

INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA: DISCUSSÕES SOBRE OS IMPACTOS DA LEI 13.840/2019 NO TRATAMENTO DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS¹

Marina Carrijo Kotnick da Rocha Pereira²
Andreia Monteiro Felipe³

RESUMO:

O presente artigo analisa as alterações e as novas medidas introduzidas pela Lei nº 13.840, sancionada em 2019, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e o financiamento das políticas relativas à internação involuntária dos usuários e dependentes de drogas. O estudo tem como objetivos: estudar o contexto histórico da atenção aos usuários de álcool e outras drogas no Brasil; analisar as diferenças dos modelos de tratamento baseados na redução de danos pela Lei 11.343/2006 e o modelo de abstinência adotado pela Lei 13.840/2019; analisar os reflexos da nova lei nos dispositivos de tratamento para dependentes de álcool e outras drogas existentes e os impactos ocasionados no sistema de saúde brasileiro. Por meio da revisão de literatura e do acervo legislativo brasileiro, o artigo aponta abordagens divergentes acerca da nova Lei, sob a ótica da garantia dos direitos humanos e da promoção de saúde e dignidade do dependente de álcool e outras drogas.

Palavras-chave: Drogas. Internação involuntária. Redução de Danos. Comunidades Terapêuticas.

INVOLUNTARY HOSPITALIZATION: DISCUSSIONS OF THE IMPACTS OF LAW 13.840/2019 ON THE TREATMENT OF ALCOHOL AND OTHER DRUG USERS

ABSTRACT:

This article analyses the changes and new measures introduced by Law No. 13,840, sanctioned in 2019, which provides for the National System of Public Policies on Drugs, conditions of care for drug users or addicts and the financing of policies related to involuntary hospitalization of drug users and dependents. The study aims

¹ Artigo de trabalho de conclusão de curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA), na Linha de Pesquisa Psicologia Jurídica. Recebido em 03/11/2020 e aprovado, após reformulações, em 02/12/2020.

² Discente do curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). Email: marinakotnick@gmail.com

³ Mestra em Psicologia, docente do curso de Psicologia do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). E-mail: andreiafelippe@uniacademia.edu.br

to: study the historical context of care for users of alcohol and other drugs in Brazil; analyze the differences in the treatment models based on harm reduction by Law 11.343 / 2006 and the abstinence model adopted by Law 13,840 / 2019; to analyze the effects of the new law on treatment devices for alcohol and other drug addicts and the impacts on the Brazilian health system. Through a literature review and the Brazilian legislative acquis, the article points out divergent approaches regarding the new Law, from the perspective of guaranteeing human rights and promoting health and dignity of alcohol and other drug addicts.

Keywords: Drugs. Involuntary hospitalization. Harm Reduction. Therapeutic Communities

1 INTRODUÇÃO

O uso abusivo de drogas se mostra como um sério problema de saúde pública, um desafio na sociedade, marcada pelo crescente comércio de substâncias ilícitas e por fatores biopsicossociais que estão relacionados à dependência de álcool e outras drogas. Tais questões exigem conhecimento da realidade e do contexto social em que estão inseridas para que sejam formuladas adequadas ações de políticas públicas para o seu enfrentamento.

O estudo tem como objetivos: estudar o contexto histórico da atenção aos usuários de álcool e outras drogas no Brasil; analisar as diferenças dos modelos de tratamento baseados na redução de danos pela Lei 11.343/2006 e o modelo de abstinência adotado pela Lei 13.840/2019; analisar os reflexos da nova lei nos dispositivos de tratamento para dependentes de álcool e outras drogas existentes e os impactos ocasionados no sistema de saúde brasileiro.

A internação involuntária do dependente de drogas no Brasil foi regulamentada pela Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001), conhecida como “Lei antimanicomial” por trazer mudanças no modelo assistencial em saúde mental e nos tratamentos de pessoas portadoras de psicopatologia e dependência química, garantindo sua proteção e seus direitos. Essa Lei fixa três modalidades de internação, são elas: voluntária, involuntária e compulsória. Em 23 de agosto de 2006, foi sancionada a Lei Federal 11.343 (BRASIL, 2006), que tem como finalidade a promoção da atenção ao usuário dependente de drogas e a sua reinserção social.

Possui como princípio o modelo da redução dos riscos e dos danos associados ao uso de droga e altera a forma de tratamento aos usuários ou dependentes químicos.

No ano de 2019, o atual governo alterou a Lei anteriormente citada pela Lei 13.840 (BRASIL, 2019), que reformula o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad). A Lei altera as condições de tratamento do usuário ou dependente de drogas, possibilitando sua internação involuntária. A internação pode ocorrer a pedido de terceiros, como familiares ou do responsável legal e, ainda, na falta destes, do servidor público da área da saúde sem necessitar de autorização judicial. Além disso, inclui as comunidades terapêuticas acolhedoras como um dispositivo de tratamento e acolhimento dos usuários e dependentes de drogas seguindo os princípios do modelo de abstinência, alterando os princípios de redução de danos que guiava as ações das políticas públicas da lei anterior.

Esses fatos geraram discussões de diversas entidades e estudiosos acerca das mudanças que ocorreram nas políticas nacionais de enfrentamento das drogas. Alguns autores entendem que a nova medida se trata de “(...) uma política focalizada, higienista, traduzida na busca velada da assepsia urbana e da manutenção da ordem social, na contramão da redução de danos ao usuário/dependente de drogas” (PEREIRA, 2019, p.12), representando um retorno ao modelo manicomial e a violação dos direitos humanos dos dependentes.

Entretanto, uma outra corrente defende que a medida é necessária devido a situações de crises em que dependentes de drogas podem se encontrar, gerando risco para si próprio e para sociedade. Tais indivíduos podem manifestar uma falta de capacidade de discernimento e autonomia reduzida devido ao constante abuso de drogas (LUIZ et al., 2019; MARQUES; RUIZ, 2015).

Nesse sentido, o artigo irá refletir os impactos da Lei n.º13.840 (BRASIL, 2019) no tratamento de usuários de álcool e outras drogas. Com isso, a partir de uma perspectiva crítica, o artigo busca observar as particularidades referentes às Políticas Públicas de drogas no Brasil ao longo do tempo até a atualidade. Utiliza-se a revisão de literatura como metodologia de trabalho, com base em artigos científicos, trabalhos acadêmicos, publicações oficiais do governo e acervo legislativo brasileiro. Por se tratar de uma questão social complexa e polêmica, a

internação involuntária é tida como uma manifestação da realidade e do contexto do Brasil diante do enfrentamento à drogadicção e deve ser discutida.

2 CONTEXTO HISTÓRICO E LEGISLATIVO DA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL

Dentre os problemas mais relevantes de saúde pública enfrentados mundialmente está o crescimento da circulação e do consumo abusivo de substâncias psicoativas, que ganha destaque a partir do início de século XX como um problema global. A relação do homem com as drogas é algo que atravessa a história e reflete nas transformações socioculturais e o padrão de consumo e produção de novas substâncias apresenta, a partir do século XVII, uma crescente popularização do uso de drogas e tem como consequência a dependência de seus efeitos psicossociais (ALVES, 2009).

Segundo Alves (2009), o crescimento, no entanto, esteve em consonância com o processo de enfraquecimento das estratégias sociais de regulação do consumo de substâncias e ainda com a popularização e expansão do seu consumo com finalidades terapêutica e recreativa, sendo necessária a intervenção reguladora do Estado com a implementação de políticas públicas. Oliveira e Santos (2013) corroboram com esse entendimento ao comentar sobre o crescente aumento do consumo de drogas ilícitas para fins recreativos e as facilidades de obtenção e uso, devido a preços muitas vezes acessíveis, por pessoas cada vez mais jovens.

Tal temática sempre foi alvo das políticas públicas brasileiras que, inicialmente, baseavam seus discursos na criminalização tendo o usuário como responsabilidade do sistema judiciário brasileiro (ALVES; LIMA, 2012). Assim, na década de 1930, a legislação penal estabelecia a internação compulsória, por tempo indeterminado, nos chamados “sanatórios para toxicômanos” e a Lei de Fiscalização de Entorpecentes, adotada pelo Estado brasileiro, expressava posicionamento proibitivo em relação ao uso e ao comércio de drogas. Em 1940, verifica-se a promulgação do Código Penal que criminaliza o porte de drogas ilícitas, independentemente da quantidade apreendida (ALVES, 2009).

Esse período foi marcado pelo surgimento de sociedades privadas. Dentre elas, encontram-se associações dirigidas pela elite médica brasileira caracterizadas por propagar concepções moralistas e higienistas acerca do uso das chamadas substâncias psicoativas. Tais associações tinham como uma de suas ações pressionar o governo no controle penal das drogas. Dentre elas está a Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária que promovia ações contra o uso de álcool e outras drogas (ALVES; LIMA, 2012).

Já em 1970, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas criam resoluções a respeito das medidas de prevenção e controle ao tráfico e uso de drogas ilícitas e tem o Brasil como participante em suas convenções. Assim, o usuário de drogas passa a ser visto como doente e os hospitais psiquiátricos tornam-se o principal dispositivo de tratamento (OLIVEIRA; SANTOS, 2013).

A partir da década de 80, o Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN) fórmula políticas públicas que proviam o desenvolvimento da atenção ao usuário de álcool e outras drogas e dava relevância aos centros de referência em tratamento, às comunidades terapêuticas e aos programas voltados para a prevenção do uso de drogas. Dessa maneira, observam-se mudanças relevantes nas legislações brasileiras relacionadas ao consumo de drogas. A partir do ano 2000, as políticas públicas de saúde se tornam cada vez mais importantes e significativas no enfrentamento às drogas (OLIVEIRA; SANTOS, 2013).

Segundo Pereira (2019), é datada de 06 de abril de 2001, a lei nº 10.216, que revoga o Decreto nº 24.559/1934, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, incluindo a dependência química em uma questão de saúde mental. Desta maneira, é conhecida como “Lei antimanicomial” por trazer mudanças no modelo assistencial em saúde mental e nos tratamentos de pessoas portadoras de psicopatologia e dependência química, garantindo sua proteção e seus direitos. O autor ainda afirma que uma das principais reformulações foi a vedação da internação de pacientes com transtornos mentais, assim como dependentes

químicos, em instituições caracterizadas como asilares que não estivessem de acordo com os decretos fixados na Lei.

De acordo com o artigo 6º da lei 10.216 (2001), a internação psiquiátrica só deve ser realizada com laudo médico circunstanciado, ou seja, deve-se caracterizar os motivos que a justifiquem. Pode-se verificar três tipos de internação psiquiátrica: voluntária, involuntária e compulsória. A primeira refere-se àquela que se dá com o consentimento do usuário por meio de declaração que expresse sua vontade acerca do tratamento. É assistida por um médico e seu término deve ser definido a partir de solicitação do paciente e autorizado pelo médico responsável devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina. A segunda ocorre sem o consentimento do usuário, a pedido de terceiros, e deve ser previamente autorizada por médico devidamente registrado no CRM. A medida determina que o Ministério Público Estadual seja comunicado em até setenta e duas horas pelo responsável técnico da instituição. O término dessa modalidade de internação ocorre por solicitação escrita de familiares do paciente, responsável legal ou pelos profissionais responsáveis pelo tratamento. A terceira, chamada de compulsória, ocorre mediante determinação judicial, que observará as devidas condições de segurança do estabelecimento em questão. Tais exigências podem ser verificadas no art. 9º da referida lei.

Em 23 de agosto de 2006, é sancionada a Lei Federal 11.343 (BRASIL, 2006), que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad). Tal lei prescreve, ainda, “medidas de prevenção, 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”. Com a finalidade de promoção e fortalecimento de fatores de proteção como a prevenção do uso indevido, a atenção ao usuário dependente de drogas e sua reinserção social, a lei tem como princípio o modelo de redução de riscos, além da redução de fatores de vulnerabilidade e danos sociais (PEREIRA, 2019).

O autor ainda pontua que a medida altera a forma de tratamento aos usuários ou dependentes químicos tratados anteriormente como criminosos e determina o fim da internação compulsória. Porém, em relação aos crimes de tráfico, determina-

se maior rigor às penas. No entanto, a pena de prisão ao usuário e dependente é eliminada e são apresentadas medidas alternativas. Dentre elas, prestação de serviços à comunidade, medidas socioeducativas ou cursos educativos (PEREIRA, 2019).

Para alguns estudiosos, a medida de abrandar a punição, como a exclusão de pena privativa de liberdade e a adoção de medidas alternativas ao usuário de drogas e agravar a situação penal dos traficantes é controversa e paradoxal. A Lei trata o usuário de drogas diferenciando-o do traficante e seguindo os princípios da estratégia de redução de danos. Entretanto, continua a criminalizar a conduta do uso de drogas e a política repressiva de combate às drogas (FERNANDES; RIBEIRO, 2013).

Acerca do tratamento, a Lei determina ao magistrado colocar à disposição do dependente químico tratamento especializado gratuito em estabelecimento de saúde, como no Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, é apresentada, como uma escolha ao usuário, a opção de submeter-se ou não ao tratamento oferecido pelos órgãos públicos, dando fim ao caráter punitivo e obrigatório das internações (PEREIRA, 2019).

Segundo Delgado et al. (2003), os programas de tratamento relacionados ao uso de drogas no Brasil são pertencentes à rede pública de saúde guiada pelos princípios do SUS e pelo modelo de atenção aos usuários de álcool e outras drogas e distribuídos entre as unidades básicas de saúde, hospitais, serviços ambulatoriais especializados (Centros de Atenção Psicossocial – CAPS), clínicas especializadas e comunidades terapêuticas, substituindo o modelo asilar dos hospitais psiquiátricos. Um projeto terapêutico individualizado e multidisciplinar para o usuário/dependente de drogas e seus familiares é definido. Assim o paciente e seus familiares são orientados pelas normas da CONAD (Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas) que tem como finalidade a reinserção social e a redução de riscos à saúde e de danos sociais causados pela dependência química.

A entrada da Lei 11.343 (BRASIL, 2006) foi um marco na adoção do modelo de redução de danos no tratamento de dependências químicas da saúde pública no Brasil. Essa perspectiva defende a liberdade e o direito de escolha do sujeito, sem

qualquer imposição. A redução de danos pode ser entendida como “[...] uma das modalidades de tratamento usadas principalmente para prevenir complicações maiores relacionadas ao uso de drogas naqueles usuários que não desejam a abstinência total.” (MARQUES; RUIZ, 2015, p.3). Suas estratégias voltam-se para a melhoria das condições sanitárias dos usuários e a redução de disseminação de doenças infecciosas como por exemplo: distribuição de seringas para usuários de drogas injetáveis; distribuição de preservativos; distribuição de cachimbos a usuários de crack.

Cruz (2006) aponta que a lógica da redução de danos implica em viabilizar a as melhores opções aceitáveis para o usuário sem exigir a abstinência, já que, muitos não conseguem ou não pretendem interromper o uso das drogas. O autor ainda ressalta que a redução de danos não desconsidera a abstinência para o tratamento da dependência de drogas, mas a entende como uma das várias possibilidades existentes.

No Brasil, a ação de Redução de Danos surge pela primeira vez no município de Santos-SP em 1989, devido aos altos índices de transmissão de DST/HIV relacionados ao uso indevido de drogas injetáveis. As ações adotadas pela Saúde Pública foram direcionadas para a prevenção ao DST/HIV por meio da distribuição de insumos como agulhas e seringas para o uso seguro de drogas injetáveis com o objetivo de evitar o compartilhamento de equipamentos utilizados na autoadministração dessas drogas (PASSOS; SOUZA, 2011). Segundo o Ministério da Saúde (2003), as medidas aplicadas deram visibilidade aos usuários de drogas injetáveis no SUS e trouxeram contribuições significativas na expansão da proteção e promoção de saúde dos usuários de álcool e outras drogas.

Segundo Passos e Souza (2011), a partir de 2003, as ações de Redução de Danos, que eram voltadas exclusivamente para a prevenção de DST/HIV, passam a ser adotadas pelo Ministério da Saúde como estratégia norteadora da “Política do Ministério da Saúde” para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. A partir desse fato, uma estratégia de promoção de saúde foi tomada como alternativa às estratégias relacionadas à lógica da abstinência, considerando as diversidades de demandas e ampliando suas formas de enfrentamento e oferta de

saúde para a população adicta. De acordo com os autores, tal conceito é então ampliado para estratégias preventivas ou redutoras das consequências negativas associadas ao uso de drogas e desenvolvido por estratégias de prevenção à saúde, sem necessariamente de interferência na oferta ou no consumo, e orientação pelo respeito à liberdade de escolha e a responsabilidade do usuário.

Ao firmar as diretrizes da Política de Redução de Danos, em 23 de dezembro de 2011, a Portaria nº 3.088 institui uma Rede de Atenção Psicossocial com suas diretrizes baseadas nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) para pessoas com transtorno mental e necessidades, decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A medida apresenta como principal objetivo a redução dos danos provocados pelo consumo de álcool e outras drogas e a promoção de cuidado e de qualidade de vida aos usuários e seus familiares (BRASIL, 2011).

Tal rede é constituída por equipe multiprofissional que atua de forma interdisciplinar e realiza atendimentos articulados com outros pontos de atenção da rede de saúde com as demais redes. O tratamento é tido a partir de um Projeto Terapêutico Individual construído por uma equipe, pelo usuário e por seus familiares (BRASIL, 2011). Porém, a articulação intersetorial é um fator que se encontra com falhas na Rede de Atenção Psicossocial, o que prejudica a eficácia da Política de Redução de Danos a partir da premissa que essa prática se pauta nas articulações entre os sujeitos e os setores sociais diversos para o enfrentamento da dependência (GONÇALVES; LOPES, 2018).

Os centros de Atenção Psicossocial Especializada são divididos nas modalidades de CAPS, CAPSAD e CAPSI. No que se refere a internações, são disponibilizadas Unidades de Acolhimento, Hospitais Gerais e Serviços Residenciais Terapêuticos, que são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos) em hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, dentre outros (BRASIL, 2011).

Segundo Gonçalves e Lopes (2018), dessa maneira, a Política Nacional de Redução de Danos mostra-se em embate ao ideal de abstinência e vai contra os dispositivos disciplinares de dependentes químicos como: prisões, manicômios e

comunidades terapêuticas que têm como diretriz a disciplina e a moral religiosa. Defende ainda o respeito à liberdade de escolha e os direitos à cidadania dos usuários e seus familiares. As ações de Redução de Danos são voltadas para a informação, educação, e assistência plena aos usuários.

De acordo com Fernandes e Ribeiro (2013), apesar de inseridas em diversas legislações da saúde pública do Brasil, as ações são pouco utilizadas nas ações cotidianas dos profissionais de saúde. Tal fato deve-se a estigmas sociais que apontam as estratégias de Redução de Danos como incentivos ao uso de drogas e sua dependência. Tal discurso é sustentado pela mídia, por projetos religiosos e por órgãos do poder que associam a dependência à criminalidade.

Em 5 de junho de 2019, a Lei nº13.840 (BRASIL, 2019) entra em vigor e altera a lei anteriormente citada “(...) para tratar do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), definir as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e tratar do financiamento das políticas sobre drogas e dá outras providências”. Entende-se por Sisnad o conjunto ordenado de princípios, regras, critérios e recursos materiais e humanos que envolvem políticas, planos, programas, ações e projetos sobre drogas. Nele incluem-se, por adesão, os Sistemas de Políticas Públicas sobre Drogas dos Estados, Distrito Federal e Municípios (BRASIL, 2019).

A lei altera as condições de tratamento do usuário ou dependente de drogas fixadas na lei anterior. Denota-se a possibilidade de internação involuntária do dependente de drogas, a pedido de terceiros como familiares ou do responsável legal e, ainda, na falta deste, de servidor público da área da saúde, assistência social ou de órgãos públicos integrantes do Sisnad. Tal fato difere-se da Lei nº10.2016/2001, ou seja, a internação só ocorria mediante a solicitação do familiar ou responsável legal do dependente químico (LEME; MILLEN; SOARES, 2019). Assim, a internação involuntária passa a ocorrer sem a necessidade de autorização judicial, tendo como necessidade apenas de autorização de um médico devidamente registrado no CRM (BRASIL, 2019)

Art. 23. (...) § 2º A internação de dependentes de drogas somente será realizada em unidades de saúde ou hospitais gerais, dotados de equipes

multidisciplinares e deverá ser obrigatoriamente autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento no qual se dará a internação.

§ 3º São considerados 2 (dois) tipos de internação:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do dependente de drogas;

II - internação involuntária: aquela que se dá, sem o consentimento do dependente, a pedido de familiar ou do responsável legal ou, na absoluta falta deste, de servidor público da área de saúde, da assistência social ou dos órgãos públicos integrantes do Sisnad, com exceção de servidores da área de segurança pública, que constate a existência de motivos que justifiquem a medida (BRASIL, 2019).

Ressalta-se ainda que, de acordo com a lei, qualquer das modalidades de internação somente ocorrerá quando recursos extra-hospitalares forem insuficientes ou quando houver a impossibilidade de utilização de alternativas terapêuticas previstas na rede pública de saúde, conforme previsto no §6º do artigo 23. Destaca-se a não obrigatoriedade de um médico especialista apto para a prescrição e autorização da medida de internação. De acordo com a devida lei, a internação involuntária poderá perdurar por até 90 dias, para que ocorra a desintoxicação do usuário e tenha como principal meta sua abstinência (LEME; MILLEN; SOARES, 2019). O término efetivo dentro desses 90 dias será determinado pelo médico responsável, conforme previsto no artigo 23, § 5º:

§ 5º A internação involuntária

I - deve ser realizada após a formalização da decisão por médico responsável;

II - será indicada depois da avaliação sobre o tipo de droga utilizada, o padrão de uso e na hipótese comprovada da impossibilidade de utilização de alternativas terapêuticas previstas na rede de atenção à saúde;

III - perdurará apenas pelo tempo necessário à desintoxicação, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, tendo seu término determinado pelo médico responsável;

IV - a família ou o representante legal poderá, a qualquer tempo, requerer ao médico a interrupção do tratamento (BRASIL, 2019).

O governo defende que a internação involuntária é uma forma de resgate da vida dos usuários e parte do pressuposto de que os recursos não hospitalares são insuficientes para a reinserção do dependente de drogas, que seria incapaz de tomar decisões e ter discernimento por razão das alterações de estado mental causado pelo abuso de drogas. Tal posicionamento é contrário ao que é defendido

pela Política de Redução de Danos. Os defensores dos projetos de redução de danos fixam como requisito da intervenção o reconhecimento do envolvido com drogas, usuário ou dependente, como sujeito com capacidade de diálogo, ou seja, dotado de atributos da fala e da escuta (PEREIRA, 2019).

3 INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA: ARGUMENTOS CONTRÁRIOS E FAVORÁVEIS

Alguns estudiosos acreditam que a internação involuntária pode ser uma opção viável para a garantia da integridade e saúde do dependente em drogas. Em alguns casos, a internação involuntária se torna a última possibilidade de intervenção terapêutica para o paciente. Nesse sentido Luiz et al. (2019) relatam em seus estudos pacientes que receberam essa abordagem de tratamento de maneira eficaz, apontando a necessidade da internação involuntária em casos específicos.

Luiz et al. (2019) relatam um caso de um homem, recorrente em tratamentos, que foi internado pela família. Em um primeiro momento, era contra a internação e resistente ao tratamento, mas após a terceira semana apresentou-se ajustado ao seu projeto terapêutico. Depois de 45 dias recebeu alta demonstrando reconhecer a sua necessidade de tratamento e a importância da intervenção terapêutica em sua melhora. Por fim, após 6 meses o paciente ainda se encontrava em abstinência e demonstrava gratidão pelo tratamento. Assim, os mencionados autores acrescentam que: “entendemos que a autonomia é um dos pilares da atuação ética na assistência à saúde, contudo a capacidade de decidir do indivíduo pode estar seriamente comprometida em alguns casos” (p.60).

O caso apresentado permitiu reconhecer que alguns pacientes podem, sim, ser beneficiados pela internação involuntária. O resultado terapêutico foi positivo e o paciente pôde reconhecer, após um período de abstinência, os benefícios de ter sido internado em uma época em que sua vontade e autonomia estavam seriamente comprometidas. Essa resposta clínica e a mudança na percepção podem servir de alguma forma como embasamento nas discussões éticas sobre autonomia e direitos do paciente envolvendo a internação involuntária (LUIZ et al., 2019, p.60).

Gonçalves et al. (2019) defendem a internação involuntária prevista na nova Lei nº 13.840/2019 por manter o caráter de excepcionalidade da medida, no qual o tratamento do usuário ou dependente de drogas deverá, a princípio, ocorrer em uma rede de atenção à saúde, com prioridade para os tratamentos ambulatoriais. As formas de internação em unidades de saúde e hospitais gerais permitem as internações voluntárias e involuntárias somente quando comprovada a impossibilidade de utilização de outras alternativas terapêuticas da rede de atenção à saúde. Portanto, na opinião dos autores, os novos dispositivos mostram-se em consonância com a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial, previstas na Lei nº 10.216/2001. Justificam-se as medidas propostas considerando a existência de casos extremos em que o dependente tem comprometimento em tomar decisões de forma autônoma e não possui consciência da sua condição física, psíquica e social.

Gonçalves et al. (2019) ainda destacam que a internação involuntária deve respeitar uma série de requisitos, como a avaliação por médico responsável e informar os órgãos de fiscalização em, no máximo, 72 horas. A lei exalta a necessidade da interdisciplinaridade e integração dos programas, ações e projetos públicos e privados de diversas áreas dos serviços sociais, como a saúde, educação, assistência social e cultura. Destaca-se também, a prevenção ao uso de drogas e o estabelecimento de programas, ações e projetos que visam a inserção social e econômica dos dependentes de drogas. Outra medida importante descrita na lei citada é o Plano Individual de Atendimento (PIA), que proporciona um atendimento aos dependentes na rede de atenção à saúde por uma equipe multidisciplinar que irá definir um plano de atendimento específico para cada paciente. O plano de atendimento individual conta com a participação e contribuição familiar, além de promover atividades que visam a integração social e a capacitação profissional do paciente.

Os autores ainda defendem que cada tipo de tratamento vai ser necessário e mais eficiente para cada caso específico e, por isso, deve-se considerar todas as modalidades de tratamentos e analisar individualmente as especificidades de cada indivíduo. Como, por exemplo, as Comunidades Terapêuticas, para muitos

pacientes, são mais eficazes e oferecem melhores condições de adesão ao tratamento que os atendimentos que integram a Rede de Atenção Psicossocial, como os CAPS. Sendo assim, os autores concluem que a eficácia do tratamento está diretamente ligada à individualização do atendimento, como a acessibilidade ao melhor tratamento disponível para a necessidade de cada paciente (GONÇALVES et al., 2019).

A decisão da possibilidade de internação involuntária é vista como uma medida de proteção tida pelo ex-presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria e do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul, Rogério Wolf de Aguiar. Ele avalia a mudança como positiva e ressalta a transformação de medidas já previstas no Conselho Federal de Medicina em lei (PORTAL SETOR SAÚDE, 2019)

A avaliação inicial é muito positiva, porque transforma em lei o que já é parte de uma Resolução do Conselho Federal de Medicina. No CFM, há uma previsão de internações dos tipos voluntário, involuntário e compulsório. [...] A internação involuntária tem causado uma certa polêmica, na medida que propõe uma internação, apesar de contrariedade do paciente. O dispositivo certamente não seria bem aplicado se fosse realizado de modo universal, ou seja, internando indiscriminadamente qualquer pessoa com dependência de drogas. Isso tem que ser avaliado individualmente. O que a Lei abre é a possibilidade legal de que sejam decididas as internações, por indicação médica, em casos de incapacidade da pessoa de decidir por si mesma. Essa medida é decidida quando a pessoa já não comanda e avalia mais os seus atos. É uma ação de proteção (PORTAL SETOR SAÚDE, 2019).

Entretanto, há aqueles que criticam a Lei nº 13.840/2019, que inclui as comunidades terapêuticas acolhedoras como um dispositivo de tratamento e acolhimento dos usuários e dependentes de drogas. Para alguns autores esse fato representa um retorno ao modelo manicomial, argumentando que tais instituições adotam a internação como primeiro recurso e instituem medidas de tratamento que violariam os direitos humanos dos seus pacientes. Justificam esse posicionamento alegando que ocorre o isolamento dos centros urbanos e a retenção de documentos pessoais, entre outros. Esses processos anulam, segundo os autores, a subjetividade dos pacientes e possibilidade de convívio social (LEME; MILLEN; SOARES, 2019).

Essa nova configuração mostra a grande mudança na matriz da Política Nacional Sobre Drogas. Percebe-se que anteriormente seguiam-se os princípios da Redução de Danos e agora é subsidiada pela lógica da abstinência, como mostra o artigo 26, inciso I, que fixa que as comunidades terapêuticas devem caracterizar-se por “oferta de projetos terapêuticos ao usuário ou dependente de drogas que visam à abstinência” (BRASIL, 2019). De acordo com Nunes et al. (2019, p.4493), a medida:

A nova configuração congrega o supostamente mais avançado dos tratamentos neurobiológicos com o mais arcaico tratamento moral, segregador e duradouro, atualmente destinado, de forma mais contundente, aos usuários de drogas ilícitas, conforme prevê a Lei 13.840 de 2019, que muda radicalmente a matriz da política nacional sobre drogas, trazendo a abstinência como meta e a internação, até mesmo involuntária, como método. Satisfazem-se, de um lado, principalmente a indústria farmacêutica, com o fortalecimento dos ambulatórios especializados em patologias (sem nenhuma crítica à inflação nosológica das últimas décadas no seu aspecto de construção cultural afeita a interesses econômicos e a uma leitura descontextualizada do sofrimento humano) e, de outro, as comunidades religiosas neopentecostais, grandes beneficiárias do financiamento público das comunidades terapêuticas.

Dentro dessa concepção, Boarini e Ramos (2005) alegam que os princípios que embasam os atendimentos propostos pelas comunidades terapêuticas seguem um modelo moral predominante e sua grande maioria tem como objetivo a abstinência, o amadurecimento pessoal e a reinserção social dos pacientes por meio de valores como espiritualidade, responsabilidade, honestidade e solidariedade.

Por outro lado, de acordo com Cazenave e Sabino (2005) as comunidades terapêuticas foram criadas com o intuito de realizar um tratamento para a dependência de drogas em que o indivíduo é o principal protagonista e responsável pela sua cura. Para os autores “trata-se de um sistema estruturado, com limites precisos e funções bem delimitadas, regras claras e afetos controlados, através de normas, horários e responsabilidades” (p.168). Sendo assim, os resultados do tratamento são obtidos a partir de um trabalho intenso tanto da equipe quanto dos residentes.

Em 2001, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), considerando a necessidade de normatização do funcionamento de serviços públicos e privados de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, adotou a Resolução RDC 101/2001, que estabeleceu regulamentação técnica através do documento: "Exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas". De acordo com o regulamento, Comunidades Terapêuticas são serviços, urbanos ou rurais, de atenção a pessoas que possuem transtornos devido ao uso ou abuso de substâncias psicoativas, em regime de residência segundo o modelo psicossocial (ANVISA, 2001).

De acordo com a FEBRACT, a Cruz Azul do Brasil e a Federação Norte e Nordeste de Comunidades Terapêuticas (FENNOCT), as práticas essenciais que compõem o tratamento residencial, voltado para a abstinência e praticado nas Comunidades Terapêuticas, têm como destaque: prática da espiritualidade sem a imposição de crenças religiosas; internação e permanência voluntária, que objetiva auxiliar o dependente de substâncias psicoativas a reinserir-se e reintegrar-se na sociedade; ambiente residencial com características de relações familiares, saudável e protegido técnica e eticamente; convivência entre os pares, participando ativamente na vida e nas atividades da Comunidade Terapêutica; aceitação e participação ativa no programa terapêutico definido e oferecido pela Comunidade Terapêutica; acompanhamento pós-tratamento de, no mínimo, um ano após o episódio da internação (FRACASSO, 2017).

Paulino (2014) ao desenvolver uma pesquisa em uma Comunidade Terapêutica sobre os mecanismos de enfrentamento e o papel da religião dos egressos na instituição, observou que a comunidade terapêutica teve um papel importante em sua recuperação e no resgate do ser. O oferecimento dos cuidados médicos, psicológicos e do acolhimento e do apoio social proporcionados pela instituição ajudaram na adesão e no engajamento ao tratamento, atribuído à vontade própria do indivíduo em dar fim à condição ao qual estava vivendo.

Muitas Comunidades Terapêuticas têm a espiritualidade como pilar principal do tratamento oferecido e dos seus princípios. Esse fato é alvo de críticas e gera

polêmicas entre diversas áreas da sociedade. Entretanto, a autora defende a valorização do papel religiosidade/espiritualidade no tratamento dos dependentes de drogas, que através de relatos, observou a religião como estratégia de enfrentamento ao uso e recaída e na recuperação dos egressos (PAULINO, 2014).

Quanto ao modelo de tratamento proposto, observou quatro pontos chaves na recuperação: família, frequência religiosa, oração e suporte social. Assim, o envolvimento com as atividades religiosas é um dos principais aspectos relacionados à recuperação dos egressos. A religiosidade esteve presente nos relatos como propulsora de senso de propósito, crescimento pessoal e conforto espiritual. Ressalta que, ao trabalhar junto com o dependente de drogas a religiosidade e a espiritualidade, é importante não impor partido religioso e respeitar a necessidade religiosa de cada indivíduo. Dessa maneira, a religiosidade pode trazer grandes benefícios no tratamento e no vínculo médico/paciente, e devem ser praticadas pelos profissionais da área da saúde (PAULINO, 2014).

Em dezembro de 2011, a ANVISA regulamentou o funcionamento dessas instituições, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. A partir do programa federal “Crack, é possível vencer”, são incluídas como rede complementar de saúde do SUS, e com isso, passam a receber ajuda e financiamentos do governo. Esse fato foi alvo de críticas de algumas entidades, como o Conselho Federal de Medicina e Psiquiatria, que contestaram as propostas de financiamento das comunidades terapêuticas, uma vez que essas verbas deixariam de ser investidas na rede pública de saúde (BOARINI; RAMOS, 2015).

O Conselho Federal de Psicologia (2011), ao tratar do tema, também se manifestou contra o financiamento das Comunidades Terapêuticas pelo SUS, alegando que são contra os princípios de liberdade e de resgate de laços através do apoio familiar e social. Enfatiza a valorização de programas dos CAPS, unidades de acolhimentos, consultório de rua e leitos em Hospitais Gerais que necessitam de investimento público.

Reafirmada pela Lei nº 13.840/2019, a questão da lógica de abstinência e da legalidade das internações involuntárias causa debates entre diversas áreas da ciência e da sociedade. O Código de Ética Médica afirma que o usuário possui o

direito de escolher o local que será tratado e os profissionais que o acompanharão e ainda defende a possibilidade de o paciente decidir livremente quais escolhas deve tomar acerca de seu bem-estar. Enfatiza que obrigar um paciente a se submeter a um regime de confinamento institucional sem o seu consentimento é um ato ilícito penal de cárcere privado. Nesses casos, o autoritarismo médico vai contra os direitos elementares de cidadania e de direitos constitucionais (COSTA, 2012).

O uso da imposição de um tratamento obrigatório no sentido de controlar o uso de drogas e o tráfico gera questionamento acerca da autonomia do sujeito, no que diz respeito a seu reconhecimento intrapessoal e sua necessidade de ajuda sobre os danos que a dependência de drogas pode trazer em sua vida. Partindo da prerrogativa que o paciente deve acreditar em uma mudança de comportamento em sua relação com a droga, a violação de direito pode causar um efeito oposto, como o aumento do seu consumo (MARQUES; RUIZ, 2015).

Entretanto, existe uma forte argumentação relativa à capacidade de discernimento do dependente de drogas, que muitas vezes se encontra na situação em que sua autonomia está reduzida graças ao seu constante uso. O abuso de substâncias psicoativas causa alterações cognitivas, biológicas e fisiológicas e pode comprometer o funcionamento cerebral e desencadear um estado irracional em que o usuário não tem discernimento do que é “certo” ou “errado” e pode colocar em risco sua vida e a prejudicá-la de diversas formas (MARQUES; RUIZ, 2015).

A internação foi criada para intervir na crise, especificamente quando o indivíduo estiver colocando em risco a sua vida e a de outras pessoas. Não são encontradas ressalvas quando se refere à internação voluntária, porém, é amplamente questionável a aplicabilidade dos tratamentos obrigatórios ao dependente químico. As críticas são por conta do paradoxo que apresentam, por um ângulo intentam proteger a vida, mas, por outro constituem violação da liberdade e punição (MARQUES; RUIZ, 2015, p.6).

O Conselho Federal de Psicologia (2019) se posicionou acerca da nova Lei 11.840/2019 por uma nota pública. Em seu posicionamento afirma que a modificação da legislação é um retrocesso das conquistas da Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas e da Reforma Psiquiátrica, marco na Luta Antimanicomial. Alega-se, ainda, que as medidas foram feitas sem

que houvesse a participação dos Conselhos de Saúde e Conferências. Um fato que chamou atenção a respeito da internação involuntária é que ela possui o prazo de 3 meses e pode ser usada como uma manobra política higienista “A previsão da internação involuntária pelo prazo de até 3 meses, sem o devido cuidado para que esse dispositivo não seja utilizado para o recolhimento em massa da população em situação de rua como forma de higienização das grandes cidades” (CFP, 2019).

Sobre a atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas e aos direitos humanos, Alves e Lima (2012, p. 27) consideram que

Diante do empenho contemporâneo para superar a discriminação das pessoas pelas suas escolhas pessoais relativas às mais diversas opções comportamentais, atitudinais, religiosas, culturais, sexuais ou políticas, defronta-se a saúde pública com um desafio que demanda, como nunca, a garantia dos direitos humanos. Trata-se, em verdade, de um binômio que contempla algumas variáveis na busca do equilíbrio em processo, ou seja, um equilíbrio que não se edifica de forma definitiva, mas que se ergue em uma dinâmica de interação de diversos atores: o usuário de álcool e de outras drogas, a sua família, a sua comunidade e o Estado, mediado pelos serviços de saúde.

Nesse sentido, se faz necessária a reflexão a respeito da questão social do enfrentamento às drogas na contemporaneidade de maneira que se resguardem os direitos humanos dos indivíduos dependentes químicos diante das possibilidades de tratamentos apresentados.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A promulgação da nova Lei 13.840/2019 causou controvérsias e muitos debates por todas as esferas sociais e científicas. Ao se tratar do assunto “internação involuntária”, muitos autores dividem opiniões e abordam o tema de perspectivas diferentes. Em um primeiro momento vimos autores que foram contra a lógica da internação involuntária a partir da abordagem da abstinência, indo contra, ainda, às comunidades terapêuticas e à sua inclusão na nova Lei como um dispositivo de tratamento para dependentes de drogas. Em um segundo momento, outros autores mostraram-se a favor das medidas, argumentando a necessidade da

existência da internação involuntária para casos específicos e das comunidades terapêuticas para o tratamento dos dependentes de drogas.

A internação involuntária é uma modalidade já prevista na Lei nº 10.216 de 2001, conhecida como “Lei antimanicomial”, entretanto, atualmente pode ser solicitada por mais pessoas, como por exemplo servidor público, da área de saúde, da assistência social ou dos órgãos públicos integrantes do Sisnad, fato este que pode se tornar uma problemática. A lei ainda afirma que o pedido de internação só será realizado após a formalização da decisão por médico responsável, mas não especifica qual a especialidade médica responsável.

Está sendo discutido, em diferentes esferas sociais, que a internação involuntária trazida pela nova lei seria uma medida que violaria os direitos humanos e a autonomia dos dependentes de drogas, e ainda, seria uma medida higienista produtora de sofrimento e exclusão social. Se faz necessário questionar se o fim da adoção do modelo de redução de danos será algo benéfico para a luta antidrogas no Brasil, já que é um política adotada por muitos países e que se mostra vantajosa.

Em contra partida, observa-se a polêmica em torno do assunto ao argumentar sobre o comprometimento da autonomia do sujeito que está em uma situação degradante da dependência de drogas. Em muitos casos, os dependentes se encontram em situação de rua, pondo sua vida em risco e a vida dos seus familiares. As consequências sociais, físicas e psíquicas da dependência de drogas, em muitos casos, podem ser irreparáveis, por isso, deve-se refletir sobre casos em que o indivíduo apresenta riscos para si próprio enquanto dependente químico. Ainda, constata-se a necessidade de repensar sobre os termos da Lei e se ela não irá reproduzir uma lógica higienista que poderá provocar o aumento de reincidências das internações e não irá atender as necessidades sociais dessa população.

Por fim, outra questão polêmica que gerou discussões sobre a Lei 13.840/2019 foi a entrada das Comunidades Terapêuticas como dispositivo de atenção e tratamento dos dependentes de drogas. A lei fortalece as CT's, destina verbas do governo e apoia o foco da abstinência. Muitas entidades criticaram a medida, pois esse fato desvalorizaria a rede de atenção a saúde pública, como os

CAPS, e por serem entidades religiosas, supostamente, impõem a religião como tratamento aos dependentes.

Entretanto, foi relatado no presente artigo como as CT's podem ser modalidades de tratamentos efetivas. Com a regulamentação destas comunidades, soma-se à rede de saúde um dispositivo de atenção e tratamento aos dependentes de drogas eficaz e que possui muitos casos de sucesso. Em muitos casos, a abstinência mostra-se a melhor alternativa para o dependente e a espiritualidade/religião também podem atuar como arma de enfrentamento nesse processo.

Desta formam, mostra-se necessário que haja maior conhecimento por parte da população sobre as políticas de drogas e os tratamentos disponíveis na rede pública de saúde do Brasil e, também, o conhecimento do trabalho das CT's, se caracterizando como dever do poder público informá-los dos seus direitos. Também, com relação a população em situação de rua enquanto dependentes de álcool e outras drogas se faz necessário políticas públicas específicas com intervenções mais eficazes e não higienistas. Para isso, deve-se haver maior valorização das redes de saúde e intersetorial para que o cuidado seja feito de forma abrangente, de acordo com a realidade de cada usuário de saúde e seu contexto social. Por fim, constata-se a necessidade de maior produção científica acerca do tema e dos dispositivos de atenção e tratamento aos dependentes de álcool e drogas.

REFERÊNCIAS

ALVES, Vânia Sampaio. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticas, saberes e práticas. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.11, p.2309-2319, nov. 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2009.v25n11/2309-2319/>>. Acesso em: 09 set. 2020.

ALVES, Vânia Sampaio; LIMA, Isabel Maria Sampaio. Atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no Brasil: convergência entre a saúde pública e os direitos humanos. **RDisan**, São Paulo, v.13, n. 3, p. 9-32, 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/56241/59451>>. Acesso em: 09 set. 2020.

ANVISA. Resolução RDC/ANVISA nº 101, de 30 de maio de 2001. 2001. Disponível em: < https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/res_0101.pdf>. Acesso em: 09 set. 2020.

BOARINI, Maria Lucia; RAMOS, Renata Cristina Marques Bolonheis. Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. **História, Ciência e Saúde**, Rio de Janeiro, v.22, n.4, 2015. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v22n4/0104-5970-hcsm-22-4-1231.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2020

BRASIL. Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 09 set. 2020.

_____. Lei n. 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011.

_____. Lei n. 13.840, de 05 de junho de 2019. Altera as Leis nos 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nos 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2019.

CAZENAVE, Silvia de Oliveira Santos; Sabino, Nathalí Di Martino. Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 22, n. 2, p.167-174, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/estpsi/v22n2/v22n2a06.pdf>> Acesso em: 02 nov. 2020

COSTA, Alice Albino. **Combate às drogas: internação compulsória**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <https://www.emerj.tjrj.jus.br/paginas/trabalhos_conclusao/1semestre2012/trabalhos_12012/alicealbinocosta.pdf>. Acesso em: 09 set. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Manifesto do CFP Drogas: pelo tratamento sem segregação**. Conselho Federal de Psicologia, 2011. Disponível em: <<http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/publicacoes/publicacoesDocumentos/manifestodrogascfpfinal.pdf>> Acesso em: 09 set. 2020

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Nova lei sobre drogas amplia internação involuntária e deverá prejudicar pessoas em situação de vulnerabilidade social**. Conselho Federal de Psicologia, 2019. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/nova-lei-sobre-drogas-amplia-internacao-involuntaria-e-devera-prejudicar-pessoas-em-situacao-de-vulnerabilidade-social/>>. Acesso em: 09 set. 2020.

_____. **Nova lei sobre drogas amplia internação involuntária e deverá prejudicar pessoas em situação de vulnerabilidade social**. Jun. 2019. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/nova-lei-sobre-drogas-amplia-internacao-involuntaria-e-devera-prejudicar-pessoas-em-situacao-de-vulnerabilidade-social/>>. Acesso em: 09 set. 2020.

DAMAS, Fernando Balvedi. Comunidades terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, v.6, n.1, p.50-65, 2013. Disponível em: <<http://revista.saude.sc.gov.br/index.php/inicio/article/view/173> > Acesso em: 02 nov. 2020.

CRUZ, Marcelo Santos. Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de redução de danos. In: CIRINO, Oscar; MEDEIROS, Regina (orgs). **Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas**. Autêntica: Belo Horizonte, 2006, p. 13-24.

DELGADO, Pedro Gabriel *et al.* Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 5, 2003. Disponível em: <<http://psiquiatriabh.com.br/wp/wp->

content/uploads/2015/01/Redu%C3%A7%C3%A3o-de-danos-em-
psiquiatria.pdf#page=18>. Acesso em: 09 set. 2020.

FERNANDES, Andréa Hortélio; RIBEIRO, Cynara Teixeira. Tratamentos para usuários de drogas: possibilidades, desafios e limites da articulação entre as propostas da redução de danos e da psicanálise. **Analytica**, São João del-Rei, v.1, n. 2, p. 33-58, 2013. Disponível em: <<http://seer.ufsj.edu.br/index.php/analytica/article/view/372/405>>. Acesso em: 09 set. 2020.

FRACASSO, Laura. **Comunidades terapêuticas**: histórico e regulamentações. Portal de formação a distância: Sujeito, Contexto e Drogas, 2017. Disponível em: <<http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201706/20170605-134703-001.pdf>> Acesso em: 09 set.2020

GONÇALVES, Aline Moreira; LOPES, Helenice Pereira. A política nacional de redução de danos: do paradigma da abstinência às ações de liberdade. **Pesquisas e práticas psicossociais**, São João del-Rei, v.13, n.1, p.1-15, 2018. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/2858>. Acesso em: 09 set. 2020.

GONÇALVES, Letícia Soraya de Souza Prestes et al. **Estudo sobre as alterações promovidas pela Lei nº 13.840/2019 e pela Medida Provisória nº 885/2019 na Lei nº 11.343/2006 (Lei de Drogas)**. Ministério Público do Estado do Paraná. Comitê de Enfrentamento às Drogas e Projeto Estratégico Semear- Enfrentamento ao Álcool, Crack e Outras Drogas. Curitiba, 2019. Disponível em: <https://site.mppr.mp.br/arquivos/File/Projeto_Semear/Estudos/Estudo_sobre_alteracao_na_lei_de_drogas_revisado_02_07_2019_1.pdf> Acesso em: 02 nov. 2020.

LEITE, Paula. Datafolha: Oito em dez aprovam a internação involuntária de dependente de drogas. **Folha de S. Paulo**, 2019. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/07/datafolha-oito-em-dez-aprovam-a-internacao-involuntaria-de-dependente-de-drogas.shtml>> Acesso em: 10 set. 2020

LEME, Renata Salgado; MILLEN, Manuela Marcatti Ventura; SOARES, Patrícia Gomes. A internação involuntária: uma abordagem à luz da lei nº 13.840/2019. **Revista Científica Integrada**, v.4, n.2, p. 1.13, 2019. Disponível em: <<https://unaerp.br/revista-cientifica-integrada/edicoes-anteriores/volume-4-edicao-2/3373-rci-a-internacao-involuntaria-uma-abordagem-a-luz-da-lei-n-13-840-2019-06-2019/file>>. Acesso em: 09 set. 2020.

LUIZ, Nayane Almeida *et al.* Carta ao editor: Internação involuntária para dependente químico. **J Bras Psiquiatr**, v. 68, n.1, p.59-60, 2019. Disponível

em: <<https://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v68n1/1982-0208-jbpsiq-68-01-0059.pdf> >
Acesso em: 02 nov. 2020

MARQUES, Heitor Romero; RUIZ, Viviana Rosa Reguera. A internação compulsória e suas variáveis: reflexões éticas e socioculturais no tratamento e reinserção do paciente na sociedade. **Revista Psicologia e Saúde**, Mato Grosso do Sul, v.7, n.1, p.01-08, 2015. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v7n1/v7n1a02.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2020.

NUNES, Mônica de Oliveira *et al.* Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.12, p.4.489-4.498, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204489&tlng=pt>. Acesso em: 09 set. 2020.

OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de; SANTOS, Jessica Adrielle Teixeira. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. **Saúde e Transformação Social**, Florianópolis, v.4, n.1, p.82-89, 2013. Disponível em: <<http://stat.cbsm.incubadora.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/1909/2482>>. Acesso em: 09 set. 2020.

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paula. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia Social**, Florianópolis, v.23, n.1, p.154-162, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n1/a17v23n1.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2020.

PAULINO, Pedrita Reis Vargas. **Mecanismos de enfrentamento e o papel da religião na prevenção de recaída no uso de álcool e outras drogas em egressos de comunidade terapêutica**. 2014. 149 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) -Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2014. Disponível em: <<https://www2.ufjf.br/ppgpsicologia/files/2010/01/Pedrita-Reis-Vargas-Paulino.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2020.

PEREIRA, Nayara Ferreira. **Drogas e Dependência: Uma análise a respeito da internação compulsória**. 2019. 115 f. Dissertação (Pós-graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento) Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória, 2019. Disponível em: <<http://www.emescam.br/wp-content/uploads/2020/02/dissertao-final-pdf-nayana-ferreira-pereira.pdf>> Acesso em: 02 nov. 2020.