

IX ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITO E SAÚDE

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria - CONPEDI

Presidente - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Napolini - FMU - São Paulo

Diretor Executivo - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC - Santa Catarina

Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa - Pará

Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG - Goiás

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos - Rio Grande do Sul

Vice-presidente Sudeste - Profa. Dra. Rosângela Lunardelli Cavallazzi - UFRJ/PUCRio - Rio de Janeiro

Vice-presidente Nordeste - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP - Pernambuco

Representante Discente: Prof. Dr. Abner da Silva Jaques - UPM/UNIGRAN - Mato Grosso do Sul

Conselho Fiscal:

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho - UFMA - Maranhão

Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara - SKEMA/ESDHC/UFMG - Minas Gerais

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UFERSA - Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Fernando Passos - UNIARA - São Paulo

Prof. Dr. Edinilson Donisete Machado - UNIVEM/UENP - São Paulo

Secretarias

Relações Institucionais:

Prof. Dra. Claudia Maria Barbosa - PUCPR - Paraná

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA - Bahia

Profa. Dra. Daniela Marques de Moraes - UNB - Distrito Federal

Comunicação:

Prof. Dr. Robison Tramontina - UNOESC - Santa Catarina

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali - Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS - Sergipe

Relações Internacionais para o Continente Americano:

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM - Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA - Maranhão

Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto - UPM - São Paulo

Relações Internacionais para os demais Continentes:

Profa. Dra. Gina Vidal Marcilio Pompeu - UNIFOR - Ceará

Profa. Dra. Sandra Regina Martini - UNIRITTER / UFRGS - Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Maria Claudia da Silva Antunes de Souza - UNIVALI - Santa Catarina

Educação Jurídica

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba - PR

Prof. Dr. Rubens Beçak - USP - SP

Profa. Dra. Livia Gaigher Bosio Campello - UFMS - MS

Eventos:

Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - FDF - São Paulo

Profa. Dra. Norma Sueli Padilha - UFSC - Santa Catarina

Prof. Dr. Juraci Mourão Lopes Filho - UNICHRISTUS - Ceará

Comissão Especial

Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UFRJ - RJ

Profa. Dra. Maria Creusa De Araújo Borges - UFPB - PB

Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta - Fumec - MG

Prof. Dr. Rogério Borba - UNIFACVEST - SC

D597

Direito e saúde I [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Cristian Kiefer Da Silva; Janaína Machado Sturza; Liton Lanes Pilau Sobrinho; Gabrielle Scola Dutra – Florianópolis: CONPEDI, 2026.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5274-607-8

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: Constituição, Processo e Justiça Social: o papel da jurisdição constitucional na efetivação de direitos

2. Direito. 3. Saúde. IX Encontro Virtual do CONPEDI (2: 2026: Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



Conselho Nacional de Pesquisa
e Pós-Graduação em Direito Florianópolis
Santa Catarina – Brasil
www.conpedi.org.br

IX ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITO E SAÚDE

Apresentação

IX Encontro Virtual do CONPEDI

22 a 26 de junho de 2026

Grupo de Trabalho: DIREITO E SAÚDE

O IX Encontro Virtual do CONPEDI ocorreu de 22 a 26 de junho de 2026, em ambiente 100% on-line, reunindo a comunidade acadêmica e profissional do Direito em torno da temática “Constituição, Processo e Justiça Social: o papel da jurisdição constitucional na efetivação de direitos”. Essa modalidade virtual reafirma o propósito do CONPEDI de promover um conhecimento jurídico inclusivo, plural e democrático, expandindo as fronteiras da pesquisa e integrando o cenário nacional. O debate desta edição propôs uma imersão nos dilemas atuais da jurisdição constitucional na garantia de direitos, considerando as pressões sociais e democráticas do contexto brasileiro.

A dinâmica do evento priorizou a interlocução e a troca de saberes por meio de Grupos de Trabalho (GTs) voltados à apresentação de artigos. Destacou-se, nesse escopo, o GT “Direito e Saúde”, que reuniu investigações dedicadas à leitura crítica da efetivação das prerrogativas sociais e de saúde. As produções desse grupo evidenciaram a complexidade das transformações globais de ordem científica, social e demográfica, reforçando que o Direito à Saúde exige respostas jurídicas céleres, sofisticadas e pautadas na dignidade da pessoa humana.

qualificado, metodologicamente denso e indispensável das reflexões desenvolvidas no âmbito deste GT.

Excelente leitura!

Janaína Machado Sturza - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI

Liton Lanes Pilau Sobrinho - Universidade do Vale do Itajaí

Gabrielle Scola Dutra - Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC

Cristian Kiefer Da Silva - PUC-MG

**MEDICALIZAÇÃO E DESJUDICIALIZAÇÃO NA POLÍTICA DE DROGAS
BRASILEIRA: O DIREITO COMO INSTRUMENTO DE CONTROLE
BIOPOLÍTICO**

**MEDICALIZATION AND DEJUDICIALIZATION IN BRAZILIAN DRUG POLICY:
LAW AS AN INSTRUMENT OF BIOPOLITICAL CONTROL**

**Anna Júlia do Valle Costa
Pedro Henrique Kishi
Aline Ouriques Freire Fernandes**

Resumo

O presente artigo analisa o fenômeno da judicialização excessiva da saúde mental e da política de drogas no Brasil, propondo a desjudicialização de conflitos como eixo norteador de uma política pública verdadeiramente comprometida com os direitos fundamentais dos usuários e dependentes de substâncias psicoativas. A partir do referencial teórico de Michel Foucault — notadamente os conceitos de biopoder, biopolítica, panoptismo e medicalização —, demonstra-se que o recurso ao Judiciário como instância primária de gestão do uso de drogas constitui uma estratégia de controle social que agrava, em vez de resolver, os conflitos vivenciados por esse segmento da população. Examinam-se criticamente a Lei 10.216/2001 e a Lei 11.343/2006, evidenciando como a internação compulsória por via judicial representa não um mecanismo terapêutico, mas um dispositivo de exclusão biopolítica. O episódio da Cracolândia de 2017 é utilizado como estudo de caso que sintetiza os riscos concretos da judicialização da saúde. Conclui-se pela necessidade de construção de vias alternativas ao Judiciário — centradas na redução de danos, na atenção psicossocial comunitária e na autonomia do sujeito —, como condição para que o Estado cumpra sua função protetiva sem reproduzir violências institucionais.

Palavras-chave: Desjudicialização, Judicialização da saúde, Política de drogas, Internação compulsória, Redução de danos

Abstract/Resumen/Résumé

case study that encapsulates the concrete risks of the judicialization of health. The article concludes by arguing for the construction of alternatives to the Judiciary — centered on harm reduction, community psychosocial care and the autonomy of the subject — as a condition for the State to fulfill its protective function without reproducing institutional violence.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Dejudicialization, Judicialization of health, Drug policy, Compulsory internment, Harm reduction

1. INTRODUÇÃO

A tendência crescente de submeter ao Poder Judiciário questões que pertencem, por natureza, ao campo da saúde pública, das políticas sociais e da autonomia individual constitui um dos fenômenos mais significativos e problemáticos do constitucionalismo contemporâneo. No Brasil, essa tendência, comumente designada como judicialização, alcança dimensões especialmente preocupantes no campo da saúde mental e da política de drogas, onde o Judiciário passou a ser invocado não apenas para tutelar direitos, mas para autorizar intervenções coercitivas sobre os corpos e as subjetividades de pessoas em situação de vulnerabilidade.

A internação compulsória de usuários de drogas por ordem judicial é, nesse sentido, um caso paradigmático. Apresentada como medida de proteção e cuidado, ela encobre, sob o verniz da tecnicidade jurídica, uma lógica de gestão e exclusão de populações consideradas indesejáveis — lógica que o filósofo Michel Foucault identificou, com precisão, como expressão do biopoder moderno. O Judiciário, nesse cenário, não atua como guardião de direitos, mas como engrenagem de um dispositivo de controle biopolítico que transforma o conflito social em questão médico-judicial.

A proposta deste artigo é inverter essa perspectiva: ao invés de perguntar como o Judiciário pode gerir melhor os usuários de drogas, pergunta-se por que e como o Judiciário deve ser progressivamente afastado dessa função. A desjudicialização de conflitos, entendida como a construção de vias não judiciais para a resolução de tensões sociais e para a prestação de cuidado, emerge, nesse contexto, não apenas como uma opção de política pública, mas como uma exigência ética e constitucional.

Para desenvolver esse argumento, o artigo está estruturado em seis seções, além desta introdução. Na segunda, apresenta-se o referencial teórico foucaultiano, articulando biopoder, biopolítica e medicalização ao problema da judicialização. Na terceira, analisa-se criticamente o quadro normativo brasileiro, com ênfase nas distorções produzidas pela judicialização da saúde mental. Na quarta, examina-se o funcionamento dos manicômios judiciais como expressão institucional dessas distorções. Na quinta, o episódio da Cracolândia de 2017 é examinado como estudo

de caso que sintetiza os riscos concretos da judicialização. Na sexta, são discutidas as perspectivas de desjudicialização como caminho alternativo. E, por fim, na sétima seção, apresentam-se as conclusões.

2. BIOPODER, JUDICIALIZAÇÃO E MEDICALIZAÇÃO: ARTICULAÇÕES TEÓRICAS

Compreender o problema da judicialização excessiva na política de drogas exige, antes de tudo, uma análise das relações de poder que estruturam o campo. O trabalho de Michel Foucault oferece, nesse sentido, um instrumental teórico de particular fecundidade, na medida em que permite identificar os mecanismos pelos quais o poder estatal se infiltra nos corpos e nas subjetividades, ao revestir-se de formas aparentemente neutras e técnicas, como a medicina e o direito.

Para Foucault, a modernidade inaugurou uma nova racionalidade política fundada nos imperativos de "fazer viver" e "deixar morrer": o biopoder. Diferentemente do poder soberano, que se exercia essencialmente pelo direito de morte, o biopoder organiza-se em torno da gestão positiva da vida, compreendendo a saúde, a higiene e a produtividade das populações. Essa gestão, porém, não é neutra: ela implica a definição de normas, a classificação dos sujeitos entre normais e anormais, e a intervenção sobre os que se desviam da norma (FOUCAULT, 1999).

É nesse quadro que a medicalização emerge como estratégia biopolítica privilegiada. Ao transformar comportamentos e condições sociais em patologias passíveis de diagnóstico e tratamento, a medicalização amplia o campo de intervenção legítima do Estado sobre a vida dos indivíduos. Zorzanelli e Cruz (2018) ressaltam que, na perspectiva foucaultiana, esse processo não decorre apenas da expansão da medicina enquanto saber, mas da articulação entre saberes médicos, dispositivos jurídicos e práticas institucionais que se reforçam mutuamente.

Aqui reside uma das contribuições mais importantes de Foucault para a análise da judicialização: a percepção de que o direito e a medicina não são esferas autônomas, mas se articulam na produção de tecnologias de controle. A internação compulsória,

por exemplo, não é nem puramente médica nem puramente jurídica: ela é o resultado de uma simbiose entre o diagnóstico clínico e a ordem judicial, na qual cada instância empresta à outra sua legitimidade específica. O médico fornece o saber técnico que justifica a intervenção; o juiz fornece a força coercitiva que a executa. O resultado é uma intervenção sobre o sujeito que se torna, ao mesmo tempo, irrecusável e irrecorrível.

O conceito de panoptismo, elaborado por Foucault a partir do projeto arquitetônico de Jeremy Bentham, ilumina os efeitos subjetivantes dessa articulação. O panoptismo não designa apenas uma forma de vigilância física, mas um mecanismo de poder que induz no sujeito a internalização do olhar do vigilante, tornando desnecessário o exercício contínuo da força. Como afirma Foucault:

"[...] induzir no detento um estado consciente e permanente de visibilidade que assegura o funcionamento automático do poder. Fazer com que a vigilância seja permanente em seus efeitos, mesmo se é descontínua em sua ação; que a perfeição do poder tenda a tornar inútil a atualidade de seu exercício [...]" (FOUCAULT, 2002, p. 166).

Nas instituições que resultam da judicialização da saúde mental, como hospitais psiquiátricos, manicômios judiciais e comunidades terapêuticas fiscalizadas pelo Judiciário, esse mecanismo opera com particular intensidade. O internado sabe-se permanentemente observado, avaliado e julgado: sua conduta, seu discurso e sua adesão ao tratamento são continuamente monitorados e traduzidos em laudos técnicos que determinarão seu destino jurídico. Nesse contexto, a autonomia do sujeito é duplamente suprimida: pelo diagnóstico médico que a declara incapaz, e pela ordem judicial que a substitui pela vontade do Estado.

A esse quadro, Agamben (2002) acrescenta uma dimensão fundamental: a do estado de exceção como estrutura permanente do poder soberano moderno. Para o filósofo italiano, a soberania política define-se pela capacidade de suspender o ordenamento jurídico em relação a determinados sujeitos, ao reduzi-los à condição de "vida nua", expressão que designa uma vida despida de direitos, exposta ao poder em sua forma mais bruta. O usuário de drogas submetido à internação compulsória judicial

aproxima-se dessa figura: juridicamente reconhecido como sujeito de direitos, ele é, na prática, tratado como objeto de intervenção, sem que as garantias formais que lhe são asseguradas encontrem efetividade real.

A judicialização, nesse sentido, não resolve o conflito entre o Estado e o usuário de drogas: ela o perpetua e o agrava, ao deslocá-lo para uma arena em que as assimetrias de poder são máximas e as possibilidades de resistência, mínimas. A desjudicialização emerge, assim, não como abandono do sujeito à sua própria sorte, mas como condição de possibilidade para que ele seja reconhecido, efetivamente, como titular de direitos e protagonista de sua própria vida.

3. A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO DIREITO BRASILEIRO: DISTORÇÕES NORMATIVAS

O ordenamento jurídico brasileiro oferece, em tese, um conjunto de garantias destinadas a proteger os direitos dos usuários de drogas e dos portadores de transtornos mentais. Na prática, porém, as normas existentes têm sido frequentemente instrumentalizadas para legitimar formas de intervenção coercitiva que contrariam seus próprios princípios. Esse fenômeno pode ser descrito como uma colonização da saúde pública pelo direito penal.

3.1 A Lei 10.216/2001 e os riscos da internação judicial

A Lei 10.216/2001, conhecida como Lei Antimanicomial, representou um marco na história da saúde mental no Brasil ao consagrar o princípio da desinstitucionalização e ao estabelecer os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Em seu artigo 4º, a lei determina que a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, o que enuncia a subsidiariedade da internação como regra geral.

No entanto, a previsão da internação compulsória por ordem judicial, constante do artigo 6º, parágrafo único, inciso III, abriu uma brecha que tem sido

progressivamente alargada pela prática institucional. A ausência de critérios precisos sobre o que constitui situação que justifica a internação compulsória, combinada com a vaguidade do conceito de "transtorno mental" na lei, confere aos operadores do direito uma margem de discricionariedade que facilita a instrumentalização da internação como mecanismo de controle social.

Há, nesse ponto, uma tensão estrutural na própria lei: ao prever a internação compulsória como modalidade legítima, ela convida o Judiciário a ingressar no campo da saúde mental como instância decisória, campo para o qual não está preparado, nem técnica nem axiologicamente. O juiz que determina uma internação compulsória não possui, em regra, formação em saúde mental; apoia-se em laudos técnicos que, não raramente, refletem preconceitos e estereótipos sobre o usuário de drogas; e decide em um ambiente processual que não permite a participação efetiva do próprio internado. O resultado é uma decisão judicial que, embora formalmente legítima, é materialmente incompatível com os princípios da Lei Antimanicomial.

Agrava esse quadro o fato de que as garantias processuais previstas na lei, como a comunicação obrigatória ao Ministério Público em 72 horas e o direito do internado a receber informações sobre sua condição e tratamento, são sistematicamente descumpridas na prática, especialmente nos casos envolvendo usuários de drogas em situação de rua, para os quais o acesso à justiça é estruturalmente limitado.

3.2 A Lei 11.343/2006 e a ambiguidade entre tratamento e punição

A Lei 11.343/2006 representou, em seu momento, um avanço ao distinguir formalmente entre o usuário e o traficante e ao prever, para o primeiro, medidas de natureza não privativa de liberdade. O artigo 28 estabelece que o usuário será submetido a advertência, prestação de serviços à comunidade ou medida educativa, o que afasta, ao menos formalmente, a criminalização direta do consumo.

Contudo, a prática demonstra que essa distinção formal não impediu a judicialização do usuário. Em primeiro lugar, a lei não define critérios objetivos para distinguir o usuário do traficante, ao deixar essa distinção à discricionariedade policial e judicial. Na prática, isso significa que ela frequentemente recai sobre fatores

extrajurídicos como raça, classe social e local de moradia (JESUS et al., 2011). Em segundo lugar, a previsão de medidas judiciais mesmo para o usuário mantém o Judiciário como instância de gestão do consumo, o que reforça a lógica de judicialização que a lei pretendia atenuar.

A interface entre a Lei 11.343/2006 e a Lei 10.216/2001, ademais, tem gerado interpretações que autorizam a internação compulsória de dependentes químicos por via oblíqua, especialmente quando caracterizada a dependência como patologia que afeta a capacidade de autodeterminação. Essa interpretação, além de juridicamente questionável, é terapeuticamente contraproducente: a evidência científica disponível indica que intervenções coercitivas têm eficácia muito inferior às abordagens voluntárias baseadas na motivação do próprio usuário (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2010).

3.3 O artigo 26 do Código Penal e a inimputabilidade como porta de exclusão

O artigo 26 do Código Penal, ao isentar de pena o agente que, por doença mental, era ao tempo da ação inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato, cria a categoria jurídica do inimputável, que tem sido invocada para submeter usuários de drogas ao regime das medidas de segurança, com internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico por prazo indeterminado. Essa solução jurídica, que se apresenta como alternativa à prisão, encerra, na prática, uma forma de privação de liberdade ainda mais opressiva: sem prazo máximo expressamente definido, sem as garantias do processo penal ordinário e sem perspectiva clara de desinstitucionalização.

O diagnóstico que se extrai desse quadro normativo é claro: a judicialização da saúde mental no Brasil não resulta da ausência de normas protetivas, mas da colonização dessas normas por uma lógica punitiva que o Judiciário, estruturalmente, não consegue superar. A solução não está, portanto, em reformas processuais que aperfeiçoem os mecanismos judiciais de internação, mas em retirar progressivamente do Judiciário a competência para decidir sobre o tratamento de usuários de drogas, transferindo-a para instâncias de saúde pública orientadas por evidências científicas e pelo respeito à autonomia do sujeito.

4. OS MANICÔMIOS JUDICIAIS: A JUDICIALIZAÇÃO COMO EXCLUSÃO PERMANENTE

Os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, herdeiros dos antigos manicômios judiciais, constituem a expressão institucional mais acabada dos efeitos perversos da judicialização da saúde mental. Neles, a simbiose entre o poder médico e o poder judicial produz uma forma de exclusão que transcende qualquer das duas lógicas isoladamente: o internado não é nem paciente, pois não consente ao tratamento e não pode recusá-lo, nem réu, pois não tem direito às garantias do processo penal ordinário. Ele ocupa uma zona de indistinção jurídica que Agamben (2002) identifica como o espaço próprio do *homo sacer*: aquele que pode ser submetido a qualquer intervenção sem que isso configure violação do direito.

A população dos manicômios judiciais no Brasil é, em larga medida, composta por pessoas em situação de extrema vulnerabilidade social: negros, pobres, sem acesso à educação formal, frequentemente usuários de drogas. Essa composição não é acidental: ela reflete a seletividade do sistema de controle social brasileiro, que incide desproporcionalmente sobre os segmentos mais marginalizados da população. A judicialização, nesse contexto, funciona como um mecanismo de amplificação das desigualdades sociais preexistentes, conferindo-lhes o revestimento de uma decisão técnica e imparcial.

O panoptismo manifesta-se nessas instituições de forma particularmente intensa. A avaliação periódica por juntas técnicas, a elaboração de laudos que condicionam a continuidade ou a cessação da medida de segurança, a dependência absoluta do internado em relação às decisões dos profissionais que o assistem: tudo isso configura um ambiente de visibilidade permanente que produz efeitos subjetivantes profundos e duradouros. O sujeito aprende a performar a normalidade esperada pelo avaliador, não porque tenha se transformado, mas porque sabe que sua liberdade depende dessa performance.

Essa lógica é, do ponto de vista terapêutico, profundamente contraproducente. A efetividade do tratamento para dependência química depende, como amplamente demonstrado pela literatura científica, da motivação intrínseca do sujeito, de sua adesão voluntária ao processo terapêutico e da qualidade do vínculo estabelecido com os profissionais de saúde. Um ambiente institucional marcado pela coerção, pela vigilância e pela indefinição do tempo de internação é, por definição, incompatível com esses pressupostos. A judicialização, ao produzir esse ambiente, não apenas viola direitos: ela inviabiliza o próprio cuidado que pretende oferecer.

A saída dessa contradição não passa por uma reforma dos manicômios judiciais que os torne mais "humanizados", mas por sua progressiva superação, mediante a construção de alternativas comunitárias e voluntárias de atenção à saúde mental. A desjudicialização, nesse sentido, não é apenas uma questão de política criminal: é uma condição de possibilidade para a efetividade do cuidado em saúde mental.

5. A CRACOLÂNDIA DE 2017: A JUDICIALIZAÇÃO COMO POLÍTICA DE EXCEÇÃO

A intervenção realizada em maio de 2017 na região conhecida como Cracolândia, no centro da cidade de São Paulo, constitui um dos episódios mais emblemáticos da distorção produzida pela judicialização da saúde mental no Brasil. A ação, que envolveu forças policiais, agentes de saúde e representantes do Poder Executivo municipal, foi apresentada oficialmente como uma iniciativa de saúde pública destinada a oferecer tratamento e reabilitação aos usuários de crack concentrados na região. Na prática, porém, ela revelou-se uma operação de limpeza social, executada com recurso à força e com completo desrespeito às garantias legais dos usuários.

Do ponto de vista jurídico, as internações realizadas no contexto da operação carecem de qualquer fundamentação legal adequada. A Lei 10.216/2001 exige, para a internação involuntária ou compulsória, a avaliação individualizada por profissional médico, a comunicação ao Ministério Público e o respeito ao devido processo legal.

Nenhum desses requisitos foi observado na escala e na velocidade com que as internações foram executadas. O que ocorreu, na prática, foi a utilização do discurso terapêutico, e implicitamente do respaldo judicial que a legislação confere à internação compulsória, como cobertura para uma ação de repressão policial.

A análise do episódio à luz do referencial foucaultiano revela, com nitidez, os mecanismos biopolíticos em operação. A Cracolândia funcionava, no imaginário social e institucional, como um território de exceção: um espaço no qual a norma ordinária de proteção aos direitos individuais encontrava-se suspensa de fato, embora não de direito. A intervenção do Estado não visava integrar seus habitantes à ordem social, mas geri-los como uma população de risco, de modo a neutralizar a ameaça que representavam para a normalidade urbana e para os interesses imobiliários da região.

O recurso ao Judiciário, nesse contexto, desempenhou um papel ideológico fundamental: ao conferir aparência de legalidade a uma operação essencialmente coercitiva, ele transformou a violência institucional em procedimento técnico-jurídico. A judicialização, aqui, não protegeu os sujeitos: ela os desprotegeu, ao fornecer ao Estado o instrumento necessário para intervir sobre seus corpos sem precisar justificar-se perante eles.

É exatamente esse uso perverso do direito, não como garantia, mas como instrumento de controle, que a desjudicialização pretende combater. A retirada do Judiciário do centro da política de drogas não significa a ausência de regulação ou de proteção: significa a substituição de uma lógica coercitiva por uma lógica de cuidado, na qual o usuário é reconhecido como sujeito de direitos e não como objeto de intervenção estatal.

6. DESJUDICIALIZAÇÃO DE CONFLITOS: FUNDAMENTOS E PERSPECTIVAS

A desjudicialização de conflitos, enquanto proposta teórica e política, parte do reconhecimento de que nem todo conflito social é adequadamente resolvido pela via judicial. O Judiciário, como instância de resolução de conflitos, apresenta limitações

estruturais que o tornam especialmente inadequado para lidar com questões que envolvem saúde, subjetividade e vulnerabilidade social: ele opera segundo uma lógica adversarial que pressupõe partes em igualdade de condições; produz decisões binárias que não comportam a complexidade das situações humanas; e impõe soluções externas às partes, sem promover a construção de consensos ou a transformação das relações subjacentes ao conflito.

No campo específico da saúde mental e da política de drogas, esses limites são ainda mais pronunciados. A dependência química não é um conflito entre partes: é uma condição de saúde que exige cuidado longitudinal, abordagem multidisciplinar e, acima de tudo, o engajamento ativo do próprio sujeito. Submetê-la à lógica judicial é, como se procurou demonstrar nas seções anteriores, não apenas ineficaz do ponto de vista terapêutico, mas violador dos direitos fundamentais do usuário.

6.1 Redução de danos como paradigma desjudicializante

O paradigma da redução de danos oferece o fundamento mais sólido para uma política de drogas desjudicializada. Baseada no reconhecimento da autonomia do usuário e na minimização dos riscos associados ao consumo, sem exigir a abstinência como condição prévia para o acesso ao cuidado. Com isso, a redução de danos desloca o eixo da intervenção estatal da repressão para a proteção, e da coerção para o vínculo.

Países como Portugal, Suíça e Holanda implementaram, com resultados comprovados, políticas de drogas orientadas por esse paradigma: com a descriminalização do uso e a oferta de serviços de saúde acessíveis e não estigmatizantes, conseguiram reduzir significativamente os indicadores de mortalidade, de doenças infecciosas e de encarceramento associados ao consumo de drogas, sem aumento correspondente nas taxas de uso (HUGHES; STEVENS, 2010). Em nenhum desses casos o Judiciário atuou como instância primária de gestão do uso: ele foi substituído por serviços de saúde pública, por instâncias administrativas de mediação e por redes comunitárias de apoio.

No Brasil, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pelo Decreto 7.508/2011, prevê uma estrutura de cuidado em saúde mental que, em tese, poderia

funcionar como alternativa efetiva à judicialização: os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS-AD), os consultórios de rua e as unidades de acolhimento constituem dispositivos que permitem oferecer cuidado sem privação da liberdade, no território e com respeito à singularidade de cada sujeito. O problema é que essa rede permanece cronicamente subfinanciada e subdimensionada, o que favorece a manutenção da internação, inclusive a compulsória, como resposta de facto ao problema da dependência química.

6.2 Instâncias extrajudiciais e mediação em saúde

A desjudicialização não implica a ausência de regulação institucional, mas sua reconfiguração. Instâncias extrajudiciais, como comissões de saúde mental, ouvidorias especializadas, conselhos de direitos e câmaras de mediação, podem exercer funções de supervisão, proteção e resolução de conflitos sem recorrer à lógica coercitiva do Judiciário. Essas instâncias têm a vantagem de operar com maior agilidade, com maior proximidade do caso concreto e com maior capacidade de envolver os próprios usuários nas decisões que lhes dizem respeito.

A mediação em saúde, em particular, oferece um modelo promissor para a resolução de conflitos entre usuários, familiares e serviços de saúde que hoje chegam ao Judiciário por ausência de outras vias. Ao promover o diálogo entre as partes e a construção de soluções consensuais, a mediação respeita a autonomia do sujeito e produz resultados mais duradouros e efetivos do que as decisões judiciais impostas externamente.

6.3 O papel do Judiciário: garantia, não gestão

A proposta de desjudicialização não implica a exclusão do Judiciário do campo da saúde mental: implica a redefinição de seu papel. Em vez de atuar como instância de gestão dos usuários de drogas, a determinar internações, supervisionar tratamentos e decidir sobre a liberdade dos sujeitos. Em vez disso, o Judiciário deve atuar como instância de garantia: acionado para proteger direitos quando as instâncias extrajudiciais falharem, e não como ponto de entrada do sistema de cuidado.

Essa redefinição exige, além de reformas normativas, uma mudança cultural profunda na forma como operadores do direito, profissionais de saúde e gestores públicos compreendem sua função em relação aos usuários de drogas. Enquanto o usuário for visto, antes de tudo, como um problema a ser gerido, e não como um sujeito a ser cuidado, a judicialização permanecerá como resposta default a uma questão que ela é estruturalmente incapaz de resolver.

7. CONCLUSÃO

O percurso analítico desenvolvido neste artigo permite afirmar, com segurança, que a judicialização excessiva da saúde mental e da política de drogas no Brasil constitui um problema de natureza estrutural, que não pode ser resolvido por reformas processuais incrementais. A internação compulsória por via judicial, longe de ser um mecanismo terapêutico, é um dispositivo biopolítico de exclusão que viola a autonomia dos sujeitos, reproduz desigualdades sociais e inviabiliza o cuidado que pretende oferecer.

A teoria foucaultiana demonstrou sua fecundidade analítica ao revelar os mecanismos de biopoder que operam por trás do discurso jurídico-médico da proteção e do tratamento. O panoptismo institucional dos manicômios judiciais, o estado de exceção permanente que caracteriza a condição dos internados e a instrumentalização do Judiciário como engrenagem de controle social: todos esses fenômenos foram iluminados por um referencial teórico que recusa as aparências e interroga as relações de poder subjacentes às formas jurídicas.

A desjudicialização de conflitos emerge, nesse quadro, não como uma proposta de abandono do Estado em relação aos usuários de drogas, mas como condição necessária para que o Estado possa, de fato, cumprir sua função protetiva. Substituir a lógica judicial pela lógica do cuidado, centrada na redução de danos, na atenção psicossocial comunitária e no reconhecimento da autonomia do sujeito, é o caminho que a experiência internacional e a evidência científica apontam como mais efetivo,

mais justo e mais compatível com os princípios constitucionais que regem o ordenamento brasileiro.

O Direito, nesse processo, deve ser ressignificado: não como instrumento de gestão dos corpos indesejáveis, mas como garantia dos direitos de todos, em especial os que a sociedade preferiria ignorar. Essa ressignificação exige, de operadores do direito, profissionais de saúde e gestores públicos, uma disposição para questionar os pressupostos que naturalizaram a judicialização e para construir, em seu lugar, caminhos que respeitem a dignidade e a humanidade de cada sujeito.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, Giorgio. Estado de exceção. Tradução de Iraci D. Poleti. São Paulo: Boitempo, 2004.

AGAMBEN, Giorgio. Homo Sacer: o Poder Soberano e Vida Nua. Tradução de Henrique Burigo. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2002.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Presidência da República, 2001.

BRASIL. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. Brasília: Presidência da República, 2006.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Brasília: Presidência da República, 1940.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080/90 e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde. Brasília: Presidência da República, 2011.

DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo (Org.). Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2010.

FONSECA, Ricardo Marcelo. O poder entre o Direito e a "norma": Foucault e Deleuze na Teoria do Estado. In: _____ (Org.). Repensando a Teoria do Estado. Belo Horizonte: Editora Forum, 2004.

FOUCAULT, Michel. Em defesa da sociedade: curso no Collège de France. Tradução de Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, Michel. Microfísica do Poder. Tradução de Roberto Machado. 14. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

FOUCAULT, Michel. Segurança, Território, População: curso no Collège de France (1977-1978). Tradução de Claudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, Michel. Vigiar e Punir. Tradução de Raquel Ramalhe. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

HENRIQUES, Rogério Paes. A medicalização da existência e o descentramento do sujeito na atualidade. Revista Mal-Estar e Subjetividade, Fortaleza, v. 12, n. 3-4, p. 793-816, dez. 2012.

HUGHES, Caitlin Elizabeth; STEVENS, Alex. What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs? British Journal of Criminology, v. 50, n. 6, p. 999-1022, 2010.

MARTINS, Gilberto de Andrade. Estudo de Caso: Uma estratégia de pesquisa. São Paulo: Atlas, 2006.

MARTINS, L.; PEIXOTO JUNIOR, C. Genealogia do biopoder. Psicologia & Sociedade, v. 21, n. 2, p. 157-165, 2009.

ROSE, N. A política da própria vida: Biomedicina, poder e subjetividade no século XXI. São Paulo: Paulus, 2013.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; CRUZ, Murilo Galvão Amancio. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. Interface (Botucatu), Botucatu, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0194>