



**UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA**  
**FELIPPE KUERTEN**

**A POSSIBILIDADE DE INTERVENÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO NO COMBATE À  
DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

Palhoça  
2013



**FELIPPE KUERTEN**

**A POSSIBILIDADE DE INTERVENÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO NO COMBATE À  
DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

Monografia apresentada ao Curso de Direito da  
Universidade do Sul de Santa Catarina, como  
requisito parcial para a obtenção do título de  
Bacharel em Direito.

Orientador: Prof. João Batista da Silva, Msc.

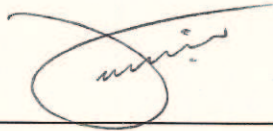
Palhoça  
2013

**FELIPPE KUERTEN**

**A POSSIBILIDADE DE INTERVENÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO NO  
COMBATE À DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado à obtenção do título de bacharel em Direito e aprovado em sua forma final pelo Curso de Direito da Universidade do Sul de Santa Catarina.

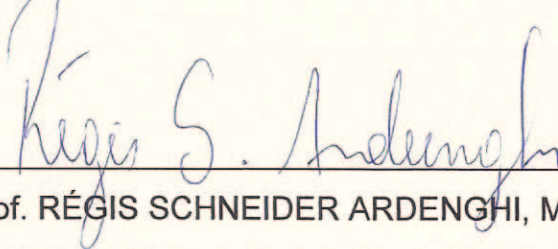
Palhoça, 6 de dezembro de 2013



---

Prof. e orientador JOÃO BATISTA DA SILVA, MSC.

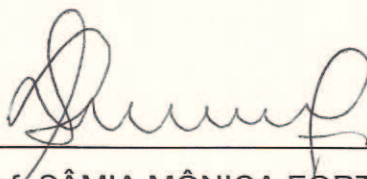
Universidade do Sul de Santa Catarina



---

Prof. RÉGIS SCHNEIDER ARDENGHI, MSC.

Universidade do Sul de Santa Catarina



---

Prof. SÂMIA MÔNICA FORTUNATO, ESP.

Universidade do Sul de Santa Catarina

## **TERMO DE ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE**

### **A POSSIBILIDADE DE INTERVENÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO NO COMBATE À DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

Declaro, para todos os fins de direito, que assumo total responsabilidade pelo aporte ideológico e referencial conferido ao presente trabalho, isentando a Universidade do Sul de Santa Catarina, a Coordenação do Curso de Direito, a Banca Examinadora e o Orientador de todo e qualquer reflexo acerca desta monografia.

Estou ciente de que poderei responder administrativa, civil e criminalmente em caso de plágio comprovado do trabalho monográfico.

Palhoça, 06 de novembro de 2013.

---

**FELIPPE KUERTEN**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a minha mãe, Marlise da Rosa Kuerten e meu pai Yedo Narbal Kuerten por todo apoio ao longo de todas as etapas da minha vida acadêmica.

A toda minha família, pelo seu suporte nesta trajetória.

Ao meu orientador, João Batista da Silva Msc. pelas valiosas lições, disponibilidade e presteza ao longo desses meses.

A Defensoria Pública da União, instituição que me propiciou tamanho aprendizado e por oportunizar a este acadêmico a base empírica para a realização deste estudo.

Agradeço ainda a todos aqueles que me ajudaram a chegar a este estágio.

## RESUMO

O presente trabalho aborda a possibilidade de intervenção judiciária no combate à dependência química com ênfase nas questões relacionadas ao tratamento do dependente químico. Pretende-se contextualizar historicamente o uso de substâncias psicoativas de modo a verificar o momento em que passou a ser coibida. Na medida em que a sociedade evolui, também o faz seus direitos e garantias. Apresenta-se, portanto, uma reflexão dos direitos constitucionais à dignidade da pessoa humana, da vida, da saúde e liberdade do toxicômano. Em seguimento, insere-se essa pretensão na sociedade brasileira e como esta se adaptou ao combate à drogadição. Realiza-se o estudo da Política Nacional sobre Drogas e a Política Pública de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Ademais, traça apontamentos sobre a aplicabilidade de internação compulsória nos termos da Lei nº 10.216/01 ante a ineficácia dessas Políticas Públicas. Conclui-se pela possibilidade de ingresso ao Poder Judiciário na busca de tratamento a toxicomania.

Palavras-chave: Dependência química. Políticas Públicas. Lei nº 10.216.

## SUMÁRIO

|                                                                                                       |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO.....</b>                                                                              | <b>07</b> |
| <b>2 A DEPENDÊNCIA QUÍMICA.....</b>                                                                   | <b>09</b> |
| 2.1 CLASSIFICAÇÃO DAS DROGAS.....                                                                     | 12        |
| 2.2 CONTEXTO HISTÓRICO.....                                                                           | 15        |
| <b>3 A PROTEÇÃO CONSTITUCIONAL DOS USUÁRIOS DE DROGAS.....</b>                                        | <b>19</b> |
| 3.1 PRINCÍPIOS QUE REGEM A MATÉRIA.....                                                               | 27        |
| 3.1.1 Direito à vida.....                                                                             | 30        |
| 3.1.2 Direito à liberdade.....                                                                        | 32        |
| 3.1.3 A dignidade da pessoa humana.....                                                               | 33        |
| 3.1.4 Direito à saúde.....                                                                            | 34        |
| 3.2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....                                              | 39        |
| <b>4 A POSSIBILIDADE DE INTERVENÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO NO<br/>COMBATE À DEPENDÊNCIA QUÍMICA.....</b> | <b>49</b> |
| 4.1 POSSIBILIDADE JURÍDICA DO PEDIDO.....                                                             | 50        |
| 4.2 INTERESSE DE AGIR.....                                                                            | 52        |
| 4.3 LEGITIMIDADE DAS PARTES.....                                                                      | 54        |
| 4.3.1 Legitimidade dos familiares.....                                                                | 58        |
| 4.4 O ALCANCE DA LEI N. 10.216/01.....                                                                | 63        |
| <b>5 CONCLUSÃO.....</b>                                                                               | <b>67</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>                                                                               | <b>71</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

O tema da presente monografia, “a possibilidade de intervenção do Judiciário no combate à dependência química” tem como motivação de pesquisa a imperiosa necessidade de medidas proativas no combate ao crescente número de usuários de drogas não tratados que permeiam a sociedade brasileira, bem como da experiência empírica do pesquisador no acompanhamento desses casos.

O uso de drogas é visível no cotidiano brasileiro. Com o auxílio delas muitos lutam contra doenças, outros a adquirem com seu constante uso. Nesse passo verifica-se a dualidade hermenêutica da palavra droga. No primeiro momento, empregada como profilaxia de uma condição clínica desfavorável, noutro, a principal causadora de uma moléstia: a dependência química.

A dependência química, hoje considerada como doença pela comunidade médica, acarreta demasiado prejuízo para o que está acometido desta, bem como para a sociedade que o cerca. O prejuízo mais facilmente verificado é para sua saúde que reflete diretamente no risco de vida presente com o uso constante de substâncias psicoativas e também de forma silente, mas igualmente presente que cerceia a liberdade de escolha desse indivíduo.

Ademais, oportuniza-se também esse estudo especializado por conta da existência de políticas públicas de grande valia que deixam de ganhar seu efetivo espaço na sociedade ante a conjugação de diversos fatores, citando-se, por exemplo, a impossibilidade material dos entes públicos em efetivamente executar tais políticas, assim como a ausência de cotejo social em fiscalizá-las.

Nesse sentido, busca-se com a presente monografia promover uma reflexão dos meios de combate à dependência química com ênfase nas medidas do judiciário brasileiro.

Acerca do tema traçado, problematiza-se: existe a possibilidade de intervenção do judiciário no combate à dependência química?

Especificamente, objetiva-se contextualizar o uso da droga na sociedade brasileira, de modo a verificar quando o uso dessas substâncias, consideradas ilícitas, passou a ser coibido, além de estudar a proteção constitucional dada aos usuários de drogas, as políticas públicas de saúde utilizadas no tratamento desses

dependentes químicos, bem como verificar a possibilidade de intervenção do judiciário nessa problemática.

A presente monografia funda-se em uma técnica bibliográfica, mediante a pesquisa de doutrinas, textos jurídicos, periódicos e jurisprudências em sítios especializados na matéria.

Tem como método de abordagem o dedutivo, vez que parte do tema geral de políticas públicas, com seguimento para o tema específico do estudo, cujo foco é a possibilidade de intervenção do judiciário no combate à dependência química. O presente estudo tem natureza qualitativa, por se amparar em dados descritivos de forma contextualizada.

Delineados os métodos de abordagem e para os propósitos aqui firmados este trabalho vem estruturado em três capítulos.

O primeiro capítulo versa sobre a dependência química, passando sobre a classificação das drogas e sua contextualização ao longo da história.

O segundo capítulo trabalha sobre a proteção constitucional dos dependentes químicos, de modo a traçar o tratamento que lhes foi devido ao longo das Constituições então vigentes em cada época, com maior ênfase a partir da Constituição Cidadã. Contempla este capítulo o estudo dos princípios da dignidade da pessoa humana, o direito à vida, à saúde e à liberdade e como estes se inserem na vida do dependente químico. Também, trata sobre a Política Nacional sobre Drogas e a Política Pública de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.

No terceiro capítulo verifica-se a possibilidade de intervenção do Judiciário no combate à dependência química. Com efeito, trata-se da aplicabilidade da Lei nº 10.216, de 2001, que versa sobre a reforma psiquiátrica brasileira, com foco na possibilidade de internação compulsória dos dependentes químicos.

Destaca-se, por oportuno, que as expressões em língua estrangeira terão tradução própria para o vernáculo.

## 2 A DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Pode-se chegar a mais de uma resposta sobre a definição do que é droga. O senso comum difundido na sociedade cria ligação com aquilo que faz mal, também a remete como algo que é proibido (ARAUJO, 2012, p.14).

A definição legal é tratada no artigo 4º, I da Lei nº 5.991 de 1973, onde droga é a substância ou matéria prima que tenha finalidade medicamentosa.

A Organização Mundial da Saúde esclarece que droga é:

Um termo de uso variado. Em medicina, refere-se a qualquer substância com o potencial de prevenir ou curar doenças ou aumentar o bem estar físico ou mental; em farmacologia, refere-se a qualquer agente químico que altera os processos bioquímicos e fisiológicos de tecidos ou organismos. Portanto, droga é uma substância que é, ou pode ser, incluída numa farmacopeia.

A Lei nº 11.343 de 2006 que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários dependentes de drogas; estabelece normas para a repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências e em seu artigo 1º, parágrafo único dispõe que, consideram-se como **drogas as substâncias ou os produtos capazes de causar dependência, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União.**

A lista tratada da referida Lei é atualizada pela Resolução DC/ANVISA nº 15 de 2007.

Numa conceituação mais extensa, explora-se a lição do Dr. Celso, Eduardo Viana Vargas, o qual propõe que:

[...] as drogas sejam consideradas como uma categoria complexa e polissêmica que recobre e reúne, por vezes de modo marcadamente ambíguo, como também isola e separa, tantas vezes, de modo instável, matérias moleculares as mais variadas. Ela também propõe que essas matérias moleculares constituem objetos sócio-técnicos que embora sempre possam ser distinguidos conforme as modalidades de uso (matar, tratar, alimentar, por exemplo), não comportam diferenças intrínsecas absolutas ou essenciais, mas sempre e somente diferenças relacionais. Pois sucede às drogas (e aos medicamentos e alimentos) o mesmo que às armas (e às

ferramentas): tais objetos sócio-técnicos permanecem integralmente indeterminados até que sejam repostados aos agenciamentos que o constituem enquanto tais. (LABATE et al, 2008, p.41).

Nesse contexto, as drogas não se relacionam necessariamente às substâncias capazes de produzirem algum tipo de alteração psíquica ou corporal, de forma a ser retratado na sociedade, por exemplo, a brasileira, como objeto de controle ou repressão por parte do Estado, mas sim a qualquer substância capaz dessa alteração. (LABATE, et a, 2008)

Portanto, seu estudo depende da conotação em que é empregada. A hermenêutica utilizada nesta pesquisa é daquela substância psicoativa, lícita ou ilícita capaz de causar dependência química. A substância, contudo, por si só é incapaz de ser prejudicial a uma sociedade. Encontra-se, pois, na cadeia de eventos derivados dela. Com efeito, o potencial ofensivo da substância é reflexo do uso humano. Aliado a essa ideia é o indivíduo que faz uso da droga o principal ator deste estudo.

Ressalta-se nesse viés a diversidade dos tipos de usuários de drogas. Oswaldo Rocha Michel, utilizando dados da UNESCO distingue quatro tipos:

Experimentador: limita-se a experimentar uma ou várias drogas, em geral por curiosidade, sem dar continuidade ao uso;  
 Usuário ocasional: utiliza uma ou várias substâncias, quando disponível ou em ambiente favorável, sem rupturas nas relações afetivas, sociais ou profissionais;  
 Usuário habitual ou “funcional”: faz uso frequente, ainda controlado, mas já se observam sinais de rupturas;  
 Usuário dependente ou “disfuncional” (toxicômano, drogadito, dependente químico): vive pela droga e para a droga, descontroladamente, com rupturas em seus vínculos sociais, com marginalização e isolamento. (MICHEL, 2001, p.73)

Assim, o uso não enseja necessariamente e automaticamente a dependência (MICHEL, 2001). Nessa mesma linha, entende-se por dependência a uma droga como:

[...] o condicionamento do indivíduo a ela. Quando o dependente escravizado à droga, por qualquer motivo, sofre supressão da substância tóxica, desencadeia-se nele a *síndrome* ou *reação de abstinência*. Esta, desatada pela supressão brusca da droga leva o usuário a tomar nova dose, cada vez mais frequentemente e em maior quantidade a total e irremediável dependência da qual sairá submetendo-se a rigoroso tratamento médico especializado, sem, contudo, propiciar que as consequências orgânicas já estabelecidas regridam (CROCE, CROCE JÚNIOR, 2012, p. 662)

Celso Luiz (2010) com propriedade desdobra a dependência em dois campos distintos: a **psicológica** e a **fisiológica**. A primeira manifesta-se no forte desejo da droga. A última coexiste com a incidência de sintomas físicos relacionados a abrupta cessação do seu uso. Croce (2012, p.662) aduz que a dependência psíquica “é o estado manifestado por *compulsio pskykhikos* incontinida de consumir a droga, periódica ou continuamente, para obter prazer ou alívio de desconforto ou evitar um mal estar” já a dependência física “é o estado de adaptação que se manifesta pelo surgimento de intensos transtornos físicos ou síndrome de abstinência quando, seja por qual motivo for, a ministração da droga é suspensa”.

Ainda, esclarece Eduardo Roberto Alcântara Del-Campo (2009) como característica do uso regular de substâncias psicoativas a **compulsão** compreendida na necessidade invencível do consumo da substância e a **tolerância** que é a tendência ao aumento da dosagem para a obtenção dos mesmos efeitos passados.

A comunidade médica por sua vez, através da Classificação Internacional de Doenças (CID10), publicada pela Organização Mundial da Saúde considera o uso de drogas como legítima condição necessária de tratamento clínico. Destaca-se dessa padronização:

**CID 10 - F19** – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas.

**CID 10 - F19.0** – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - intoxicação aguda.

**CID 10 - F19.1** – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - uso nocivo para a saúde.

**CID 10 - F19.2** – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - síndrome de dependência.

**CID 10 - F19.3** – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - síndrome (estado) de abstinência.

**CID 10 - F19.4** – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - síndrome de abstinência com delirium.

**CID 10 - F19.5** – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - transtorno psicótico

**CID 10 - F19.6** – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - síndrome amnésica.

**CID 10 - F19.7** – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - transtorno psicótico residual ou de instalação tardia.

**CID 10 - F19.8** – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - outros transtornos mentais ou comportamentais.

**CID 10 - F19.9** – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - transtorno mental ou comportamental não especificado.

São essas algumas das doenças oficialmente reconhecidas pelo uso de drogas. Lembra-se, também, que substâncias lícitas também podem ser prejudiciais à saúde, dentre as quais se destaca que o uso de bebida alcóolicas é do mesmo modo capaz de causar dependência química bem como considerado como doença vide CID10 F10 – Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool. De igual modo, oportuno mencionar que a apresentação dessas moléstias como causadas como fator **principal** a suspensão ou uso dessas substâncias. As consequências por sua vez, são muito mais amplas, podendo ainda causar distúrbios outros além da dependência.

## 2.1 CLASSIFICAÇÃO DAS DROGAS

De toda sorte, nessa ampla definição ainda classifica-se a droga como: naturais, sintéticas ou semissintéticas. Croce (2012), contudo, apresenta e classifica em sua doutrina as drogas apenas como sintéticas ou naturais.

As naturais são aquelas encontradas na natureza. Todavia convém ressaltar que embora algumas drogas sejam produzidas através de procedimentos químicos de extração e purificação das moléculas desses produtos naturais, considera-se a da mesma forma, como o caso da cocaína (*Erythroxylum coca*), que passa por um complexo processo de produção. (ARAUJO, 2012, p.16)

As drogas sintéticas são aquelas criadas artificialmente. Objetiva-se com a produção desse tipo, de modo geral a diminuição nos custos de fabricação. Considera-se como sintética o ecstasy (metilenodioximetanfetamina). (ARAUJO, 2012, p.16)

Ainda, classifica-se conforme a natureza as semissintéticas. Trata-se daquelas criadas a partir da modificação de determinada molécula obtida

naturalmente. Pertence ao grupo a dietilamida de ácido lisérgico (*lysergsäuridiethylamide*), o LSD. (ARAUJO, 2012, p.17)

Classificam-se, ademais, conforme a atuação no sistema nervoso central. Seus efeitos podem ser perturbadores, estimulantes ou depressores.

As perturbadoras ou psicodislépticas produzem alteração do nível de consciência e podem induzir delírios e alucinações. Observa-se como reação desse grupo de drogas pânico com alto grau de ansiedade e medo, experiências emocionais complexas e a ideia de visualização de imagens (LUIZ, 2010, p.44).

Substâncias psiconalépticas em contrapartida são estimulantes, tem-se como principal efeito o aumento da atividade mental. Causam no indivíduo, dentre outros um estado de alerta exagerado, diminuição do apetite, sensação de inquietação e insônia (LUIZ, 2010, p.47).

No grupo das drogas psicoléticas por sua vez estão aquelas “que deprimem o sistema nervoso. São sedativos que reduzem a motricidade e a sensibilidade, diminuindo as emoções e o raciocínio” (DEL-CAMPO, 2009, p.113).

Também convém ressaltar o esclarecimento de Eduardo Roberto de Alcântara Del-Campo, que aponta a existência de um quarto grupo de atuação no sistema nervoso central:

Por derradeiro, temos os *pampticotrópicos*. São drogas modernas, utilizadas como anticonvulsivantes, mas que podem induzir dependência física ou psíquica. Tem aplicação clínica em determinados estados de angústia e depressão, devendo ser administrados sempre sob supervisão médica. (DEL-CAMPO, 2009, p.113)

Croce (2012) ainda apresenta a classificação de Delay e Deniker modificada, que consiste em:

- I – psicolépticos: são sedativos psíquicos que inibem a motricidade, a sensibilidade, as emoções e o raciocínio. Compreendem
  - A) Hipnóticos, hipnosedativos ou noolépticos: são medicamentos indutores do sono representados pelo hipnóticos barbitúricos e pelos hipnóticos não barbitúricos.[...]
  - B) Neurolépticos ou timolépticos: medicamentos antipsicóticos que criam um estado de indiferença mental, ou seja, inibidor sobre os processos intelectuais e psicomotores. Por isso, são indicados nos estados de agitação e nas psicoses agudas ou crônicas, nos delírios e na confusão mental. [...]
  - C) Tranquilizantes ou atarácicos: são miorelaxantes musculares, anticonvulsivantes, hipnógenos e ansiolíticos [...].
- II – Psicanalépticos: são estimulantes do sistema nervoso central:
  - A) Nooanalépticos, psicotônicos ou psicoestimulantes [...]

B) Timoanalépticos ou antidepressivos. São antipsicóticos que, em pequenas doses, provocam sonolência e, em maior insônia.

III – Psicodislépticos, psicotóxicos, psicodélicos, psicomiméticos, alucinógenos: são drogas que provocam alterações no psiquismo, criando distorções apreciáveis, dissolvendo os limitadores do ego sem alterar significativamente a consciência.

A) Alucinógenos: são os que causam alucinações. [...]

B) Despersonalizantes: alteram a personalidade, desagregando-a [...]

IV – Pampsicotrópicos: Compreendem os anticonvulsionantes [...] (CROCE, CROCE JÚNIOR, 2012, p. 669 e 670)

O meio de aquisição é outra classificação das drogas. Nesse passo, podem ser **lícitas**, **ilícitas** ou **controladas**. **Lícitas**, no sentido da palavra, são aquelas cuja comercialização é permitida ou não vedada por lei, **ilícitas**, seu uso e distribuição são proibidos e **controladas** e consistem naquelas cuja cadeia produtiva é fiscalizada, a fim de evitar desvios no seu uso. São, de modo geral, os medicamentos vendidos com receitas médicas especiais (ARAUJO, 2012).

Remete-se essa classificação na política de controle utilizado na distribuição de drogas adotado por determinado país. São três posicionamentos em suma: o de proibição, descriminalização e legalização. Esclarece Araujo sobre esses pontos:

#### **Proibição**

**Como funciona:** Produzir, distribuir, transportar, vender, comprar e portar drogas, em qualquer quantidade são crimes. Em geral, atividades ligadas à produção e à distribuição são punidas com prisão. As penas ligadas ao uso costumam ser mais brandas, mas em muitos países também levam à cadeia. A compra e a venda podem ser autorizadas por órgãos competentes, em casos específicos, quando é comprovado que a droga será usada com finalidades religiosas, medicinais ou científicas.[...]

#### **Descriminalização**

**Como funciona:** A expressão tem diferentes interpretações mas geralmente é usada quando se extinguem as penas criminais para usuários de drogas. Em alguns países e livros, isso também é chamado de despenalização. Usuários flagrados com pequenas quantidades de drogas (para uso pessoal) recebem no máximo penas administrativas, como multas. Se forem dependentes, também podem ser obrigados a se tratar, dependendo do país. Portar grandes quantidades de drogas ou vende-las continuam levando à prisão. A descriminalização pode ser feita mudando a lei ou o modo como os juízes a interpretam. [...]

#### **Legalização**

**Como funciona:** O governo estabelece regras para o comércio de cada droga, impondo restrições de idade, locais e horários, por exemplo, e/ou exigindo registro e autorizações especiais para compra e venda. Geralmente, quanto mais perigosa é a droga, mais rigoroso e restritivo é o controle sobre seu mercado (ARAUJO, 2012, p. 207).

O uso também é outra distinta classificação. **Medicinal** é quando usada para fins de tratamento de saúde. **Recreativo**, este que é alvo de controle

internacional, e também brasileiro refere-se àquele consumo alheio a qualquer tratamento médico, tão somente para a satisfação pessoal, física ou psicológica. O **religioso** tem o condão de tornar lícito o uso de uma droga. Exemplifica-se com os adeptos seguidores do Santo Daime que têm o direito de usar a *ayahuasca* durante seus rituais religiosos (ARAUJO, 2012).

Também como classificação última estão as drogas como espécie. Destaca-se no Brasil, pelo potencial ofensivo individual e social a **cocaína**, poderoso estimulante do sistema nervoso central, obtido das folhas da *Erythroxylon coca*. Pode ser usada por aplicação hipodérmica subcutânea ou aspirada (CROCE, CROCE JÚNIOR, 2012, p. 665), o **crack**, droga com efeito semelhante ao da cocaína, contudo potencialmente mais viciante e danosa. O uso é a inalação em cachimbos (FRANÇA, 2008) e o **álcool** substância depressora do sistema nervoso central amplamente comercializada no território nacional, cuja dependência se desenvolve lentamente ao longo dos anos. Outrossim não se desconhece os prejuízos causados pelas **anfetaminas**, o **ecstasy**, **inalantes**, **LSD**, **maconha**, **opioides**, **sedativos**, do **tabaco** e das mais variadas drogas existentes, distribuídas e consumidas, mas a exemplificação pautou-se na potencial dependência e danos causados dentro da sociedade brasileira.

Nesse passo, mostra-se importante contextualizar essas características do longo da história.

## 2.2 CONTEXTO HISTÓRICO

O uso de substâncias psicoativas permeia a civilização. Assim cada época pauta-se em entendimentos distintos sobre o uso de drogas. Verifica-se o seu uso para o cultivo de ritos religiosos, a satisfação de prazeres físicos e para fins medicinais, no entanto, na antiguidade clássica, com a cultura Grega iniciou-se o processo de separação das causas e efeitos de doenças e suas curas da vontade divina. Tem-se com isso o ponto de partida cujos desdobramentos demonstraram grande valia para a evolução da medicina, porquanto, buscava-se o melhor *pharmakon* para cada condição apresentada. Acreditava-se na época que a maneira de administrar determinado *pharmakon* delimitaria seus efeitos, positivos ou

negativos. Além disso, utilizavam-se esses psicoativos em rituais religiosos. Nota-se que não havia na sociedade Grega uma cultura de descriminalização dessas substâncias (ARAUJO, 2012).

Outra civilização clássica que contribuiu historicamente para a matéria foi a Romana. No império o uso de ópio era difundido de tal forma que a venda da substância era tributada, assim, demonstrada sua licitude. De toda sorte, a grande contribuição romana deu-se na conversão religiosa do império ao cristianismo. (ARAUJO, 2012)

Distintamente das religiões politeístas que encontravam prazeres no uso dessas substâncias, para o cristianismo, de acordo com Araujo (2012, p.34) “o êxtase religioso não era mais proporcionado por um agente externo, mas pelo exercício da fé, da autossugestão”.

Ainda, explicita o autor outro fator determinante trazido pela religião católica acerca da mudança de panorama sobre o tema, este, menos ideológico e mais político era

Para proibir e perseguir o uso de ervas com finalidades medicinais e, principalmente, alucinógenas era a necessidade de o cristianismo se firmar como religião dominante na Europa e nos arredores. Afinal, seria mais complicado expandir sua base de fiéis com uma doutrina que exigia tantas privações se as pessoas tivessem acesso à cura e a experiências místicas e espirituais proporcionadas pelo consumo de drogas. Essas substâncias, as religiões e as pessoas que as utilizavam representavam uma concorrência desleal. Era preciso eliminá-las. (ARAUJO, 2012, p.35)

Assim, esses acontecimentos escalonaram a partir do ano 392 d.C, época em que o Império Romano adotou o cristianismo como religião oficial, seguindo até o declínio do Império, perdurando pela idade das trevas.

Todavia, quando as grandes navegações Europeias decidiram expandir seus horizontes é que essa história converge com a da nação. Com a exploração do novo mundo, deu-se a descoberta do Brasil bem como a de novas substâncias psicoativas. O tabaco (nicotina), por exemplo, foi apresentado para a Europa por volta de 1550 e em décadas foi assimilado à vida de alguns países desse continente. Veja-se que durante o século XVI lucrou-se intensamente com a venda da nicotina. Criaram-se, como resposta, diversas políticas de drogas para o controle dessa substância, nada obstante esse tipo de movimento ter perdido força no final do século XVII onde os interesses econômicos haviam sobreposto os religiosos.

Convém ressaltar que a nicotina não foi a única contribuição do novo mundo para as drogas, encontrou-se nas Américas ainda uma enorme coleção de substâncias alucinógenas e a planta da coca. (ARAUJO, 2012)

Embora a descoberta da coca ocorra em volta das Américas, seu uso só foi difundido pelo mundo por volta do século XIX, ante os avanços da química. Aprende-se no início desse século a isolar e aplicar de forma mais eficaz o princípio ativo de algumas plantas. Nesse sentido, esclarece Araujo que

A primeira “essência” descoberta foi a do ópio, em 1805. O alemão Friedrich Sertürner conseguiu isolar o ingrediente da resina responsável por seus efeitos analgésicos e sedativos. O químico chamou a substância de morfium, em referência a Morfeu, deus grego dos sonhos, e fora da Alemanha preferiram chamá-la de morfina. A descoberta de Sertürner incentivou outros cientistas a usar métodos semelhantes para isolar outros princípios ativos, como são conhecidas as substâncias biologicamente ativas dos vegetais. Logo se descobriu que a “essência” de várias drogas antigas eram alcaloides, moléculas orgânicas que geralmente têm átomos de nitrogênio em sua composição. Até 1830, já haviam isolado e identificado a substância psicoativa do café (cafeína), do tabaco (nicotina) e das plantas solanáceas que as bruxas adoravam (atropina). (ARAUJO, 2012, p.45)

A partir dessa descoberta que voltara o interesse para a planta menosprezada no Velho Continente, em 1860 Albert Niemann isolou pela primeira vez a cocaína. (ARAUJO, 2012, p.45)

Inicialmente, usavam-se essas substâncias para fins medicinais, contudo em poucas décadas, verificou-se seu potencial consumo compulsivo, então no início do século XX surgiram as primeiras leis de controle de drogas. Essa política de fiscalização e combate, fabricação, compra, venda, uso e abuso de substâncias químicas perdura até os dias atuais.

Nesses termos, observa-se que a história das substâncias psicoativas evoluiu de forma que seu uso era consentido para fins religiosos, medicinais e prazeres físicos. As drogas passaram a ser controladas após a difusão da religião católica no Império Romano, proibindo e reprimendo seu uso, situação que se manteve durante séculos, quando o Europeu decidiu navegar por novas rotas e acabou por descobrir um novo continente. Nesse período as drogas circularam pelo mundo, embora tenha havido tímidas tentativas de controle, no entanto, característica da época era a busca de lucros. A partir do século XIX, com os avanços da química, obteve-se diversas descobertas no campo, a princípio, para

fins médicos, todavia, com a descoberta de que as mesmas substâncias usadas para tratar os pacientes tinham condão de viciá-los (ARAUJO, 2012).

Portanto, cinge-se este estudo traçar considerações acerca do abuso de substâncias químicas e a intervenção do Poder Judiciário, na medida em que a dependência química deixa de ser uma preocupação do Poder Executivo e da população sujeita a ela.

As drogas tóxicas são definidas, segundo CROCE como:

Substâncias químicas naturais ou sintéticas, que têm a faculdade de agir sobre o sistema nervoso central, com tendência ao tropismo pelo cérebro que comanda o corpo, alterando a normalidade mental ou psíquica, desequilibrando a conduta e a personalidade” (CROCE, 2012, p. 661).

A toxicomania desencadeada por essas substâncias é conceituada segundo o Comitê dos Peritos da Organização Mundial de Saúde como “um estado de intoxicação crônica ou periódica, prejudicial ao indivíduo e nociva à sociedade pelo consumo repetido de determinada droga, seja ela natural ou sintética”, cujas características demonstram o invencível desejo ou necessidade de continuar a consumir a droga ou de procurá-la por todos os meios, com tendência ao aumento da dosagem e gerando a dependência de ordem psíquica (psicológica) e física em face dos seus efeitos (ALCÂNTARA, apud CROCE; CROCE JÚNIOR, 2012, p. 661) que servirá de parâmetro na intervenção do Poder Judiciário a ser estudado nos próximos capítulos.

Para tanto, o próximo ponto da pesquisa apresentará informações sobre a proteção devida a esses usuários de drogas sob a luz da Constituição Federal.

### 3 A PROTEÇÃO CONSTITUCIONAL DOS USUÁRIOS DE DROGAS

O Brasil, um Estado de formação originária, compreende hoje o quinto maior território na Terra, diferente daquela faixa litorânea limitada pelo famoso Meridiano de Tordesilhas, nos idos do final do século XVII. O alargamento do território nacional é decorrente das entradas e bandeiras ocorridas ao longo do século XVIII, assim como o processo de demarcação acontecido com o passar do século XIX através de sucessivos tratados, mercê das atividades diplomáticas ali desenvolvidas. (MALUF, 2007, p. 377)

Historicamente divide-se o país em três períodos distintos: Colônia, Monarquia e República.

O período colonial, de 1500 até 1822 teve sua marca histórica ante as distintas formas de organização política e administrativa adotadas. Das feitorias (1501-1532), para as capitanias hereditárias (1532-1549), aos governadores gerais (1549-1572) seguidos pela divisão territorial em dois Estados, o do Brasil e do Maranhão até a chegada de Dom João VI em 1808 dando início à monarquia (CUNHA JÚNIOR, 2013, p. 497 e 498).

Dá-se fim ao período colonial em 07 de setembro de 1822 com a proclamação da Independência, passando-se ao status Imperial. Sobre os desdobramentos dessa mudança, CUNHA JÚNIOR contemporiza:

Com a independência, surge a necessidade de montar uma estrutura política no País que, inspirada no liberalismo, conseguisse reunir a idéia de construir uma unidade nacional com a organização de um poder centralizador que freasse os poderes regionais e locais e a pretensão de assegurar os direitos individuais e um sistema de divisão de poderes. (CUNHA JÚNIOR, 2013, p. 498)

“Essa estrutura foi consagrada com a elaboração da primeira constituição no País, em 25 de março de 1824” (CUNHA JÚNIOR, 2013, p. 498). Outorgada por Dom Pedro I, manteve-se vigente por 65 anos.

Segundo Riccitelli a

Primeira Constituição brasileira, outorgada por D. Pedro, I, a Constituição Imperial de 25 de março de 1824 contempla em seu Título 5º, Capítulo I, com subtítulo *Do Poder Moderador*, o art. 98, que estabelece ser o Poder Moderador, privativo do Imperador, a chave de toda a organização política.

A idéia era que o imperador pudesse velar sistematicamente sobre a manutenção da independência, do equilíbrio e da harmonia entre os demais poderes políticos. Sem embargo, desejando mostrar ao mundo o avanço político, econômico e social, D. Pedro I declarou a independência e determinou a elaboração de uma Constituição que efetivamente impressionasse os governadores dos países líderes e garantidores do liberalismo e do Estado de direito. Entretanto, como se verificou anteriormente e pelo dispositivo expresso no texto constitucional imperial, a inserção do Poder Moderador em nossa primeira Constituição teve como principal objetivo preservar a figura do imperador, garantindo a completa irresponsabilidade de seus atos e delegando-lhe poderes de “revisão” das decisões emanadas dos poderes convencionais. (RICCITELLI, 2007, p. 83)

O liberalismo originou-se na Inglaterra. Essa consciência liberal já é datada de 1215 ante os processos revolucionários ocorridos no país. O próprio termo *liberalismo* segundo Maluf tem a seguinte origem:

O segundo *Bill of Rights* que o Parlamento impôs à Coroa, em 1689, em um dos seus treze artigos que estabeleciam os princípios de liberdade individual, especialmente de ordem religiosa, autorizava o porte de armas pelos cidadãos ingleses que professavam a religião protestante, para que pudessem defender as suas franquias constitucionais. Foi precisamente esse sistema de liberdade defendida pelas armas que recebeu, na época, a denominação de liberalismo. (MALUF, 2007, p. 131)

Os princípios firmados pelo *Bill of Rights* de 1689 passariam a figurar nas Constituições de todos os Estados Liberais, contudo, o processo de difusão dessa ideologia refletiu-se primeiramente na América do Norte, sendo proclamados na Declaração de Virgínia, em 1776, na Constituição Federal de 1787 e em todas as Constituições estaduais das antigas colônias inglesas que compuseram a federação norte-americana (MALUF, 2007)

No entanto, foi na França que o liberalismo foi consolidado, a partir da revolução popular de 1789 e seus pensamentos imortalizados na Declaração dos Direitos Fundamentais do Homem. Nesse estado, “os homens nascem livres e iguais em direitos; a única forma de poder que se reveste de legitimidade é a que for estabelecida e reconhecida pela vontade dos cidadãos” (MALUF, 2007, 138).

O estado de direito, conforme explica José Afonso da Silva teve como características básicas

(a) *submissão ao império da lei*, que era a nota primária de seu conceito, sendo a *lei* considerada como ato emanado formalmente do Poder Legislativo, composto de representantes do povo, mas do povo-cidadão; (b) *divisão de poderes*, que separe de forma independente e harmônica os poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, como técnica que assegure a

produção das leis ao primeiro e a independência e imparcialidade do último em face dos demais e das pressões dos poderosos particulares; (c) *enunciado e garantia dos direitos individuais*. (DÍAZ, *apud* SILVA, 2005, p.113)

Desta forma, pautada em seguir os modelos ideológicos do liberalismo e do Estado de direito, embora de forma falha, diante das características da Constituição, as ideologias mostraram-se materialmente incompatíveis com os preceitos seguidos e adotados, assim, pouco avançou a Carta Política Imperial sobre os direitos fundamentais do indivíduo, conceito este que ganhou força ao longo do século XX.

Segundo Cunha Júnior, “durante todo o período imperial as idéias descentralizadoras ou federalistas se mantiveram presentes, provocando, inclusive várias rebeliões, como as “Balaiadas”, as “Cabanadas”, as “Sabinadas” e a “República de Piratini” (2012, p. 500).

Essas ideias serviram de base para a proclamação da República Federativa em 15 de novembro de 1889.

A Constituição de 24 de fevereiro de 1891 foi erigida com o propósito de consolidar o regime republicano e o modo de ser federal do Estado (MENDES; BRANCO, 2012). Apresenta-se em seu artigo 72 rol de direitos aos cidadãos brasileiros e estrangeiros residentes no país.

Observa-se que nesse período o combate às drogas não assumiram espaço de relevo no ordenamento jurídico pátrio.

“No Brasil, em 03 de outubro de 1930, eclode a Revolução nacional, que pôs abaixo a primeira República, rompendo a ordem constitucional anterior” (CUNHA JÚNIOR, 2013, p. 502).

Explica Riccitelli sobre esse acontecimento que

Atrasado em praticamente um século em seu efetivo ingresso no ciclo do Estado liberal, o Brasil carecia de uma nova Constituição fundamentada na nova realidade das doutrinas sociais, não comportando mais o caráter individualista presente na Constituição de 1891. A revolução de 1930 surgiu para atender aos ideais proletários que motivaram o mundo [...] (RICCITELLI, 2007, p. 86)

Promulgada a Constituição em 16 de julho de 1934, sob forte influência da Constituição de Weimar de 1919, se reconhece nela os direitos sociais e econômicos (MENDES; BRANCO, 2012).

### A Constituição de 1934, bem esclarece Sônia Maria Fleury Teixeira:

No caso da saúde, segundo Bastos (27), a primeira constituição que define as responsabilidades específicas do Estado é a de 1934 no que se refere a:

- legislar: sobre normas de assistência social e estatísticas de interesse coletivo, sobre o exercício das profissões liberais e técnico-científicas;
- cuidar da saúde e assistência pública;
- fiscalizar aplicação das leis sociais (cemitérios);
- garantir na legislação trabalhista a assistência médica e sanitária ao trabalhador e a gestante.

Incumbe a União, Estados e Municípios a:

- estimular a educação eugênica;
- amparar a maternidade e a infância;
- adotar medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a mortalidade e a morbidade infantis; e de higiene social, que impeçam a propagação de doenças transmissíveis;
- cuidar da higiene mental e incentivar a luta contra os venenos sociais;
- a União organizará o serviço nacional de combate às grandes endemias do país, cabendo-lhe o custeio e direção técnica;
- obrigatoriedade do amparo à maternidade e infância, para o que a União, os Estados e os Municípios destinarão 1% das rendas tributárias;
- regulamentação da prova de sanidade física e mental dos nubentes;
- uso de parte dos fundos de educação para assistência alimentar, dentária e médica;
- regulamentar a utilização de terras públicas em regiões de fronteira (vigilância sanitária);
- garantir a aposentadoria dos funcionários de acidente no trabalho ou atacados de doença contagiosa ou incurável. (TEIXEIRA, 1985, p. 20)

O governo Vargas ainda trouxe inovação de importância acerca do tratamento à dependência química, através do Decreto Lei nº 24.559 de 1934 que dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Destaca-se que embora decretado antes da vigência da Constituição de 1934 essa legislação já demonstrava influências de direitos sociais.

Sahid aponta que a Constituição de 1934 “saiu uma autêntica *colcha de retalhos*” (2007, p. 384), diante das distintas correntes ideológicas colidentes e inconciliáveis apresentadas na Constituinte de 1933 a 1934. De toda sorte, já se verifica a competência concorrente entre a União e os Estados para cuidar da saúde e assistências públicas, conforme disposto no artigo 10, II da Carta Maior.

Em decorrência desse conflito, complementa Riccitelli que “[...] a Constituição de 1934 excedeu-se sob o aspecto ideológico, mostrando-se ultraliberal em um momento considerado delicado, quando de fato se exigia uma posição definida do Estado brasileiro” (2007, p. 87).

Em 10 de novembro de 1937, com o pronunciamento do presidente Getúlio Vargas, anunciou-se o Estado Novo, período de ditadura militar que se estende até 29 de outubro de 1945.

A Constituição de 10 de novembro de 1937, outorgada por Getúlio Vargas, baseada nas constituições fascistas precedentes à Segunda Guerra Mundial, tornou-se conhecida como “Polaca” por copiar a Constituição Polonesa do mesmo ano (RICCITELLI, 2007).

Esse texto constitucional apresentou como características

a) fortalecer o Poder Executivo a fim de evitar agitações externas; b) delegar ao Poder Executivo função predominante na elaboração das leis; c) restringir a ação do Poder Legislativo à função exclusivamente legislativa; d) reformar o sistema da democracia representativa procurando eliminar possíveis causas provocadoras de disputas partidárias; e) delegar ao Estado a função de coordenador da economia nacional; f) submeter os direitos individuais ao interesse público; e g) nacionalizar as atividades e fontes essenciais da riqueza nacional. (RICCITELLI, 2007, p. 88)

Inegavelmente autoritária, o Presidente da República legislava por meio de decretos-lei (CUNHA JÚNIOR, 2013). Todavia, a Constituição de 1937 restringiu as competências apresentadas pela predecessora da seguinte forma:

- à União: legislar sobre as normas de defesa da proteção de saúde, especialmente da saúde da criança;
- aos Estados: legislar para suprir deficiências locais em assistência pública, obras de higiene, casas de saúde, clínicas, estações de clima e fontes medicinais;
- os municípios administrarão os cemitérios;
- a legislação do trabalho seguirá o preceito de prestar assistência médica ao trabalhador e à gestante e o repouso antes e depois do parto;
- garantir o exercício das profissões liberais só para brasileiros natos e naturalizados. (TEIXEIRA, 1985, p. 20 e 21)

Ainda, outro aspecto de importância que será tratado em momento oportuno foi o Decreto Lei nº 891 de 25 de Novembro de 1938 que aprovou a Lei de Fiscalização de Entorpecentes.

De qualquer modo, a “Polaca” manteve-se vigente até pouco após o término da 2ª Guerra Mundial. Com a vitória dos países aliados, consagra-se no Brasil a valorização do regime democrático.

Desta forma, em 18 de setembro de 1946 foi promulgada a nova Constituição da República. Tentou-se, pois, no fim da década de 40 o processo de

redemocratização no país (MENDES; BRANCO, 2012). A Constituição de 1946 por sua vez:

[...] atribui à União a organização da defesa permanente contra as grandes endemias e a legislação sobre seguro e previdência social e sobre a defesa e proteção da saúde, sobre o exercício das profissões, sem exclusão da legislação estadual supletiva ou complementar. Assegurou a autonomia dos municípios quanto à organização dos serviços públicos locais sem especificar os serviços de saúde e assistência. Assegurou o direito à assistência sanitária, inclusive hospitalar e preventiva ao trabalhador e à gestante. Restabeleceu artigo da Constituição de 1934 que torna obrigatória a assistência à maternidade, infância e adolescência, e os vencimentos integrais para aposentadoria para funcionários vitimados por acidente ou moléstias profissionais contagiosas ou incuráveis. (TEIXEIRA, 1985, p.21)

A época em que se manteve vigente foi permeada de acontecimentos que traçaram o rumo da nação. Nesse sentido bem ressalva Inocêncio Mártires Coelho:

[...] às crises que levaram ao suicídio de Getúlio Vargas; ao impedimento do Vice-Presidente João Café Filho; à tentativa de obstar a posse de Juscelino Kubitschek de Oliveira e aos levantes militares durante o seu governo; à renúncia de Jânio Quadros, com a subsequente “manobra” para, frustrada a tentativa de impedir a posse do Vice-Presidente João Goulart, reduzir-lhe os poderes, mediante a adoção de uma canhestra fórmula parlamentarista, que, tão artificial e ilegítima, porque mudava a *identidade* da Constituição, logo a seguir, veio a ser rejeitada em *consulta plebiscitária*. (MENDES; COELHO; BRANCO, 2010, p.238)

Nesse contexto, em 31 de março de 1964 consumou-se o movimento liderado pelas forças armadas que conseguiram derrubar o Presidente João Goulart. Iniciava-se o período de ditadura militar que perdurou até 1985 (CUNHA JÚNIOR, 2013).

A sucessora da Constituição de 1946 que entrou em vigor na ditadura militar em 15 de março de 1967, outorgada pelo executivo através do congresso que só fez cumprir a vontade daquele poder, caracteristicamente arbitrária, assemelhou-se muito à carta de 1937 (CUNHA JÚNIOR, 2013. A Constituição de 1967:

[...] introduziu as inovações de organizar a polícia federal para combate ao tráfico de entorpecentes; a competência da União para estabelecer planos nacionais de saúde, e celebrar tratados e convênios com Estados estrangeiros e organizações internacionais, além de permitir a colaboração entre entidades religiosas e o Estado. Assegurou a autonomia municipal quanto à organização dos serviços públicos locais facultando aos três níveis da organização (União, Estados e Municípios) a arrecadação vedada à criação de impostos sobre os mesmos. Assegurou o direito à assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva aos trabalhadores da previdência social (TEIXEIRA, 1985, p. 21)

Sobre o texto Constitucional que a seguiu, Riccitelli postula:

Então em 17 de outubro de 1969, a Constituição de 1967 foi reformulada pela Emenda Constitucional nº1. Com efeito, em razão de conter praticamente a alteração de todo o texto constitucional, referida emenda foi também denominada de Constituição de 1969. (RICCITELLI, 2007, p.90)

Os fatos que mancharam a história do Brasil foram depostos pelos movimentos que marcaram as décadas de ditadura, quando em processo de redemocratização com a eleição para presidente em 1985 e a promulgação da Constituição de 05 de outubro de 1988.

Contudo, antes mesmo da promulgação da Constituição cidadã, na transcrição do Estado autoritário marcado pela ditadura de 1964 a 1985, emerge o movimento sanitário como um

[...]conjunto organizado de pessoas e grupos partidários ou não articulados ao redor de um projeto” (Escorel, 1998), cujo desenho e conteúdo foram sendo construídos ao longo do tempo a partir de práticas que Arouca (1976) caracterizou em três níveis: a prática teórica (construção do saber), a prática ideológica (transformação da consciência) e a prática política (transformação das relações sociais) (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2006, p. 41).

Na esfera da saúde, o movimento sanitário é mobilizado e articulado. Desse, destaca-se a realização em marco de 1985 da 8ª Conferência Nacional de Saúde, congregando o expressivo número de cerca de cinco mil participantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2006).

Esse movimento transforma o conteúdo da participação social nos seguintes aspectos (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2006):

- Deixa de ser referência apenas dos setores sociais excluídos pelo sistema (seus opositores), passando ao reconhecimento da diversidade de interesses e projetos em disputa na sociedade, em sua relação com o Estado, e adquirindo, em consequência, dimensão e perspectiva mais abrangentes;
- Incorpora a conotação de cidadania, que expressa a estratégia de universalização dos direitos;
- Refina a análise e a compreensão do Estado com lócus de conflito de interesses contraditórios, quebrando o maniqueísmo (oposição x Estado) e os monolitismos contidos nesta polaridade (como se oposição e Estado fossem duas entidades homogêneas);

- Propõe participação, de parte instituinte a representação direta da sociedade, a ser institucionalizada no interior do aparato estatal, para legitimar a si própria e aos interesses de que é portadora;
- Altera a perspectiva do movimento relacional entre Estado-sociedade, atribuindo-lhe uma possibilidade de interlocução e diálogo, em que o Estado é vislumbrado como passível de acolhimento de propostas oriundas da sociedade e esta como espaço de elaboração daquelas que configurem os interesses e reivindicações dos grupos sociais;
- Compreende a auto-identidade do movimento sanitário e a identidade dos agentes sociais presentes na disputa política como construções históricas em processo, em movimento, superando concepções anteriores de identidade fixas, pré-determinadas (Fleury, 1989); e, finalmente,
- Contrapõe o conceito de controle social ao controle privado do Estado por segmentos sociais com maior poder de acesso. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 42)

Esse movimento inédito na política pública de saúde brasileira, que não se recorda de qualquer chamamento por parte do poder executivo da sociedade civil nesse tipo de debate (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2006). Ainda, pelo conjunto de propostas “que não apenas serviu para pautar o desenvolvimento seguinte do movimento reformador da saúde quanto terminou por se inscrever em grande parte do novo arcabouço jurídico do país expresso pela constituição promulgada em outubro de 1988” (CARVALHO, *apud*, MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, p. 48).

Segundo o Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, “este processo materializou-se nos textos, mesas-redondas, trabalhos de grupos e seus relatórios [...]” (BRASIL, 1986, p. 01). As conclusões dessa conferência integraram ativamente o posicionamento adotado na Constituição de 1988. Destaca-se os seguintes pontos no tocante à saúde como direito:

- 1 – Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.
- 2 – A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.
- 3 – Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (BRASIL, 1986, p.10).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde teve também importante papel para a estruturação do Sistema Único de Saúde. Neste sentido, as conclusões quanto à reformulação do Sistema Nacional de Saúde da época:

1 – A reestruturação do Sistema Nacional de Saúde deve resultar na criação de um Sistema Único de saúde que efetivamente represente a construção de um novo arcabouço institucional separando totalmente de previdência, através de uma ampla Reforma Sanitária (BRASIL, 1986, p. 10).

“A constituição de 1988 surge como esperança para o povo brasileiro, suscitando no País um sentimento constitucional jamais visto antes” (CUNHA JÚNIOR, 2013, p. 511).

O preâmbulo da Constituição Cidadã já demonstra uma nova página da história da nação, ao preconizar:

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias [...] (BRASIL, 1988)

Além do preâmbulo e do ato das disposições constitucionais transitórias, a Constituição Federal de 1988 é composta por 250 artigos, divididos em nove títulos: I – dos princípios fundamentais; II – dos direitos e garantias fundamentais; III – da organização do estado; IV – da organização dos poderes; V – da defesa do Estado e das Instituições democráticas; VI – da tributação e do orçamento; VII – da ordem econômica e financeira; VIII – da ordem social e; IX – das disposições constitucionais gerais.

São sob os princípios, direitos e garantias fundamentais vertidos nessa Carta Magna que serão traçados os direitos inerentes aos dependentes químicos no território nacional.

### 3.1 PRINCÍPIOS, DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS QUE REGEM A MATÉRIA

A Constituição Federal de 1988 convencionou no título II a terminologia direitos e garantias fundamentais. Dirley da Cunha Júnior (2013, p. 548) conceitua os direitos fundamentais como aquelas *“posições jurídicas que investem o ser humano de um conjunto de prerrogativas, faculdades e instituições imprescindíveis a assegurar uma existência digna, livre, igual e fraterna de todas as pessoas”*. Nesse prisma, complementa José Afonso da Silva que

Direitos fundamentais do homem constituem a expressão mais adequada a este estudo, porque, além de referir-se a princípios que resumem a concepção do mundo e informam a ideologia política de cada ordenamento jurídico, é reservada para designar, *no nível do direito positivo*, aquelas prerrogativas e instituições que ele concretiza em garantias de uma convivência digna, livre e igual de todas as pessoas. No qualificativo *fundamentais* acha-se a indicação de que se trata de situações jurídicas sem as quais a pessoa humana não se realiza, não se convive e, às vezes, nem mesmo sobrevive; fundamentais *do homem* no sentido de que a todos, por igual, devem ser, não apenas formalmente reconhecidos, mas concreta e materialmente efetivados. (SILVA, 2005, p. 178)

Segundo Pedro Lenza (2013, p. 1206), “as garantias, são instrumentos através dos quais se assegura o exercício dos aludidos direitos (preventivamente) ou prontamente os repara, caso violados”.

Todavia, “a Constituição, de fato, não consigna regra que aparte as duas categorias, nem sequer adota terminologia precisa a respeito das garantias” (SILVA, 2005, p. 186).

Contudo, o privilegiado posicionamento constitucional dessas posições jurídicas é melhor compreendido com o desenvolvimento histórico em sua volta. Nesse sentido

A compreensão histórica dos direitos fundamentais, portanto, exerce um papel extraordinariamente importante, pois permite verificar a validade de condições de realização dos direitos do homem, dentro da unidade do gênero humano, as experiências em confronto, ora de sedimentação, ora de crise e a descoberta de novos percursos e novos avanços. (CUNHA JÚNIOR, 2013, p. 559)

Dessa forma, classificam-se os direitos fundamentais em gerações ou dimensões, estas utilizadas em contexto mais atual, porquanto o sentido de nova “dimensão” não abandonaria as conquistas da “dimensão” anterior, mostrando-se

portanto, expressão mais adequada, nesse sentido de proibição de evolução reacionária (LENZA, 2013).

Embora não se desconheça a existência de classificação doutrinária dos direitos fundamentais de até quinta geração, para fins deste estudo, utiliza-se a doutrina clássica dos direitos fundamentais de primeira, segunda e terceira dimensão.

Segundo Paulo Bonavides (2004, p. 563), “os direitos da primeira geração são os direitos da liberdade, 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”.

Dirley da Cunha Júnior ainda aponta que

Os direitos de primeira dimensão correspondem às chamadas liberdades públicas dos franceses, compreendendo os direitos civis, entre os quais se destacam, sobretudo pela acentuada e profunda inspiração jusnaturalista, os direitos à vida, à liberdade, à propriedade, à segurança e à igualdade de todos perante a lei, posteriormente complementados pelos direitos de expressão coletiva (tais como os direitos de reunião e associação) e os direitos políticos (como os direitos de voto, mas de modalidade ativa e passiva). Esses direitos de primeira dimensão foram reconhecidos para a tutela das liberdades públicas, em razão de haver naquela época uma única preocupação, qual seja, proteger as pessoas do poder opressivo do estado. Em razão, disso, eles se voltavam exclusivamente à tutela das liberdades, tanto na esfera civil, quanto na esfera política; constituíam verdadeiro obstáculo à interferência estatal, pois pregavam o afastamento do Estado da esfera individual da pessoa humana, de modo que eram denominados de direitos de caráter “negativo” ou simplesmente “liberdades negativas” (CUNHA JÚNIOR, 2013, p. 590).

Os direitos de primeira geração são predominantes no Estado liberal. Os direitos de segunda geração, dominantes no século XX obra de ideologia antiliberal, são os direitos sociais, culturais e econômicos bem como os direitos coletivos ou de coletividades, introduzidos no constitucionalismo das distintas formas de Estado social (BONAVIDES, 2004). Desse contexto histórico

O ideal absenteísta do Estado liberal não respondia, satisfatoriamente, às exigências do momento. Uma nova compreensão do relacionamento Estado/sociedade levou os Poderes Públicos a assumir o dever de operar para que a sociedade lograsse superar as suas angústias estruturais. Daí o progressivo estabelecimento pelos Estados de seguros sociais variados, importando intervenção intensa na vida econômica e a orientação das ações estatais por objetivos de justiça social. Como consequência, uma diferente plethora de direitos ganhou espaço no catálogo dos direitos

fundamentais – direitos que não mais correspondem a uma pretensão de abstenção do Estado, mas que o obrigam a prestações positivas. São os direitos de segunda geração, por meio dos quais se intenta estabelecer uma liberdade real e igual para todos, mediante a ação corretiva dos Poderes Públicos. Dizem respeito a assistência social, saúde, educação, trabalho, lazer etc. (MENDES, BRANCO, 2012, p.173)

“Já os direitos chamados de terceira geração peculiarizam-se pela titularidade difusa ou coletiva, uma vez que são concebidos para a proteção não do homem isoladamente, mas de coletividades de grupos” (MENDES, BRANCO, 2012, p.173).

A evolução dos direitos fundamentais é o resultado de demandas concretas, ensejadas por incansáveis lutas contra agressões e toda uma ordem de intolerância que afligiam os bens fundamentais e indispensáveis à existência digna da pessoa humana (CUNHA JÚNIOR, 2013). Nesse enfoque, passa-se a estudar os direitos fundamentais de maior peso à proteção constitucional do dependente químico.

### **3.1.1 A dignidade da pessoa humana**

Segundo Alexandre de Moraes (2013), a dignidade da pessoa humana concede unidade aos direitos e garantias fundamentais, sendo inerente às personalidades humanas.

Portanto, é sob a luz do princípio da dignidade da pessoa humana que tais direitos e garantias fundamentais são consagrados. Assim, conceitua Ingo Wolfgang Sarlet o indigitado como

[...] a qualidade intrínseca e distintiva reconhecida em cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e co-responsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos, mediante o devido respeito aos demais seres que integram a rede da vida. (SARLET, 2012, p.73)

Desse conceito, é imperioso verificar se o princípio da dignidade da pessoa humana é considerado de valor pré-constituente e de hierarquia supranacional em que se fundamenta a República Federativa do Brasil. Inocêncio Mártires Coelho (2010) se ampara nos ensinamentos de Robert Alexy ao destacar que

[...] o princípio da dignidade da pessoa comporta graus de realização, e o fato de que, sob determinadas condições com um alto grau de certeza, preceda a todos os outros princípios, isso não lhe confere caráter absoluto, significando apenas que quase não existem razões jurídico-constitucionais que não se deixem comover para uma relação de preferência em favor da dignidade da pessoa sob determinadas condições. Entretanto, uma tese como essa – de posição central – vale também para outras normas de direitos fundamentais, sem que isso afete o seu caráter de princípio. Por isso, conclui Alexy, pode-se dizer que a norma da dignidade da pessoa não é um princípio absoluto e que a impressão de que o seja resulta do fato de que esse valor se expressa em duas normas – uma regra e um princípio –, assim, como a existência de uma série de condições sob as quais, com alto grau de certeza, ele precede a todos os demais. Em suma, tanto numa hipótese quanto na outra, não se discute o valor da dignidade humana em si mesmo – até porque, sob esse aspecto, ele parece imune a questionamentos –, mas tão somente se, em determinadas situações, ele foi ou não respeitado, caso em que, se a resposta for negativa, legitima-se a procedência da norma ou da conduta impugnadas em nome desse princípio fundamental [...] (MENDES, COELHO, BRANCO, 2010, p.215)

Ingo Wolfgang Sarlet, por sua vez, aduz que

Sendo todas as pessoas iguais em dignidade (embora não se portem de modo igualmente digno) e existindo, portanto, um dever de respeito recíproco (de cada pessoa) da dignidade alheia (para além do dever de respeito e proteção do poder público e da sociedade), poder-se-á imaginar a hipótese de um conflito direto entre as dignidades de pessoas diversas, impondo-se – também nestes casos – o estabelecimento de uma concordância prática (ou harmonização), que necessariamente implica a hierarquização (como sustenta Juarez Freitas) ou a ponderação (conforme prefere Alexy) dos bens em rota conflitiva, neste caso, do mesmo bem (dignidade) concretamente atribuído a dois ou mais titulares. (SARLET, 2012, p.150).

Nesse contexto entende Inocêncio Mártires Coelho (2010) ser a dignidade da pessoa humana em nenhuma hipótese suscetível de confrontar-se com todos os bens, valores ou princípios constitucionais, mas tão somente consigo mesma, nos casos em que dois ou mais indivíduos entrem em conflitos capazes de causar lesões mútuas a esse valor supremo.

Verifica-se, portanto, que “o princípio da dignidade da pessoa humana constitui o critério unificador de todos os direitos fundamentais, aos quais todos os direitos do homem se reportam, em maior ou menor grau” (CUNHA JÚNIOR, 2013, p.547). Portanto, os demais direitos a seguir tratados não podem se olvidar desse norte Constitucional, que está intrinsecamente relacionado à condição humana.

### 3.1.2 Direito à vida

A Constituição Federal dispõe em seu art. 5º:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade **do direito à vida, à liberdade**, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos seguintes termos: (BRASIL, 1988, grifo nosso)

Alexandre de Moraes (2013, p.34) aponta que “o direito à vida é o mais fundamental de todos os direitos, já que se constitui em pré-requisito à existência e exercício de todos os demais direitos”.

Cunha (2013, p.664) aponta nesse mesmo sentido que “o direito à vida é o direito de defender a própria existência e de existir com dignidade, a salvo de qualquer violação, tortura ou tratamento desumano ou degradante”.

A rigor dos objetivos traçados nesta pesquisa, entende-se que a titularidade desse direito é inerente a toda vida humana.

Observa-se, por um lado, que esse direito é revestido de uma dimensão negativa, no sentido de impor a outros indivíduos o dever de não agredir esse bem elementar, bem como a impedir que os poderes públicos pratiquem atos que atentem contra a existência de qualquer ser humano e outra positiva que é a proteção, através do Estado, do direito à vida (MENDES; BRANCO, 2012).

Ainda, segundo Mendes

O direito à vida é por vezes referido sob um modo qualificado, num sentido amplo, a abranger não apenas a preservação da existência física, mas designando, além disso, um direito a uma *vida digna*. Essa expressão abarcaria o direito a alimentação, a habitação, a vestuário, a educação elementar, entre outras pretensões. Em certas hipóteses, o direito à vida haverá de conduzir a esses desdobramentos. Muitos desses direitos,

porém, são tratados pelo constituinte autonomamente, podendo, para melhor equacionamento técnico dos problemas surgidos, ser invocados, eles mesmos, com preferência ao recurso exclusivo, direto e imediato do direito à vida, que no seu núcleo básico protege mesmo a existência física. (MENDES; BRANCO, 2010, p.327)

Tem-se sob essa ótica a proteção ao direito à vida, diante do potencial ofensivo relacionado ao abuso de substâncias químicas, que por muitas vezes se mostra fatal esse excesso.

### 3.1.3 Direito à liberdade

Na continuidade do art. 5º da Constituição Federal, destaca-se o direito à liberdade, cuja conceituação segue-se a de José Afonso da Silva (2005, p. 233), para o qual *“liberdade consiste na possibilidade de coordenação consciente dos meios necessários à realização da felicidade pessoal”*. Nessa noção, explica o autor que:

[...] encontramos todos os elementos objetivos e subjetivos necessários à idéia de liberdade; é *poder* de atuação sem deixar de ser resistência à opressão; não se dirige contra, mas *em busca*, em perseguição de alguma coisa, que é a felicidade pessoal, que é subjetiva e circunstancial, pondo a liberdade, pelo seu fim, em harmonia com a consciência de cada um, com o interesse do agente. Tudo que impedir aquela possibilidade de coordenação dos meios é contrário à liberdade. E aqui, aquele sentido histórico da liberdade se insere na sua acepção jurídico-política. Assim, por exemplo, deixar o povo na ignorância, na falta de escola, é negar-lhe a possibilidade de coordenação consciente daqueles meios; oprimir o homem, o povo, é retirar-lhe aquela possibilidade etc. Desse modo, também, na medida em que se desenvolve o conhecimento, se fornecerem informações ao povo, mais se amplia a sua liberdade com abrir maiores possibilidade de coordenação de meios necessários à expansão da personalidade de cada um. (SILVA, p. 233)

Essa liberdade de escolha será tratada nos capítulos adiantes.

Não obstante a ampla proteção constitucional no tocante a esse direito, na qual se menciona a classificação de José Afonso da Silva (2005), que distingue em cinco grandes grupos: liberdade da pessoa física, liberdade de pensamento, liberdade de expressão coletiva, liberdade de ação profissional e liberdade de conteúdo econômico social.

Trata-se na seara dos direitos dos dependentes químicos, daquela liberdade de ação, de fazer ou deixar de fazer qualquer coisa, quando não vedada por lei, nos ditames do art. 5º, II da Constituição Federal. Nesse contexto, distinguem-se na leitura do mencionado dispositivo Constitucional duas dimensões:

Uma muito mais clara e explícita, que consubstancia o *princípio da legalidade*, que, por ser *uma garantia individual*, merecerá consideração aprofundada mais adiante. Outra, nem sempre considerada pela doutrina, que é essa regra de direito fundamental, de *liberdade de ação*, que estamos estudando. Por isso, esse dispositivo é um dos mais importantes do direito constitucional brasileiro, porque, além de conter a previsão da liberdade de ação (liberdade-base das demais), confere fundamento jurídico às liberdades individuais e correlaciona *liberdade e legalidade*. Dele se extrai a idéia de que a liberdade, em qualquer de suas formas, só pode sofrer restrições por *normas jurídicas perceptivas* (que impõem uma conduta positiva) ou *proibitivas* (que impõem uma abstenção), provenientes do Poder Legislativo e elaboradas segundo o procedimento estabelecido na Constituição. Quer dizer: *a liberdade só pode ser condicionada por um sistema de legalidade legítima*. (SILVA, 2005, p. 236)

Portanto, é dentro dessa coordenação consciente dos meios necessários à realização da felicidade pessoal em face dos limites inerentes à liberdade de ação, na medida em que por muitas vezes a dependência química se dá devido ao uso de substâncias ilícitas que se insere o direito à liberdade. Por um lado, encontra-se o usuário dependente na busca do que entende ser a realização de sua felicidade pessoal, noutro, o dever do Estado em coibir a inobservância da Lei, mesmo na hipótese de restrição desse direito.

### 3.1.4 Direito à saúde

Durante a transição da ditadura militar para a redemocratização do país surgiram movimentos sanitários que promoveram mudanças na sociedade brasileira. Seguindo os anseios da população no tocante ao direito à saúde, eleva-se com a Constituição Federal de 1988 ao patamar de direito fundamental, inserido em seu artigo 6º, assim disposto:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à

maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma da constituição. (BRASIL, 1988)

José Afonso da Silva (2005) aponta que direitos sociais são prestações positivas proporcionadas pelo Estado direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais desiguais.

Desta forma:

Os direitos sociais, como o direito à saúde, na condição de direitos fundamentais, têm a finalidade de permitir aos indivíduos a possibilidade não só de sobrevivência, mas de inserção plena na sociedade, através de uma vida com dignidade. São direitos, portanto, que necessitam, para sua efetivação, da atuação conjunta de todos os órgãos estatais em uma nova visão do princípio da separação de poderes. Isso por que as normas que estabelecem direitos sociais, como o direito à saúde tem como destinatário direto o Estado em seu sentido mais amplo, envolvendo harmonicamente todos os poderes. (RIGO, 2007, 176)

As prestações direcionadas ao direito à saúde variam de acordo com a necessidade específica de cada cidadão (MENDES, COELHO, BRANCO, 2010).

Leo Van Holthe (2009) entende que o direito à saúde é um desdobramento do direito à vida e uma consequência direta da adoção da dignidade da pessoa humana como princípio fundamental adotado na vigente constituição. Exige-se, portanto, dos Poderes Públicos medidas a fim de objetivar a recuperação dos enfermos, tanto nos aspectos físicos e psíquicos, além de medidas preventivas de manutenção da saúde e de prevenção de doenças, a ponto de garantir a todos a possibilidade de uma vida digna. No mesmo sentido, “saúde não é mais apenas a ausência de doença e sim o bem-estar físico, psíquico e social do indivíduo” (PEREIRA, COELHO, 2007, p.159)

Dessa forma, a leitura do artigo 6º da Constituição Federal é complementada com o artigo 196 do mesmo diploma legal:

Art. 196 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 ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

Gilmar Ferreira Mendes (2010) examina cada elemento do artigo: A expressão *direito de todos* exprime o direito à saúde tanto um direito individual,

quanto um direito coletivo; *Dever do Estado* transparece a prestação solidária de todos os entes da federação; *Garantido mediante políticas sociais e econômicas* ressalva justamente a necessidade de formulação de políticas públicas que concretizem esse direito através de escolhas alocativas; *Políticas que visem ao acesso universal e igualitário* que reforça a responsabilidade de todos os entes da federação e; *Ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde* que trabalha em conclusão, na premissa de que o problema na eficácia do direito à saúde está atrelado a questões de implementação e manutenção de políticas públicas de saúde já existentes.

Nesta senda insere-se o Sistema Único de Saúde, idealizado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, recepcionado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8080/90 e Lei nº 8142/90.

O Sistema Único de Saúde é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (BRASIL, 2000). É o arranjo organizacional do Estado que dá suporte à efetivação da política nacional de saúde no país, e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política (CAMPOS et al, 2007). Nos termos do artigo 198 da Constituição Federal:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;**
- II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;**
- III – participação da comunidade.**

§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;

II no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I – os percentuais de que trata o § 2º;

II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;

III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;

IV – as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação.

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico, piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial.

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício. (BRASIL, 1988) (grifo nosso)

Complementa, o artigo 7º da Lei nº 8080/90:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

**I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;**

**II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;**

III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

**IV – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;**

V – direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

**VIII – participação da comunidade;**

**IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:**

**a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;**

**b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;**

X – integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI – conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

- XII – capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e  
 XIII – organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (BRASIL, 2000) (grifo nosso)

Dessa forma, o **princípio da universalidade** complementando o que foi tratado linhas acima, assegura o direito à saúde a todos os cidadãos sem discriminação ao conjunto de ações e serviços de saúde ofertados pelo sistema (CAMPOS et al, 2007).

O **princípio da integralidade**, por sua vez:

[...] pressupõe considerar várias dimensões do processo saúde-doença que afetam os indivíduos e as coletividades e pressupõe a prestação continuada do conjunto de ações e serviços visando garantir a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação dos indivíduos e dos coletivos.  
 Esse princípio orientou a expansão e qualificação das ações e serviços de saúde do SUS que ofertam desde um elenco ampliado de imunizações até os serviços de reabilitação física e mental, além de ações de promoção da saúde e de caráter intersetorial. (CAMPOS et al, 2007, p. 535)

Segundo o Ministério da Saúde (2000), esse princípio demonstra que a atenção à saúde deve levar em consideração as necessidades específicas de pessoas ou grupos de pessoas, ainda que minoritários em relação ao total da população. Cuida-se cada qual de acordo com as suas necessidades. Conforme será apontado, esse princípio é que pavimenta as políticas públicas relacionadas ao tratamento da dependência química através da criação de projetos e ações direcionadas a esse grupo. Com efeito, objetiva a humanização dos serviços prestados e das ações realizadas no âmbito do SUS.

Por **equidade**, busca-se reduzir as diferenças sociais existentes no território nacional. É implementar os meios necessários, é priorizar a oferta de ações e serviços aos segmentos populacionais que enfrentam os maiores riscos à saúde em decorrência dessa disparidade (CAMPOS et al; PASCE, 2007).

A **regionalização e hierarquização** dos serviços de saúde buscam a eficiência, eficácia e efetividade do SUS. Ao passo que a **descentralização** permite identificar com mais precisão as necessidades de cada comunidade a fim de aumentar o controle social (BRASIL, 2000)

A **participação comunitária** “traduz o anseio dos atores sociais por uma democracia participativa em que os cidadãos influenciam de maneira decisiva a

definição e a execução da política de saúde nas três esferas do governo” (CAMPOS et al, 2007, p.537).

Nessa base principiológica institui-se o Sistema Único de Saúde com o objetivo de coordenar e integrar as ações de saúde municipal, estadual e no âmbito federal, de forma a atender de maneira funcional às demandas de saúde (CAMPOS et al, 2007).

O SUS alcança importante espaço no tratamento da dependência química, sendo esses princípios plenamente aplicáveis àqueles que sofrem desta moléstia. De igual sorte, não se pode olvidar de outros princípios que atuam de forma direta ou indireta na relação proposta no estudo, dentre os quais destacamos, o princípio da legalidade (art. 5º, II da CF), a segurança (art. 5º, *caput*, art. 6º, da CF). Assim, dar-se-á continuidade à presente pesquisa, apresentando temas atinentes às políticas públicas adotadas no combate à dependência química.

### 3.2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS

Como observado, a reforma sanitária ocorrida na década de 80 no Brasil foi um importante marco nas questões relacionadas à área de saúde. Convém, portanto, neste momento, a rigor do artigo 196 da Constituição Federal traçar algumas considerações sobre algumas das políticas sociais e econômicas voltadas ao tratamento da dependência química.

Segundo Alessandra Gotti:

[...] entende-se que a política pública consubstancia-se em um conjunto complexo de normas e atos tendentes à realização dos fins públicos consagrados pela Carta de 1988 – suscetível de controle pelo Poder Público –, e que possui como elementos estruturais: o programa (dimensão material da política pública), a ação-coordenação (coordenação do Estado para o atingimento de resultados determinados), o processo (sequência de atos tendentes a um fim, sendo fundamental nesse ponto a participação popular). (GOTTI, 2012, p.205)

Guilherme Amorim Campos da Silva conceitua Políticas Públicas como:

Instrumento de ação do Estado, em especial do Executivo e do Legislativo, de caráter vinculativo e obrigatório, que deve permitir divisar as etapas de

concreção dos programas políticos constitucionais voltados à realização dos fins do Estado Democrático de direito, passíveis de exame de mérito pelo Poder Judiciário (DIMOULIS, 2012, p. 449)

O suporte legal pode ser expresso no texto Constitucional, na legislação infraconstitucional, em normas infralegais, atos administrativos ou programas que resultam de uma combinação de atos administrativos (GOTTI, 2012).

As etapas de implementação dessas políticas, são compreendidas em quatro fases distintas: **formação**, que é a identificação dos problemas a serem tratados. Após, passa-se a sua implementação, também chamada de **execução**. A fase de **avaliação** tem como objetivo verificar a concretização das metas propostas para determinada política pública, com sua adequação, caso necessário, a fim de realizar os objetivos já delineados. Por fim, o controle dessas políticas que pode ser social, judicial ou pelo Tribunal de Contas (GOTTI, 2012).

No tocante a evolução legislativa e de políticas sociais relacionadas à dependência química, bem destaca a professora Selma Frossand da Costa (2006) que por muitos anos esse assunto somente foi tratado na seara da segurança pública, recentemente adquirindo o caráter de saúde pública.

Sob a égide da Constituição Federal de 1988, o início dessas políticas se deu com a Medida Provisória nº 1669 de 19 de junho de 1998, com a criação do Sistema Nacional Antidrogas.

Já no ano de 2002, com o decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2006, instituiu-se a Política Nacional Antidrogas.

Contudo, nos termos da Resolução nº 3/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005 se aprova a **Política Nacional sobre Drogas** atualmente vigente. Destaca-se, sem prejuízo dos demais não citados os seguintes, objetivos almejados:

- ✓ Conscientizar a sociedade brasileira sobre os prejuízos sociais e as implicações negativas representadas pelo uso indevido de drogas e suas conseqüências.
- ✓ Educar, informar, capacitar e formar pessoas em todos os segmentos sociais para a ação efetiva e eficaz de redução da demanda, da oferta e de danos, fundamentada em conhecimentos científicos validados e experiências bem-sucedidas, adequadas à nossa realidade.
- ✓ [...] Implantar e implementar rede de assistência integrada, pública e privada, intersetorial, para pessoas com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas, fundamentada em conhecimento validado, de acordo com a normatização funcional mínima, integrando os esforços desenvolvidos no tratamento.

- ✓ Reduzir as conseqüências sociais e de saúde decorrentes do uso indevido de drogas para a pessoa, a comunidade e a sociedade.
- ✓ Difundir o conhecimento sobre os crimes, delitos e infrações relacionados às drogas ilícitas e lícitas, prevenindo-os e coibindo-os por meio da implementação e efetivação de políticas públicas para a melhoria da qualidade de vida do cidadão. [...] (BRASIL, 2005)

Pretende-se que com essa política pública sejam abolidos preconceitos e rótulos discriminatórios, tomando como meta a promoção da saúde, o respeito dos direitos humanos e a inclusão social (FÉLIX, 2005).

Tem-se com essa mudança de gerenciamento ao combate às drogas a adoção de medidas voltadas a **prevenção** do uso indevido dessas substâncias, a **redução dos danos sociais e à saúde** por elas causados, almejando também a **redução na oferta** desses produtos e a proporcionar **estudos, pesquisas e avaliações** sobre o consumo de drogas lícitas e ilícitas, bem como ao **tratamento, recuperação e reinserção social** desses dependentes (BRASIL, 2007).

A **prevenção** ao uso indevido de drogas consiste na adoção de uma atitude responsável com relação ao uso de psicotrópicos, levando-se em consideração as circunstâncias em que ocorre o uso, com que finalidade e qual tipo de relação que o indivíduo mantém com a substância, lícita ou ilícita (BRASIL, 2007).

Esse fator engloba o desenvolvimento de ações de **intervenção universal** que são programas destinados à população geral, aplicados dentro da comunidade, no ambiente escolar e pelos meios de comunicação, sem que sejam necessariamente voltadas ao grupo de risco. De **intervenção seletiva**, aquelas ações voltadas para populações com maior propensão ao uso de substâncias. E as chamadas **intervenções indicadas**, voltadas para pessoas já identificadas como usuárias de drogas ou com comportamento de risco relacionados direta ou indiretamente ao uso desses psicoativos (BRASIL, 2007).

Com efeito, são realizadas em três níveis: **primário**, cujo objetivo é evitar que o uso de drogas se instale ou postergar o seu início; o **secundário** destina-se aos usuários moderados e; **terciário**, voltados ao processo de recuperação e reinserção dos indivíduos que já demonstram eventuais problemas com o uso de drogas bem como aos que apresentam dependência (BRASIL, 2007).

Sabe-se que as drogas não são todas iguais, os riscos, danos e reações são diferenciados conforme a maneira em que a substância psicoativa é utilizada,

modificando de acordo com o meio social e da pessoa que a utiliza. A **redução de danos à saúde** visa diminuir as consequências adversas do consumo de drogas lícitas e ilícitas, no período em que o usuário demonstra comportamento de risco.

Nesse sentido, verifica-se que a redução de danos busca diminuir o impacto dos problemas socioeconômicos, culturais e dos agravos à saúde associados ao uso de álcool e outras drogas. Oportunamente, exemplifica-se os programas de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis (DST) e doenças transmissíveis por sangue com a distribuição de preservativos e seringas esterilizadas.

Ainda, relevante constatar que:

[...] a redução de danos compreende o consumo de drogas como parte da realidade cotidiana e a visão que possui da substância – a droga – é que esta é um produto inerte, transfigurada em nossa sociedade capitalista em mais de uma mercadoria a ser consumida. Estando consciente da inércia da substância, a abordagem da redução de danos dá total responsabilidade para o sujeito escolher: não usar drogas ou se utilizar, fazê-lo com conhecimento dos riscos, de forma consciente e responsável, podendo escolher qual droga usar, onde usar e como usar – já que suprime a imagem social construída de “poder sinistro e incontrolável” do produto. Portanto, o objetivo principal da preocupação da abordagem da redução de danos, decorrentes do uso de drogas, encontra-se na centralidade da pessoa humana (e não na substância em si e na proibição), no sofrimento humano, advindo do topo de relação que o sujeito tem com a droga. Tal abordagem compreende que os danos decorrentes do uso de drogas não são determinados apenas pelo produto em si, mas resultam da interação entre um sujeito, um produto e um contexto sócio-cultural (VELOSO, CARVALHO, SANTIAGO, 2007, p.173).

Essa política é pautada numa proposta de controle e de auto cuidado com relação ao uso de drogas, que também permite desenvolver no usuário o sentimento de responsabilidade sobre si e perante os demais no seu círculo.

A **redução da oferta das drogas**, nos termos da Política Nacional Sobre Drogas tem como orientação geral:

4.1.1 A redução substancial dos crimes relacionados ao tráfico de drogas ilícitas e ao uso abusivo de substâncias nocivas à saúde, responsáveis pelo alto índice de violência no país, deve proporcionar melhoria nas condições de segurança das pessoas.

4.1.2 Meios adequados devem ser assegurados à promoção da saúde e à preservação das condições de trabalho e da saúde física e mental dos profissionais de segurança pública, incluindo assistência jurídica.

4.1.3 As ações contínuas de repressão devem ser promovidas para reduzir a oferta das drogas ilegais e/ou de abuso, pela erradicação e apreensão permanente dessas substâncias produzidas no país, pelo bloqueio do ingresso das oriundas do exterior, destinadas ao consumo interno ou ao

mercado internacional, da identificação e do desmantelamento das organizações criminosas.

4.1.4 A coordenação, promoção e integração das ações dos setores governamentais, responsáveis pelas atividades de prevenção e repressão ao tráfico de drogas ilícitas, nos diversos níveis de governo, devem orientar a todos que possam apoiar, aprimorar e facilitar o trabalho.

4.1.5 A execução da Política Nacional sobre Drogas deve estimular e promover de forma harmônica com as diretrizes governamentais, a participação e o engajamento de organizações não-governamentais e de todos os setores organizados da sociedade.

4.1.6 As ações do Conselho de Controle de atividades Financeiras – COAF, do Departamento de Recuperação de Ativos e Cooperação Jurídica Internacional – DRCI/MJ, da Secretaria da Receita Federal – SRF, do Departamento de Polícia Federal – DPF, do Fundo Nacional Antidrogas – FUNAD, da Secretaria nacional de Segurança Pública – SENASP, da Polícia Rodoviária Federal – DPRF, das Polícias Cíveis e Militares e demais setores governamentais,, com responsabilidade na redução da oferta, devem receber irrestrito apoio na execução de suas atividades.

4.1.7 Interação permanente com o Poder Judiciário e Ministério Público, por meio dos órgãos competentes, visando agilizar a implementação da tutela cautelar, com objetivo de evitar a deterioração dos bens apreendidos. (BRASIL, 2005)

Verifica-se que concomitante às políticas voltadas para os usuários o empenho dos demais setores governamentais no intuito de inibir o tráfico ilícito dessas substâncias ilícitas.

**Os estudos, pesquisas e avaliações** consistem em:

5.2.1 Promover e realizar, periódica e regularmente, levantamentos abrangentes e sistemáticos sobre o consumo de drogas lícitas e ilícitas, incentivando e fomentando a realização de pesquisas dirigidas a parcelas da sociedade, considerando a enorme extensão territorial do país e as características regionais e sociais, além daquelas voltadas para populações específicas.

5.2.2 Incentivar e fomentar a realização de pesquisas básicas, epidemiológicas, qualitativas e inovações tecnológicas sobre os determinantes e condicionantes de riscos e danos, o conhecimento sobre as drogas, a extensão do consumo e sua evolução, a prevenção do uso indevido, repressão, tratamento, redução de danos, reabilitação, reinserção social e ocupacional, desenvolvidas por organizações governamentais e não-governamentais, disseminando amplamente seus resultados.

5.2.3 Assegurar, por meio de pesquisas, a identificação de princípios norteadores de programas preventivos.

5.2.4 Avaliar o papel da mídia e seu impacto no incentivo e/ou prevenção do uso indevido de álcool e outras drogas e danos relacionados, divulgando os resultados por meio do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas – OBID.

5.2.5 Garantir que sejam divulgados por meio do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas – OBID e por meio impresso, pesquisas referentes ao uso indevido de álcool e outras drogas, que permitam aperfeiçoar uma rede de informações confiáveis para subsidiar o intercâmbio com instituições regionais, nacionais e estrangeiras e organizações multinacionais similares.

5.2.6 Apoiar, estimular e divulgar estudos, pesquisas e avaliações sobre violência, aspectos socioeconômicos e culturais, ações de redução da oferta

e o custo social e sanitário do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas e seus impactos na sociedade.

5.2.7 Definir e divulgar critérios de financiamento para os estudos, pesquisas e avaliações.

5.2.8 Apoiar, estimular e divulgar pesquisas que avaliem a relação custo/benefício das ações públicas vigentes, para subsidiar a gestão e o controle social da Política Nacional Sobre Drogas. (BRASIL, 2005)

**O tratamento, a recuperação e a reinserção social dos usuários de drogas, por sua vez, compreendem as seguintes diretrizes:**

2.2.1 Promover e garantir a articulação e integração em rede nacional das intervenções para tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional (Unidade Básica de Saúde, ambulatórios, Centro de Atenção psicossocial, Centro de atenção Psicossocial Álcool e Drogas, comunidades terapêuticas, grupos de auto-ajuda e ajuda mútua, hospitais gerais e psiquiátricos, hospital-dia, serviços de emergências, corpo de bombeiros, clínicas especializadas, casas de apoio e convivência e moradias assistidas) com o Sistema Único de Saúde e Sistema Único de Assistência Social para o usuário e seus familiares, por meio de distribuição centralizada e fiscalizada de recursos técnicos e financeiros.

2.2.2 Desenvolver e disponibilizar banco de dados, com informações científicas atualizadas, para subsidiar o planejamento e avaliação das práticas de tratamento, recuperação de danos, reinserção social e ocupacional sob a responsabilidade de órgãos públicos, privados ou de organizações não governamentais, devendo essas informações ser de abrangência regional (estaduais e municipais), com ampla divulgação, fácil acesso e resguardando o sigilo das informações.

2.2.3 Definir normas mínimas que regulem o funcionamento de instituições dedicadas ao tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional, quaisquer que sejam os modelos ou formas de atuação, monitorar e fiscalizar o cumprimento dessas normas, respeitando o âmbito de atuação de cada instituição.

2.2.4 Estabelecer procedimentos de avaliação por uma comissão tripartite e paritária para as diversas modalidades de tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional, para usuários dependentes e familiares, com base em parâmetros comuns, adaptados às realidades regionais, permitindo a comparação de resultados entre as instituições, aplicando para esse fim recursos técnicos e financeiros.

2.2.5 Desenvolver, adaptar e implementar diversas modalidades de tratamento, recuperação redução de danos, reinserção social e ocupacional dos dependentes químicos e familiares às características específicas dos diferentes grupos: crianças e adolescentes, adolescentes em medida socioeducativa, mulheres, gestantes, idosos, pessoas em situação de risco social, portadores de qualquer co-morbidade, população carcerária e egressos, trabalhadores do sexo e populações indígenas, por meio da distribuição descentralizada de recursos técnicos e financeiros.

**E prossegue:**

2.2.6 Propor, por meio de dispositivos legais, incluindo incentivos fiscais, o estabelecimento de parcerias e convênios em todos os níveis do Estado, que possibilitem a atuação de instituições e organizações públicas, não-governamentais ou privadas que contribuam no tratamento, na recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional.

2.2.7 Propor a criação de taxas específicas para serem arrecadadas em todos os níveis de governo (federal, estadual e municipal) sobre as

atividades da indústria de bebidas alcoólicas e do tabaco, para financiar tratamento, recuperação, redução de danos e reinserção social e ocupacional de dependentes químicos e familiares.

2.2.8 Garantir a destinação dos recursos provenientes das arrecadações do Fundo Nacional Antidrogas (composto por recursos advindos da apropriação de bens e valores apreendidos em decorrência do crime do narcotráfico) para tratamento, recuperação, reinserção social e ocupacional.

2.2.9 Estabelecer parcerias com universidades para implementação da capacitação continuada, por meio dos pólos permanentes de educação, saúde e assistência social.

2.2.10 Propor que a Agência Nacional de Saúde Suplementar regule o atendimento assistencial em saúde para os transtornos psiquiátricos e/ou por abuso de substâncias psicotrópicas, de modo a garantir tratamento tecnicamente adequado previsto na Política Nacional de Saúde. (BRASIL, 2005)

Dentre as diferentes abordagens para o tratamento da dependência química destaca o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas, o **tratamento clássico**, que é a internação tanto em hospital psiquiátrico, como em unidades especializadas. Outro é **tratamento psicoterápico e medicamentoso**. Contudo, é importante salientar que a profilaxia não é taxativa, razão pela qual a existência de outras modalidades de sucesso não é descartada.

Outra política pública é a de **Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas** instituída pelo Ministério da Saúde em 2002. É nesse contexto que a inovação na política pública de saúde com a instituição do Sistema Único de Saúde regulamentado pela Lei nº 8080/90 e Lei nº 8142/90 se melhor coaduna com o tratamento à dependência química.

Do mesmo modo, o início da Reforma Psiquiátrica no Brasil, contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário” em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, porém, com uma trajetória histórica própria, inserida num contexto internacional que já vinha sendo criticado no final da década de 70 durante a crise do modelo de assistência centrado em hospitais psiquiátricos é outro marco histórico que traça a trajetória do tratamento dessas pessoas no país. Assim, conjugado com os movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais de saúde. Trata-se de processo político e social complexo, composto de diversos atores (BRASIL, 2005).

Esse modelo assistencial foi paulatinamente substituído por uma rede de cuidados substitutiva ao hospital psiquiátrico. O surgimento em 1987 do primeiro

Centro de Atendimento Psicossocial no Brasil foi de grande importância, por demonstrar a possibilidade e exequibilidade dessa reforma (BRASIL, 2005).

Dois anos após, em 1989 dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Trata-se do início da luta legislativa e normativa da Reforma (BRASIL, 2005).

A partir da década de 90 a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos. Nessa mesma década que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária (BRASIL, 2005).

Nesse contexto, publica-se a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e que redireciona o modelo de assistencial em saúde mental, conhecida como a Reforma Psiquiátrica. Marco legal que complementa o tratamento dos toxicômanos.

Adequando-se à vigente legislação assistencial em saúde mental, o Ministério da Saúde publicou portarias voltadas para a estruturação de rede de atenção específica às pessoas enquadradas na Lei nº 10.216 de 2001. São elas: a Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 que define normas e diretrizes para a organização de serviços que prestam assistência em saúde mental, tipo “Centros de Atenção Psicossocial – CAPS”; a Portaria nº 189, de 20 de março de 2002, que regulamenta a Portaria nº 336/GM/2002 (BRASIL, 2003)

Devido à necessidade de definição de estratégias específicas de enfrentamento que visam ao fortalecimento da rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, com ênfase na sua reabilitação e reinserção social, o Ministério da Saúde, com a Portaria nº 816/GM, de 30 de abril de 2002 instituiu o **Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas** (BRASIL, 2003).

Segundo o Programa Nacional de Álcool e Drogas (2003), os Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas são dispositivos assistenciais de comprovada resolubilidade, podendo abrigar em seus projetos terapêuticos práticas de cuidados que contemplem a flexibilidade e a abrangência possíveis e necessárias a esta

atenção específica, dentro de uma perspectiva estratégica de redução de danos sociais e à saúde e ainda, devem:

[...] oferecer atendimento diário nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada da evolução contínua. Possibilitam ainda intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento. Assim, a rede proposta se baseia nestes 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. (BRASIL, 2003, p.23)

Com efeito, segundo o Ministério da Saúde, atualmente existem 268 unidades do CAPS ad no país. Segundo a Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002:

4.5 – CAPS ad II – Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000 habitantes, com as características:

a – constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local;

b – sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território;

c – possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e/ou módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

d – coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, a atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes;

e – supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território e/ou módulo assistencial;

f – realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g – funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

h – manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso. (BRASIL, 2003)

As atividades realizadas dentro desses Centros de Atenção Psicossocial consistem em: atendimento individual, dentre outros o medicamentoso, psicoterápico, de orientação; atendimento em grupos de psicoterapia, grupo

operativo, atividades de suporte social; atendimento em oficinas terapêuticas; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social; o fornecimento de uma refeição aos pacientes assistidos em turno de quatro horas e duas para aqueles assistidos em dois turnos e; atendimento de desintoxicação (BRASIL, 2002).

A equipe técnica deve ser composta por médico psiquiatra, enfermeiro com formação em saúde mental, médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas, profissionais com nível superior em psicologia, assistência social, enfermagem, terapia ocupacional e pedagogia e técnicos de enfermagem, administrativo, educacionais e artesãos. (BRASIL, 2002).

Evidente que o uso de substâncias químicas capazes de causarem dependência é um tema que abrange diversas áreas além da saúde ou segurança, como também a jurídica, educacional, assistencial, de desenvolvimento. Desta forma, não se pretende com os objetivos deste estudo exaurir o tema referente a políticas públicas, haja vista que do ponto de vista teórico-conceitual, essas políticas atuam em campos multidisciplinares (SOUZA, 2006), mas apenas demonstrar algumas das medidas tomadas relacionadas ao tratamento da drogadição.

#### **4 A POSSIBILIDADE DE INTERVENÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO NO COMBATE À DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

A drogadição, hoje considerada como doença diante da capacidade de causar dependência, sendo o uso dessas substâncias em muitos países proibido, discriminado em outros, e em poucos legalizado. No Brasil, adota-se a proibição e o combate é travado com políticas públicas que visam à prevenção, à redução da oferta, à realização de estudos e pesquisas sobre essas substâncias, além de traçar programas voltados à redução dos danos causados por elas e ao tratamento, recuperação e reinserção social dos que sofrem com a toxicomania. Levanta-se, pois, a questão sobre a possibilidade de intervenção no poder judiciário ao combate da dependência química.

Trata-se, pois, da aplicabilidade da já mencionada Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A última parte já foi oportunamente tratada, portanto, em outras palavras, verifica-se o cabimento ou não da ação de internação compulsória do dependente químico.

A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, apresenta em seu artigo 6º as seguintes modalidades de internação:

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os motivos.  
Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:  
I – internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;  
II – internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e  
III – internação compulsória: aquela determinada pela justiça (BRASIL, 2001)

Verifica-se, portanto, a existência de legislação que conduz a possibilidade de tratamento ao dependente químico, neste caso compreendido como portador de transtorno mental, nos termos do artigo 3º da supramencionada Lei.

Em tese, a possibilidade de intervenção no Poder Judiciário subsiste em qualquer modalidade, desde que compreendidos os pressupostos processuais e as condições para a propositura dessa ação judicial.

Segundo Humberto Theodoro Júnior:

Modernamente, prevalece a conceituação da ação como um *direito público subjetivo* exercitável pela parte para exigir do Estado a obrigação da prestação jurisdicional, pouco importando seja esta de amparo ou desamparo à pretensão de quem o exerce. É, por isso, *abstrato*. E, ainda, é *autônomo*, porque pode ser exercitado sem sequer relacionar-se com a existência de um direito subjetivo material, em casos como o da ação declaratória negativa. É, finalmente, instrumental, porque se refere sempre a decisão a uma pretensão ligada ao direito material (positiva ou negativa). (THEODORO JÚNIOR, 2009, p.57)

O ingresso da pretensão ao Poder Judiciário dessa lesão ou ameaça ao direito subjetivo é decorrente do direito de acesso à justiça, instituído no artigo 5º, XXXv da Constituição Federal:

Art. 5º [...]
   
XXXV – A lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito;
   
[...] (BRASIL, 1988)

Segundo Dirley da Cunha Júnior (2013, p. 702), “o direito de acesso à justiça traduz-se numa das maiores conquistas do Estado Democrático de Direito. Manifesta-se pela inafastável prerrogativa de provocar a atuação do Poder Judiciário para a defesa de um direito”.

Contudo, ressalta-se a amplitude do acesso à justiça quanto ao seu exercício sob a ótica constitucional, de modo que teoricamente qualquer afirmação à suposta lesão ou ameaça ao direito subjetivo da parte pode constituir em pretensão suficiente ao exercício desse direito (WAMBIER; TALAMINI, 2011).

Com efeito, embora possa ser exercido sem qualquer restrição, a efetiva prestação jurisdicional é realizada mediante a conjugação das condições previstas no Código de Processo Civil. São as condições da ação: possibilidade jurídica do pedido; interesse de agir e; legitimidade das partes.

#### 4.1 POSSIBILIDADE JURÍDICA DO PEDIDO

A possibilidade jurídica do pedido deriva do fato de não se admitir a formulação de pretensões que contrariem o ordenamento jurídico (GONÇALVES, 2010).

Nessa seara, já restou esclarecida a autorização legal consistente no artigo 6º, parágrafo único, III da Lei nº 10.216/01. Ressalta-se nesse momento essa condição da ação já foi objeto de julgamento no Tribunal de Justiça de Santa Catarina que rechaçou tal linha argumentativa, conforme se verifica no recente julgado:

**APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA. IMPOSSIBILIDADE JURÍDICA DO PEDIDO DECLARADA PELO TOGADO A QUO. INOCORRÊNCIA. PEDIDO DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA QUE É AUTORIZADO PELA LEI N. 10.216/01. PRELIMINAR RECHAÇADA. A impossibilidade jurídica do pedido deve ser reconhecida quando o pedido "se choca com preceitos de direito material, de modo que jamais poderá ser atendido, independentemente dos fatos e das circunstâncias do caso concreto" (DINAMARCO, Cândido Rangel. Instituições de Direito Processual Civil. São Paulo: Malheiros, 2001, v. II, p. 298-299), o que não se vislumbra nos casos de pedido de internação compulsória, porquanto tal procedimento é autorizado pelo art. 6º, III, Lei n. 10.216/01. INTERESSE DE AGIR. PRESENÇA DE ELEMENTOS DEMONSTRANDO QUE O AJUIZAMENTO DA PRESENTE AÇÃO MOSTROU-SE MEDIDA ÚTIL, ADEQUADA E NECESSÁRIA À PRETENSÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO. DOCUMENTOS JUNTADOS PELO AUTOR QUE EVIDENCIAM A DEPENDÊNCIA ALCOÓLICA DA RÉ. PREFACIAL RECONHECIDA NA SENTENÇA AFASTADA. Não há que se falar em ausência de interesse de agir quando a parte autora traz aos autos laudos médicos e estudo social dando conta da dependência alcóolica da ré, demonstrando, assim, que o ajuizamento da presente ação de internação compulsória mostrou-se medida útil, adequada e necessária à pretensão autoral. IMPOSSIBILIDADE DE APLICAÇÃO DO ARTIGO 515, § 3º, DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL. CAUSA NÃO MADURA PARA JULGAMENTO. RETORNO DOS AUTOS À ORIGEM PARA REGULAR PROSSEGUIMENTO DO FEITO. O art. 515, § 3º, do CPC admite, de forma excepcional que o tribunal julgue imediatamente a causa considerada madura, assim considerada aquela em condições de imediato julgamento. Tratando-se de matéria que envolve fatos e sendo a apuração destes indispensáveis para a solução da lide, não há como se proferir o julgamento imediato do feito. SENTENÇA EXTINTIVA ANULADA. APELO PARCIALMENTE PROVIDO. IMPOSSIBILIDADE DE APLICAÇÃO DO ARTIGO 515, § 3º, DO CPC. RETORNO DOS AUTOS À ORIGEM PARA REGULAR PROSSEGUIMENTO DO FEITO. (TJSC, Apelação Cível n. 2013.052738-6, de Campos Novos, rel. Des. Francisco Oliveira Neto, j. 10-09-2013) (SANTA CATARINA, 2013, grifo nosso)**

Portanto, muito embora a doutrina de Wambier e Talamini (2011) destacarem que a possibilidade jurídica do pedido deixa de existir, como condição da ação, na redação proposta no anteprojeto do novo código de processo civil, hoje, trata-se de condição da ação da qual a parte não pode se desvencilhar.

## 4.2 INTERESSE DE AGIR

O **interesse de agir** é composto do binômio **necessidade e adequação**. Assim, a propositura da ação será necessária quando indispensável para a obtenção do desejado. (GONÇALVES, 2010).

Segundo Humberto Theodoro Júnior:

Localiza-se o interesse processual não apenas na *utilidade*, mas especificamente na *necessidade* do processo como remédio apto à aplicação do direito objetivo no caso concreto, pois a tutela jurisdicional não é jamais outorgada sem uma *necessidade*, como adverte Allorio. Essa necessidade se encontra naquela situação “que nos leva a procurar uma solução judicial, sob pena de, se não fizermos, vermo-nos na contingência de não podermos ter satisfeita uma pretensão (o direito de que nos afirmamos titulares)”. Vale dizer: o processo jamais será utilizável como simples instrumento de indagação ou consulta acadêmica. Só o dano ou o perigo de dano jurídico, representado pela efetiva existência de uma lide, é que autoriza o exercício do direito de ação. Falta interesse, portanto, se a lide não chegou a configurar-se entre as partes, ou se, depois de configurada, desapareceu em razão de qualquer forma de composição válida (THEODORO JÚNIOR, 2009, p.63)

Esclarece Daniel Amorim Assumpção Neves:

Por adequação se entende que o pedido formulado pelo autor deve ser **apto a resolver o conflito** de interesses apresentado na petição inicial. Sendo a lide consubstanciada numa resistência à pretensão de obtenção de um bem da vida, cabe ao autor requerer uma prestação jurisdicional que seja apta a afastar essa resistência, com isso liberando seu caminho para a obtenção do bem da vida pretendido. [...] Na realidade, não sendo adequada a pretensão formulada para resolver a lide narrada na petição inicial, a tutela pretendida é inútil, faltando interesse de agir do autor. (NEVES, 2011, p. 96)

Contudo, parte da doutrina adota a verificação das seguintes circunstâncias a ensejar o interesse de agir: a **utilidade** e a **necessidade do pronunciamento judicial** (DIDIER, 2012).

A **utilidade** reside na situação em que o processo possa propiciar ao demandante o resultado favorável pretendido. É a providência jurisdicional que em tese verdadeiramente se revele apta a tutelar a situação jurídica ora apresentada. (DIDIER, 2012)

A **necessidade do pronunciamento judicial**, por sua vez, encontra entendimento similar exposto previamente. Conforme Fredie Didier Júnior (2012, p.

226), a “necessidade da jurisdição” fundamenta-se na premissa de que a jurisdição tem que ser encarada como última forma de solução de conflito”.

Sobre essa condição, o acórdão do Tribunal de Justiça de Santa Catarina:

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA. **EXTINÇÃO POR FALTA DE INTERESSE PROCESSUAL**. INCONFORMISMO. NULIDADE DA SENTENÇA POR AUSÊNCIA DE PARTICIPAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO. SITUAÇÃO DE RISCO NÃO CONFIGURADA. INTERVENÇÃO MINISTERIAL DESNECESSÁRIA. PRELIMINAR AFASTADA. DIREITO À SAÚDE. INTERNAÇÃO DE PESSOA INTERDITADA. **INTERESSE PROCESSUAL EVIDENCIADO**. SENTENÇA REFORMADA. RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. O pedido de internação compulsória encontra fundamento no artigo 6º, III, da Lei nº 10.216/01. **Há interesse processual da parte Autora quando esta necessita recorrer ao Poder Judiciário para garantir o direito à saúde.** (TJSC, Apelação Cível n. 2011.074411-3, de Criciúma, rel. Des. Victor Ferreira, j. 01-12-2011). (SANTA CATARINA, 2011, grifo nosso)

Essa condição, com maior frequência foi objeto de elucidação no Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul:

DIREITO À SAÚDE. **INTERNAÇÃO HOSPITALAR PSQUIÁTRICA COMPULSÓRIA. PESSOA MAIOR DEPENDENTE ALCOÓLICA E USUÁRIA DE DROGAS**. OBRIGAÇÃO SOLIDÁRIA DO PODER PÚBLICO DE FORNECÊ-LA. CONDENAÇÃO DO MUNICÍPIO A PAGAR HONORÁRIOS PARA DEFENSORIA PÚBLICA. ADEQUAÇÃO. 1. **Tem interesse de agir a parte que recorre à via judicial para alcançar a tutela pretendida.** 2. Quando se trata de pessoa pobre, dependente químico e alcoólica, agressiva e violenta, é cabível pedir aos Entes Públicos a sua internação compulsória e o fornecimento do tratamento de que necessita, a fim de assegurar-lhe o direito à saúde e à vida. 3. Os entes públicos têm o dever de fornecer gratuitamente o tratamento de pessoa cuja família não tem condições de custear. 4. Há exigência de atuação integrada do poder público como um todo, isto é, União, Estados e Municípios para garantir o direito à saúde. 5. É solidária a responsabilidade dos entes públicos. Inteligência do art. 196 da CF. 6. Considerando o entendimento pacífico desta Corte quanto ao cabimento da condenação do Município ao pagamento de honorários em favor da Defensoria Pública, refletindo também a orientação uníssona do STJ, submeto-me a esse entendimento para admitir tal ônus, mas reduzo a verba remuneratória destinada ao FADEP para patamar mais adequado, considerando que se trata de questão pacífica e de recurso repetitivo. Recurso do Estado desprovido e provido em parte o recurso do Município. (Apelação Cível Nº 70056537301, Sétima Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Sérgio Fernando de Vasconcellos Chaves, Julgado em 11/10/2013) (RIO GRANDE DO SUL, 2013, grifo nosso)

No mesmo entendimento:

APELAÇÃO CÍVEL. INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA. TRATAMENTO À DORGADIÇÃO. MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE. PRETENSÃO RESISTIDA. CARÊNCIA DE AÇÃO. AFASTADA. DESNECESSIDADE DE

PEDIDO ADMINISTRATIVO. 1. **Tendo sido necessário o ajuizamento de ação judicial para que fosse efetivada a internação compulsória da paciente, configurada a pretensão resistida, tanto que contestou a presente demanda. Interesse de agir configurado, com o que não há falar em hipótese de procedimento de jurisdição voluntária.** 2. Não é imprescindível ao ajuizamento da demanda o prévio indeferimento administrativo, na medida em que o artigo 5º, XXXV, da CF prescreve que a lei não pode excluir da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito. APELAÇÃO DESPROVIDA. (Apelação Cível Nº 70056129182, Oitava Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Ricardo Moreira Lins Pastl, Julgado em 26/09/2013) (RIO GRANDE DO SUL, 2013, grifo nosso)

E ainda:

APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO À SAÚDE. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA PARA TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA. ECA. **INOCORRÊNCIA DE FALTA DE INTERESSE PROCESSUAL EM RAZÃO DE INEXISTÊNCIA DE REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO. A jurisprudência é pacífica no sentido de que, para aferir o interesse de agir, não é necessário que a parte esgote, ou, ainda, ingresse com o pedido na via administrativa.** DERAM PROVIMENTO, DESCONSTITUINDO A SENTENÇA. UNÂNIME. (Apelação Cível Nº 70054644851, Oitava Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Luiz Felipe Brasil Santos, Julgado em 29/08/2013) (RIO GRANDE DO SUL, 2013, grifo nosso)

Retira-se dos presentes julgados que o interesse de agir subsiste, a fim de resguardar a parte o direito à saúde.

#### 4.3 LEGITIMIDADE DAS PARTES

A legitimidade das partes, por sua vez, demonstra a mais complexa de ser auferida em ações de internação compulsória. “Autor e réu devem ser partes legítimas” (WAMBIER; TALAMINI, 2011 p. 169). Para legitimar o polo passivo de determinada demanda é preciso que exista relação de sujeição diante da pretensão formulada, A titularidade passiva pertence àquele que se opõe ou resiste a pretensão (THEODORO JÚNIOR, 2009).

Sabe-se que o direito à saúde é garantia constitucional prevista, no que se refere à universalidade da cobertura do atendimento, conforme disposto no artigo 196 da Constituição Federal, portanto, trata-se de prerrogativa jurídica indisponível assegurada a todos, sem qualquer distinção. A dependência química é aceita pela

área médica como doença. Também é reconhecida pelo Estado a ponto de políticas públicas serem instituídas ao seu combate, e ainda, em decorrência da evolução histórica brasileira e mundial ao tratamento dos acometidos de transtornos mentais. Após décadas de lutas, criou-se legislação específica no que tange ao tratamento desses indivíduos.

Nesse sentido, encontra-se inserido o direito à saúde, garantia constitucional prevista nos artigos 6º e 196 e seguintes da Constituição Federal. Garante-se com o texto constitucional tais políticas públicas, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, portanto, é visto esse direito como prerrogativa jurídica indisponível assegurada a todos, sem qualquer distinção.

Nessa seara, o Sistema Único de Saúde, previsto no artigo 198 da Constituição Federal e regulamentado pela Lei nº 8080/90 e 8142/90, cujos objetivos expressam a vontade magna.

A responsabilidade pela efetivação desse direito social é corolário do artigo 198, §1º da Constituição Federal:

Art. 198. [...]

§1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (BRASIL, 1988)

Com efeito, trata-se responsabilidade solidária entre a União, o Estado e respectivo Município. O Superior Tribunal de Justiça já pacificou o entendimento:

ADMINISTRATIVO. DIREITO À SAÚDE. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERATIVOS PELO FUNCIONAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

INEXISTÊNCIA DE LITISCONSÓRCIO PASSIVO NECESSÁRIO. LEGITIMIDADE PASSIVA AD CAUSAM DO ESTADO. LEGITIMIDADE ATIVA DO MINISTÉRIO PÚBLICO. CERCEAMENTO DE DEFESA. REVISÃO. SÚMULA 7/STJ.

1. A presente divergência (legitimidade passiva do Estado para integrar a lide e legitimidade ativa do Ministério Público, que pretende o fornecimento de medicamentos à menor cuja provedora não dispõe de recursos para custear o tratamento médico) não guarda similitude com a matéria submetida ao procedimento do art. 543-C do CPC no REsp 1.102.457/RJ.

2. O funcionamento do Sistema Único de Saúde é de responsabilidade solidária da União, dos Estados e dos Municípios, de modo que qualquer um desses entes tem legitimidade ad causam para figurar no polo passivo de demanda que objetiva a garantia do acesso a medicamentos para tratamento de problema de saúde. Precedentes.

3. O Ministério Público possui legitimidade ativa para ajuizar ação civil pública que visa ao fornecimento de medicamento a pessoa que não tem

condições financeiras de arcar com o tratamento médico, por se tratar de direito indisponível. Precedentes.

4. Reavaliar a necessidade, ou não, da prova pericial requerida, a fim de verificar a existência de cerceamento de defesa, exige análise de provas e fatos, o que atrai para o recurso especial o óbice da Súmula 07/STJ.

5. Agravo regimental não provido

(AgRg no REsp 1297893/SE, Rel. Ministro CASTRO MEIRA, SEGUNDA TURMA, julgado em 25/06/2013, DJe 05/08/2013) (BRASIL, 2013, grifo nosso)

No mesmo sentido, especificamente ao objeto de estudo, o Tribunal de Justiça de Santa Catarina:

AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO ORDINÁRIA COM PEDIDO LIMINAR DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA. DECISÃO AGRAVADA QUE DETERMINOU AO MUNICÍPIO DE JOINVILLE QUE PROVIDENCIASSE A INTERNAÇÃO DO FILHO DA AGRAVADA, DEPENDENTE QUÍMICO, EM COMUNIDADE TERAPÊUTICA PELO PERÍODO MÍNIMO DE 6 (SEIS) MESES, SOB PENA DE MULTA DIÁRIA MAJORADA PARA R\$ 1.000,00. **DEVER DO ESTADO DE ASSEGURAR O DIREITO FUNDAMENTAL E INDISPONÍVEL À SAÚDE. CONSTITUIÇÃO FEDERAL, ART. 196. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERADOS.** POSSIBILIDADE DE IMPOSIÇÃO DA OBRIGAÇÃO A UM OU A TODOS QUE NÃO EXCLUI A RESPONSABILIDADE DO MUNICÍPIO. OBRIGAÇÃO DE FAZER NO SENTIDO DE ASSEGURAR A PROTEÇÃO DE DIREITO FUNDAMENTAL QUE NÃO PODE SER OBSTADA POR RESTRIÇÕES ORÇAMENTÁRIAS. REQUISIÇÃO MÉDICA E HISTÓRICO DE INTERNAÇÕES E AGRESSÃO A FAMILIARES QUE ATENDEM ÀS EXIGÊNCIAS DA LEI N. 10.216/2001 PARA A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA. PRESERVAÇÃO DA INTEGRIDADE FÍSICA E PSICOLÓGICA DO PACIENTE E DE SEUS FAMILIARES. GENITORA IDOSA A QUEM SE APLICAM AS MEDIDAS PROTETIVAS DO ESTATUTO DO IDOSO. REQUISITOS DO ART. 273 DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL PREENCHIDOS PARA A CONCESSÃO DA TUTELA DE URGÊNCIA. MANUTENÇÃO DA ASTREINTE EM R\$ 1.000,00. CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL, ART. 461, §§ 3º, 4º E 5º. RECURSO DESPROVIDO. (TJSC, Agravo de Instrumento n. 2012.017939-5, de Joinville, rel. Des. Nelson Schaefer Martins, j. 17-07-2012) (SANTA CATARINA, 2012, grifo nosso)

Noutros termos, o artigo 3º da Lei nº 10.216/01:

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou entidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais. (BRASIL, 2001)

Portanto, cabe ao Estado em sentido amplo assegurar o direito fundamental à saúde.

Contudo, mesma sorte não assiste no que tange a averiguação da legitimidade ativa da demanda. A ação de internação compulsória visa o tratamento daquele alvejado pela dependência química advinda do reiterado uso de substâncias psicoativas. Assentaram-se oportunamente apontamentos sobre essa condição e das manifestações ocorridas durante esse estado. Nesse sentido, é certo que precipuamente pertence à pessoa acometida dessa doença o direito de buscar a tutela do Estado o tratamento da moléstia que o acomete, por ser o principal beneficiário do provimento jurisdicional ora estudado.

Para propor ou contestar ação é necessário ter interesse e legitimidade, são os termos do artigo 3º do Código de Processo Civil.

Segundo Fredie Didier Júnior (2012), a legitimação ativa é comumente classificada em ordinária e extraordinária. Sobre o tema, transcrevem-se seus ensinamentos:

Há legitimação ordinária quando houver correspondência entre a situação legitimamente e as situações jurídicas submetidas à apreciação do magistrado. “Coincidem as figuras das partes com os pólos da relação jurídica, material ou processual, real ou apenas afirmada, retratada no pedido inicial”. Legitimado ordinário é aquele que defende em juízo interesse próprio. “A regra da legitimidade somente poderia residir na correspondência dos figurantes do processo com sujeitos da lide”. (DIDIER, 2012, p. 218)

Há legitimação extraordinária:

[...] quando não houver correspondência total entre a situação legitimante e as situações jurídicas submetidas à apreciação do magistrado. Legitimado extraordinário é aquele que defende em nome próprio interesse de outro sujeito de direito. É possível que, nestes casos, o objeto litigioso *também* lhe diga respeito, quando então o legitimado reunirá as situações jurídicas de legitimado ordinário (defende direito *também* seu) e extraordinário (defende direito *também* de outro); [...] Enfim, na legitimação extraordinária confere-se a alguém o poder de conduzir processo que versa sobre direito do qual não é titular exclusivo (DIDIER, 2012, p. 2018)

Nessa senda, busca-se apresentar considerações sobre a legitimidade na propositura de ação de internação compulsória dos familiares dos dependentes químicos.

#### 4.3.1 Legitimidade dos familiares

A legitimação extraordinária dos familiares assume grande relevância ante o objeto de estudo, porquanto, difere a toxicomania das demais moléstias de saúde por conta das características inerentes dessa doença, como a necessidade invencível de consumo da substância psicoativa e a tendência a crises de abstinência no processo de cura ao privar-se da droga. Com essas considerações é possível verificar que o beneficiário do direito à saúde, o dependente químico na grande maioria das vezes não busca o tratamento espontaneamente.

Contudo, tal condição é nociva tanto para o indivíduo quanto para a sociedade.

A legitimação nestes casos encontra três vertentes distintas quanto ao dependente: **com idade inferior a 18 anos; superior a 18 anos já interditado e; superior a 18 anos sem interdição.**

A capacidade para os atos da vida civil é tratada nos artigos 3º e 4º do Código Civil:

Art. 3º São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil:

- I – os menores de dezesseis anos;
- II – os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos;
- III – os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade. (BRASIL, 2002)

Art. 4º São incapazes, relativamente a certos atos, ou a maneira de os exercer:

- I – os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos;
- II – os ébrios habituais, os viciados em tóxico, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido;
- III – os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo;
- IV – os pródigos.

Parágrafo único. A capacidade dos índios será regulada por legislação especial. (BRASIL, 2002)

Sobre capacidade, Carlos Roberto Gonçalves esclarece:

Pode-se falar que a capacidade é a medida da personalidade, pois para uns ela é plena e, para outros, limitada. A todos têm, e adquirem ao nascer com vida, é a capacidade de *direito* ou de *gozo*, também denominada capacidade de *aquisição* de direitos. Essa espécie de capacidade é reconhecida a todo ser humano, sem qualquer distinção. [...] Nem todas pessoas têm, contudo, a capacidade de *fato*, também denominada

capacidade de *exercício*, ou de *ação*, que é a aptidão para exercer, por si só, os atos da vida civil. (GONÇALVES, 2012, p. 95 e 96).

Nesse passo, insere-se o dependente químico com idade inferior a 18 anos. Nos termos da legislação civil, trata-se de pessoa relativamente incapaz. Essa capacidade limitada não lhes permite o exercício pessoal de direitos, exigindo-se nestes casos sejam representados ou assistidos nos atos jurídicos em geral.

A incapacidade nesse contexto é suprida por lei, conforme prevê o artigo 115 do Código Civil. Especificamente, trata o aludido dispositivo legal em seu artigo 1634, V **competir aos pais quanto à pessoa dos seus filhos menores representá-los, até aos dezesseis anos, nos atos da vida civil, e assistidos, após essa idade, nos atos em que forem partes, suprindo-lhes o consentimento** (BRASIL, 2002). Nesse contexto, conclui-se pela legitimidade dos pais na propositura da ação de internação compulsória dos seus filhos.

Verifica-se outra condição ao tratar de situações cujo requerimento de internação compulsória recai sobre o indivíduo acobertado pela maioridade. Destaca-se que “a menoridade cessa aos dezoito anos completos, quando a pessoa fica habilitada à prática de todos os atos da vida civil”, nos termos do artigo 5º do Código Civil.

Carlos Roberto Gonçalves (2012, p.133) aponta que “o critério é unicamente etário: leva-se em conta somente a idade, mesmo havendo, em determinados casos, maturidade precoce”.

Desta forma, a legitimidade dos familiares com intuito de movimentar o Poder Judiciário a prestação da tutela jurisdicional em comento está vinculada ao processo de interdição desse toxicômano. Como mencionado, a incapacidade dos viciados em tóxicos é relativa. Nesse sentido, a doutrina de Fábio Ulhoa Coelho:

O vício é fundamento para interdição da pessoa em dois casos: a embriaguez habitual e o consumo de tóxicos. Em primeiro lugar porque o viciado, nas condições mencionadas, tem reduzidas as habilidades mentais. Perde o discernimento necessário à participação com desenvoltura do comércio jurídico, porque lhe turvam a mente e o álcool em excesso ou os tóxicos. Não é só isso que preocupa a lei, porém. A incapacidade dos viciados guarda relação com a dos pródigos, no sentido de procurar proteger também os familiares do incapaz. O viciado, não raras vezes, gasta reservas patrimoniais na sustentação do vício. Empobrece e pode empobrecer também alguns parentes próximos, movidos pela caridade ou pelo dever de alimentos (COELHO, 2012, p. 161).

Quanto ao ébrio habitual, comenta:

Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, note-se que a lei exige uma situação de fato específica, que é a embriaguez habitual. Todo vício é reiterado, habitual por assim dizer. Mas é necessário distinguir, no tocante ao álcool, duas situações. Deve-se considerar habitual a embriaguez que perturba o cotidiano do incapaz e de seus familiares (TARTUCE, 2012, p. 161).

Portanto, verifica-se que devidamente interditado, o curador tem legitimidade para a propositura da ação. Destaca-se a já referenciada jurisprudência do Tribunal de Justiça de Santa Catarina:

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA. EXTINÇÃO POR FALTA DE INTERESSE PROCESSUAL. INCONFORMISMO. NULIDADE DA SENTENÇA POR AUSÊNCIA DE PARTICIPAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO. SITUAÇÃO DE RISCO NÃO CONFIGURADA. INTERVENÇÃO MINISTERIAL DESNECESSÁRIA. PRELIMINAR AFASTADA. **DIREITO À SAÚDE. INTERNAÇÃO DE PESSOA INTERDITADA. INTERESSE PROCESSUAL EVIDENCIADO.** SENTENÇA REFORMADA. RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. O pedido de internação compulsória encontra fundamento no artigo 6º, III, da Lei nº 10.216/01. Há interesse processual da parte Autora quando esta necessita recorrer ao Poder Judiciário para garantir o direito à saúde. (TJSC, Apelação Cível n. 2011.074411-3, de Criciúma, rel. Des. Victor Ferreira, j. 01-12-2011). (SANTA CATARINA, 2011, grifo nosso)

Convém também mencionar precedentes do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul ao acolher a possibilidade de cumulação de pedido de internação com o de internação compulsória:

AGRAVO DE INSTRUMENTO. PEDIDOS DE INTERDIÇÃO E DE ABRIGAMENTO. É POSSÍVEL A CUMULAÇÃO DO PEDIDO DE INTERDIÇÃO COM O DE INTERNAMENTO, POIS ESTE É MEDIDA PRÉVIA E INERENTE ÀQUELE. RECURSO PROVIDO. (Agravado de Instrumento Nº 70051394963, Sétima Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Liselena Schifino Robles Ribeiro, Julgado em 05/10/2012) (RIO GRANDE DO SUL, 2012)

No mesmo sentido:

AGRAVO DE INSTRUMENTO. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA. COMPETÊNCIA. A competência para processar e julgar pedido de internação compulsória para tratamento contra drogadição é do Juízo especializado da Família. Precedentes. É possível a cumulação do pedido de interdição com o de internação compulsória, pois este é medida prévia e inerente àquele. RECURSO PROVIDO. EM MONOCRÁTICA (Agravado de Instrumento Nº 70045180049, Oitava Câmara Cível, Tribunal de Justiça do

RS, Relator: Rui Portanova, Julgado em 26/09/2011) (RIO GRANDE DO SUL, 2011)

E ainda:

AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO DE INTERDIÇÃO E AÇÃO DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA. CUMULAÇÃO. POSSÍVEL A CUMULAÇÃO DO PEDIDO DE INTERDIÇÃO COM O DE INTERNAÇÃO. PRECEDENTES DESTA CORTE. AGRAVO DE INSTRUMENTO PROVIDO. (Agravado de Instrumento Nº 70051851848, Sétima Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Jorge Luís Dall'Agnol, Julgado em 12/12/2012) (RIO GRANDE DO SUL, 2012)

A última situação, portanto, é a legitimidade dos familiares a ingressar com a já mencionada ação sem a prévia interdição dos toxicômanos. Trata-se de hipótese complexa a ser dirimida pelo Poder Judiciário. A temática foi apresentada com propriedade no julgamento da Apelação Cível nº 2012.075656-8 pelo Tribunal de Justiça de Santa Catarina, com a seguinte ementa:

AÇÃO DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA. SENTENÇA INDEFERINDO A INICIAL E EXTINGUINDO O PROCESSO SEM RESOLUÇÃO DO MÉRITO (ART. 267, INCISO I, DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL). DESNECESSIDADE DE PRÉVIA INTERDIÇÃO. A MEDIDA PRETENDIDA É SUFICIENTE PARA O FIM ALMEJADO, QUAL SEJA, A PROTEÇÃO DA SAÚDE E DA INCOLUMIDADE DO APELADO. AUSÊNCIA DE ELEMENTOS SUFICIENTES PARA ORDENAR O INTERNAMENTO. SENTENÇA CASSADA PARA DETERMINAR O RETORNO DOS AUTOS À ORIGEM PARA REGULAR PROCESSAMENTO, SEGUNDO OS PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS DO PROCESSO E SOB A ÓPTICA GARANTISTA. RESPEITO ABSOLUTO AOS DIREITOS FUNDAMENTAIS DO INTERNANDO. Independe de prévia sentença de interdição o manejo da internação compulsória. Todavia, a hipótese de jurisdição voluntária de natureza tutelar, como no caso dos autos, merece um olhar aprofundado e comprometido com os princípios processuais constitucionais, além das garantias fundamentais individuais, sob pena de ferir-se o núcleo central da norma paradigmática, tornando-a, a toda evidência, inconstitucional. (TJSC, Apelação Cível n. 2012.075656-8, de Lages, rel. Des. Ronei Danielli, j. 13-12-2012). (SANTA CATARINA, 2012)

No caso, apontou-se a pretensão conter amparo legal na lei nº 10.216/01, independentemente de estarem os dependentes químicos interditados. A análise pondera sobre o uso arbitrário e abusivo na concessão dessa medida, e assim utilizadas consequentemente, tendem a prejudicar os direitos processuais a ampla defesa e o contraditório, assim como os direitos fundamentais do internado, como a liberdade.

Outro aspecto foi quanto ao enquadramento jurisdicional dado ao procedimento, cujo voto conclui que a ação de internação compulsória pode ser considerada medida transitória, de exceção da cidadania, e, como tal, a jurisdição voluntária nesses casos deve, sobretudo, ser consubstanciada na efetiva participação ao processo do internando, além da integração ativa do Ministério Público no processo.

Na mesma esteira, observa-se que o entendimento do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul coaduna com a possibilidade de promoção da ação sem a prévia interdição do dependente químico. Nesse sentido:

APELAÇÃO CÍVEL. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA. ILEGITIMIDADE PASSIVA. Os entes estatais são responsáveis solidários para atender ao direito à saúde e à vida daquele que necessita de tratamento específico. **ILEGITIMIDADE ATIVA. Sendo o paciente pessoa incapaz para responder, no momento, pelos próprios atos, tem legitimidade a sua mãe para requerer sua internação.** DIREITO À SAÚDE ASSEGURADO PELA CONSTITUIÇÃO. Comprovada a necessidade de internação por dependência química, é ser determinada a medida, a fim de garantir a segurança do usuário e de seus familiares. O direito à saúde de forma gratuita se enquadra como direito e garantia fundamental, sendo dever do Estado (artigo 196 da Constituição Federal). HONORÁRIOS DE SUCUMBÊNCIA EM PROL DO FADEP. O Município é passível de condenação aos honorários sucumbenciais em prol do FADEP uma vez que não é atingido pelo instituto da confusão. Necessária aplicação do princípio da moderação. Descabe condenar o Estado ao pagamento de honorários advocatícios em prol da Defensoria Pública, em razão da confusão existente entre credor e devedor. DERAM PARCIAL PROVIMENTO AO APELO DO MUNICÍPIO E NEGARAM PROVIMENTO AO APELO DO ESTADO. (Apelação Cível Nº 70055744353, Oitava Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Alzir Felipe Schmitz, Julgado em 26/09/2013) (RIO GRANDE DO SUL, 2013, grifo nosso)

Bem como:

APELAÇÃO CÍVEL. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA. **PRELIMINAR DE ILEGITIMIDADE ATIVA NÃO ACOLHIDA. Tendo em vista que o paciente encontra-se incapaz para responder, no momento, pelos próprios atos, tem legitimidade sua mãe para requerer sua internação.** TRATAMENTO CONTRA DROGADIÇÃO. OBRIGAÇÃO E SOLIDARIEDADE DOS ENTES PÚBLICOS. Não há falar em ilegitimidade passiva, pois o Estado, em todas as suas esferas de poder, deve assegurar o direito à vida e à saúde, fornecendo gratuitamente o tratamento médico cuja família não tem condições de custear. Responsabilidade solidária, estabelecida nos artigos 196 e 227 da Constituição Federal, podendo o autor da ação exigir, em conjunto ou separadamente, o cumprimento da obrigação por qualquer dos entes públicos, independentemente da regionalização e hierarquização do serviço público de saúde. Apelação do Estado do Rio Grande do Sul desprovida. (Apelação Cível Nº 70055345680, Sétima Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Jorge Luís Dall'Agnol, Julgado em 18/09/2013)

Contudo, destaca-se que a questão não é pacífica nos tribunais, atualmente existindo decisões que pugnam pela necessidade de prévia interdição do dependente químico para então propor a pretensa ação.

#### 4.4 O ALCANCE DA LEI Nº 10.216/01

Com a pretensão de encaminhar à conclusão da presente monografia, necessário tecer breves considerações direcionadas aos demais artigos da Lei nº 10.216/01, bem como à contextualização de outros meios previstos em lei que corroboram com a possibilidade de tratamento da dependência química mediante a propositura de ação judicial.

Composta por treze artigos, a Lei em epígrafe assegura, em seu artigo 1º, os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno.

O artigo 2º da mencionada Lei delimita os direitos desse indivíduo, *in verbis*:

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II – ser tratada com humanidade e respeito no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII – receber o maior número de informações a respeito de suas doenças e de seu tratamento;
- VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (BRASIL, 2001)

Em complemento ao já assentado, tais direitos delineados pela referida lei são reflexos da atual diretriz constitucional aos tratamentos de saúde.

Embora já mencionado, o artigo 3º da Lei n. 10.216/01 atribui responsabilidade do Estado no desenvolvimento da política de saúde mental e a assistência e promoção de ações aos portadores de transtornos mentais. Contudo, oportuno mencionar que a atribuição do Estado em sentido amplo, propicia ao requerente da demanda judicial a possibilidade de interpor a ação de internação compulsória contra todos ou qualquer ente da República Federativa do Brasil. Em outras palavras, pode-se, em teoria, com a inserção da União no polo passivo da demanda, com base neste artigo aliado ao artigo 196 da Constituição Federal, chamar a competência para a Justiça Federal, por força do artigo 109 do mesmo diploma legal, o julgamento de eventual lide. Nesse sentido, segue precedente do Tribunal Regional da 4ª Região:

AGRAVO. DECISÃO TERMINATIVA. DEPENDENTE DE CRACK. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA PARA DESINTOXICAÇÃO. REQUISITOS PREENCHIDOS. DIREITO DO PACIENTE. A parte agravante não trouxe nenhum argumento capaz de modificar a conclusão do julgado, a qual deve ser mantida por seus próprios fundamentos. (TRF4, AGVAC 5018336-29.2012.404.7200, Terceira Turma, Relatora p/ Acórdão Vânia Hack de Almeida, D.E. 13/06/2013) (BRASIL, 2013)

Em continuidade à apreciação da nominada Lei, o artigo 4º pode ser compreendido como elemento constitutivo do próprio interesse de agir da parte ao assentar que a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Oportuno destacar que os parágrafos desse artigo regulamentam a internação corroborando a política de reinserção social do paciente.

O artigo 5º trata do paciente há muito hospitalizado já caracterizado com grave dependência institucional, decorrente do seu quadro clínico ou da inexistência de suporte social, a idealizar para este paciente política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida. Nesse ponto, verifica-se vitória nos movimentos ocorridos décadas passadas de reforma psiquiátrica e seu repúdio a hospitalização de pacientes com transtornos mentais.

O artigo 6º destaca os tipos de internação psiquiátrica: voluntária; involuntária e compulsória.

O artigo 7º trata da regulamentação da internação voluntária. O artigo seguinte estabelece que:

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado da respectiva alta.

§2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, do responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento. (BRASIL, 2001)

O artigo 9º aduz que “a internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários”. Este dispositivo legal também atua como condição da ação ao verificar e especificar a possibilidade de internação compulsória de determinado paciente.

O seguinte é corolário da transparência dos atos da Administração Pública em decorrência da tutela do indivíduo com transtornos mentais, cuja comunicação por parte da direção do estabelecimento de saúde mental é obrigatória aos familiares ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável em casos de evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento deste.

Fundamental destacar, também, a possibilidade de internação de dependentes químicos nos termos do Decreto-Lei nº 24.559/1934 em seu artigo 11 com a seguinte redação:

Art. 11. A internação de psicopatas toxicômanos e intoxicados habituais em estabelecimentos psiquiátricos, públicos ou particulares, será feita:

- a) por ordem judicial ou a requisição de autoridade policial;
- b) a pedido do próprio paciente ou por solicitação do cônjuge, pai ou filho do paciente até o 4º grau inclusive, e, na sua falta, pelo curador, tutor, diretor de hospital civil ou militar, diretor ou presidente de qualquer sociedade de assistência social, leiga ou religiosa, chefe do dispensário psiquiátrico ou ainda por algum interessado, declarando a natureza das suas relações com o doente e as razões determinantes da sua solicitação. (BRASIL, 1934)

Assim como a previsão legal de internação dos toxicômanos do Decreto-Lei nº 891/1938.

Portanto, verifica-se a existência de legislação hábil a provocar o tratamento da dependência química por força de ordem judicial, seja por invocação do próprio paciente que em busca de tratamento junto ao Poder Executivo não encontrou alternativa para sua drogadição, seja pelos seus familiares que

insatisfeitos com a condição atual dessa pessoa, buscam perante a justiça o direito de ver um ente querido ser tratado com dignidade pelo Estado.

## 5 CONCLUSÃO

O presente estudo abordou a possibilidade de intervenção judiciária no combate à dependência química.

Buscou-se alcançar esse objetivo traçando uma evolução histórica dos fins e usos das drogas, de modo a contextualizar com o tratamento dado a essas substâncias no âmbito constitucional.

Com efeito, verificou-se que o uso de substâncias psicoativas, sejam elas naturais, semi ou sintéticas são capazes de atuarem de forma distinta no sistema nervoso central do usuário, como estimulador do aumento da atividade mental, diminuidor da sensibilidade, emoção e raciocínio e até induzir delírios e alucinações podendo transformá-lo em dependente químico.

A dependência química hoje é conhecida pela comunidade médica como doença, contudo, seu tratamento vem evoluindo ao longo das décadas. Assim, verifica-se que o consumo de drogas e sua profilaxia é um espelho de cada época vivida na sociedade brasileira.

Nesse contexto, observa-se que o surgimento de leis de controle das drogas evoluiu de forma incisiva a partir do século XX, conquanto verificado seu potencial consumo compulsivo. Nessa linha, desvencilha-se a pretensão desta monografia estudar os aspectos concernentes as questões relacionadas à ilicitude da droga, mas sim, nas questões derivadas deste relacionamento com foco no dependente e não na substância, nem do vendedor ou produtor.

Assim, buscou-se inserir essa condição no contexto social e constitucional brasileiro. Nessa seara, constatou-se que a proteção constitucional do dependente evolui de acordo com a consolidação dos direitos, princípios e garantias fundamentais vivenciadas em cada carta magna. Portanto, foi durante a era Vargas, pouco antes da promulgação da Constituição de 1934 que surgiram diretrizes para o tratamento dessa condição, como o Decreto-lei nº 24.559/1934, ao dispor sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e a fiscalização dos serviços psiquiátricos ao prever a internação por ordem judicial ou a requisição de autoridade policial. Outro foi o Decreto-lei nº 891/1938 que regulamenta a fiscalização de entorpecentes e prevê a possibilidade de internação obrigatória ou facultativa dos toxicômanos.

Contudo, nas primeiras décadas do século XX até o início da segunda metade a problemática da drogadição ainda não estava consolidada. Ao passar das décadas, acontecimentos outros fitaram a sociedade brasileira, como crises enfrenadas na década de 1940, com o fatídico suicídio do então presidente Getúlio Vargas em 1954 e o período ditatorial que perdurou de 1964 até 1985. Nesse, embora inexista marco legislativo acerca da dependência química, as medidas utilizadas no tratamento dos deficientes mentais foram catalizadores para importante mudança nos protocolos dessa área. A cultura de internação em hospitais psiquiátricos foi amplamente questionada durante as décadas de 1970 e 1980 de modo a repensar a eficácia do tratamento psiquiátrico voltado à segregação de pacientes em leitos hospitalares.

Outro marco a ser destacado refere-se às reformas sanitárias ocorridas durante o declínio da ditadura militar, em especial na área da saúde. A saúde nas Constituições anteriores não era tratada na devida extensão desejada pela população. Assim, com a transição da ditadura militar para a redemocratização do país os anseios da sociedade nessa área foram atendidos e implementados no texto Constitucional vigente, inserindo-a no rol de direitos fundamentais.

É, pois, com o advento da Constituição Cidadã de 1988 que o tratamento da dependência química toma o norte hoje adotado. Nessa realidade, que adota uma gama de princípios e direitos fundamentais como o da dignidade da pessoa humana, à vida, à liberdade e a saúde, que o tratamento da drogadição deve se coadunar.

De se destacar que a dignidade da pessoa humana assim concedida visa a dar unidade aos demais direitos e garantias fundamentais como condição inerente à personalidade humana.

O direito à vida, a defesa da própria existência perfilha o estudo traçado porquanto a dimensão positiva por parte do Estado na defesa e manutenção da existência humana digna.

O direito à liberdade, consubstanciada na consciente procura a realização da felicidade pessoal, em contraponto à condição inerente da dependência química que se caracteriza por extirpar do usuário esse direito na procura da manutenção da drogadição.

O direito à saúde, cuja efetivação está intrinsecamente relacionada à continuidade da vida digna do indivíduo, contudo no objeto estudado, que é a

possibilidade de intervenção do Poder Judiciário no tratamento à dependência química, verifica-se que a manutenção dos já mencionados direitos significa em consenso com a legislação vigente, temporário detrimento da liberdade do dependente químico.

O detrimento de um direito fundamental em prol de outros é realizado pelo Poder Executivo por Políticas Públicas de saúde. O estudo abordou a Política Nacional sobre Drogas, cujo objetivo destaca-se na conscientização da sociedade brasileira sobre os prejuízos causados pelo indevido uso de substâncias psicoativas.

Essa mesma Política Pública pretende abolir os preconceitos gerados no âmbito social perante os usuários e dependentes dessas substâncias. Para tanto, muda-se o modo em que as drogas são combatidas, busca-se adotar medidas preventivas de redução dos danos sociais por elas causados, de redução na oferta e a proporcionar estudos voltados aos fatos geradores do consumo, profilaxia, produção e demais aspectos inseridos nesse meio.

Outra é a Política Pública criada pelo Ministério da Saúde de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Esta, efetiva a mudança de gerenciamento daquela. O Ministério da Saúde passa a concretizar as mudanças ocorridas na psiquiatria brasileira amparado pelas vitórias alcançadas na área da saúde e sempre sob a égide dos direitos e garantias fundamentais. É com essa Política Pública que pauta o tratamento dos toxicômanos, com ênfase na desinstitucionalização ocorrida épocas anteriores.

Contudo, a existência de uma Política Pública que redireciona o tratamento acerca de determinada matéria, *in casu*, a dependência química, não enseja necessariamente a satisfação dos seus objetivos. Essas Políticas Públicas estudadas são iminentes intersetoriais com processos de formação e execução extremamente complexos. Portanto, durante o processo de avaliação, questiona-se se as medidas propostas são devidamente aplicadas e se surtem efeitos positivos.

É evidente que a reposta da questão sobre a possibilidade de intervenção do poder Judiciário está ligada aos resultados auferidos nas medidas tomadas pelo Poder Executivo. É verificado com isso que o acesso ao Judiciário é direito amplamente garantido, mas não se pode olvidar de que seu pleno exercício é condicionado a fatores outros existentes na composição legal pátria.

Para a apreciação de uma demanda no poder Judiciário deve haver a conjugação das seguintes condições: a possibilidade jurídica do pedido, o interesse de agir e a legitimidade das partes.

A disposição legal mais atual que embasa a possibilidade de intervenção Judiciária no tratamento da dependência química é a Le nº 10.216/01 que prevê as modalidades de internação compulsória, involuntária e voluntária. Também, verifica-se a existência do Decreto-Lei nº 891/1938 com a previsão de internação compulsória ou facultativa dos toxicômanos e o Decreto-Lei nº 24.559/1934 sobre a internação por ordem judicial ou a requisição de autoridade policial.

O interesse de agir é verificado ante a necessidade e utilidade de um pronunciamento judicial. O primeiro se funda por precisar a parte recorrer ao Judiciário à garantia do direito à saúde, seja para si, seja para outrem. Já o último reside na possibilidade de tratamento e controle da indigitada moléstia.

A legitimidade para o ingresso, a titularidade da ação precipuamente é do dependente químico, mas extraordinariamente podem familiares requererem para os que sofrem dessa condição o pronunciamento judicial.

## REFERÊNCIAS

ARAUJO, Tarso. **Almanaque das drogas**. São Paulo: Leya, 2012.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de direito constitucional**. 15. ed. atual. São Paulo: Malheiros, 2004.

BRASIL. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 24 de fevereiro de 1891. Rio de Janeiro, RJ. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao91.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao91.htm)>.

Acesso em: 18 de out. de 2013.

\_\_\_\_\_. Conselho nacional Antidrogas. Resolução nº 3/GSIPR/CG/CONAD, de 27 de outubro de 2005. Aprova a política nacional sobre drogas. Disponível em:

<<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326979.pdf>>. Acesso em: 22 de out. 2013.

\_\_\_\_\_. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 16 de julho de 1934. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao34.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao34.htm)>.

Acesso em: 18 de out. de 1934.

\_\_\_\_\_. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF.

Senado Federal, 1988. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 18 de out. de 2013.

\_\_\_\_\_. Constituição Política do Império do Brasil, de 25 de março de 1824. Rio de Janeiro, RJ. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao24.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao24.htm)>.

Acesso em: 18 de out. de 2013.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. **Código Civil**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/l10406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm)>. Acesso em: 22 de out. 2013.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934**. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 18 de out. de 2013.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002**. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2002/D4345.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4345.htm). Acesso em: 21 de outubro de 2013.

\_\_\_\_\_. **Decreto-lei nº 891, de 25 de novembro de 1938**. Aprova a lei de fiscalização de entorpecentes. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/1937-1946/Del0891.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/Del0891.htm)>. Acesso em: 18 de out. de 2013.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)>. Acesso em: 21 de outubro de 2013.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm)>. Acesso em: 18 de out. de 2013.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973.** Dispõe sobre o controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L5991.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5991.htm)>. Acesso em: 18 de out. de 2013.

\_\_\_\_\_. **Medida Provisória nº 1.669, de 19 de junho de 1998.** Altera a Lei nº 9.649, de 27 de maio de 1998 que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/mpv/Antigas/1669.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/Antigas/1669.htm)>. Acesso em: 21 de outubro de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. ATO Portaria nº 816/GM, de 30 de abril de 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-816.htm>>. Acesso em: 22 de out. de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. ATO Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>>. Acesso em: 22 de out. de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no brasil: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A Construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2006.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde(SUS): princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministro da Saúde. Ministro da Previdência e Assistência Social. Relatório final. In: 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, Brasília. Relatório Final.

\_\_\_\_\_. Superior Tribunal de Justiça. Agravo regimental no recurso especial nº 1297983. Relator: Min. Castro Meira, 05 de agosto de 2013.

<[https://ww2.stj.jus.br/revistaeletronica/Abre\\_Documento.asp?sSeq=1247422&sReg=201102695813&sData=20130805&formato=PDF](https://ww2.stj.jus.br/revistaeletronica/Abre_Documento.asp?sSeq=1247422&sReg=201102695813&sData=20130805&formato=PDF)>. Acesso em: 22 de out. 2013.

\_\_\_\_\_. Tribunal Regional da 4ª Região. Agravo na Apelação Cível nº 5018336-29.2012.404.7200. Relator: Des. Vânia Hack de Almeida, Florianópolis, 13 de agosto de 2013. Disponível em:

<[http://www2.trf4.jus.br/trf4/controlador.php?acao=consulta\\_processual\\_resultado\\_pesquisa&selForma=NU&txtValor=50183362920124047200&chkMostrarBaixados=S&selOrigem=TRF&hdnRefId=521a59370d13d19ee4ad7853cbcbd368&txtPalavraGerada=Buco](http://www2.trf4.jus.br/trf4/controlador.php?acao=consulta_processual_resultado_pesquisa&selForma=NU&txtValor=50183362920124047200&chkMostrarBaixados=S&selOrigem=TRF&hdnRefId=521a59370d13d19ee4ad7853cbcbd368&txtPalavraGerada=Buco)>. Acesso em: 22 de out. 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

COSTA, Selma Frossard. **As políticas públicas e as comunidades terapêuticas nos atendimentos à dependência química**. Disponível em:

<<http://www.uel.br/revistas/ssrevista/pdf/2009/29%20AS%20POL%CDCAS%20P%DAPLICAS%20E%20AS%20COMUNIDADE%20TERAP%CAUTICAS-COM%20REVIS%C3O%20DO%20AUTOR.pdf>>. Acesso em: 22 de out. 2013.

CROCE, Delton; CROCE JÚNIOR, Delton. **Manual de medicina legal**. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

CUNHA JÚNIOR, Dirley da. **Curso de direito constitucional**. 7. ed. Salvador: Juspodivm, 2013.

DEL-CAMPO, Eduardo Roberto Alcântara. **Medicina legal II**. São Paulo: Saraiva, 2009.

DIDIER JÚNIOR, Freddie. **Curso de direito processual civil**: Introdução ao direito processual civil e processo de conhecimento. 14. ed. Salvador: Juspodivm, 2012.

DIMOULIS, Dimitri. **Dicionário brasileiro de direito constitucional**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

FELIX, Jorge Armando. Apresentação, 2008. In: BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas**. Brasília: Presidência da República; Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Medicina legal**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito civil brasileiro**: parte geral. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito civil brasileiro**: Parte geral. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

GOTTI, Alessandra. **Direitos Sociais**: Fundamentos, regime jurídico, implementação e aferição de resultados. São Paulo: Saraiva, 2012.

HOLTHE, Leo Van. **Direito constitucional**. 5. ed. rev. ampl. e atual. Salvador: Juspodivm, 2009.

LABATE, Beatriz Ciuby et al. **Drogas e cultura**: novas perspectivas. Salvador: Edufba, 2008.

LENZA, Pedro. **Direito constitucional esquematizado**. 17. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

LUIZ, Celso. **Medicina legal**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

MALUF, Sahid. **Teoria geral do Estado**. 26. ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

MEDICINANET. CID10 – Doenças CID-10. Disponível em:

<[http://www.medicinanet.com.br/cid10/1520/f19\\_transtornos\\_mentais\\_e\\_comportamentais\\_devidos\\_ao\\_uso\\_de\\_multiplas\\_drogas\\_e\\_ao\\_uso\\_de\\_outras\\_substancias psicoativas.htm](http://www.medicinanet.com.br/cid10/1520/f19_transtornos_mentais_e_comportamentais_devidos_ao_uso_de_multiplas_drogas_e_ao_uso_de_outras_substancias psicoativas.htm)>. Acesso em 03 de novembro de 2013.

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional**. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

MENDES, Gilmar Ferreira; COELHO, Inocêncio Mártires; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

MICHEL, Oswaldo da Rocha. **Abuso de drogas**. São Paulo: Fundo Editorial Byk, 2001.

MORAES, Alexandre de. **Direito constitucional**. 29. ed. rev e atual. São Paulo. Atlas S.A. 2013.

NEVES, Daniel Amorim Assumpção. **Manual de direito processual civil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, São Paulo: Método, 2011.

RICCITELLI, Antônio. **Direito constitucional: Teoria do Estado e da constituição**. 4. ed. Barueri: Manole, 2007.

RIGO, Vivian. Saúde: direito de todos e de cada um. *In*: ASSIS, Araken de (Coord.). **Aspectos polêmicos e atuais dos limites da jurisdição e do direito à saúde**. Porto Alegre: Notadez, 2007. p. 173-185.

RIO GRANDE DO SUL. Agravo de instrumento nº 70045180049. Relator: Des. Rui Portanova, Passo Fundo, 26 de setembro de 2011. Disponível em: <[http://www1.tjrs.jus.br/site\\_php/consulta/consulta\\_processo.php?nome\\_comarca=Tr](http://www1.tjrs.jus.br/site_php/consulta/consulta_processo.php?nome_comarca=Tr)>

ibunal+de+Justi%E7a&versao=&versao\_fonetica=1&tipo=1&id\_comarca=700&num\_processo\_mask=70045180049&num\_processo=70045180049&codEmenta=4361124&temIntTeor=true>. Acesso em: 22 de out. 2013.

\_\_\_\_\_. Agravo de instrumento nº 70051394963. Relator: Des. Liselena Schifino Robles Ribeiro, Pelotas, 05 de outubro de 2012. Disponível em:<[http://www1.tjrs.jus.br/site\\_php/consulta/consulta\\_processo.php?nome\\_comarca=Tribunal+de+Justi%E7a&versao=&versao\\_fonetica=1&tipo=1&id\\_comarca=700&num\\_processo\\_mask=70051394963&num\\_processo=70051394963&codEmenta=4940553&temIntTeor=true](http://www1.tjrs.jus.br/site_php/consulta/consulta_processo.php?nome_comarca=Tribunal+de+Justi%E7a&versao=&versao_fonetica=1&tipo=1&id_comarca=700&num_processo_mask=70051394963&num_processo=70051394963&codEmenta=4940553&temIntTeor=true)>. Acesso em: 22 de out. 2013.

\_\_\_\_\_. Agravo de instrumento nº 70051851848. Relator: Des. Jorge Luís Dall'Agnol, Pelotas, 12 de dezembro de 2012. Disponível em:<[http://www1.tjrs.jus.br/site\\_php/consulta/consulta\\_processo.php?nome\\_comarca=Tribunal+de+Justi%E7a&versao=&versao\\_fonetica=1&tipo=1&id\\_comarca=700&num\\_processo\\_mask=70051851848&num\\_processo=70051851848&codEmenta=5047583&temIntTeor=true](http://www1.tjrs.jus.br/site_php/consulta/consulta_processo.php?nome_comarca=Tribunal+de+Justi%E7a&versao=&versao_fonetica=1&tipo=1&id_comarca=700&num_processo_mask=70051851848&num_processo=70051851848&codEmenta=5047583&temIntTeor=true)>. Acesso em: 22 de out. 2013.

\_\_\_\_\_. Apelação nº 70055345680. Relato: Des. Jorge Luís Dall'Agnol, Pelotas, 18 de setembro de 2013. Disponível em:<[http://www1.tjrs.jus.br/site\\_php/consulta/consulta\\_processo.php?nome\\_comarca=Tribunal+de+Justi%E7a&versao=&versao\\_fonetica=1&tipo=1&id\\_comarca=700&num\\_processo\\_mask=70055345680&num\\_processo=70055345680&codEmenta=5460220&temIntTeor=true](http://www1.tjrs.jus.br/site_php/consulta/consulta_processo.php?nome_comarca=Tribunal+de+Justi%E7a&versao=&versao_fonetica=1&tipo=1&id_comarca=700&num_processo_mask=70055345680&num_processo=70055345680&codEmenta=5460220&temIntTeor=true)>. Acesso em: 22 de out. 2013.

\_\_\_\_\_. Apelação nº 70055744353. Relator: Des. Alzir Felipe Schmitz, São Luiz Gonzaga, 26 de setembro de 2013. Disponível em:<[http://www1.tjrs.jus.br/site\\_php/consulta/consulta\\_processo.php?nome\\_comarca=Tribunal+de+Justi%E7a&versao=&versao\\_fonetica=1&tipo=1&id\\_comarca=700&num\\_processo\\_mask=70055744353&num\\_processo=70055744353&codEmenta=5474357&temIntTeor=true](http://www1.tjrs.jus.br/site_php/consulta/consulta_processo.php?nome_comarca=Tribunal+de+Justi%E7a&versao=&versao_fonetica=1&tipo=1&id_comarca=700&num_processo_mask=70055744353&num_processo=70055744353&codEmenta=5474357&temIntTeor=true)>. Acesso em: 22 de out. 2013.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Justiça. Apelação nº 700546444851, Relator: Des. Luiz Felipe Brasil Santos, Tramandaí, 29 de agosto de 2013. Disponível em:<

[http://www1.tjrs.jus.br/site\\_php/consulta/consulta\\_processo.php?nome\\_comarca=Tribunal+de+Justi%E7a&versao=&versao\\_fonetica=1&tipo=1&id\\_comarca=700&num\\_processo\\_mask=70054644851&num\\_processo=70054644851&codEmenta=5430168&temIntTeor=true](http://www1.tjrs.jus.br/site_php/consulta/consulta_processo.php?nome_comarca=Tribunal+de+Justi%E7a&versao=&versao_fonetica=1&tipo=1&id_comarca=700&num_processo_mask=70054644851&num_processo=70054644851&codEmenta=5430168&temIntTeor=true)>. Acesso em: 22 de out. 2013.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Justiça. Apelação nº 70056129182. Relator: Des. Ricardo Moreira Lins Pastl, Porto Alegre, 26 de setembro de 2013. Disponível em: <[http://www1.tjrs.jus.br/site\\_php/consulta/consulta\\_processo.php?nome\\_comarca=Tribunal+de+Justi%E7a&versao=&versao\\_fonetica=1&tipo=1&id\\_comarca=700&num\\_processo\\_mask=70056129182&num\\_processo=70056129182&codEmenta=5476799&temIntTeor=true](http://www1.tjrs.jus.br/site_php/consulta/consulta_processo.php?nome_comarca=Tribunal+de+Justi%E7a&versao=&versao_fonetica=1&tipo=1&id_comarca=700&num_processo_mask=70056129182&num_processo=70056129182&codEmenta=5476799&temIntTeor=true)>. Acesso em: 22 de out. 2013.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Justiça. Apelação nº 70056537301. Relator: Des. Sérgio Fernando de Vasconcellos Chaves, Eldorado do Sul, 11 de outubro de 2013. Disponível em: <[http://www1.tjrs.jus.br/site\\_php/consulta/consulta\\_processo.php?nome\\_comarca=Tribunal+de+Justi%E7a&versao=&versao\\_fonetica=1&tipo=1&id\\_comarca=700&num\\_processo\\_mask=70056537301&num\\_processo=70056537301&codEmenta=5498199&temIntTeor=true](http://www1.tjrs.jus.br/site_php/consulta/consulta_processo.php?nome_comarca=Tribunal+de+Justi%E7a&versao=&versao_fonetica=1&tipo=1&id_comarca=700&num_processo_mask=70056537301&num_processo=70056537301&codEmenta=5498199&temIntTeor=true)>. Acesso em: 22 de out. 2013.

SANTA CATARINA. Agravo de instrumento nº 2012.017939-5. Relator: Des. Nelson Schaefer Martins, Joinville, 17 de julho de 2012. Disponível em: <<http://app6.tjsc.jus.br/cposg/pcpoSelecaoProcesso2Grau.jsp?cbPesquisa=NUMPROC&Pesquisar=Pesquisar&dePesquisa=20120179395>>. Acesso em: 22 de out. 2013.

\_\_\_\_\_. Apelação nº 2012.075656-8. Relator: Des. Ronei Danielli, Lajes, 13 de dezembro de 2012. Disponível em: <<http://app6.tjsc.jus.br/cposg/pcpoSelecaoProcesso2Grau.jsp?cbPesquisa=NUMPROC&Pesquisar=Pesquisar&dePesquisa=20120756568>>. Acesso em: 22 de out. 2013.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Justiça. Apelação nº 2011.074411-3. Relator: Des. Victor Ferreira, Criciúma, 1 de dezembro de 2011. Disponível em:

<<http://app6.tjsc.jus.br/cposg/pcpoSelecaoProcesso2Grau.jsp?cbPesquisa=NUMPROC&Pesquisar=Pesquisar&dePesquisa=20110744113>>. Acesso em: 22 de out. 2013.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Justiça. Apelação nº 2013.052738-6. Relator: Des. Francisco Oliveira Neto, Campos Novos, 10 de setembro de 2013. Disponível em: <<http://app6.tjsc.jus.br/cposg/pcpoSelecaoProcesso2Grau.jsp?cbPesquisa=NUMPROC&Pesquisar=Pesquisar&dePesquisa=20130527386#>>. Acesso em: 22 de out. 2013.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 5. ed. rev. Atual e ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005.

\_\_\_\_\_, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 9. ed. rev e atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2013

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 25. ed. São Paulo: Malheiros Editores Ltda, 2005.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. In: **Sociologias**. Porto Alegre, RS: ano 8, nº 16, jul/dez de 2006. p. 20-45.

TARTUCE, Fábio Ulhoa. **Curso de direito civil: parte geral**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

THEODORO JÚNIOR, Humberto. **Curso de direito processual civil: teoria geral do direito processual civil e processo de conhecimento**. 50. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2009.

WAMBIER, Luiz Rodrigues; TALAMINI, Eduardo. **Curso avançado de processo civil: Teoria geral do processo e processo de conhecimento**. 12. ed. São Paulo: Revista Dos Tribunais, 2011.