas “quando as considerações utilitárias resultam o suficientemente convincentes como para anular o direito a consumir drogas. Quando sucede isto? Desde logo quando criamos um risco importante e injustificável”.

Da mesma forma Sebastian Scheerer (2003, p. 64) advoga a plena liberdade do consumo de drogas em uma sociedade aberta e livre, todavia admite que “em uma sociedade aberta a liberdade acaba quando começa a prejudicar aos demais”.

Bustos Ramírez (1990, p. 102-103), de igual modo, aduz que em um sistema democrático, calcado na liberdade e dignidade da pessoa, nem o Estado nem ninguém pode impor uma concepção de moral, muito menos pela força “exceto no caso quando disso se derivasse um prejuízo para outro”.

Inclusive Milton Friedman (2007)¹⁴², mentor da legalização liberal, que propõe a livre circulação das drogas conforme as leis de mercado, sujeitos a poucos controles estatais, admite o acionamento da lei quando o uso de um indivíduo atinja a outrem, cabendo uma espécie de reparação de danos.

Maria Lúcia Karam (2004, v. 12, n. 47, p. 360-385) é outra que defende a atipicidade da posse de drogas para consumo pessoal ou o consumo, por serem condutas privadas, desde que não tragam um perigo imediato, concreto e direto para outras pessoas.

Na mesma esteira Salo de Carvalho (2006, p. 256-257), referindo-se à indevida intervenção na esfera da interioridade do indivíduo, advoga que deve ser conferido ao sujeito a possibilidade de plena resolução sobre os seus atos “desde que sua conduta exterior não afete (dano) ou coloque em risco factível (perigo concreto) bens jurídicos de terceiros. **Apenas nestes casos (dano ou perigo concreto) haveria intervenção penal legítima**” (grifo nosso).

Não se pode negar a necessidade do direito, especialmente o penal, que detém a última instância de controle social, através de normas antecedentes ao delito (MUÑOZ CONDE, 2005, p. 14), de se aprofundar cada vez mais na questão das drogas e suas múltiplas relações, inclusive com a saúde do indivíduo, o bem-estar da coletividade e as implicações econômicas envolvendo gastos com prevenção, combate e tratamento.

¹⁴² Disponível em: <www.druglibrary.org/special/friedman/socialist.htm>. Acesso em: 1 jul. 2007.

8.7 LEGITIMIDADE DE INTERVENÇÃO DO DIREITO

Já na década de 1960, João Gonzaga (1963, p. 81-88) entendia que o dependente apenas deve receber a imposição de sanções penais quando em consequência do seu Estado, atue sobre o mundo exterior, atingindo interesses alheios.

Atualmente vivemos numa sociedade de risco, marcada por crises e conflitos próprios de uma sociedade pós-industrial, caracterizada pelo crescimento dos crimes de perigo abstrato, dos bens jurídicos supra-individuais, coletivos ou difusos (SILVEIRA, 2003, p. 219-221). Sociedade que incrementa a severidade do direito penal com a contínua abertura dos tipos penais (SALVADOR NETTO, 2006, p. 175-177).

Hans Jescheck (1993, p. 8) ressalta que um dos papéis principais do direito penal consiste na proteção da sociedade, visando a assegurar a paz pública e a liberdade de cada indivíduo rompendo com o domínio dos mais poderosos, para que todos tenham o livre desenvolvimento de sua personalidade.

No Estado democrático de direito, o direito penal deve proteger bens jurídicos de origem constitucional, bem como conter o próprio Estado no tocante a sua atividade punitiva, sempre se realçando que o interesse coletivo sobrepõe-se ao individual.

Logo, em toda sociedade organizada vigora como condição de existência o princípio da supremacia do interesse público sobre o privado (MELLO, 2004, p. 86-90). Evidentemente que todo o abuso deve ser invalidado quer por parte do Estado, quer pelo particular. Mas em defesa de interesses legítimos coletivos, públicos, o Estado pode e deve atuar, valendo-se, em último caso, dos instrumentos do direito penal.

Na visão de Jorge de Figueiredo Dias (1982, n. 31, p. 43), o direito penal tem a “função exclusiva de proteção dos bens fundamentais da comunidade, das condições sociais básicas necessárias à personalidade de cada homem e cuja violação constitui o ‘crime’”.

O direito penal é o meio de controle social mais formalizado com o seu arsenal coercitivo.

Em relação aos fins do direito penal atualmente, tem-se que ele precisa proteger de forma individual aos indivíduos, mas também necessita defender a sociedade, por outro lado, da ação abusiva do delinqüente.

Claus Roxin (1986, p. 76), referindo-se ao papel do direito penal no Estado de direito entende que ele:

Protege, portanto, o indivíduo de uma repressão desmesurada do Estado, mas protege igualmente a sociedade e os seus membros dos abusos do indivíduo. Estes dois componentes – o correspondente ao Estado de Direito e protetor da liberdade individual, e o correspondente ao Estado Social e preservador do interesse social mesmo à custa da liberdade do indivíduo -, sendo objeto de abstratação conceptual, implicam características próprias.

O direito penal não deve ter ingerência na esfera íntima de liberdade dos indivíduos, sob pena de se ferir princípios como da autonomia e direito à privacidade, bem como o da dignidade da pessoa humana, porém não se pode olvidar que há legitimidade tanto jurídica como política da intervenção penal sempre que alguém exorbite da sua esfera de livre atuação e invada nocivamente a liberdade de outrem, ferindo-lhe um interesse relevante protegido pelo Estado (QUEIROZ, 1998, p. 110).

O Estado passa, em nossos dias, por tamanhas transformações que o direito penal precisa ser constantemente revisto, pois: ¹⁴³

[...] o direito penal não tem como dar conta dos novos desafios contemporâneos, valendo-se das antigas ferramentas e teorias [...] O fenômeno da globalização, da sociedade pós-industrial com seu imenso desenvolvimento tecnológico agregado a riscos inimagináveis ao homem e ao meio-ambiente, os delitos transnacionais, os atentados terroristas em massa, atingindo potências econômicas e industriais como os EUA em 2001 e a Espanha em 2004, a imigração em larga escala, os problemas decorrentes da escassez de recursos e do planejamento familiar, das guerras

¹⁴³ Silva Sánchez (2001), criador da teoria das velocidades do direito penal, diagnostica a política criminal na sociedade pós-moderna, considerando o direito penal do inimigo de Jakobs como o direito de terceira velocidade. Útil para compreensão da relação entre as mudanças do Estado e do direito é a abordagem de José Faria (1998, ano 6, n. 22).

preventivas, do medo generalizado, dentre outras questões, são verdadeiros desafios ao moderno Direito penal que tem que dar respostas céleres a delitos praticados contra bens jurídicos que não são mais tão-somente individuais como outrora, mas também, difusos ou coletivos e cuja identificação da autoria é quase impossível, gerando-se uma sensação de impotência do Estado e imobilização do cidadão (LIMA, 2006, p. 147, 129-152).

Crimes sem vítima são aqueles, cujo bem jurídico a ser tutelado não é uma pessoa física determinada (OLIVEIRA, 1999, p. 82-83), passível de qualificação e a posse de drogas para o uso pessoal é um exemplo deles.

Não há um consenso, sequer, em se determinar qual o bem jurídico tutelado pela criminalização da produção, comércio e uso de certas drogas, apesar da maioria dos doutrinadores apontarem a saúde pública, quanto ao uso (BARRETO, 1996, p. 87; MÉDICI, 2005, p. 159; GONÇALVES JÚNIOR, 2005, p. 18), em geral, os defensores da legalização discordam (FERRAJOLI, 1998, p. 481). Alexandre Rosa (2005, p. 217) entende que o bem tutelado é a integridade física.

Para outros, como Hassemer (1991, fasc. 1, n. 1, p. 33), a saúde pública é considerada algo tão genérica e indeterminada para servir como bem jurídico sob a tutela do direito penal, que seria um bem de abstrusa definição. Alguns, como Mariângela Gomes (2005, p. 102), questionam a legitimidade do direito penal para proteção da saúde pública no campo da proibição do uso e comércio de drogas.

O crime de quem adquire, guarda, tem em depósito, transporta ou traz consigo drogas para consumo pessoal, para a doutrina dominante e jurisprudência do STF e STJ, ainda é considerado de perigo abstrato à saúde pública (GRECO FILHO, 1993, p. 121, GRECO FILHO; RASSI, 2007, p. 45)¹⁴⁴.

¹⁴⁴ Vide HC 79189/SP. Rel. Min. Sepúlveda Pertence, j. 12.12.2000, 1ª T. STF. DJ 09.03.2001. AgRg no Resp 612357/MG. Rel. Min. Paulo Gallotti, j. 16.05.2006, 6ª T. STJ. DJ 19.06.2006.

Verifica-se uma legislação penal dúbia no Estado atual, ou seja, adotam-se medidas próprias do movimento da lei e ordem e, por outro lado, dispositivos do Estado social mais afeiçãoados ao direito penal mínimo¹⁴⁵.

Concordamos com Hilário de Carvalho (1973, p. 53) ao entender que quando o indivíduo se torna dependente foi vencido o Estado primeiro da soberania da sua vontade.

É certo que não há um modelo de tratamento eficaz para os dependentes e usuários abusivos de substâncias psicotrópicas, e não existe uma instituição que possa garantir resultados mais satisfatórios. O que se observa é que nessa área de drogas, uma instituição tem um papel de um quadro, a partir do qual a pessoa consegue uma organização mesmo que precária. E não é apenas uma instituição de saúde que cumpre essa missão, muitas vezes grupos religiosos com suas normas, princípios éticos e rituais alcançam a vida psíquica e pessoal do indivíduo (GURFINKEL, 1996, p. 279). Inferimos que a instituição justiça pode e deve contribuir de modo mais intenso e institucionalizado nesse desiderato sem provocar conflitos éticos.

Para Wagner Cunha (2006, p. 72) é necessária uma abordagem que seja capaz às características individuais e que pode ser muito útil para casos de adicção outros enfoques como Amor Exigente, Nar-Anon, AA, NA, NATA, CEREIA e por que não o aperfeiçoamento e utilização da ferramenta Justiça Terapêutica? Nós indagamos.

A partir desses pontos de vista, fica ainda mais claro que utilizar o sistema punitivo penal, no manejo de infratores dependentes ou usuários abusivos pode ser apropriado, já que muitas vezes eles não têm condições físicas e/ou psicológicas de cumprir as reprimendas impostas, apesar de continuarem imputáveis.

¹⁴⁵ No Brasil é fácil se constatar essa duplicidade legislativa, como exemplos, temos numa linha dura a Lei de Crimes Hediondos (8.072/90), do Crime Organizado (9.034/95), de Lavagem de Dinheiro (9.613/98); em outro pólo a Lei dos Juizados Especiais (9.099/95 e 10.259/01) e a Lei de Penas Alternativas (9.714/98).

8.8 NOSSA PROPOSTA

Como proposta defendemos que a justiça criminal tenha a possibilidade de ofertar o tratamento como um serviço, no caso de usuários abusadores ou dependentes de álcool e outras drogas, que tenham cometido delitos para aquisição, sob efeito ou com alguma relação com substância psicoativa, segundo avaliação de técnico à disposição da justiça, inclusive nos delitos de trânsito.

Nos crimes praticados com violência física ou grave ameaça à pessoa, o infrator dependente ou usuário abusivo deveria ser obrigatoriamente submetido a tratamento como é previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente, no Estatuto do Idoso e na Lei de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, uma vez que suas dificuldades com as drogas atingiram tal patamar que ameaçam de modo mais significativo a integridade de outrem. Esse tipo de restrição é constitucional e semelhante à prevista no art. 44, I, do código penal, desde 1998, em relação às penas restritivas de direitos.

A necessidade, o tempo de tratamento, que não poderia exceder ao período máximo previsto na pena ou substitutivo penal em abstrato, o tipo de tratamento e os seus procedimentos seriam de competência exclusiva da área de saúde, devendo a judiciário ser informado regularmente.

O judiciário monitoraria a frequência, mas não exigiria abstinência como se exige nos programas das Drug Courts dos EUA.

Caso fosse aceita pelo indivíduo a opção de tratamento geraria consequências:

- a) Diminuição do período de pena restritiva de direitos ou do período de prova da condição da suspensão do processo, da suspensão condicional da pena (*sursis*) ou do livramento condicional, como uma forma de remição. Nesse caso o indivíduo sujeitar-se-ia a tratamento concomitantemente com o cumprimento da alternativa penal;

- b) Em casos onde o comprometimento do infrator o impedisse de cumprir a alternativa penal determinada, seria possível a substituição pelo tratamento. Nessa situação o tratamento teria a natureza de sanção autônoma.

Esse benefício deveria atingir, não só os infratores do delito de posse para uso próprio, como todos que não fossem enviados à prisão, desde que a infração não envolvesse violência física, nem grave ameaça. Em caso de sucesso da proposta, a mesma poderia ser adaptada aos presos.

A rede de saúde poderia receber alguma forma de incentivo, seja através do executivo, do judiciário ou Ministério Público, como a destinação de parte das prestações pecuniárias, multas ou incentivos fiscais.

Cabendo o monitoramento a técnicos do judiciário e Ministério Público, bem como aos próprios operadores do direito. Todavia o acompanhamento não se daria apenas, através de relatórios mensais enviados pelas instituições, mas também com visitas regulares presenciais às instituições como forma de demonstração de apoio e controle.

Em caso de não adesão, aplicar-se-iam os substitutivos penais tradicionais.

Nesse contexto, a Justiça Terapêutica pode ser um serviço, um elo para uma tentativa de restauração da autonomia individual, no caso do dependente ou usuário abusivo, que pode estar tão comprometida que levou a pessoa ao ingresso na esfera criminal com enormes consequências para a sociedade em geral.

CAPÍTULO 9 - UMA PESQUISA DE CAMPO SOBRE A EFICÁCIA DO TRATAMENTO DE USUÁRIOS DE DROGAS ENCAMINHADOS PELA JUSTIÇA A CENTROS DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL-ÁLCOOL E DROGAS

Como discutido no corpo desse trabalho, muitos técnicos, tanto da área de saúde como da jurídica, afirmam que o tratamento para usuários de álcool e outras drogas só será bem sucedido caso o paciente busque voluntariamente o tratamento. Por outro lado, defensores das idéias da Justiça Terapêutica acreditam que o tratamento encaminhado pela justiça apresenta resultados semelhantes que o tratamento voluntário.

Em razão dessas discussões muitas vezes de cunho tão-somente teóricas, a respeito da eficácia do tratamento dos que são encaminhados a tratamento pela justiça, procedemos a um levantamento de campo junto aos Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS-AD)¹⁴⁶ da cidade de Recife(PE) nos anos de 2005 e 2006, visando a saber qual a real eficácia no tratamento, de indivíduos maiores penalmente encaminhados pela justiça.

9.1 A PROPOSTA DE PESQUISA DE CAMPO

Trata-se de uma análise comparativa, quanto ao sucesso do tratamento, entre pessoas encaminhadas pela justiça e pessoas que buscaram o tratamento espontaneamente.

Para essa análise comparativa, foram consideradas 3 (três) fontes de demanda de tratamento dos usuários de álcool e outras drogas enviados aos 7 (sete) Centros de Atenção – Álcool e Drogas mantidos pela prefeitura municipal de Recife, durante o biênio 2005-2006. Essas fontes são: justiça, espontânea e outras. Para isso, recorreremos a alguns critérios indicadores de resultados do atendimento, critérios esses observados nos prontuários. Os prontuários registravam, por exemplo, se o indivíduo foi considerado apto ao tratamento após a triagem, se ocorreu alta administrativa, alta a pedido, se o indivíduo permanecia se tratando e

¹⁴⁶ A respeito dos CAPS-AD, vide anexo 2.

se recebeu alta clínica, nessa última hipótese consideramos situação de sucesso. Classificou-se da seguinte forma: situação de sucesso, situação de fracasso, situação neutra e não consta.

9.1.1 Formulação da hipótese

Parte-se do seguinte questionamento: existe alguma associação entre o tipo de fonte de demanda (justiça, espontânea e outras) e o tipo de resultado obtido no tratamento (situação de sucesso, situação de fracasso e situação neutra ou não consta? Considerado esse questionamento, podemos formular a seguinte hipótese geral:

H_0 : Não se observa diferença significativa quanto ao tipo de situação no tratamento - de sucesso, de fracasso e neutra ou não consta - entre as amostras provenientes das diferentes fontes de demanda: justiça, espontânea e outras.

H_1 : Há diferença significativa - de sucesso, de fracasso e neutra ou não consta - quanto ao tipo de situação no tratamento entre as amostras provenientes das diferentes fontes de demanda: justiça, espontânea e outras.

Como desdobramento da hipótese acima se fez necessário elaborar um teste de hipótese para a tabela de contingência formada pelo cruzamento da situação versus demanda. Para isso usamos o teste Qui-quadrado para a hipótese de homogeneidade.

9.2 MÉTODO DA PESQUISA

9.2.1 População

A população para o estudo foi de todos os indivíduos atendidos nos CAPS-AD de Recife nos anos de 2005 e 2006, isto é, 3.069 (três mil e sessenta e nove) pessoas, conforme a tabela 2.

9.2.2 Amostra

Foi retirada uma amostra aleatória estratificada segundo dois níveis: segundo a RPA - Região político-administrativa - do município de Recife (são 6 RPAs e mais um outro centro exclusivo para o público feminino) e segundo o tipo de demanda.

Feito um levantamento prévio foi possível obter as seguintes proporções populacionais constantes das tabelas 2 e 3:

Tabela 2 – Quantitativo e proporção de pessoas que ingressaram no tratamento em 2005 e 2006, por demanda – CAPS-AD -Recife.

Demanda	Quantitativo	%
Espontânea	1.508	49,1
Justiça	309	10,1
Outras	1.252	40,8
Total	3.069	100

FONTE: Prontuários dos CAPS-AD

Tabela 3 – Quantitativo e proporção de pessoas que ingressaram no tratamento em 2005 e 2006, por RPA – Recife.

CAPS-AD	POPULAÇÃO TOTAL	%
Luis Cerqueira RPA 01	123	4,0
Vicente Araújo RPA 02	600	19,6
Centro de Prevenção e Reabilitação do Alcoolismo RPA 03	754	24,6
Eulâmpio Cordeiro RPA 04	884	28,8
René Ribeiro RPA 05	198	6,5
José Lucena RPA 06	447	14,6
Jandira Masur feminino	63	2,1
TOTAL	3069	100

FONTE: Prontuários dos CAPS-AD

Optamos por uma amostragem devido à complexidade para avaliar as características que indiquem a situação de cada usuário com relação ao tratamento, pois tais características foram observadas nos prontuários com análise de todo o histórico. Portanto com uma amostra podemos atingir o objetivo em um espaço de tempo menor e otimizar a avaliação da análise dos prontuários sem comprometer a qualidade da pesquisa.

A técnica de amostra empregada foi a amostragem aleatória estratificada: Estratificação – CAPS-AD – no total de sete; e Estratificação – DEMANDA - no total de três grupos.

9.2.2.1 O tamanho da amostra

Utilizamos a seguinte fórmula para cálculo do tamanho de uma amostra para estimar uma proporção em populações finitas.

$$\frac{n = N \cdot Z^2_{\alpha} \cdot p \cdot q}{e^2 (N - 1) + Z^2_{\alpha} \cdot p \cdot q}$$

Onde:

n é o número que se quer encontrar;

N é o número total da população, ou seja, 3069;

e significa a margem de erro, ou seja, 3%;

p é a proporção, 50%, pois esse é o valor que maximiza o tamanho da amostra;

q é $1 - p$;

Z_{α} é o valor que nos assegura uma probabilidade α de ocorrer um erro maior que 3%, considerando uma distribuição normal padrão.

Considerando $\alpha = 0,05$, temos $Z_{\alpha} = 1,96$.

Sendo assim temos que em mais de 95% das possíveis amostras não ocorrerá um erro maior que 3% para proporção.

Temos uma amostra de tamanho $n = 791,96$, ou seja, 792 indivíduos distribuídos segundo a proporção de cada estrato. Dessa forma, do total de 3.069 pessoas que ingressaram ao tratamento entre 2005 e 2006, observou-se uma amostra aleatória estratificada com 792 pessoas.

A tabela 4 indica a proporção da amostra por estratos.

Tabela 4 – Distribuição da amostra por estratos

CAPS - AD	ORIGEM DA DEMANDA	POPULAÇÃO	PROPORÇÃO	AMOSTRA
Luis Cerqueira RPA - 01	JUSTIÇA	19	0,006	5
	ESPONTÂNEA	43	0,014	11
	OUTRAS	61	0,020	16
Vicente Araújo RPA - 02	JUSTIÇA	63	0,021	17
	ESPONTÂNEA	187	0,061	48
	OUTRAS	350	0,114	90
Centro de Prevenção Reabilitação do Alcoolismo RPA - 03	JUSTIÇA	81	0,026	21
	ESPONTÂNEA	504	0,164	130
	OUTRAS	169	0,055	44
Eulâmpio Cordeiro RPA - 04	JUSTIÇA	98	0,032	25
	ESPONTÂNEA	405	0,132	105
	OUTRAS	381	0,124	98
René Ribeiro RPA - 05	JUSTIÇA	19	0,006	5
	ESPONTÂNEA	123	0,040	32
	OUTRAS	56	0,018	14
José Lucena RPA - 06	JUSTIÇA	29	0,009	7
	ESPONTÂNEA	242	0,079	63
	OUTRAS	176	0,057	45
Jandira Masur CAPS-AD feminino	JUSTIÇA	0	0	0
	ESPONTÂNEA	4	0,001	1
	OUTRAS	59	0,019	15
TOTAL		3.069	1	792

FONTE: Prontuários dos CAPS-AD

9.2.2.2 Composição da amostra

Em nosso estudo, envolvendo os anos de 2005 e 2006, da população total de 3.069 indivíduos maiores encaminhados para tratamento aos 7 CAPS-AD, pelas 3 fontes de demanda (justiça, espontânea e outras), foi obtida uma amostra de 792 indivíduos, conforme pode ser verificado na tabela 3.

Os prontuários dos CAPS-AD se encontravam em arquivos (caixas ou gavetas) nos quais estavam, inclusive, os de anos anteriores que não são do interesse desse estudo, e, além disso, misturados com relação à demanda. Logo, para aleatorizar a escolha do elemento amostral, de modo que cada um tivesse a mesma chance de compor a amostra foi utilizado o seguinte critério:

Em cada CAPS-AD foi sorteada uma caixa ou gaveta, conforme o caso, e procurou-se a primeira ocorrência de um determinado tipo de demanda, repetindo-se esse processo até chegarmos ao número desejado de prontuários, ressalvando que uma vez sorteado o prontuário do indivíduo, esse não poderia mais ser escolhido.

9.2.3 Variáveis

9.2.3.1 Independente

Variável independente foi considerada a fonte da demanda. Foram consideradas:

- a) Demanda justiça: pessoas que foram encaminhadas ao atendimento por unidades da capital do poder judiciário estadual (varas criminais e juizados especiais criminais), da polícia civil e militar. São encaminhamentos nos quais a simbologia da instituição possui alguma "força coercitiva" que atua encaminhando e incentivando o comparecimento à avaliação e adesão ao tratamento, se for o caso.

- b) Demanda espontânea: compreende as pessoas que buscaram atendimento terapêutico por conta própria, por indicação de amigos ou parentes e as conscientizadas a se tratar pelos redutores de danos dos próprios CAPS-AD.
- c) Demanda outras: refere-se aos encaminhados por órgãos da saúde (policlinicas, hospitais, postos de saúde, médicos, unidade de desintoxicação etc.), ONGs e empresas/instituições públicas que enviam seus funcionários com problemas com álcool e outras drogas.

9.2.3.2 Dependente

Variável dependente foi considerada o sucesso no tratamento, segundo os critérios de cada CAPS-AD. Foram consideradas:

- a) Situação de sucesso: considerou-se aquela, cujos indivíduos obtiveram alta clínica por terem melhora clínica e cumprido o projeto terapêutico;
- b) Situação de fracasso: quando as pessoas abandonam o tratamento ou são punidas com altas administrativas, ou seja, inadequação às regras estabelecidas nos regimentos internos dos CAPS-AD, como por exemplo, porte de substâncias psicoativas ou agressões no recinto do CAPS-AD, o que é terminantemente vedado;
- c) Situação indefinida: considerou-se os indivíduos que foram transferidos dos CAPS-AD; os que tiveram alta a pedido e os que ainda se encontravam em tratamento;
- d) Não consta: refere-se a situações de não esclarecimento do processo de evolução do tratamento do paciente ou que o indivíduo tenha vindo a óbito.

9.2.4 Método Estatístico

Partindo-se da pergunta que nos leva à hipótese geral: A fonte da demanda exerce alguma influência no resultado do tratamento?

Para testarmos a hipótese geral (item 9.1.1) foi feito o teste para a tabela de contingência formada pelo cruzamento da situação versus demanda, pois ambas são variáveis qualitativas. Utilizou-se o teste Qui-quadrado para a hipótese de homogeneidade.

A análise estatística é baseada na premissa que ao observarmos o resultado de uma pesquisa existem duas explicações possíveis para os resultados encontrados:

- a) Um motivo, que é a causa da diferença entre os grupos para os quais foi planejada a pesquisa;
- b) O acaso, que é a ausência de uma causa para explicar a diferença.

Sempre que um aumenta o outro diminui. Quantificar o motivo não é possível, no entanto é possível quantificar matematicamente a probabilidade do acaso ser o responsável pelo resultado encontrado.

Toda vez que existir uma grande probabilidade do acaso ser o responsável pelo resultado, iremos concluir que esse é realmente o responsável pelo resultado encontrado. Numa situação oposta, quando a probabilidade do acaso for pequena, iremos concluir que o motivo é o responsável pela diferença encontrada. O limite do valor da probabilidade a ser utilizado para determinar se o acaso é o responsável pelo resultado obtido é de 5%, o que é determinado na literatura como valor crítico, algumas vezes o valor usado é de 1%. Assim, sempre que ao realizar os cálculos, a probabilidade do acaso ser responsável pelo resultado, for maior que 5%, concluímos que o acaso é o responsável; e sempre que a probabilidade do acaso ser o responsável pelo resultado for menor que 5% concluímos que o motivo é o responsável pelo resultado encontrado. Esse é o princípio da análise estatística.

Em nossa análise a hipótese levantada para o teste é que o motivo – demanda – pode ser ou não o responsável pela diferença observada na amostra.

Para o teste Qui-quadrado temos a seguinte formulação da hipótese:

H_0 : Proporção da situação de sucesso é igual à proporção da situação de fracasso, das respectivas fontes de demanda.

H_1 : Proporção da situação de sucesso é diferente da proporção da situação de fracasso, das respectivas fontes de demanda.

De forma que sendo H_0 aceita, a demanda não seria a responsável pela diferença, sendo assim, essa atribuída ao acaso.

Em contrapartida ao rejeitar H_0 isso indica que existem indícios da diferença observada ser proveniente da demanda.

9.3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os CAPS-AD de Recife não possuíam um regimento centralizado que regulamentasse suas condutas. Todavia, cada um construiu um regimento interno, que tinha uma linguagem homogênea no tocante à evolução do paciente ao longo do tratamento, permitindo uma leitura individualizada do desenvolvimento de cada indivíduo. Assim, com base nos prontuários, identificou-se a possibilidade de ocorrência de:

- a) Alta a pedido;
- b) Alta administrativa;
- c) Alta por abandono;

d) Alta clínica.

A tabela 5 descreve o significado de cada espécie de alta, como concebido pelos CAPS-AD de Recife.

Tabela 5 – Tipos de alta.

TIPO DE ALTA	DESCRIÇÃO
ALTA A PEDIDO	Ocorre quando o usuário pede para deixar o tratamento por motivos diversos como: mudança de cidade, trabalho etc.
ALTA ADMINISTRATIVA	Ocorre quando o usuário transgredir algumas regras próprias do CAPS-AD, como: brigas com funcionários, técnicos e outros usuários; uso e venda de substâncias psicoativas, entre outros.
ALTA POR ABANDONO	Ocorre quando o usuário falta excessivamente, até o momento que ele deixa de vir ao CAPS-AD.
ALTA CLÍNICA	Ocorre quando o usuário corresponde às expectativas do tratamento realizado no CAPS-AD.

FONTE: Prontuários dos CAPS-AD

Nessa pesquisa levamos em consideração a situação última observada no prontuário do usuário descrita pelo corpo técnico (TR – técnico de referência do usuário e especialidades médicas) do CAPS-AD.

Dessa forma, considerando a amostra levantada obtivemos o quantitativo e correspondente percentual de pacientes que ingressaram nos CAPS-AD nos anos de 2005 e 2006, no tocante aos que receberam as quatro espécies de alta, aos que continuavam em tratamento, àqueles cuja situação não constava nos prontuários, aos que faleceram e aos que foram transferidos de unidade. Dados que podem ser verificados na tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição das pessoas que ingressaram nos CAPS-AD em 2005 e 2006 no Recife, segundo a situação na evolução do tratamento.

SITUAÇÃO NA EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO	QUANTITATIVO	PERCENTUAL
ALTA A PEDIDO	30	3,8
ALTA ADMINISTRATIVA	42	5,3
ALTA POR ABANDONO	428	54,0
ALTA CLÍNICA	31	3,9
EM TRATAMENTO	43	5,4
NÃO CONSTA	143	18,1

ÓBITO	2	,3
TRANSFERÊNCIA	73	9,2
TOTAL	792	100,0

FONTE: Prontuários dos CAPS-AD

Em relação à situação agregada constante no item 9.2.3.2 e o quantitativo de pessoas que ingressaram no tratamento, obtivemos as informações constantes na tabela 7.

Tabela 7 – Distribuição das pessoas que ingressaram nos CAPS-AD em 2005 e 2006 no Recife, segundo a situação agregada na evolução do tratamento.

SITUAÇÃO AGREGADA	QUANTITATIVO	PERCENTUAL
NÃO CONSTA	143	18,1
DE FRACASSO	470	59,3
INDEFINIDA	148	18,7
DE SUCESSO	31	3,9
TOTAL	792	100,0

FONTE: Prontuários dos CAPS-AD

Nota-se um grande percentual de usuários em uma situação de fracasso 59,3% contra 3,9% de pessoas com situação de sucesso. Além disso, temos um percentual de 18,7% de usuários cuja situação não consta nos prontuários.

Em seguida, foi confrontada a situação agregada com a espécie de demanda, o que está demonstrado na tabela 8.

Tabela 8 – Distribuição das pessoas que ingressaram nos CAPS-AD em 2005 e 2006 no Recife, segundo a situação agregada na evolução do tratamento e da fonte da demanda.

SITUAÇÃO AGREGADA	DEMANDA			TOTAL
	Espontânea	Justiça	Outras	
NÃO CONSTA	89	3	51	143
DE FRACASSO	227	43	200	470
INDEFINIDA	60	24	64	148
DE SUCESSO	14	10	7	31
TOTAL	390	80	322	792

FONTE: Prontuários dos CAPS-AD

A tabela 9 se refere ao percentual das demandas: espontânea, justiça e outras, em relação à situação agregada.

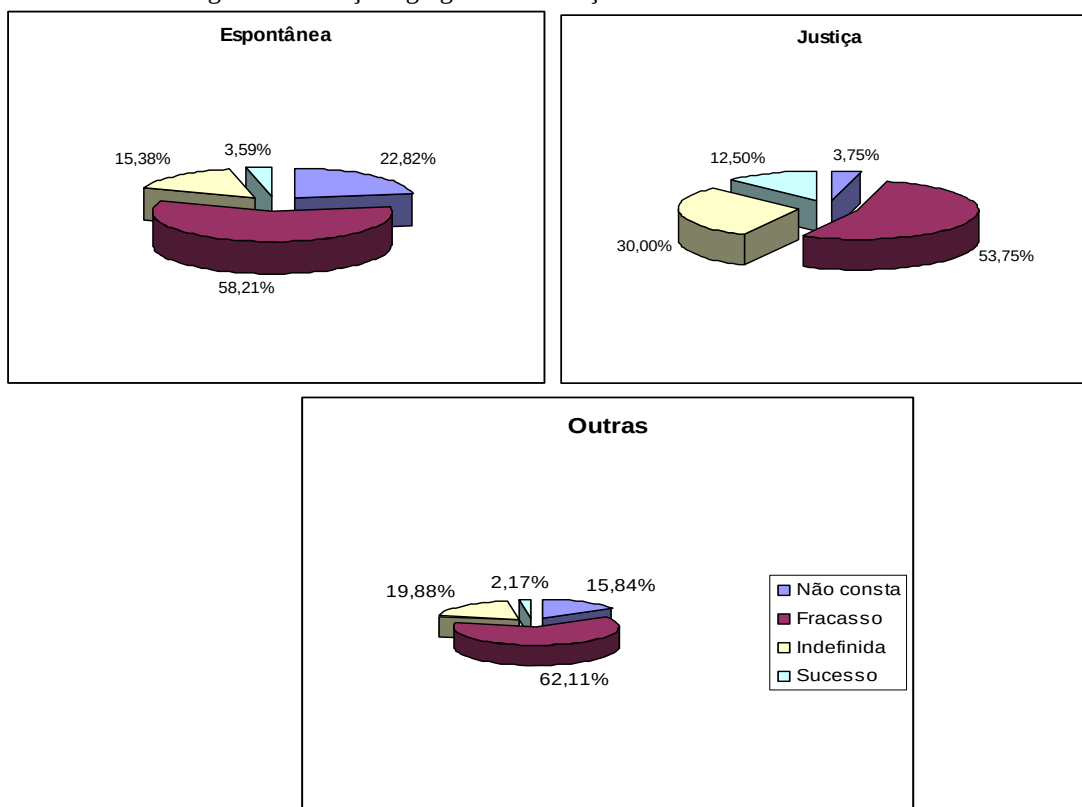
Tabela 9 – Percentual das demandas quanto à situação agregada.

SITUAÇÃO AGREGADA	DEMANDA		
	Espontânea (%)	Justiça (%)	Outras (%)
NÃO CONSTA	22,82	3,75	15,84
DE FRACASSO	58,21	53,75	62,11
INDEFINIDA	15,38	30,00	19,88
DE SUCESSO	3,59	12,50	2,17
TOTAL	100	100	100

FONTE: Prontuários dos CAPS-AD

Os dados contidos na tabela 9 podem ser visualizados no gráfico 1.

Gráfico 1 – Gráfico em setor das pessoas que ingressaram nos CAPS-AD em 2005 e 2006 no Recife, segundo a situação agregada na evolução do tratamento e da fonte da demanda.



FONTE: Prontuários dos CAPS-AD

Utilizando-se a prova Qui-quadrado para hipótese de homogeneidade tendo em vista que uma das margens da tabela 3 é fixa, os quantitativos de cada demanda já estão pré-estabelecidos, sendo assim temos as seguintes hipóteses para o teste:

H_0 : Proporção da situação de sucesso é igual à proporção da situação de fracasso, das respectivas fontes de demanda.

H_1 : Proporção da situação de sucesso é diferente da proporção da situação de fracasso, das respectivas fontes de demanda.

Levando-se em conta o quantitativo de pessoas das três espécies de demanda, tão-somente em relação à situação agregada de fracasso ou de sucesso, foi confeccionada a tabela, em relação às fontes da demanda.

Tabela 8 – Distribuição das pessoas que ingressaram nos CAPS-AD em 2005 e 2006 no Recife, segundo a situação de fracasso e sucesso na evolução do tratamento e da fonte da demanda.

SITUAÇÃO AGREGADA	DEMANDA			TOTAL
	Espontânea	Justiça	Outras	
DE FRACASSO	227	43	200	470
DE SUCESSO	26	19	16	61
TOTAL	253	62	216	531

FONTE: Prontuários dos CAPS-AD

A tabela seguinte trata da prova de Qui-quadrado.

Tabela 9 – Prova de Qui-quadrado*

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	26,280	2	,000
Likelihood Ratio ¹⁴⁷	20,672	2	,000
N of Valid Cases	531		

a 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,12.

* Saída da Prova Qui-quadrado do Software SPSS 10 for Windows

¹⁴⁷ A tabela 9 nos trás a estatística de Likelihood Ratio para medir a associação entre as variáveis, o que para nosso propósito não nos trás nenhuma informação, tendo em vista que uma das variáveis em estudo é um atributo.

9.4 CONCLUSÃO

Observando a tabela anterior se pode concluir que a diferença observada na amostra não pode ser atribuída ao acaso, pois a significância é bem menor que 5%. Sendo assim, existe um motivo responsável pela diferença proporcional entre a situação de sucesso e a de fracasso segundo cada demanda.

Os resultados visualizados no gráfico 1 mostraram as seguintes diferenças estatísticas entre os três grupos: do grupo encaminhado ao tratamento pela justiça 12,5% obtiveram alta clínica e apenas 3,7% não tinham seu registro nos prontuários. Do grupo dos espontâneos 3,5% receberam alta terapêutica e 22,8% não tinham o registro nas suas fichas. 2,1% do grupo equivalente a outras formas de encaminhamento tiveram alta terapêutica e 15,8% não tinham registro nos prontuários.

A diferença percentual obtida no grupo dos encaminhados pela justiça em relação aos outros dois grupos foi estatisticamente significativa. Pode-se observar que o percentual de situação de sucesso dos encaminhados pela justiça atingiu mais que o dobro da soma das altas terapêuticas do grupo dos espontâneos e outras, isto é, 12,5% contra 5,6%.

Como visto, em relação a pessoas cuja situação não constava nas fichas, o percentual dos encaminhados pela justiça foi de apenas 3,7% contra 38,6% dos outros dois grupos somados. Talvez os CAPS-AD tiveram mais cuidado em registrar as fichas dos encaminhados pela justiça por saber que seriam monitorados por funcionários da justiça.

Algumas indagações podem ser formuladas no tocante aos resultados de alta terapêutica: por que o grupo dos que fizeram tratamento encaminhado pela justiça teve mais fator preditivo de melhora em relação aos outros dois grupos, ou seja, um maior percentual de altas clínicas? Seria a influência motivacional coercitiva da justiça? Seria o monitoramento do tratamento realizado pela justiça? Além disso, não se pode esquecer de que a resistência a se submeter ao tratamento pode ser considerada algo natural nessas espécies de transtornos.

Esse levantamento não é capaz de responder essas questões, essas indagações não apresentam respostas fechadas, todavia ao que parece, submeter o indivíduo a tratamento por determinação do sistema justiça criminal pode ser, sim, uma interessante via de motivação e obtenção de semelhantes ou até melhores resultados que os obtidos pelo encaminhamento voluntário a tratamento. Tal possibilidade, longe de ser descartada, deve ser cada vez mais estudada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso de drogas é algo que decorre da interação de fatores biopsicossocioculturais assaz complexos e abstrusos.

O ser humano, valendo-se de produtos naturais ou sintéticos, sempre buscou e continuará buscando modificar sua visão de mundo e alterando seu campo de percepção, o seu Estado físico e/ou psíquico.

A autonomia individual frente ao poder absoluto do Estado foi uma conquista da civilização, após o feudalismo. A partir das revoluções industriais e das novas demandas sociais, o Estado passou a proteger progressivamente a autonomia coletiva, a maioria da sociedade.

Mesmo com a consagração dos direitos fundamentais e da liberdade individual, há um limite que é o respeito à liberdade das demais pessoas.

Assim, na sociedade vigente pós-moderna em que vivemos, o direito penal tem legitimidade para intervir, sempre que o exercício da autonomia individual provoque danos ilegítimos a outrem.

É posição majoritária na doutrina e jurisprudência que o direito à intimidade não é ilimitado, podendo ser flexibilizado em prol do interesse coletivo legítimo.

O fato de a justiça criminal dispor da possibilidade de oferecer tratamento adequado a um indivíduo dependente ou usuários abusivos, cujo comprometimento foi tão grande que de alguma forma o envolveu em um delito, de maneira alguma, fere o princípio da dignidade humana. Pelo contrário, pode ser uma ferramenta na restauração de sua integridade e lhe trazer uma reinserção junto ao seu meio e à sociedade como um todo.

Não há dúvidas que a melhor estrada para se trilhar na questão das drogas passa pela prevenção, educação e a adesão cada vez maior de mais atores sensibilizados com o delicado tema, uma vez que entendemos que o direito penal deve ser a última ratio nesse campo, e quando atue deve prestar muito mais um serviço que a simples imposição de uma sanção tradicional.

Entendemos que num estado democrático de direito, deve-se discutir com isenção de ânimos os modelos utilizados no mundo relativos às drogas, assimilarmos o que eles têm de melhor, e propor-se alternativas viáveis, uma vez que o destinatário de todos eles é o ser humano.

Muitos enfoques jurídicos sobre drogas lícitas e ilícitas tornam-se meras figuras retóricas e ideológicas, por não se valerem dos achados e pesquisas das ciências, nem da interdisciplinaridade, por isso nos propusemos a debater um tema tão complexo, pois há um vácuo entre aqueles réus que cometem crime com alguma relação com sua dependência ou uso abusivo e não são hipóteses de aplicação de medida de segurança, daí a razão da Justiça Terapêutica.

É imprescindível que a área jurídica criminal, relacione-se cada vez mais com os provedores de tratamento, para que infratores imputáveis com problemas sérios no campo de álcool e outras drogas recebam uma atenção diferenciada e não recebam sanções de natureza exclusivamente penais.

Tem-se observado que o encaminhamento judicial a tratamento de agentes envolvidos com a justiça criminal, após prévia avaliação de equipe do judiciário, pode gerar uma produtiva terapêutica, um fator de motivação do sujeito que, muitas vezes, encontra-se desorganizado em várias áreas de sua vida, algumas vezes funcionando como a figura paterna, além do fortalecimento de suas condições egóicas.

No Brasil, há décadas várias leis já tratam da relação entre drogas ilícitas e tratamento compulsório ou não, apesar da expressão “Justiça Terapêutica” ter sido cunhada em 1999 no

Rio Grande do Sul. Ao contrário do que muitos afirmam o movimento gaúcho “Justiça Terapêutica” teve sua origem e fundamentos teóricos nos dispositivos do Estatuto da Criança e do Adolescente e só posteriormente foi influenciado pelas Drug Courts dos EUA.

Uma definição de “Drug Court” é de uma vara especial com a responsabilidade de lidar com jovens e adultos com uso disfuncional de drogas lícitas ou não, que tenham causado a si ou a outrem e que consentem em substituir em geral o encarceramento por um rígido programa de tratamento, no qual se dá o acompanhamento geral de sua vida, testagens obrigatórias de substâncias, serviços terapêuticos, intenso monitoramento, inserção em programas sociais e comunitários, sanções e incentivos visando à abstinência deles. Utiliza-se a força coercitiva do sistema legal para levar o indivíduo à recuperação de seu problema com as drogas e à sua reabilitação social. Em caso de não se alcançar a abstinência, na área criminal, a consequência mais grave é a retomada do processo criminal ou mesmo o cumprimento de pena de prisão já pré-fixada no momento da anuência no programa.

Há décadas que a legislação brasileira já possui dispositivos referentes à relação entre o consumo de drogas e o tratamento determinado pelo judiciário, inclusive em casos que não envolvam medidas de segurança, assim não é verdade que o movimento denominado “Justiça Terapêutica” tenha iniciado a discussão da possibilidade do judiciário intervir na autonomia individual da pessoa que tem algum tipo de problema com a justiça relacionado às drogas, todavia, o referido movimento, sem dúvida alguma, fortaleceu bastante o debate da questão nos últimos anos, o que é assaz positivo.

Observamos nos idealizadores do movimento batizado de “Justiça Terapêutica” a falta de um rigor terminológico, conceitual e sistêmico, tanto na terminologia jurídica, quanto de saúde, uma vez, por exemplo, não diferenciam claramente que espécie de usuário seria adequado para receber tratamento, nem conseguem mostrar com precisão em quais espécies de delitos seria cabível a Justiça Terapêutica, o que tornam suas idéias muito vulneráveis a críticas.

Para nós, de modo pragmático e sem preconceitos, a justiça brasileira deveria adaptar à realidade brasileira algumas das iniciativas positivas dos programas das Drug Courts, mormente os relacionados à reintegração social num país tão carente como o nosso, bem como se valer do melhor que as estratégias de redução de danos possam oferecer.

Alguns desafios que devem ser encarados se referem à real eficácia dos atendimentos; à pertinência do encaminhamento e sua receptividade; à evolução da medida no tocante à adesão, abandono ou alta e, sobretudo à percepção do destinatário da Justiça Terapêutica, o receptor da medida, esse diálogo que é tão indicado pela criminologia crítica em relação aos detentos.

Um dos maiores problemas, senão o maior, para implementação da Justiça Terapêutica é a falta de estrutura para atendimento de pessoas com problemas referentes às substâncias psicoativas, pois há pouquíssimos setores especializados que se concentram nas grandes cidades. Faz-se mister um investimento maciço de todas as esferas de governo para o enfrentamento de uma questão de suma importância até para o futuro da nação.

Concebemos Justiça Terapêutica como todo programa, prática ou ação, por parte de órgão ou unidade do judiciário, que disponibilize, intermedeie, encaminhe crianças, adolescentes e adultos usuários abusivos ou dependentes de drogas lícitas e ilícitas, a alguma espécie de tratamento, em virtude de envolvimento deles com a justiça, visando à redução de risco, através de monitoramento judicial.

Não se pode negar, entretanto, que o judiciário, caso dotado de equipe técnica treinada, representa um importante fator motivacional externo, como demonstrado na pesquisa efetuada.

Não concordamos com nenhuma forma de conversão em prisão relativa ao não êxito no tratamento, como ocorre nas Drugs Courts, nem tampouco com a exigência de abstinência. O mais importante é a conscientização da pessoa sobre os danos gerados a si ou a outrem, face ao uso disfuncional de substâncias psicotrópicas, a fim de se evitar a reincidência e uma mais

acentuada deterioração da saúde do indivíduo e de suas relações sociais. A comunidade e o terceiro setor devem trabalhar em conjunto com o setor público para maior êxito.

Faz-se imprescindível um grande estímulo ao desenvolvimento de censos, bancos de dados e de informações, de estudos e pesquisas interdisciplinares, criminológicas, de direito comparado, de história, criminais, antropológicas, sociológicas, estatísticas, econômicas, epidemiológicas, clínicas, farmacológicas, dentre outros ramos do saber.

Devem ser ouvidos todos os atores envolvidos como os usuários e ex-usuários, os técnicos de saúde, os operadores do direito, os grupos de ajuda mútua, para que se possa ter uma radiografia constante e se obter o melhor diagnóstico possível para um enfrentamento eficaz e realista da questão das drogas.

Os dados obtidos na pesquisa descrita no capítulo 9, não deixam de representar uma quebra da generalizada concepção de que para um tratamento, na área de substâncias psicotrópicas terem êxito, faz-se imprescindível que o tratamento seja voluntário. Esse levantamento pode ensejar um novo enfoque no trato de um tema tão complexo. A alta clínica dos indivíduos encaminhados a tratamento pela justiça foi percentualmente superior comparado com os que procuraram o tratamento espontaneamente e em relação aos que chegaram ao tratamento de outras formas, como enviados pelos setores de saúde. Tal fato não pode, nem deve ser desconsiderado pelos especialistas.

O que é inquestionável são os dados alarmantes referentes às patologias decorrentes do uso inapropriado das substâncias psicotrópicas e a quantidade cada vez maior de imputáveis usuários disfuncionais delas, que ingressam na esfera da justiça, mormente criminal e que as tradicionais salvaguardas se mostram impotentes, deixando a sociedade brasileira atordoada e descrente.

Talvez o caminho passe por uma ampla política pública no sentido de trabalho em conjunto entre a justiça e os setores de tratamento, mormente nos casos de delitos mais graves e quando atos do dependente ou usuário abusivo atinjam bens jurídicos de terceiros.

Acreditamos, por conseguinte, que a Justiça Terapêutica é algo que deve ser melhor estudado, aperfeiçoado e pode sim ser uma forma eficaz de motivação do usuário abusivo ou dependente que ingressa na esfera criminal, por conta de suas dificuldades com as substâncias psicoativas, mormente quando sabemos que os interesses da coletividade devem se sobrepor aos individuais. Não como uma justiça punitiva, mas uma justiça que preste um serviço mais amplo e profícuo à comunidade a que serve.

A abordagem de assunto tão delicado deve ser responsável, cautelosa e desapaixonada, todavia necessita avançar com certa brevidade, sempre tendo os deveres, direitos e garantias do indivíduo e da coletividade como o centro de qualquer discussão.

REFERÊNCIAS

LIVROS

ALMEIDA, Marcos de. Comentário sobre os princípios fundamentais da bioética. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul; PESSINI, Léo (Org.). **Fundamentos da bioética**. São Paulo : Paulus, 1996.

ALVES, Roque de Brito. **Estudos de ciência criminal**. Recife : Companhia Editora de Pernambuco, 1993.

ALVIM, Rui Carlos Machado. **Uma pequena história das medidas de segurança**. São Paulo : IBCCrim, 1997.

ANGLIN, M. Douglas. In: SEMINÁRIO DE CAPACITAÇÃO PARA O ENFRENTAMENTO DA PROBLEMÁTICA DAS DROGAS: Projeto RS sem drogas, 5., 2001, Porto Alegre. **Apostila...** Porto Alegre : Corregedoria-Geral de Justiça do Ministério Público do Rio Grande do Sul, 2001.

ARANA, Xabier; HUSAK, Douglas; SCHEERER, Sebastian (Coords.). **Globalización y drogas**: políticas sobre drogas, derechos humanos y reducción de riesgos. Madrid : Dykinson, 2003.

ARBEX JÚNIOR, José. **Narcotráfico**: um jogo de poder nas Américas. 7. ed. São Paulo : Moderna, 1997.

AZEVEDO, Mônica Louise de. **Penas alternativas à prisão**: os substitutivos penais no sistema penal brasileiro. Curitiba : Juruá, 2005.

BABOR, Thomas F. Controvérsias sociais, científicas e médicas na definição de dependência do álcool e das drogas. In: EDWARDS, Griffith; LADER, Malcolm et al. **A natureza da dependência de drogas**. Trad. de Rose Eliane Starosta. Porto Alegre : Artes Médicas, 1994.

BARATTA, Alessandro. **Introducción a una sociología de la droga**: problemas y contradicciones del control penal de las drogodependencias: estudios penales en memoria el profesor Agustín Fernández-Albor. Santiago de Compostela : Universidade de Santiago de Compostela, 1989.

_____. **Introducción a uma sociologia de la droga**. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE DIREITO PENAL, 1988, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Procuradoria Geral da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, 1991.

_____. Fundamentos ideológicos de la actual política criminal sobre drogas. In: _____. **La actual política criminal sobre drogas: una perspectiva comparada.** Trad. de Maurício Martinez. Valencia : Tirant lo Blanch, 1993.

_____. **Introducción de la criminología de la droga y sistema penal.** Buenos Aires : Julio César Faira Editor, 2004.

BARCHIFONTAINE, Christian de Paul; PESSINI, Leocir (Org.). **Fundamentos da bioética.** São Paulo : Paulus, 1996.

_____. **Problemas atuais de bioética.** 2. ed. São Paulo : Loyola, 1994.

BARRETO, Menna. **Lei de tóxicos:** comentários por artigo. Rio de Janeiro : Freitas Bastos, 1996.

BARRIUSO, Martín. La prohibición de drogas, del tabú moral a la desobediencia civil. In: ARANA, Xabier, HUSAK, Douglas; SCHEERER, Sebastian (Coords.). **Globalización y drogas:** políticas sobre drogas, derechos humanos y reducción de riesgos. Madrid : Dykinson, 2003.

BASTOS, Celso Ribeiro. **Curso de direito constitucional.** 19. ed. São Paulo : Saraiva, 1998.

BATISTA, Nilo. **Punidos e mal pagos:** violência, justiça, segurança pública e direitos humanos no Brasil de hoje. Rio de Janeiro : Revan, 1990.

BISQUERRA, Rafael; CASTELLÁ SARRIERA, Jorge; FRANCESC, Martinez. **Introdução à estatística:** enfoque informático com o pacote estatístico SPSS. Trad. de Fátima MURAD. Porto Alegre : Artmed, 2004.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Falência da pena de prisão:** causas e alternativas. São Paulo : Revista dos Tribunais, 1993.

_____. **Manual de direito penal:** parte geral. 7. ed. São Paulo : Saraiva, 2002. v. 1.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de direito constitucional.** 9. ed. São Paulo : Malheiros, 2000.

BRANDÃO, Cláudio. **Introdução ao direito penal:** análise do sistema penal à luz do princípio da legalidade. Rio de Janeiro : Forense, 2002.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Rio de Janeiro : Freitas Bastos, 1988.

BRAUN, Ivan Mario. **Drogas:** perguntas e respostas. São Paulo : MG Editores, 2007.

BRITO, Aléxis Augusto Couto de. **Execução penal**. São Paulo : Quartier Latin, 2006.

BUENO, R. Estratégias da redução de danos em Santos. In: **Troca de seringas: drogas e Aids: ciência, debate e saúde pública**. Brasília : Ministério da Saúde, 1998.

BURGIERMAN, Denis Russo. **Maconha**. São Paulo : Abril, 2003.

BURROUGHS, William S. **Junky**. Trad. de Ana Carolina Mesquita. Rio de Janeiro : Ediouro, 2005.

BUSTOS RAMÍREZ, Juan. **Coca-cocaína: entre el derecho y la guerra: política criminal de la droga en los países andinos**. Barcelona : PPU, 1990.

CANOTILHO, J. J. Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 3. ed. Coimbra : Almedina, 1999.

CARNEIRO, Henrique. **Filtros, mezinhas e triaca: as drogas no mundo moderno**. São Paulo : Xamã, 1994.

CARLINI, Beatriz. Apresentação à edição brasileira. In: MARLATT, G. Alan et al. **Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco**. Tradução de Daniel Bueno. Porto Alegre : Artes Médicas Sul, 1999.

CARVALHO, Hilário Veiga de. **A nova lei antitóxicos: comentários**. São Paulo : José Bushatsky, 1973.

CARVALHO, Salo de. **A política criminal de drogas no Brasil: do discurso oficial às razões da descriminalização**. Rio de Janeiro : Luam, 1997.

_____. **A política criminal de drogas no Brasil: estudo criminológico e dogmático**. Rio de Janeiro : Lumen Juris, 2006.

_____. _____. 4. ed. amp. atual. Rio de Janeiro : Lumen Juris, 2007.

CASTEL, S; CASAL, M.; YOSHIDA, S. Prevalência da soropositividade para o HIV em uma população de usuários de drogas endovenosas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ALCOOLISMO, 8., 1989, São Paulo. **Anais...** São Paulo.

CASTRO, Mary Garcia; ABRAMOVAY, Miriam. **Drogas nas escolas**. Brasília : UNESCO, 2002.

CLASSIFICAÇÃO de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Organização Mundial de Saúde. Trad. de Dorgival Caetano. Porto Alegre : Artes Médicas, 1993.

COHEN, Cláudio; MARCOLINO, José Álvaro Marques. **Aspectos bioéticos em psiquiatria em: a questão ética e a saúde humana**. São Paulo : Atheneu, 2006.

COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. São Paulo : Saraiva, 1999.

_____. _____. São Paulo : Saraiva, 2003.

CONSTITUIÇÃO Portuguesa de 1933: art. 6, nº. 3. In: SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 2. ed. rev. e atual. Porto Alegre : Livraria do Advogado, 2001.

COOPER, Caroline S. **Drug court survey report: executive summary, drug court clearinghouse and technical assistance project: a project of the drug courts programs office, office of justice programs**. Washington (DC) : U. S. Department of Justice. oct., 1997.

CORREIA, Francisco de Assis. **A alteridade como critério fundamental e englobante da bioética**. 1993. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação da Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação.

COSTA, Antonio M.; AMÉLIA, Clara. **Droga: a fina flor do crime**. 3. ed. [s.n.] : Arte a Dois.

COSTA, Fernando José da. Descriminalização do porte e do uso de substância ilícita. In: REALE JÚNIOR, Miguel (Coord.). **Drogas: aspectos penais e criminológicos**. Rio de Janeiro: Forense, 2005. 1º Encontro de Mestres e Doutores do Departamento de Direito Penal da Faculdade de Direito da USP, 2004.

COSTA, Helena Regina Lobo da. Análise das finalidades da pena nos crimes de tóxico: uma abordagem da criminalização do uso de entorpecentes à luz da prevenção geral positiva. In: REALE JÚNIOR, Miguel (Coord.). **Drogas: aspectos penais e criminológicos**. Rio de Janeiro : Forense, 2005. 1º Encontro de Mestres e Doutores do Departamento de Direito Penal da Faculdade de Direito da USP, 2004.

CRESPO, Marcelo Xavier de Freitas. Justiça terapêutica. In: GUIMARÃES, Marcello Ovídio Lopes (Coord.). **Nova lei antidroga comentada: Lei nº 11.343**. São Paulo : Quartier Latin, 2007.

CUNHA, Wagner. **In-dependência**. São Paulo : Idéia e Ação, 2006.

DEFININDO os tribunais para dependentes químicos: os componentes chave. Tradução de Márcia Biato. Brasília : Embaixada dos EUA da América no Brasil. jun., 2000.

DEVOTO, Eleonora Ángela. **Probation e institutos análogos**. Buenos Aires : Din, 1995.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito administrativo**. 19. ed. São Paulo : Atlas, 2006.

DIAS JÚNIOR, Walter. **O império Juramidam nas batalhas do astral: uma cartografia do imaginário no culto do Santo Daime**. 1992. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

DIAS, Jorge de Figueiredo. O movimento de descriminalização e o ilícito de mera ordenação social. In: CORREIA, Eduardo et al. (Coord.). **Direito penal econômico e europeu**: textos doutrinários. Coimbra : Coimbra Editora, 1998. v. 1.

DICIONÁRIO médico Blakiston. Trad. Benjamin Mayerovitch, Joaquim Clemente de Almeida Moura e Roberto Pessoa. 2 ed. São Paulo : Andrei, 1982.

DOTTI, René Ariel. **Bases e alternativas para o sistema de penas**. 2. ed. São Paulo : Revista dos Tribunais, 1998.

ELDRIDGE, William Butler. **Narcotics and the law**: a critique of the american experiment in narcotic drug control. Chicago : American Bar Foundation, 1967.

ENGELHARDT JÚNIOR, H. Tristram. **Fundamentos da bioética**. Trad. de José A. Ceschin. São Paulo : Loyola, 1998.

ESCOHOTADO, Antonio. **Historia de las drogas**. Madrid : Alianza Editorial, 1996. v. 3.

FERNANDES, Helena Maria Ribeiro (Coord.). **Psicologia, serviço social e direito**: uma interface produtiva. Recife : Ed. Universitária, 2001.

FERRAJOLI, Luigi. **Diritto e ragione**: teoria del garantismo penale. 5. ed. Roma : Laterza, 1998.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1986.

FERREIRA, Luiz Pinto. **Curso de direito constitucional**. 6. ed. ampl. e atual. São Paulo : Saraiva, 1993.

FIGLIE, Neliana Buzi; BORDIN, Selma; LARANJEIRA, Ronaldo. Como organizar uma história clínica. In: _____. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo : Roca, 2004a.

_____. Sistemas diagnósticos em dependência química: conceitos básicos e classificação geral. In: _____. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo : Roca, 2004b.

FOLLE, Amadeo Ottati. **Alcoholismo y derecho penal**. Montevideo : Amalio M. Fernandez, 1976.

FONSECA, Jairo Simon da; MARTINS, Gilberto de Andrade. **Curso de estatística**. 6. ed. São Paulo : Atlas, 1996.

FONTES, Andrezza; FIGLIE, Neliana Buzi. Redução de danos: uma alternativa para lidar com o consumo de substâncias psicoativas. In: _____. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo : Roca, 2004.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**. Trad. de Raquel Ramalhete. 16. ed. Petrópolis : Vozes, 1997.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Medicina legal**. 6. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2001.

FRANCESCHINE, José Luiz Vicente de Azevedo. **Tóxicos jurisprudência, notas, legislação, bibliografia**. 2. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo : Leud, 1990.

FRANCO, Alberto Silva et al. **Leis penais e sua interpretação jurisprudencial**. 6. ed. rev. e amp. São Paulo : Revista dos Tribunais, 1997.

FREITAS, Ricardo de Brito A. P. **As razões do positivismo penal no Brasil**. Rio de Janeiro : Lúmen Júris, 2002.

FREUD, Sigmund. El malestar en la cultura. In: _____. **Obras completas**. Buenos Aires : Santiago Rueda Editor, 1955. v. XIX.

GARRAFA, Volnei e Costa; COSTA, Sérgio Ibiapina F.; OSELKA, Gabriel. **A bioética no século XXI**. In: GARRAFA, Volnei e Costa; COSTA, Sérgio Ibiapina F. (Org.). _____. Brasília : Editora UnB, 2000.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Trad. de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4. ed. Rio de Janeiro : LTC, 1988.

GOMES, Geraldo. **Os alucinógenos e o direito: L.S.D.** São Paulo : Juriscredi, 1972.

GOMES, Luiz Flávio. **Juizados criminais federais, seus reflexos nos juizados estaduais e outros estudos**. São Paulo : Revista dos Tribunais, 2002.

_____. (Coord.). **Nova lei de drogas comentada**: artigo por artigo: Lei 11.343/2006, de 23.08.2006. São Paulo : Revista dos Tribunais, 2006a.

_____. **Penas e medidas alternativas à prisão**. São Paulo : Revista dos Tribunais, 1999.

_____. **Suspensão condicional do processo penal**. 2. ed. São Paulo : Revista dos Tribunais, 1997.

GOMES, Mariângela Gama de Magalhães. Notas sobre a inidoneidade constitucional da criminalização do porte e do comércio de drogas. In: REALE JÚNIOR, Miguel (Coord.). **Drogas**: aspectos penais e criminológicos. Rio de Janeiro: Forense, 2005. 1º Encontro de Mestres e Doutores do Departamento de Direito Penal da Faculdade de Direito da USP, 2004.

GONÇALVES JÚNIOR, Ulysses de Oliveira. **Uso indevido de drogas**: aspectos polêmicos da sanção. 2005. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Direito de São Paulo, São Paulo.

GONZAGA, João Bernardino. **Entorpecentes**: aspectos criminológicos e jurídico-penais. São Paulo : Max Limonad, 1963.

GRADASCHI, Mariluze. **Aplicação da justiça terapêutica aos dependentes de substâncias entorpecentes**. 2003. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação de Direito da Faculdade de Direito da Universidade de Passo Fundo, Rio Grande do Sul.

GRAEFF, Frederico Guilherme; GUIMARÃES, Francisco Silveira. **Fundamentos de psicofarmacologia**. São Paulo : Atheneu, 2005.

GRECO FILHO, Vicente. **Tóxicos: prevenção, repressão**. 9. ed. São Paulo : Saraiva, 1993.

_____. _____. 14. ed. São Paulo : Saraiva, 2007.

_____; RASSI, João Daniel. **Lei de drogas anotada: Lei n. 11.343/2006**. São Paulo : Saraiva, 2007.

GRINOVER, Ada Pellegrini et al. **Juizados especiais criminais: comentários à Lei nº. 9.099, de 26.09.1995**. Ed. rev. atual. e ampl. São Paulo : Revista dos Tribunais, 2005.

GURFINKEL, Decio. **A pulsão e seu objeto-droga: estudo psicanalítico sobre a toxicomania**. Petrópolis : Vozes, 1996.

HARTMANN, Arlete. **Uso de drogas: crime ou exercício de um direito?** Porto Alegre : Síntese, 1999.

HASSEMER, Winfried. **Perspectivas de uma moderna política criminal: três temas de direito penal**. Porto Alegre : Escola Superior do Ministério Público, 1993. Resumo elaborado por César Roberto Bitencourt, sem revisão do autor, da conferência realizada no Instituto Brasileiro de Ciências Criminais, em 17.11.93.

_____. **Crítica al derecho penal de hoy**. Bogotá : Universidad Externato de Colombia, 1998.

HORA, Peggy Fulton; SCHMA, William G.; ROSENTHAL, John T. A. **Therapeutic jurisprudence and the drug treatment court movement: revolutionizing the criminal justice system's response to drug abuse and crime in America**. Notre Dame, Pensilvania : University of Notre Dame, 1999.

HUNGRIA, Nelson. **Comentários ao código penal**. Rio de Janeiro : Forense, 1953. v. 1, t. 1.

_____. _____. _____. 1959. v. IX.

_____. _____. _____. 1967. v. 7.

HUSAK, Douglas. ¿De qué forma los derechos limitan la política sobre drogas? In: ARANA, Xabier; HUSAK, Douglas; SCHEERER, Sebastian (Coord.). **Globalización y drogas: políticas sobre drogas, derechos humanos y reducción de riesgos**. Madrid : Dykinson, 2003.

ISHIDA, Válter Kenji. **Estatuto da criança e do adolescente**: doutrina e jurisprudência. São Paulo : Atlas, 2000.

JENSEN, Eric L. Sanciones no penales por delitos de drogas en los EE.UU.: erosionando el tejido social. In: ARANA, Xabier; HUSAK, Douglas; SCHEERER, Sebastian (Coord.). **Globalización y drogas**: políticas sobre drogas, derechos humanos y reducción de riesgos. Madrid : Dykinson, 2003.

JESCHECK, Hans H. **Tratado de derecho penal**: parte general. Trad. de José Luis Mansanares Saminiego. 4. ed. Granada : Comares, 1993.

JESUS, Damásio Evangelista de. **Penas alternativas**. São Paulo : Saraiva, 1999.

_____. **Lei antitóxicos anotada**. 3. ed. São Paulo : Saraiva, 1997.

KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J.; GREBB, Jack A. **Compêndio de psiquiatria**: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. Trad. de Dayse Batista. 7. ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1997.

KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J. **Compêndio de psiquiatria**. Trad. de Maria Cristina Monteiro e Dayse Batista. Porto Alegre : Artes Médicas, 1990.

KARAM, Maria Lúcia. **De crimes, penas e fantasias**. Rio de Janeiro : Luam, 1991.

_____. **Juizados especiais criminais**: a concretização antecipada do poder de punir. São Paulo : Revista dos Tribunais, 2004.

KELSEN, Hans. **Teoria do direito e do estado**. São Paulo : Martins Fontes.

LARANJEIRA, Ronaldo (Coord.) et al. **Usuários de substâncias psicoativas**: abordagem, diagnóstico e tratamento. São Paulo : Cremespe SP/AMB, 2003.

LEVINE, Harry G. Proibição global de las drogas. In: ARANA, Xavier; HUSAK, Douglas; SCHEERER, Sebastian (Coord.). **Globalización y drogas**: políticas sobre drogas, derechos humanos y reducción de riesgos. Madrid : Dykinson, 2003.

LEUKEFELD, Carl G.; TIMS, Frank. In: SEMINÁRIO DE CAPACITAÇÃO PARA O ENFRENTAMENTO DA PROBLEMÁTICA DAS DROGAS: Projeto RS sem drogas, 5., 2001, Porto Alegre. **Apostila...** Porto Alegre : Corregedoria-Geral de Justiça do Ministério Público do Rio Grande do Sul, 2001.

LIMA, Flávio Augusto Fontes de. **Suspensão condicional do processo penal no direito brasileiro**. Rio de Janeiro : Forense, 2000.

LOPES, Cunha. **Toxicomanias**. Rio de Janeiro : Tipografia América, 1939.

LOUREIRO, Cláudio Silva. O prazer no fenômeno das dependências. In: SILVEIRA FILHO, Dartiu Xavier da; MOREIRA, Fernanda Gonçalves (Orgs.). **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo : Atheneu, 2006.

MACRAE, Edward. **Guiado pela lua**: xamanismo e o uso ritual da *ayahuasca* no culto do Santo Daime. São Paulo : Brasiliense, 1992.

_____. **O controle social do uso de substâncias psicoativas em conversações abolicionistas**: uma crítica do sistema penal e da sociedade punitiva. São Paulo : IBCCRIM; PEPG Ciências Sociais PUC/SP, 1997.

MALBERGIER, André. O modelo da redução de danos no tratamento das dependências. In: FOCCHI, Guilherme Rubino de Azevedo et al. **Dependência química**: novos modelos de tratamento. São Paulo : Roca, 2001.

MANUAL diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR. American Psychiatric Association. 4 ed. texto revisado. Porto Alegre: Artmed, 2002.

MARANHÃO NETO, Arnaldo Fonseca. **Estudos sobre a justiça terapêutica**. Recife : Bagaço, 2003.

MARCÃO, Renato Flávio. **Curso de execução penal**. 5. ed. São Paulo : Saraiva, 2007.

MARLATT, G. Alan; GORDON, J. R. **Relapse prevention**: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York : Guilford Press, 1985.

MARLATT, G. Alan. Redução de danos no mundo: uma breve história. In: _____ et al. **Redução de danos**: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Trad. de Daniel Bueno. Porto Alegre : Artes Médicas Sul, 1999.

_____; WEINGARDT, Kenneth R. Redução de danos e políticas públicas. In: _____ et al. **Redução de danos**: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Trad. de Daniel Bueno. Porto Alegre : Artes Médicas Sul, 1999.

MARONA, Cristiano Ávila. Proibicionismo ou morte? In: REALE JÚNIOR, Miguel (Coord.). **Drogas**: aspectos penais e criminológicos. Rio de Janeiro: Forense, 2005. 1º Encontro de Mestres e Doutores do Departamento de Direito Penal da Faculdade de Direito da USP, 2004.

MASUR, Jandira; CARLINI, Elisaldo. **Drogas, subsídios para uma discussão**. 4. ed. São Paulo : Brasiliense, 2004.

MATOS, Suely de Barros Correia. O clínico generalista na instituição de tratamento de usuários de drogas psicoativas: a relação do clínico com os dependentes de drogas. In: SILVA, Gilberto Lúcio da (Org.). **Coação ou co-ação**: diálogo entre justiça e saúde no contato com usuários de drogas. Recife : Bagaço, 2005.

MÉDICI, Sérgio de Oliveira. Incriminação do porte de substância entorpecente para uso próprio. In: REALE JÚNIOR, Miguel (Coord.). **Drogas**: aspectos penais e criminológicos.

Rio de Janeiro : Forense, 2005. 1º Encontro de Mestres e Doutores do Departamento de Direito Penal da Faculdade de Direito da USP, 2004.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de direito administrativo**. 17. ed. atual. São Paulo : Malheiros, 2004.

MELMAN, Charles. **Alcoolismo, delinquência, toxicomania**: uma outra forma de gozar. Trad. de Rosane Pereira. 2. ed. São Paulo : Escuta, 2000.

MESQUITA, Fábio C. Drogas injetáveis e Aids. In: PAIVA, Vera (Org.). **Em tempos de aids viva a vida**: sexo seguro, prevenção, drogas, adolescentes, mulheres, apoio psicológico aos portadores. São Paulo : Summus, 1993.

_____. Perspectivas das estratégias da redução de danos no Brasil. In: _____.; BASTOS, Francisco Inácio (Ed.). **Drogas e AIDS, estratégias da redução de danos**. São Paulo : HUCITEC, 1994.

MEYER, Paul L. **Probabilidade**: aplicações à estatística. 2. ed. Rio de Janeiro : LTC, 1995, c1969. Trad. de: Introductory probability and statistical applications.

MILL, John Stuart. **A liberdade/utilitarismo**. Tradução Eunice Ostrensky. São Paulo : Martins Fontes, 2000.

MIRABETE, Julio Fabbrini. **Manual de direito penal**: parte geral. 21. ed. São Paulo : Atlas, 2004.

MONDAINI, Marco. **Direitos humanos**. São Paulo : Contexto, 2006.

MONTESQUIEU, Charles Louis de Secondat, baron de la Brède et de. **Do espírito das leis**. 2. ed. São Paulo : Abril Cultural, 1979. Coleção Os Pensadores.

MORAES, Alexandre de. **Direito constitucional**. 6. ed. São Paulo : Atlas, 1999.

_____. **Direito constitucional**. 9. ed. São Paulo : Atlas, 2001.

MOUSNIER, Conceição. In: CURY, Munir; SILVA, Antônio Fernando do Amaral; MENDEZ, Emílio Garcia. (Coord.). **Estatuto da criança e do adolescente comentado**: comentários jurídicos e sociais. São Paulo : Malheiros, 1992.

MUÑOZ CONDE, Francisco. **Direito penal e controle social**. Trad. de Cíntia Toledo Miranda Chaves. Rio de Janeiro : Forense, 2005.

MUSUMECI, Bárbara. O consumo de álcool no país. In: ZALUAR, Alba (Org.). **Drogas e cidadania**: repressão ou redução de riscos. São Paulo : Brasiliense, 1994.

NAGIB, Luiza. As drogas e a legislação brasileira. In: BESSA, Marco Antonio; PINSKY, Ilana (Org.). **Adolescência e drogas**. São Paulo : Contexto, 2004.

NATIONAL DRUG COURT INSTITUTE. **Desenvolvimento e implementação de sistemas de tribunais para dependentes químicos**. Tradução de Luiz Magalhães. Brasília (DF) : Embaixada dos Estados Unidos da América no Brasil, maio de 1999. Escritório de Programas de Justiça, Departamento de Justiça, Washington, D.C.

NEWCOMBE, R. The reduction of drug-related harm: a conceptual framework for theory, practice, and research. In: O'HARE, P. A. et al. **The reduction of drug-related harm**. London : Routledge, 1992.

NICASTRI, Sérgio. A classificação das drogas psicotrópicas. In: ANDRADE, Arthur Guerra de; NICASTRI, Sérgio; TONGUE, Eva. **Drogas: atualização em prevenção e tratamento: curso de treinamento em drogas para países africanos da língua portuguesa**. São Paulo : Lemos, [200-?].

NOLAN JR, James L. **Reinventing justice: the american drug court movement**. Princenton : Princenton University Press, 2001.

OLIVEIRA, Ana Sofia Schmidt de. **A vítima e o direito penal: uma abordagem do movimento vitimológico e de seu impacto no direito penal**. São Paulo : Revista dos Tribunais, 1999.

OLIVEIRA, Carlos Alberto Corrêa de Almeida. **Os tribunais de drogas e o tratamento como alternativa penal**. 2004a. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Direito Penal, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

OLIVEIRA, Edmundo. **O futuro alternativo das prisões**. Rio de Janeiro : Forense, 2002.

OLIVEIRA, José Roberto Rochel de; SÉRGIO SOBRINHO, Mário. Justiça terapêutica. In: REALE JÚNIOR, Miguel (Coord.). **Drogas: aspectos penais e criminológicos**. Rio de Janeiro: Forense, 2005. 1º Encontro de Mestres e Doutores do Departamento de Direito Penal da Faculdade de Direito da USP, 2004.

OLMO, Rosa Del. **América Latina y su criminología**. México : Siglo Veintiuno, 1984.

_____. La legislación en el contexto de las intervenciones globales sobre drogas. In: VEGA FUENTE, Amando (Coord.). **Drogas: qué política para qué prevención**. San Sebastián : Gakoa Liburuak, 2002.

_____. Las drogas y sus discursos. In: PIERANGELI, José Enrique (Coord.). **Direito criminal**. Belo Horizonte : Del Rey, 2004. v. 5.

ORFORD, Jim. Em busca de uma síntese no estudo da natureza da dependência de drogas: enfrentando as complexidades. In: EDWARDS, Griffith; LADER, Malcolm e colaboradores. **A natureza da dependência de drogas**. Trad. de Rose Eliane Starosta. Porto Alegre : Artes Médicas, 1994.

PALLONE, Nathaniel J. **Treating substance abusers in correctional contexts: new understandings, new modalities**. New York : Haworth, 2003.

PALHANO, Ruy. **Drogas**: saiba mais a seu respeito. São Luís : Lithograf, 2000.

PASCHOAL, Janaína Conceição. A importância do encontro sobre drogas: aspectos penais e criminológicos. In: REALE JÚNIOR, Miguel (Coord.). **Drogas**: aspectos penais e criminológicos. Rio de Janeiro : Forense, 2005. 1º Encontro de Mestres e Doutores do Departamento de Direito Penal da Faculdade de Direito da USP, 2004.

PASSAGLI, Marcos. **Toxicologia forense**: teoria e prática. Campinas : Millennium, 2008.

PASSETTI, Edson; SILVA, Roberto Baptista Dias da. (Org.) **Conversações abolicionistas**: uma crítica do sistema penal e da sociedade punitiva. São Paulo : IBCCrim, 1997.

PEÑA, Encarna Bas. Cambios sociales y desarrollo legislativo en andalucía (1985-1997): prevención de drogodependencias en el medio educativo. In: ARANA, X.; MARKEZ, I.; VEGA, A. **Drogas**: cambios sociales y legales ante el tercer milenio. Madrid : Dykinson, 2000.

PÉRIAS, Gilberto Rentz. **Leis antitóxicos comentadas, teoria, legislação e jurisprudência**: direito penal. Sta. Cruz da Conceição : Editora Vale do Mogi, 2002.

PESSINI, Léo. **Fundamentos da bioética**. São Paulo : Paulus, 1996.

PRADO, Luiz Regis. **Curso de direito penal brasileiro**: parte geral. 5. ed. São Paulo : Revista dos Tribunais, 2005. v. 1.

_____. **Curso de direito penal brasileiro**: parte geral. 6. ed. São Paulo : Revista dos Tribunais, 2006. v. 1.

NAÇÕES UNIDAS. **Programa das Nações Unidas para o controle internacional de drogas: Brasil 10 anos de Compromisso - ONU**. Brasília : UNDCP, 1999.

QUEIROZ, Paulo de Souza. **Do caráter subsidiário do direito penal**: lineamentos para um direito penal mínimo. Belo Horizonte : Del Rey, 1998.

REALE JÚNIOR, Miguel. Responsabilidade social da universidade. In: _____ (Coord.). **Drogas**: aspectos penais e criminológicos. Rio de Janeiro : Forense, 2005. 1º Encontro de Mestres e Doutores do Departamento de Direito Penal da Faculdade de Direito da USP, 2004.

REGHELIN, Elisângela Melo. **Redução de danos**: prevenção ou estímulo ao uso de drogas injetáveis. São Paulo : Revista dos Tribunais, 2002.

REUTER, Peter; KLEIMAN, Mark. Risks and prices: an economic analysis of drug enforcement. In: TONRY, M.; MORRIS, M. **Crime and justice**. Chicago : The University of Chicago, 1986. v. 7.

RIBEIRO, Elsa da Mata; RODRIGUES, Ana Paula. A relação justiça e saúde: um posicionamento do núcleo de apoio e acompanhamento às terapêuticas de drogadicção para

adolescentes. In: SILVA, Gilberto Lúcio da (Org.). **Coação ou co-ação**: diálogo entre justiça e saúde no contato com usuários de drogas. Recife : Bagaço, 2005.

RIBEIRO, Marcelo; FIGLIE, Neliana Buzi; LARANJEIRA, Ronaldo. Organização de serviços de tratamento para a dependência química. In: FIGLIE, Neliana Buzi; BORDIN, Selma; LARANJEIRA, Ronaldo et al. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo : Roca, 2004.

SEMINÁRIO DE CAPACITAÇÃO PARA O ENFRENTAMENTO DA PROBLEMÁTICA DAS DROGAS: Projeto RS sem drogas, 5., 2001, Porto Alegre. **Apostila...** Porto Alegre : Corregedoria-Geral de Justiça do Ministério Público do Rio Grande do Sul, 2001.

RODRIGUES, Eduardo Silveira Melo. **A embriaguez e o crime**. Brasília : Brasília Jurídica, 1996.

RODRIGUES, Luciana Boiteux de Figueiredo. **Controle penal sobre as drogas ilícitas**: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade. 2006. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, São Paulo.

ROSA, Alexandre Morais da. **Direito infracional**: garantismo, psicanálise e movimento antiterror. Florianópolis : Habitus, 2005.

ROSSEAU, Jean-Jacques. **Do contrato social**. São Paulo : Abril Cultural, 1978.

ROXIN, Claus. Franz Von Liszt e a concepção político-criminal do projecto alternativo. In: _____. **Problemas fundamentais de direito penal**. Lisboa: Veja, 1986.

SÁ, Alvino Augusto de. **Crimonologia clínica e psicologia criminal**. São Paulo : Revista dos Tribunais, 2007.

SÁ, Domingos Bernardo Silva. Projeto para uma nova política de drogas no país. In: ZALUAR, Alba (Org.). **Drogas e cidadania**: repressão ou redução de riscos. São Paulo : Brasiliense, 1994.

SALVADOR NETTO, Alamiro Velludo. **Tipicidade penal e sociedade de risco**. São Paulo : Quartier Latin, 2006.

SAMPAIO, Christiane Moema Alves; CAMPOS, Marcelo Araújo (Org.). **Drogas, dignidade & inclusão social**: a lei e a prática de redução de danos. Rio de Janeiro : Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA), 2003.

SILVA SÁNCHEZ, Jesús-María. **La expansión del derecho penal**: aspectos de la política criminal en las sociedades postindustriales. 2. ed. Madri : Civitas Ediciones, 2001.

SANTIAGO, Jesús. **A droga do toxicômano**: uma parceria clínica na era da ciência. Rio de Janeiro : Jorge Zahar, 2001.

SANTOS, Boaventura de Souza. **La globalización del derecho**: los nuevos caminos de la regulación y la emancipación. Bogotá : Universidad Nacional de Colombia, 1998.

SANTOS, Jorcelino Luiz dos. **Drogas**: psicologia e crime. Porto Alegre : Sagra Luzzatto, 1997.

SANTOS, Juarez Cirino dos. **Criminologia radical**. Rio de Janeiro : Forense, 1998.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 2. ed. rev. e atual. Porto Alegre : Livraria do Advogado, 2001.

SCHEERER, Sebastian. Prohibición de las drogas en sociedades abiertas. In: ARANA, Xabier; HUSAK, Douglas; _____. (Coords.) **Globalización y drogas**: políticas sobre drogas, derechos humanos y reducción de riesgos. Madrid : Dykinson, 2003.

SCHUSTER, Charles. O comportamento da busca de droga: implicações para as teorias de dependência de droga. In: EDWARDS, Griffith; LADER, Malcolm et al. **A natureza da dependência de drogas**. Trad. de Rose Eliane Starosta. Porto Alegre : Artes Médicas, 1994.

SECONDAT, Charles Louis de. **Do espírito das leis**. São Paulo : Abril Cultural, 1979. (Coleção Os pensadores).

SEGRE, Marco. **A questão ética a saúde humana**. São Paulo : Atheneu, 2006.

_____; SEIBEL, Sérgio Dario. **Aspectos éticos das atenções de saúde em relação ao dependente de drogas em a questão ética e a saúde humana**. São Paulo : Atheneu, 2006.

SERPA, Oswaldo. **Dicionário escolar inglês-português, português-inglês**. 3. ed. Rio de Janeiro : Ministério da Educação e Cultura, 1961.

SHECAIRA, Sérgio Salomão. **Criminologia**. São Paulo : Revista dos Tribunais, 2004.

SILVA, Cláudio Jerônimo; LARANJEIRA, Ronaldo. Neurobiologia da dependência química. In: FIGLIE, Neliana Buzi; BORDIN, Selma; LARANJEIRA, Ronaldo (Coord.). **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo : Roca, 2004.

SILVA, Clodomir Monteiro da. **O palácio de Juramidam - Santo Daime**: um ritual de transcendência e despoluição. 1983. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Cultural, Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

SILVA, Edevaldo Alves da. **Tóxicos no direito penal brasileiro**. São Paulo : José Bushatsky, 1973.

SILVA, Evandro Lins e. **Sistema penal para o terceiro milênio**. Rio de Janeiro : Revan, 1991.

SILVA, Gilberto Lúcio da (Org.). **Coação ou co-ação**: diálogo entre justiça e saúde no contato com usuários de drogas. Recife : Bagaço, 2005.

_____. **Da família sem pais à família sem paz**: violência doméstica e uso de drogas. Recife : Bagaço, 2006.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 28 ed. rev. e atual. São Paulo : Malheiros, 2007.

SILVA, Reinaldo Pereira e. **Biodireito**: a nova fronteira dos direitos humanos. São Paulo : LTR, 2003.

SILVEIRA FILHO, Dartiu Xavier da; SILVEIRA, Evelyn Doering Xavier da. **Um guia para a família**. Reimp. rev. Brasília : Secretaria Nacional Antidrogas, 1999.

SILVEIRA FILHO, Dartiu Xavier da; MOREIRA, Fernanda Gonçalves. Reflexões preliminares sobre a questão das substâncias psicoativas. In: _____ (Orgs.). **Panorama atual de drogas e dependência**. São Paulo : Atheneu, 2006.

SILVEIRA, Renato de Mello Jorge. **Direito penal supra-individual**: interesses difusos. São Paulo : Revista dos Tribunais, 2003.

_____. Drogas e política criminal: entre o direito penal do inimigo e o direito penal racional. In: REALE JÚNIOR, Miguel (Coord.). **Drogas**: aspectos penais e criminológicos. Rio de Janeiro : Forense, 2005. 1º Encontro de Mestres e Doutores do Departamento de Direito Penal da Faculdade de Direito da USP, 2004.

SCHUSTER, Charles. O comportamento da busca de droga: implicações para as teorias de dependência de droga. In: EDWARDS, Griffith; LADER, Malcolm et al. **A natureza da dependência de drogas**. Trad. de Rose Eliane Starosta. Porto Alegre : Artes Médicas, 1994.

SOUZA, Ailton Alfredo de. Fundamentos jusfilosóficos da despenalização por meio do tratamento da drogadicção. In: SILVA, Gilberto Lucio da (Org.). **Coação ou co-ação**: diálogo entre justiça e saúde no contato com usuários de drogas. Recife : Bagaço, 2005.

STRANG, J. Drug use and harm reduction: responding to the challenge. In: HEATHER, N. et al (Ed.). **Psychoactive drugs and harm reduction**: from faith to science. London : Whurr, 1993.

STUART MILL, John. **A liberdade/utilitarismo**. São Paulo : Martins Fonte, 2000.

SZNICK, Valdir. **A responsabilidade penal na embriaguez**. São Paulo : Leud, 1987.

TEIXEIRA, Paulo. In: Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Manual de redução de danos**: saúde e cidadania. Brasília : 2001. (Manuais).

TIBA, Içami. **Anjos caídos**. São Paulo : Editora Gente, 2006.

TORNAGHI, Hélio. **Curso de processo penal**. São Paulo : Saraiva, 1980. v. 2.

TORON, Alberto Zaccharias. Deve a cannabis sativa permanecer na lista IV da convenção única de entorpecentes, de 1961, da ONU? In: REALE JÚNIOR, Miguel (Coord.). **Drogas: aspectos penais e criminológicos**. Rio de Janeiro : Forense, 2005. 1º Encontro de Mestres e Doutores do Departamento de Direito Penal da Faculdade de Direito da USP, 2004.

UNIFESP. AFIP. Centro de Pesquisa em Psicobiologia Clínica. **Encontro de centros brasileiros de tratamentos de dependências de drogas**. São Paulo : Afip, 1989.

VALDÉS, García. **Droga e institución penitenciaria**: droga y privación de la libertad. Buenos Aires : Depalma, 1986.

VALENTE, Manuel Monteiro Guedes. **Consumo de drogas**: reflexões sobre o novo quadro legal. Coimbra : Almedina, 2002.

VASCONCELOS, Maria da Conceição de Melo. Uma experiência no atendimento psicológico em grupo aos usuários de drogas em conflito com a lei. In: SILVA, Gilberto Lúcio da (Org.). **Coação ou co-ação**: diálogo entre justiça e saúde no contato com usuários de drogas. Recife : Bagaço, 2005.

VASCONCELOS, Paulo Roberto Caldas de. **Comentários sobre a justiça terapêutica e sobre as leis antitóxicos**. Recife : Litoral, 2004.

VELHO, Gilberto. A dimensão cultural e política dos mundos das drogas. In: ZALUAR, Alba (Org.). **Drogas e cidadania**: repressão ou redução de riscos. São Paulo : Brasiliense, 1994.

VENÂNCIO, Renato Pinto; CARNEIRO, Henrique (Org.). **Álcool e drogas na história do Brasil**. São Paulo : Alameda, 2005.

VERGARA, Rodrigo. **Drogas**. São Paulo : Abril, 2003.

VIEIRA, Luiz Gonzaga. **Tóxicos**. São Paulo : Edipro, 1992.

WACQUANT, Lôic. **As prisões da miséria**. Trad. de André Telles. Rio de Janeiro : Jorge Zahar, 2001.

WEBER, Max. **Economia y sociedad**. México, DF : Fondo de Cultura Económica, 1988.

WODAK, Alex. Redução de danos e programa de troca de seringas. In: BASTOS, Francisco Inácio; MESQUITA, Fábio; MARQUES, Luiz Fernando (Org.). **Troca de seringas**: drogas e Aids: ciência, debate e saúde pública. Brasília : Ministério da Saúde, Coordenação Geral das DST/AIDS. 1998.

ARTIGOS DE REVISTAS

ADOLESCENTES estão bebendo demais. **Diário de Pernambuco**, Recife, 23 ago. 2007, p. A11.

ALVES, Roque de Brito. A criminalidade no Brasil. **Diário de Pernambuco**. Recife, 13 jun. 2007. Opinião, p. A 9.

AUGUSTINIS, Emílio José de; COHEN, Claudio. É possível a autonomia do sentenciado no sistema penitenciário? **Revista Bioética do Conselho Federal de Medicina**, Brasília, v. 6, n. 1, 1998.

BATISTA, Nilo. **Política criminal com derramamento de sangue**: discursos sediciosos: crime, direito e sociedade. Rio de Janeiro, Instituto de Criminologia, ano 3, n. 5-6, p. 84, 1998.

BATISTA, Vera Malaguti. O tribunal de drogas e o trigre de papel. **Revista de Estudos Criminais**, Porto Alegre, v. 1, n. 4, 2001.

BATTJES, R. J; PICKENS, R. W.; AMSEL, Z. HIV infection and AIDS risk behaviors among intravenous drug users entering methadone treatment in selected. **J. Acq. Imm. Defic. Syndrome**, U.S. cities, v. 4, p. 1148-1154, 1991.

BEAN, Philip. America's drug courts: a new development in criminal justice. **Criminal Law Review**, out., 1996.

BERRIDGE, V. *AIDS*, drugs and history. **British Journal of Addiction**, v. 87, n. 3, p. 363-370, 1992.

BIANCARELLI, Aureliano. Maconha é a nova arma contra o crack. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 20 abr. 1997, p. 3, Cotidiano, 3º Caderno.

BRASIL, Caroline Schneider. O que é programa da redução de danos? **Boletim Informativo do Projeto Comunicação, Segmentos e Prevenção, da Cruz Vermelha Brasileira**, Rio Grande do Sul, ano I, n. 2, p. 3-4, set., 2000.

CARVALHO, Luiz Carlos Schmidt de. Descriminalização do uso de drogas, suspensão do processo judicial e recuperação de usuários de tóxicos: questões para reflexão. **Justitia**, ano 58, v. 173, p. 24-25, jan./mar., 1996.

COLARES, Juliana. Tabagismo: vício de fumar é responsável por 200 mil mortes por ano em todo o mundo. **Diário de Pernambuco**, Recife, 12 ago. 2007, C3.

COSTA, Florência. **Revista ISTO É**, São Paulo, n. 1674, 31 out. 2001.

DEMATTEO, D. S.; MARLOWE, D. B.; FESTINGER, D. S. Secondary prevention services for clients who are low risk in drug court: a conceptual model. **Crime & Delinquency**, n. 52, p. 114-134, 2006.

DIAS, Jorge de Figueiredo. Direito penal e estado de direito material: sobre o método, a construção e o sentido da doutrina geral do crime. **Revista de Direito Penal**, Rio de Janeiro, n. 31, p. 43, 1982.

DWYER JH. Exposure to environmental tobacco smoke and coronary risk. **Circulation**, v. 96, n. 5, p. 1367-1369, 1997.

FARIA, Eduardo José. As transformações do direito. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, São Paulo, ano 6, n. 22, abr./jun., 1998.

FERREIRA, Ivette Senise. A intimidade e o direito penal. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, São Paulo, v. 5, p. 96, 1994.

GARCIA, Carlos Roberto Marcos. Aspectos relevantes da vitimologia. **Revista dos Tribunais**, São Paulo, ano 88, v. 769, p. 437-455, 1999.

GOMES, Mariângela Gama de Magalhães; MOURA, Maria Thereza Rocha de Assis. Drogas e política criminal. **Boletim IBCCRIM**, São Paulo, n. 130, set., 2003.

HASSEMER, Winfried. Derecho penal simbólico y protección de bienes jurídicos. **Pena y Estado: función simbólica la pena**. Traducción Elena Larrauri. Barcelona, PPU, fasc. 1, n. 1, p. 33, p. 23-36, sep./dic.1991.

KARAM, Maria Lúcia. Políticas de drogas: alternativas à repressão penal. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, São Paulo, v. 12, n. 47, p. 360-385, mar./abr., 2004.

LARANJEIRA, Ronaldo. Resposta do Professor Laranjeira à carta O problema da proibição do álcool. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 6, p. 393-394, 2004.

LEI seca gera muitas dúvidas. **Diário de Pernambuco**, Recife, 29 jun. 2008, A 12.

LIMA, Flávio Augusto Fontes de. Direito penal do inimigo: direito penal do século XXI? **Revista da ESMAPE: Escola Superior da Magistratura**, Recife, ESMAPE, v. 11, n. 24, p. 147; 129-152, jul./dez., 2006.

MACHADO, Eduardo. Aumenta o desafio para o plano de segurança. **Jornal do Commercio**, Recife, 10 jun. 2007, Cidades, p. 6.

MARCHI, Maria Mathilde; SZTAJN, Rachel. Autonomia e heteronomia na relação entre profissional de saúde e usuário dos serviços de saúde. **Revista Bioética do Conselho Federal de Medicina**, Brasília, v. 6, n. 1, 1998.

MARLOWE, Douglas B. et al. A national research agenda for drug courts: plotting the course for second-generation scientific inquiry. **Drug Court Review**, Alexandria, NDCI, 2006. v. V, p. 28-31.

MARONA, Cristiano Ávila; MENDES, Carlos Alberto Pires. Nova lei de tóxicos: o reflexo do irrefletido. **Boletim IBCCRIM**, São Paulo, v. 1, n. 111, set., p. 8-9, 2002.

MARQUES, Ednarg Fernandes. Medidas alternativas à prisão: a justiça terapêutica: breves considerações. **Revista do Ministério Público do Maranhão**, São Luís, n. 10, p. 189-197, jan./dez., 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico: Aids**, Brasília, ano XI, n. 4, set./nov., 1998.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Manual de redução de danos**. Brasília : 2001. p. 11-12. (Manuais, n. 42).

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **A contribuição dos estudos multicêntricos frente à epidemia de HIV/Aids entre UDIs no Brasil: 10 anos de pesquisa e redução de danos**. Org. de Christiane Moema Alves Sampaio e Marcelo Araújo Campos. Brasília : 2003. (Avaliação, n. 8).

MORAIS, Bartolomeu Bueno de Freitas. Drogas: aspectos jurídicos na perspectiva da prevenção. **Diário Oficial do Estado de Pernambuco**, Poder Judiciário Estadual. p. 2. Recife, 14 out. 2003.

MOREIRA, José Carlos Barbosa. O processo penal norte-americano e sua influência. **Revista do Ministério Público**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 89, 2000.

MOREIRA, Rômulo de Andrade. A nova lei de tóxicos: aspectos processuais. **Revista dos Tribunais**, São Paulo, ano 93, v. 825, jul., 2004.

NUNES, Adeildo. O país do tráfico. **Jornal do Commercio**, Recife, 9 jun. 2007, Opinião.

PAI embriagado joga bebê na parede. **Jornal do Commercio**, Recife, 11 maio 2007, Caderno Cidades, p. 3.

PAÍS no rol dos mais rigorosos. **Jornal do Commercio**, Recife, 29 jun. 2008, Seção Brasil, p. 15.

PARADA gay: panfleto dá dicas de como usar drogas. **Jornal do Commercio**, Recife, 09 jun. 2007, p. 11.

PASCOAL, Janaína Conceição. A justiça terapêutica aqui e as cortes de drogas lá. **Boletim IBCCRIM**, São Paulo, n. 166, p. 13-14, set., 2006.

REVISTA DOS TRIBUNAIS. São Paulo, v. 530, p. 365, dez., 1979, v. 600, p. 409, out., 1985.

RIBEIRO, Maurides de Melo. As políticas públicas e a questão das drogas: redução de danos. **Juízes para a Democracia: Publicação Oficial da Associação Juízes para a Democracia**, ano 9, n. 35, set./nov., 2005.

ROCHA, Cármem Lúcia Antunes. O princípio da dignidade da pessoa humana e a exclusão social. **Revista Interesse Público**, São Paulo, Notadez, ano 1, n. 4, p. 24-26, out./dez., 1999.

ROCHA, João Victor. Recuperação lenta. **Diário de Pernambuco**, 03 out. 2004. p. 2.

RODRIGUES, Edvaldo. Ação contra uso de álcool entre jovens. **Diário de Pernambuco**, 05 jul. 2007, Vida Urbana, C8.

SANTIN, Valter Folete. Terapia do acusado de porte de entorpecente como condição da suspensão condicional do processo. **Justitia**, São Paulo, Associação Paulista do Ministério Público, n. 196, p. 81-89, out./dez., 2001.

SANTOS, Nildo Nery dos. **Relatório de atividades**: Tribunal de Justiça de Pernambuco: biênio 2000-2002, Recife, 2002, p. 8.

SECRETARIA de Estado da Saúde de São Paulo. **Boletim Epidemiológico**, ano XVI, n. 4, 1998.

SILVA JÚNIOR, Edison Miguel da. Usuário de droga ilícita e a lei dos juizados federais. **Boletim do IBCCrim**, a. 9, n. 110, p. 10, jan., 2002.

SPOSATO, Karyna et al. Defesa técnica de adolescentes acusados da autoria de atos infracionais em São Paulo. **Revista ILANUD**, São Paulo, n. 22, 2002.

TONRY, Michael; PETERSILIA, Joan. **Crime and Justice**: review of research. Chicago : University of Chicago, 1999. v. 26, p. 21.

VELHO, Gilberto. Uma perspectiva antropológica do uso de drogas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 355-358, 1980.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl. La legislación “anti-droga” latinoamericana: sus componentes de derecho penal autoritario. **Fascículo de Ciências Penais**: Drogas: Abordagem interdisciplinar, Porto Alegre, v. 3, p. 18, 1990.

MEIO ELETRÔNICO

ADOLESCENTE viciado em drogas é acorrentado na Bahia. Disponível em: <<http://noticias.bol.uol.com.br/brasil/2007/07/05/ult4469u6602.jhtm>>. Acesso em: 04 jul. 2007.

ADULT DRUG COURTS: evidence indicates recidivism reductions and mixed results for other outcomes. Government Accountability Office (GAO), 2005. Disponível em: <<http://www.gao.gov/new.items/d05219.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2007.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE JUSTIÇA TERAPÊUTICA. **As drogas e a família**. Disponível em: <http://www.aclaud.org/as_drogas_e_a_familia.htm>. Acesso em: 16 jul. 2007.

_____. Disponível em: <<http://www.anjt.org.br/index.thp?id=99&n=85>>. Acesso em: 24 fev. 2005.

BARDOU, Luiz Achylles Petiz. **Justiça terapêutica:** origem, abrangência territorial e avaliação. ANJT. Disponível em: <http://www.mp.rs.gov.br/just_terapeutica/doutrina/id392.htm>. Acesso em: 26 de jun. 2007.

BARDOU, Luiz Achylles Petiz; FREITAS, Carmem Có. **A problemática das drogas.** Disponível em: <http://www.mp.rs.gov.br/hmpage/homepage2.nsf/pages/jterap_artigo3>. Acesso em: 22 fev. 2005.

BORGES, Maria Elda Melo; BARROS, Suzana de Toledo. **Justiça terapêutica para usuários de drogas ilícitas** Disponível em: <<http://www.conamp.org.br/eventos/teses/tese060.htm>>. Acesso em: 29 maio 2006.

BRASIL. Ministério da Justiça. Disponível em: <<http://www.mj.gov.br/depen/>>. Acesso em: 2 ago. 2007.

CABALLERO, Francis. **Liberalize rather than punish.** Disponível em: <<http://www.drugtext.org/library/articles/ial4.html>>. Acesso em: 01 ago. de 2007.

CONSELHO Regional Psicologia do Estado de São Paulo. **Justiça terapêutica.** Disponível: <http://crpsp.org.br/a_servi/frames/fr_forum_justica_terapeutica.htm>. Acesso em: 27 ago. 2003.

COSTA, Reynaldo Lúcio Moutinho. **Aplicação da suspensão condicional do processo aos casos dos usuários de drogas.** Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=1087>>. Acesso em: 25 jun. 2007.

DICIONÁRIO médico Blakiston. **Conceito de psicotrópico.** 2. ed. São Paulo : Andrei, p. 872. Disponível em: <<http://www.imesc.sp.gov.br/infodrogas/Entorpec.htm>>. Acesso em: 14 maio 2007.

DROGAS, abordagem intersetorial: saúde e justiça. Disponível em: <<http://litoralsaquarema.blogspot.com/>>. Acesso em: 18 ago. 2007.

DUARTE, Paulina Vieira. **Vulnerabilidade e risco.** Disponível em: <<http://obid.senad.gov.Br/OBID/Portal/index.jsp?iIdpessoaJuridica=1>>. Acesso em: 18 jan. 2007.

FERNANDES, Márcio Mothé. **Justiça terapêutica para usuários de drogas.** Disponível em: <http://www.mj.gov.br/Depen/publicacoes/marcio_mothe_02.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2007.

FOX, Carson; HUDDLESTON, West. **Drug courts in the U. S.** Disponível em: <<http://usinfo.state.gov/journals/itdhr/0503/ijde/fox.htm>>. Acesso em: 9 ago. 2007.

FREITAS, Carmen Có. **Tratamento não voluntário em países da região européia: princípios éticos, organização e resultados.** Disponível em: <<http://www.anjt.org.br/index.php?id=99&n=87>>. Acesso em: 18 ago. 2007

FRIEDMAN, Milton. **The drug war as a socialist enterprise.** Disponível em: <www.druglibrary.org/special/friedman/socialist.htm>. Acesso em: 1º jul. 2007.

GOMES, Luiz Flávio. **Reforma penal: a nova lei de tóxicos no país e a situação dos usuários.** Disponível em: <<http://www.castelobranco.adv.br/artigo/07.htm>>. Acesso em: 29 ago. 2003.

_____. **Tóxicos: descriminalização da posse de droga para consumo pessoal.** Disponível em: <http://ultimainstancia.uol.com.br/imprime_noticia.php?idNoticia=30618>. Acesso em: 08 set. 2006b.

HORÁCIO, João Batista Ferrairo. **Da ilegalidade das prisões com base em bafômetros.** Disponível em: <http://www.migalhas.com.br/mostra_noticia_articuladas.aspx?cod=63804>. Acesso em: 02 jul. 2008.

HUDDLESTON, C. West. **Letter from the chief executive officer.** Disponível em: <<http://www.nadcp.org/about/>>. Acesso em: 05 jul. 2008.

INTERNATIONAL ASSOCIATION OF DRUG TREATMENT COURTS. Disponível em: <<http://www.nadcp.org/iadtc/>>. Acesso em: 8 ago. 2007.

INVENTORY OF EUROPEAN SOCIAL AND HEALTH POLICIES, MEASURES AND ACTIONS CONCERNING DRUG USERS IN PRISONS. Disponível em: <<http://www.emcdda.europa.eu/index.cfm?fuseaction=public.content&nnodeid=2721&sLanguage=EN>>. Acesso em: 25 jul. 2007.

JUSTIÇA terapêutica: perguntas e respostas assinado pela direção da ANJT. Disponível em: <<http://www.anjt.org.br/index.php?id=99&n=85>>. Acesso em: 24 fev. 2005.

JUSTIÇA terapêutica: questionário. Disponível em: <<http://www.anjt.org.br/index.thp?id=99&n=85>>. Acesso em: 24 fev. 2005.

KELLY, J. F.; FINNEY, J. W.; MOOS, R. Substance use disorder patients who are mandated to treatment: characteristics, treatment process, and 1-and 5-year outcomes. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 28, n. 3, p. 213-223, 2005. Disponível em: <<http://www.jointogether.org/news/research/summaries/2006/voluntary-forced-treatment.html>>. Acesso em: 14 ago. 2006.

KING, Rufus. **Hang up, America's fifty-year folly.** Disponível em: <<http://www.druglibrary.org/special/king/dhu/dhu16.htm>>. Acesso em: 29 jul. 2007.

KUEHNE, Maurício. **Brasil atinge a marca de 419 mil presos.** Disponível em: <<http://www.mj.gov.br/depen/>> Acesso em: 02.08.2007.

MAIEROVITCH, Walter Fanganiello. Disponível em: <http://www.pol.org.br/atualidades/materiais.cmF?id_área=460>. Acesso em: 09 jun. 2006a.

_____. **Entrevista.** Disponível em: <http://www.ar.unisul.br/cgi_bin/psa/unisul/noticia.epl?cd=80>. Acesso em: 09 jun. 2006b.

MAKKAI, Toni. **Drug Courts: Issues and Prospects** Australian Institute of Criminology Trends & Issues, 1998. Disponível em: <<http://www.aic.gov.au/publications/tandi/tandi95.html>>. Acesso em: 02 jun. 2006.

MARCÃO, Renato Flávio. **A política nacional antidrogas.** Disponível em: <www.ibccrim.org.br>. Acesso em: 27 maio 2003.

MENINO viciado em drogas é acorrentado pelos pais no Rio Grande do Sul. Disponível em: <<http://pe360graus.globo.com/noticias360/matLer.asp?newsId=92297>>. Acesso em: 05 jul. 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Acidentes:** consumo de álcool é a principal causa. Disponível em: <http://64.233.167.104/custom?q=cache:WLN1wUGowQJ:portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/svs_em_rede_n26_marco07.pdf+tr%C3%A2nsito+e+bebida&hl=pt&ct=clnk&cd=6&client=google-coop-np>. Acesso em: 20 ago. 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Aids em números:** Aids no Brasil. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS13F4BF21PTBRIE.htm>>. Acesso em 16 jul. 2007.

NATIONAL ASSOCIATION OF DRUG COURT PROFESSIONALS. Disponível em: <<http://www.nadcp.org>>. Acesso em: 02 jun. 2006.

NATIONAL CRIMINAL JUSTICE REFERENCE SERVICE U.S.S. Department of Justice. **Drug Court activity update:** summary information on all programs and detailed information on adult drug courts. 2001. Disponível em: <http://www.ncjrs.gov/spotlight/drug_courts/publications.html>. Acesso em: 02 jun. 2006.

NATIONAL survey on drug use & health: national results. Disponível em: <<http://www.oas.samhsa.gov/nsduh/2k5nsduh/2k5Results.htm#TOC>>. Acesso em: 2005.

NEW YORK COUNTY LAWYERS ASSOCIATION. Disponível em: <<http://www.druglibrary.org/schaffer/Library/studies/nycla/nycla.htm>>. Acesso em: 04 abr. 2007.

OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS/SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS, I. Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil 2001. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/OBID/Portal/Index.jsp?!IdPessoaJuridica=1>>. Acesso em: 10 jun. 2006.

OLIVEIRA, Carlos Alberto Corrêa de Almeida. **A justiça terapêutica e os seus objetivos**. Disponível em: <www.ibccrim.org.br>. Acesso em: 27 jul. 2004b.

_____. _____. Disponível em: <www.ibccrim.org.br>. Acesso em: 02 jun. 2006.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. International Narcotics Control Board. 2007. Disponível em: <<http://www.incb.org/incb/annual-report-2007.html>> Acesso em: 03 jan. 2008.

PACHECO, Mariana Bussacos. **Justiça terapêutica aplicada aos crimes de porte de entorpecentes para uso próprio: a experiência do Distrito Federal**. Monografia (Graduação em Direito) - Centro Universitário de Brasília – UniCEUB. Disponível em: <<http://www.anjt.org.br/mariana2.doc>>. Acesso em: 2 jul. 2007.

REDE BRASILEIRA DA REDUÇÃO DE DANOS (REDUC). **A compreensão da Reduc sobre a chamada “Justiça Terapêutica”**: ou “tribunais especiais para dependentes químicos.” Disponível em: <http://www.jornalexpress.com.br/noticias/detalhes.php?id_jornal=2328&id_noticia=19>. Acesso em: 02 jun. 2006.

REGHELIN, Elisângela Melo. **A justiça terapêutica: novo modelo de defesa social?** Disponível em: <<http://www.ibccrim.org.br>>. Acesso em: 02 jun. 2006.

SABOL, William J.; MINTON, Todd D.; HARRISON, Paige M. **Prison and jail inmates at midyear**. 2006. Disponível em: <<http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/pub/pdf/pjim06.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2007.

SÃO PAULO. Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania. **Justiça debate meios de prevenção às drogas**. Disponível em: <<http://www.justica.sp.gov.br/Noticia.asp?Noticia=75>>. Acesso em: 25 jun. 2007.

SARRIA-SANTAMERA, Antonio; CORTES-BLANCO, Manuel; ELDER, John. Analysis of the 1999-2000 fortuna brand cigarette advertising campaign. **Rev. Esp. Salud Publica**, Madrid, v. 75, n. 2, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272001000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 abr. 2007.

SILVA, Gilberto Lúcio da. **Justiça e terapêutica: uma aproximação possível**. Disponível em: <<http://www.gilbertolucio.hpg.ig.com.br/justaterapeutica.htm>>. Acesso em: 02 jun. 2006.

SILVA, Ricardo de Oliveira; FREITAS, Carmem Có. **Capacitações realizadas pela ANJT**. Disponível em: <<http://www.anjt.org.br/index.php?id=99&n=113>>. Acesso em: 12 jul. 2007.

SILVA, Ricardo de Oliveira. **A denominação justiça terapêutica**. Disponível em: <<http://www.movimentorenascer.org.br/justica/justica4.htm>>. Acesso em: 12 set. 2002.

_____. **Justiça terapêutica:** um programa judicial de atenção ao infrator usuário e ao dependente químico. Disponível em: <<http://www.anjt.org.br/index.php?id=99&n=86>>. Acesso em: 2 jun. 2007a.

_____. **Usuários de drogas:** prender ou tratar? Disponível em: <<http://www.anjt.org.br/index.php?id=99&n=137>>. Acesso em: 26 de jun. 2007b.

_____ et al. **Justiça terapêutica:** perguntas e respostas. Disponível em: <<http://www.anjt.org.br/index.php?id=99&n=85>>. Acesso em: 06 jul. 2007.

_____. **O enfrentamento legal do modelo de tratamento.** Disponível em: <<http://www.movimentorencser.org.br/justica/justica5.htm>>. Acesso em: 02 jun. 2006.

SISKO, Robert. **Interrupting drug dependency with ibogaine:** a summary of four case histories. Disponível em: <<http://ibogaine.org/medratec95.html>>. Acesso em: 31 mar. 2007.

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION (SAMHSA). **National Survey on Drug Use & Health:** national results, 2005. Disponível em: <<http://www.oas.samhsa.gov/nsduh/2k5nsduh/2k5Results.htm#TOC>>. Acesso em: 02 abr. 2007.

SUPREMA CORTE DOS EUA. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.Br/ultnot/2005/06/06/ult27u49322.jhtm>>. Acesso em: 06 jun. 2005.

TAVARES, Renata Barros; SILVA, Wladimir Wanderley da. **Perfil dos participantes:** trabalho desenvolvido com a vivência cotidiana. Disponível em: <<http://www.tjpe.gov.br/justerap/noticias/PERFILDOSPARTICIPANTES.doc>>. Acesso em: 09 jun. 2006.

UNAIDS 2004 report on the global aids epidemic. Disponível em: <http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_html/GAR2004_00_en.htm>. Acesso em: 16 jul. 2007.

UNITED NATIONS DRUG CONTROL OFFICE. **United Nations drug control and crime prevention mode drug court:** treatment and rehabilitation of offenders. Bill, 2000. Disponível em: <http://www.ncrj.gov/spotlight/drug_courts/legislation.html>. Acesso em: 2 jun. 2006.

UNITED STATES GOVERNMENT ACCOUNTABILITY OFFICE. **Adult drug courts,** 2005. Disponível em: <<http://www.gao.gov>>. Acesso em: 06 jun. 2006.

UNITED STATES JUSTICE DEPARTMENT. **Drug court activity update:** summary information on all programs and detailed information on adult drug courts, 2001. Disponível em: <http://www.ncjrs.gov/spotlight/drug_courts/publications.html>. Acesso em: 2 jun. 2006.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. **II Levantamento domiciliar sobre drogas psicotrópicas no Brasil**. Disponível em: <<http://www.unodc.org/pdf/brazil/>>. Acesso em: 08 abr. 2007.

VIANNA, Guaraci de Campos. **Corte de drogas, justiça legal e justiça social: gênese e conscientização**. Disponível em: <http://pjbrunomartins.vilabol.uol.com.br/artigos/cortes_de_drogas.htm>. Acesso em: 22 fev. 2005.

VICINI, James. **Justiça dos EUA dá vitória a Bush em caso de maconha medicinal**. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/ultnot/2005/06/06/ult27u49322.jhtm>>. Acesso em: 6 jun. 2005.

VIOLENT CRIME CONTROL AND LAW ENFORCEMENT ACT. 1994. Disponível em: <<http://thomas.loc.gov/cgi-bin/query/z?c103:H.R.3355.ENR>>. Acesso em: 29 jul. 2007.

WORLD DRUG REPORT, 2007. Disponível em: <http://www.unodc.org/pdf/research/wdr07/WDR_2007_executive_summary_s.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2007.

ANEXOS

ANEXO 1

Projeto de criação de Juizado Especial para processar e julgar infrações de menor potencial ofensivo praticadas por usuários e dependentes de substâncias químicas elaborado pelo Desembargador Nildo Nery dos Santos no ano de 2003.

EMENTA. Altera a Organização Judiciária do Estado de Pernambuco, dispondo sobre a criação na comarca da capital do Juizado Especial para processar e julgar as infrações de menor potencial ofensivo praticadas por usuários e dependentes de substâncias químicas.

art. 1º. Fica criado na comarca da capital o JUIZADO ESPECIAL dos feitos relativos a entorpecentes que terá competência para processar, aplicar as medidas profiláticas e julgar as infrações de menor potencial ofensivo praticadas por usuários ou dependentes, sob a influência ou para obtenção de substâncias psicoativas vinculadas ao alcoolismo ou drogadição nas hipóteses em que a pena mínima cominada for igual ou inferior a 2 (dois) anos, e, em especial:

- a)** Os previstos no art. 16 da Lei nº 6.368 de 21.10.1976: uso de substância entorpecente;
- b)** Crimes contra a pessoa: Lesões corporais, notadamente envolvendo relações domésticas e/ou familiares e de vizinhança, perigo para vida ou saúde de outrem, e maus tratos;
- c)** Contravenções penais (Decreto nº 3.688/41): via de fato, provocação de tumulto, perturbação do trabalho ou sossego alheios, importunação ofensiva ao pudor, embriaguez e perturbação da tranquilidade;
- d)** Crimes da Lei nº 9.437/97: porte ilegal de arma de fogo e disparo de arma de fogo em local habitado;
- e)** Crimes da Lei nº 9.503/97: homicídio culposo, lesão corporal culposa, condução de veículo sob a influência de álcool ou de efeitos análogos e participação de corrida ou competição na via pública.

art. 2º. Compete ainda ao Juizado Especial criado por esta lei:

I- Promover o controle e acompanhamento das medidas aplicadas e o tratamento adequado ao denunciado ou ao apenado durante o prazo de suspensão do processo ou da transação;

II- Cadastrar e credenciar entidades públicas e privadas inclusive o serviço voluntário ou com eles conveniar sobre programas comunitários e de saúde com vista à aplicação de medidas profiláticas e de tratamento.

art. 3º. O Juizado Especial criado por esta Lei terá por jurisdição a comarca da capital e, excepcionalmente, as comarcas de Olinda e Jaboatão dos Guararapes, desde que em razão

da gravidade ou necessidade do caso, o juiz competente solicite justificadamente e o Conselho da Magistratura autorize o deslocamento do processo ou TCO.

art. 4º. O Juizado Especial criado por esta Lei disporá na estrutura de pessoal de Juiz de Direito, Promotor de Justiça, advogado de ofício e defensor público e funcionários administrativos do quadro permanente designados pelas instituições que nele prestem serviços.

art. 5º. O Juizado Especial criado por esta Lei disporá ainda de um quadro de conciliadores recrutados entre acadêmicos de direito voluntários que prestarão seus serviços a título de estágio curricular pelo período de um ano, dado à relevância pública da função.

art. 6º. O Juizado Especial criado por esta Lei disporá de um CENTRO DE APOIO PSICO-SOCIAL, composto por profissionais médicos com especialização em psiquiatria, psicólogos e assistentes sociais que serão recrutados dentre voluntários conveniados ou indicados por entidades de reconhecida idoneidade, em razão da relevância social do serviço de natureza pública a ser prestados.

ANEXO 2

A Portaria 336/GM de 19 de fevereiro de 2002 define normas e diretrizes para a organização de serviços que prestam assistência em saúde mental, através dos CAPS – Centros de Atenção Psicossocial, incluindo neste os CAPS-AD, que são Centros de Atenção Psicossocial para atendimento de pacientes com problemas no uso de álcool e outras drogas.

A Portaria SAS/189 de 20 de março de 2002 (MS, 2002) regulamenta a Portaria GM/336, criando no SUS – Sistema Único de Saúde, os serviços de Atendimento Psicossocial de saúde mental para pacientes com transtornos decorrentes do uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas.

Ainda em 2002, através da Portaria GM/816 de 30 de abril foi lançado o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, constituindo assim uma política pública específica para a atenção às pessoas que fazem uso do álcool ou outras drogas, situada no campo da saúde mental, tendo como estratégia a ampliação do tratamento, a compreensão integral e dinâmica do problema, a promoção dos direitos e a abordagem de redução de danos.

A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (MS, 2003), lançada em março de 2003, expressa que a expansão da rede especializada de cuidados em saúde mental/ álcool e drogas segue alguns critérios objetivos como: população do município ou micro-região a ser atendida; ausência de recursos assistenciais, configurando baixo acesso ao atendimento; maior risco / vulnerabilidade, em função de indicadores epidemiológicos e sociais; existência de hospital psiquiátrico, e conseqüente programa de desinstitucionalização, com residências terapêuticas e outros dispositivos para a reintegração social de longa permanência hospitalar.

Os CAPS-AD são dispositivos estratégicos articulados à rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde – SUS.

Os CAPS-AD são equipamentos previstos para cidades com mais de 200.000 habitantes ou cidades que, por sua localização geográfica (municípios de fronteira, ou parte da rota de tráfico de drogas, ou cenários epidemiológicos importantes), sobretudo em grandes regiões metropolitanas, que necessitem desses serviços para dar resposta efetiva às demandas de saúde mental. Funcionam durante os dias úteis da semana, e tem capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês.

A equipe técnica mínima para cada um CAPS-AD, é de no mínimo 13 profissionais de nível médio e superior. Compõem a equipe técnica profissionais: médico psiquiatra, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, redutores de danos, enfermeiros e técnicos administrativos.

De acordo com a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (MS, 2003), os CAPS-AD têm como objetivo oferecer atendimento à população, respeitando uma área de abrangência definida, oferecendo atividades terapêuticas e preventivas à comunidade, visando a:

[...] prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos; gerenciar os casos, oferecendo cuidados personalizados; oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, garantindo que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e acolhimento; oferecer condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem de tais cuidados; oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços; promover, mediante diversas ações (que envolvam trabalho, cultura, lazer, esclarecimento e educação da população), a reinserção social dos usuários, utilizando tanto recursos intersetoriais, ou seja, de setores como educação, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas; trabalhar junto a usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso e dependência de substâncias psicoativas, buscando ao mesmo tempo minimizar a influência dos fatores de risco para tal consumo; trabalhar a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo/educativo. (MS, 2003, p. 36-37).

Conta ainda com uma rede proposta que se baseia em serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária (ex.: internação domiciliar, participação comunitária na discussão dos serviços), de acordo com as necessidades da população-alvo dos trabalhos.

A perspectiva de redução de danos, na qual trabalha o CAPS-AD, contempla um conjunto de medidas de saúde, que buscam minimizar as conseqüências do uso e

dependência de substâncias psicoativas, bem como diminuir o risco de infecção por hepatite e HIV. Tal lógica de tratamento permite que sejam elaborados projetos terapêuticos mais flexíveis e de menor exigência, conseqüentemente adequados às necessidades de cada usuário.