



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

HELENA AMANDA DE MORAES TEIXEIRA LEITE
PÂMELA ALENCAR BORBA

**DEBATE SOBRE DROGAS NO BRASIL: a internação compulsória como
mecanismo de exclusão**

RECIFE
2023

HELENA AMANDA DE MORAES TEIXEIRA LEITE
PAMELA ALENCAR BORBA

**DEBATE SOBRE DROGAS NO BRASIL: a internação compulsória como
mecanismo de exclusão**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Me. Carlos Wendell Pedrosa dos Santos

RECIFE
2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Alencar Borba, Pâmela.

Debate sobre drogas no Brasil: a internação compulsória como mecanismo de exclusão / Pâmela Alencar Borba, Helena Amanda de Moraes Teixeira Leite. - Recife, 2023.

69 p.

Orientador(a): Carlos Wendell Pedrosa dos Santos
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Serviço Social - Bacharelado, 2023.

1. Drogas. 2. Políticas públicas. 3. Serviço Social. 4. Internação compulsória. I. Amanda de Moraes Teixeira Leite, Helena. II. Wendell Pedrosa dos Santos, Carlos. (Orientação). III. Título.

360 CDD (22.ed)

HELENA AMANDA DE MORAES TEIXEIRA LEITE
PAMELA ALENCAR BORBA

**DEBATE SOBRE DROGAS NO BRASIL: a internação compulsória como
mecanismo de exclusão**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Departamento de Serviço Social da Universidade
Federal de Pernambuco, como requisito para a
obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em: 11/05/2023

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. Carlos Wendell Pedrosa dos Santos
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dra. Ana Cristina Brito Arcoverde
Universidade federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

Helena Amanda Moraes de Teixeira Leite

Primeiramente, a Deus, por tudo, por me permitir e dar forças para continuar na caminhada.

Grata aos meus pais Klebiane Moraes e Aloizio Teixeira Leite, que sempre me apoiaram de todas as formas e, me ensinaram a ser quem sou hoje.

Ao meu esposo, Melick Raian, por em toda a minha trajetória acadêmica sempre me apoiar e acreditar que conseguiria concluir o curso, sempre estando ao meu lado nas horas boas e difíceis da universidade.

Agradeço aos amigos que sempre estiveram ao meu lado para me ajudar e dar apoio nessa graduação.

Sou muito grata também à minha dupla do Trabalho de Conclusão de Curso por me ajudar e, trabalhar comigo nesse projeto.

Agradeço ao orientador Prof^o Carlos Wendell, que esteve em todos os momentos para tirar nossas dúvidas e nos acalmar durante o processo do projeto.

Agradeço a professora Vívian Matias, por dar apoio e ajudar na construção do projeto de monografia.

AGRADECIMENTOS

Pâmela Alencar Borba

Aos meus pais, Maria do Socorro Alencar Borba e José Cosme Borba, que se dedicaram para que eu pudesse me tornar a pessoa que sou hoje e chegar onde cheguei, pois apesar de não terem as mesmas oportunidades que eu, não mediram esforços para me proporcionar a melhor educação.

À minha irmã Paloma Alencar Borba e à minha sobrinha Maria Júlia Borba Leão, que sempre me recebe de braços abertos e com alegria.

Ao meu noivo, José Matheus Araújo de Sena, por me apoiar e incentivar nos momentos mais difíceis, por acreditar em mim nos momentos em que eu não acreditava.

Às minhas amigas Ana Livia Gomes e Heloiza Fernandes, obrigada por tornarem essa trajetória tão leve e enriquecedora.

Agradeço a mim por não ter desistido, por poder olhar toda a minha trajetória e enxergar minha evolução. A todos que de alguma fizeram parte dessa trajetória.

Agradeço ao meu orientador, Prof^o Carlos Wendell pela paciência e dedicação.

Agradeço a professora Vívian Matias, por dar apoio e ajudar na construção do projeto de monografia.

A Deus, pelas oportunidades.

Muito obrigada!

RESUMO

Este trabalho tem por finalidade discutir sobre a internação compulsória de usuários de álcool e drogas. Objetiva analisar a atuação do Estado e discutir sobre o tratamento dos adictos, além de trazer a discussão da internação compulsória no âmbito do Serviço Social. O estudo foi desenvolvido por meio de pesquisa bibliográfica e documental, norteadas pelo método dialético crítico, o qual fundamenta o conhecimento do objeto de pesquisa a partir da apreensão das categorias contradição, totalidade, historicidade e mediação. O resultado da pesquisa evidenciou que a internação compulsória resgata práticas excludentes de modelos asilares e estigmatizantes que põem em risco a autonomia dos sujeitos. Além disso, a internação compulsória nega o conceito ampliado de saúde manifesto na Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica. O debate sobre a internação compulsória no Serviço Social assume uma visão contrária em face dessa medida, os documentos publicados pelo CFESS demonstram que a internação compulsória retira a autonomia dos sujeitos, além de estar apoiada ao discurso conservador. Dessa forma, fazendo valer o projeto ético-político da profissão, concluímos que a internação compulsória representa mais um obstáculo para o Serviço Social, já que nossa atuação deve ser voltada para a garantia de direitos.

Palavras-chaves: Internação Compulsória. Serviço Social. Política de Saúde.

ABSTRACT

The purpose of this paper is to discuss the compulsory internment of alcohol and drug users. It aims to analyze the actions of the State and discuss the treatment of addicts, besides bringing the discussion of compulsory internment within the scope of Social Service. The study was developed through bibliographic and documental research, guided by the critical dialectic method, which bases the knowledge of the object of research from the apprehension of the categories contradiction, totality, historicity, and mediation. The result of the research showed that compulsory internment rescues exclusionary practices of asylums and stigmatizing models that put at risk the autonomy of the subjects. Moreover, compulsory internment denies the expanded concept of health manifested in the Health Reform and the Psychiatric Reform. The debate on compulsory internment in Social Work assumes an opposing view in the face of this measure. The documents published by the CFESS demonstrate that compulsory internment removes the autonomy of the subjects, as well as being supported by the converting discourse. Thus, asserting the profession's ethical-political project, we conclude that compulsory internment represents one more obstacle for Social Service, since our work should be directed toward guaranteeing rights.

Keywords: Compulsory Internment. Social Service. Health Policy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CONFEN	Conselho Federal de Entorpecentes
CONAD	Conselho Nacional Antidrogas
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CT	Comunidade Terapêutica
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
DST	Doença Sexualmente Transmissíveis
FUNAD	Fundação Centro Integrado de Apoio à Pessoa com Deficiência
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IC	Internação Compulsória
LBHM	Liga Brasileira de Higiene Mental
MP	Ministério Público
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEP	Projeto Ético-Político
PNAD	Política Nacional Antidrogas
PTSs	Programa de Trocas de Seringas
RD	Redução de Danos
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1. DEBATE SOBRE DROGAS NO BRASIL.....	14
1.1 Estado, Sociedade e as drogas no Brasil.....	17
2. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA: NEGAÇÃO OU GARANTIA DE DIREITOS?.....	30
2.1 Breve histórico do atendimento em saúde mental no Brasil.....	30
2.2 Internação compulsória no contexto da Reforma Psiquiátrica.....	33
2.3 Questão de saúde ou moral? as comunidades terapêuticas.....	39
3. O IMPACTO DO CONSERVADORISMO NO DEBATE SOBRE AS DROGAS.....	45
3.1 O debate da internação compulsória no Serviço Social.....	48
3.2 O fazer profissional do assistente social na Internação compulsória.....	55
CONCLUSÃO.....	59
REFERÊNCIAS.....	62

INTRODUÇÃO

Historicamente, os processos de luta por direitos no Brasil percorreram caminhos árduos de progressos e retrações, contudo, podemos destacar como um desses progressos por luta de garantia de direitos os movimentos de reforma sanitária e psiquiátrica, os quais desde 1970 tencionam a garantia da saúde como um direito universal, além de redirecionar o modelo de atendimento em saúde mental direcionando caminhos diversos da institucionalização.

Apesar dos avanços conquistados nos últimos anos, a institucionalização no campo da saúde mental ainda é recorrente. A partir da ampliação do debate acerca das alternativas de atendimento aos usuários de álcool e drogas cresceram as ações no âmbito legislativo, que buscaram afirmar, entre outras coisas, as formas de atendimento para esses usuários através de internações- voluntárias, involuntárias e compulsória - regulamentadas pela Lei 10.216 de 2001, indicadas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo principal abordar sobre a internação compulsória como uma medida de exclusão social de usuários de álcool e drogas. A escolha do tema se dá através da experiência do campo de estágio que ocorreu no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Regional V, que demandou uma visão crítica e analítica sobre a internação compulsória de uma adolescente que fazia uso nocivo de substâncias psicoativas. O caso solicitado pelo Ministério Público (MP) chamou atenção devido aos fatores que implicavam não somente o uso nocivo de álcool e drogas, mas como todo o contexto social de violência vivenciado pela adolescente que contribuíram para o uso de tais substâncias e como a atuação do Estado vai estar interligado a estratégias que podem adentrar as vias punitivas e de saúde.

Diante do caso foi perceptível que a internação compulsória não deriva apenas da relação saúde x doença, mas como ela pode estar posta a interesses e problemáticas que permeiam a sociedade, primeiro em relação ao Estado, que possui interesses antagônicos, visto que, o tratamento aos indivíduos que passam por processos de danos causados pelo álcool e outras drogas, caracterizou-se pela

exclusão social., além da visão estigmatizante da sociedade que subjuga os usuários de substâncias psicoativas como criminosos ou doentes.

Neste sentido, é importante analisar como a internação compulsória pode reproduzir as opressões estruturais, visto que, a proposta de atendimento aos usuários de álcool e outras drogas vai estar pautadas em medidas de exclusão, de retirada dos usuários dos centros urbanos. De forma, buscamos analisar como as políticas sociais vão atender os usuários de álcool e outras drogas, analisando como se deu o processo de tratamento e responsabilidade para os problemas causados pelo uso nocivo de álcool e drogas.

A relevância acadêmica e profissional desta pesquisa se dá pela possibilidade de contribuir para o debate acerca de como as políticas sociais permeiam a sociedade e como as legislações podem contribuir para a exclusão daqueles que não se adequam à sociabilidade capitalista.

Assim, a metodologia utilizada compreendeu-se em uma pesquisa com abordagem qualitativa, norteada pelo método dialético-crítico, que propõe o conhecimento do objeto de pesquisa a partir da apreensão das categorias de mediação, totalidade, contradição e historicidade. Como categorias de estudos, têm-se a internação compulsória e o processo/estratégias de cuidado aos usuários de álcool e drogas. O desenvolvimento da pesquisa deu-se através de pesquisas bibliográfica e documental.

Esta monografia está estruturada em três capítulos, em que o primeiro capítulo vai trazer como se deu o atendimento aos usuários de álcool e drogas ao longo da história. Aborda-se também a relação entre o Estado, sociedade e as drogas no Brasil, trazendo o enfoque sobre como o consumo de drogas ganha novos contornos em decorrência da história e das transformações societárias. Além disso, discutimos sobre o Sistema Nacional de Política sobre Drogas. Também abordamos como as políticas podem ser usadas para a penalização ou estratégia de cuidado, assim, partimos do pressuposto de que, apesar de existirem legislações que garanta o cuidado e a reinserção familiar e comunitária dos usuários de álcool e drogas, elas também são utilizadas para retirar os indivíduos dos espaços comuns de sociabilidade.

No segundo capítulo, discute-se como a internação compulsória pode ser voltada para garantia ou negação de direitos. Dessa forma, buscamos analisar os aparatos legais para a internação compulsória, o processo da assistência às

pessoas que possuíam agravo de saúde em decorrência ao uso de álcool e drogas, além de discutir sobre a internação compulsória no contexto da reforma psiquiátrica. Para concluir o capítulo trazemos as comunidades terapêuticas, buscando estabelecer uma crítica sobre sua relação de tratamento com o caráter de cunho moral.

No terceiro capítulo buscamos trazer o debate da internação compulsória no âmbito do Serviço Social. Para isso, apresentamos as discussões realizadas pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), bem como os materiais produzidos que discutem a temática. Além disso, discutimos sobre o impacto do conservadorismo no debate sobre as drogas, que reflete nos âmbitos social e institucional, concluindo com o fazer profissional dos assistentes sociais no contexto da internação compulsória.

Por fim, concluímos que a internação compulsória é uma medida de exclusão que tem como determinantes a estigmatização do usuário de substâncias psicoativas, a relação de segregação e exploração de classe, assim como, a visão punitiva do Estado.

1. DEBATE SOBRE DROGAS NO BRASIL

No Brasil, o consumo de álcool e outras drogas não é algo recente, contudo, o cuidado e a atenção voltada para a responsabilidade do enfrentamento dos problemas associados ao consumo de álcool e drogas só começam a ser abordados pelo Estado no início do século XX. Segundo Machado e Miranda (2007) as primeiras ações governamentais vão surgir nesse período a partir da criação de aparatos jurídico institucionais destinados ao controle do consumo de drogas e preservação da saúde pública do país.

As ações promovidas, por uma série de leis e decreto criminalizavam o comércio e o uso de drogas, além de promover a exclusão social dos usuários de substância psicoativa. As leis e os decretos jurídicos institucionais propunham a permanência dos usuários em sanatórios, prisões e, a partir de 1970 em hospitais psiquiátricos. De acordo com Machado e Miranda (2007):

Essas medidas foram influenciadas por convenções internacionais que as recomendavam. Em 1911, o Brasil aderiu à Convenção de Haia, que estabeleceu o primeiro tratado internacional a propor o controle sobre a venda de ópio, morfina, heroína e cocaína. O país compareceu também às reuniões da Organização das Nações Unidas (ONU), realizadas em 1961, 1971 e 1988, as quais deram origem a convenções internacionais que reafirmaram a necessidade de adoção de medidas de repressão à oferta e ao consumo de drogas. (MACHADO, MIRANDA, 2007, p. 804).

Embasada nessa concepção proibicionista e repressiva, o código penal brasileiro em 1924, por meio do decreto 4.294 propôs pena de prisão para a venda de ópio, cocaína e derivados. O consumo de bebidas alcoólicas era tolerado pelo Estado e a sociedade brasileira, as ações voltadas para o alcoolismo levaram a criação de sociedade privada, como a Liga Antialcoólica de São Paulo, Liga Brasileira de Higiene Mental, Liga Paulista de Profilaxia Moral e União Brasileira Pró-Temperança, que se encarregaram de promover a educação antialcoólica e as primeiras medidas assistenciais para alcoolistas, marcadas por concepções moralistas e higienistas (MUSUMESCI, 1994). Além disso, a embriaguez que acarretar em “*atos nocivos a si próprio, a outrem ou à ordem pública*” passou a ser punida com a internação compulsória em “*estabelecimento correccional adequado*”. O decreto 14.969, de 3 de setembro de 1921, criou o “*sanatório para toxicômanos*” (BITTENCOURT, 1986; FIORE, 2005).

A legislação brasileira, influenciada por deliberações e acordos realizados em conferências e convenções, passa a receber, também, influência da medicina (em especial psiquiatra) a partir de 1970. Essa influência passou a contribuir para a legitimação do controle de uso de drogas a partir do aporte técnico científico tratando o usuário como “doente” e “criminoso” (FIORE, 2005).

Com isso, nas décadas seguintes, 70 e 80, vários aparatos assistenciais são criados: hospitais psiquiátricos, centros especializados de tratamento público ou filantrópicos. Contudo, esses dispositivos se inserem com o objetivo de salvar, recuperar e punir em um cenário completamente esvaziado e de difícil acesso. (FIORE, 2005).

Apesar do cenário com predominância de ações de repressão ao consumo de álcool e outras drogas, algumas mudanças são postas a partir da lei 6.360 de 1976, as ações voltadas para o tratamento do uso e da dependência de drogas deveriam ser abordadas no campo médico-psiquiátrico, havendo modificações nas propostas assistenciais, reafirmando a tendência à medicalização. Dessa forma, ocorreram mudanças no tratamento e substituição de termos como ‘viciado’ para ‘dependente de droga’, criação de estabelecimento especializados no tratamento a dependência na rede pública de saúde, além da proposição de tratamento e não mais internação compulsória.

Segundo Bittencourt (1986) a Lei 6.360, a partir da década de 1980, favoreceu para o surgimento da assistência à saúde para os usuários de drogas, pois a partir dessa década foram criados os primeiros centros de tratamentos (públicos e religiosos). Segundo a autora:

Se em parte esses estabelecimentos especializados emergem para atender a um problema formulado na esfera social da própria comunidade, por outro lado, servem como suporte institucional ao cumprimento da prescrição legal existente na atual legislação brasileira (lei 6.368 de 1976). Esta, entre outras coisas, visa abrir as portas assistenciais do Estado aos dependentes de drogas... (BITTENCOURT, 1986, p.1-2).

Criado e regulamentado em 1980, o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) destacou-se com um órgão normativo que vai dedicar-se, principalmente, a ações de repressão ao uso e ao tráfico de drogas. Era composto por vários representantes de vários ministérios, da justiça à saúde, da educação à previdência. A partir da redemocratização, o CONFEN voltou suas práticas a prevenção, tratamento e pesquisa, aliadas à perspectiva não repressiva. A partir de 1988, o

Brasil vai dar início à construção de uma política nacional específica voltada sobre o tema da redução da demanda e da oferta de drogas.

Essas transformações, advém desse período de redemocratização, com a efervescência das lutas sociais e a abertura favorável a debates sobre direitos sociais e políticos. Assim, o CONFEN foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD). Além disso, em 1998 foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD).

Com a missão de coordenar a Política Nacional Antidrogas, por meio da integração e articulação entre a sociedade e o Governo, como Secretária Executiva do Conselho Nacional Antidrogas, coube à SENAD mobilizar diversos atores envolvidos com o tema para a criação da política brasileira. Assim, em 2002, por meio do Decreto Presidencial nº. 4.345, de 26 de agosto de 2002, institui-se a Política Nacional Antidrogas – PNAD.

Em 2003, no governo do então Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva emergiu a necessidade de uma nova Agenda Nacional para a redução da oferta de drogas no Brasil. Assim, a agenda contemplaria três pontos principais: a integração política pública setoriais em conjunto com a PNAD; descentralização em nível municipal para a adaptação da realidade de cada município e o estreitamento da relação entre a sociedade e a comunidade científica (BRASIL, 2013).

A política descentralizada possibilitou o comprometimento de enfrentar os diferentes problemas associados ao consumo de drogas, promoveu melhoria das condições sanitárias, do manuseio dos dependentes e da população. No documento também foram definidos o marco teórico político e as diretrizes em consonância com os princípios e orientações do SUS, da reforma psiquiátrica e da redução de danos.

Segundo Machado e Miranda (2007):

Propuseram-se como diretrizes: a alocação do uso de álcool e outras drogas entre os problemas da saúde pública; a indicação do paradigma da redução de danos nas ações de prevenção e de tratamento; a desconstrução da concepção do senso comum de que todo usuário de drogas é doente e requer internação ou prisão; e a mobilização da sociedade civil para práticas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras. (MACHADO e MIRANDA, 2007, p. 818).

Os avanços e retrocessos sobre as políticas voltadas para o tratamento, acolhimento e reinserção de usuários de substâncias psicoativas podem ser avaliados a partir das conjunturas nas quais estamos inseridos. Nessa perspectiva, as políticas voltadas às ações de redução de danos vão sofrer mudanças. Essas

mudanças podem acarretar a ampliação dos serviços fornecidos pelo Estado centrado em uma perspectiva ampla do conceito de tratamento da relação saúde/doença ou a desresponsabilização do mesmo.

Outrossim, pode-se acrescentar que o decreto 9.761/2019, revogado durante o governo do presidente da mesma época, Jair Messias Bolsonaro, apresenta mudanças na PNAD, possuindo o objetivo de diminuir a oferta e demanda das drogas e, com isso, os danos causados pelas drogas, no qual busca, juntamente com equipes de psicólogos, assistentes sociais e pedagogos, ajudar na inserção do indivíduo no meio social novamente (BRASIL, 2019).

O consumo de álcool e drogas na sociedade brasileira constitui-se como um problema complexo com implicações políticas, econômicas, sociais e psicológicas. De acordo com Brites (2015), o debate crítico sobre a política de drogas no Brasil é recente, pois a herança progressista no campo da saúde que se articularam no processo de redemocratização e que contribuíram para os debates em torno da Reforma Sanitária e Psiquiátrica não influencia de forma imediata e direta o debate sobre a Política de Drogas.

Dessa forma, é necessário buscar a relação entre o uso nocivo de drogas e álcool, as estratégias de cuidado e a visão social. Assim, é necessário compreender como o uso de substâncias psicoativas assume contorno distinto derivado das transformações societárias, o que implica nas ações estatais que cercam o usuário promovendo mecanismos que levam à exclusão deles.

1.1 Estado, Sociedade e as drogas no Brasil

Para iniciarmos este capítulo se faz necessário abordar a definição de drogas. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) há dois aspectos conceituais que podem ser atribuídos ao termo drogas, ambos com viés biológico. Dentro da abordagem da área médica, as drogas¹ são substâncias dotadas de características terapêuticas ou preventivas que auxiliam na recomposição ou incremento saudável ou regular das funções vitais do homem. Já do ponto de vista

¹ “Drogas” ou “substâncias psicoativas” são sinônimos. Contudo, pela carga semântica pejorativa, que o termo “drogas” carrega, será utilizada a nomenclatura “substâncias psicoativas”, quando for possível sua substituição.

farmacológico, as drogas passam a ser analisadas a partir das propriedades bioquímicas, pelos compostos e alterações fisiológicas. Assim, considera-se droga qualquer substância que altere o funcionamento mental e comportamental.

Nessa perspectiva, será que dependente químico e consumidor de drogas são a mesma coisa? A partir de Costa (2009), são denominações que diferem uma da outra, pois o consumidor de drogas é o termo usado para o indivíduo que faz o uso de drogas esporadicamente. Todavia, o dependente químico é o termo utilizado para o indivíduo que, como o nome já diz, “depende”, ou melhor dizendo, faz o uso contínuo da droga, além de mudar o temperamento para com a sociedade. De acordo com Costa (2009)

Todo dependente químico já foi um dia um simples usuário de drogas, ou seja, apenas consumia drogas ocasionalmente, mas nem todo consumidor se tornará dependente químico, porque para isso o consumidor precisa levar em consideração o tempo do consumo, o tipo de droga ingerida, seu próprio organismo se é ou não vulnerável a substância (COSTA, Meirelúcia, 2009, p. 02).

Apesar do consumo de drogas constituir-se como um problema social, econômico e de saúde pública, seu uso segue um padrão que historicamente vai ganhando contornos diferentes atrelada à função da sua época ou cultura. Se na antiguidade as drogas eram usadas para fins medicinais, ritualísticos, para aproximação de entidades, hoje seu consumo assume contorno moral, social e jurídico. De acordo com Bucher (2002):

Ao percorrer a história da civilização, encontramos a presença de drogas desde os primórdios da humanidade, inseridas nos mais diversos contextos: social, econômico, medicinal, religioso, ritual, cultural, psicológico, estético, climatológico e mesmo militar. O fenômeno das drogas deve, portanto, ser considerado como um fenômeno especificamente humano, isto é, um fenômeno cultural: não há sociedade que não tenha as suas drogas, recorrendo a seu uso para finalidades diferentes, em conformidade com o campo de atividades na qual se insere (BUCHER, 2002, p. 8).

O autor ainda elucida que:

Pôde-se distinguir três funções gerais, atribuídas alternativa ou simultaneamente à ingestão de drogas, em contexto sociais que variam segundo a organização e as crenças de uma determinada sociedade...Em primeiro lugar, a droga permite escapar à consciência de transitoriedade da existência e à angústia que isto provoca...Uma segunda função, intimamente acoplada como a primeira, diz a respeito a certas procuras de transcendência, a saber, a pretensão de entrar em contato com forças sobrenaturais...Uma terceira função- a mais conhecida- que cabe às drogas, diz à busca de prazer (BUCHER, 2002, p.8).

As transformações societárias exerceram uma grande influência sobre o fenômeno do consumo de drogas, favorecendo o intercâmbio de novas substâncias, aumento de novos usuários e mais substâncias psicotrópicas. O consumo nocivo² de álcool e drogas constitui-se como um problema social por que decorre da interação do indivíduo que a consome, partindo da percepção de inutilidade para o sistema produtivo. Dessa forma, qualquer ação que vise prejuízo na vida produtiva resulta em prejuízos econômicos.

O Estado como regulador da vida social, ao buscar alternativas que visem à tentativa de redução das consequências do impacto sobre o uso nocivo de álcool e drogas encontra dificuldades pois suas ações remetem a ações de combate por vias penais.

A expansão global do capitalismo, as drogas se converteram em mercadorias, acarretando o processo de produção, distribuição, consumo e lucro. De acordo com Carneiro (2002), a mercantilização das drogas é um dos maiores comércios existentes no século XX. A lucratividade gerada pela venda dessas substâncias cria a separação entre as drogas farmacêuticas, o tabaco e o álcool, entre outras.

Ainda, de acordo com Carneiro (2002), o estatuto do proibicionismo separa as drogas lícitas das ilícitas, ou seja, a aceitação de umas e recriminação de outras. A discussão em torno da distinção entre drogas lícitas e ilícitas torna-se importante, já que o consumo de drogas tidas como ilícitas constitui-se como parâmetro para a marginalização e estigmatização dos usuários.

A criminalização das drogas esbarra não apenas no uso, mas também na comercialização e venda desses produtos. O álcool, por exemplo, apesar de constituir-se como uma substância que pode gerar problemas graves de saúde e dependência, seu uso é socialmente aceito. Já as drogas tidas como ilícitas geram medidas proibicionistas que se originaram a partir de um viés moralista e conservadora.

Vários fatores contribuem para a guerra às drogas, o proibicionismo constitui-se como um desses fatores que trazem como efeito o encarceramento em massa e o extermínio da população preta e periférica (TELLES, AROUCA E

² Mudança do termo “abuso de substância psicoativa” é definido como “padrão desajustado de uso indicado pelo contínuo desse uso apesar do reconhecimento da existência de um problema social, ocupacional, psicológico ou físico, persistente ou recorrente, que é causado ou exacerbado pelo uso recorrente em situações nas quais ele é fisicamente arriscado.” uso nocivo e uso arriscado são os termos equivalentes na terminologia da OMS, embora eles geralmente digam respeito apenas aos efeitos físicos e não às consequências sociais.

SANTIAGO, 2018). A crise econômica, o desemprego estrutural, o sucateamento do ensino público, o aumento da pobreza nas periferias e o aumento da violência urbana favorecem o processo de aumento do tráfico de drogas.

Costa (2009), traz que:

O uso de drogas evoluiu e tornou-se mais frequente hoje e estar relacionado a vários problemas sociais como, por exemplo, internações psiquiátricas, o crescimento da criminalidade e a violência nos países em desenvolvimento e desenvolvidos, no entanto o uso de drogas sempre causou polêmicas em nossa sociedade que hoje se divide em aceitar ou não o uso de drogas proibidas (COSTA, Meirelúcia, 2009, p. 04).

As periferias tornam-se um lugar estratégico para o mercado de drogas, por conta do recrutamento de jovens periféricos que vivenciam a violência e a discriminação. Assim, o contexto econômico, social e político cria consequências que podem acarretar no consumo de drogas. O consumo de álcool e outras drogas derivam de vários fatores que podem conter agravos oriundos da dependência química que compromete a saúde, a dinâmica social e familiar. Dessa forma, ao pensar alternativa para o tratamento dos usuários de álcool e outras drogas o que se percebe é a soma de todo o processo de criminalização da dependência e do consumo, a exclusão social e o distanciamento dos serviços públicos de saúde (LIMA, 2014).

Passos e Souza (2011) expõem que, as estratégias adotadas pelo governo brasileiro no que se refere a construção de uma política de redução de danos ocorreram de forma lenta e gradual. De acordo com os autores, a Redução de Danos (RD) foi adotada no Brasil como estratégia de saúde pública pela primeira vez em 1989 em Santos-SP, estava vinculada aos altos índices de transmissão de HIV devido ao uso de drogas injetáveis. A proposta inicial para a prevenção ao HIV estava alicerçada ao Programa de Trocas de Seringas (PTSs).

Ao longo dos anos a RD foi se tornando uma estratégia de produção de saúde alternativa com estratégia voltadas para a lógica da abstinência, ampliando as ofertas de saúde para a população de usuários de drogas. Essa diversidade de oferta em saúde sofreu impulsos a partir de 2003, as ações deixam de ser exclusivas dos Programas de DST/AIDS e se tornam estratégias da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas e da Política de Saúde Mental (PASSOS e SOUZA, 2011).

A redução de danos no Brasil coexiste com o proibicionismo que historicamente manteve suas ações no campo da militarização, na qual ela se organiza em torno da Segurança Pública. Nesse contexto, as ações estatais vão de encontro com ações retrógradas e desumanas. A redução de danos, nessa perspectiva, se traduz como proposta alternativa para a prevenção do uso abusivo de substâncias.

Diante disso, o que pensar do acolhimento da sociedade a partir do comportamento do Estado? O que esperar da sociedade acerca de acolhimento e não de recolhimento? Bom, essas perguntas são feitas frequentemente.

Segundo Costa (2009), a sociedade acusa e exclui todos aqueles que não seguem, ou vão de encontro com as “normas”, como por exemplo, o usuário de drogas ilícitas e o consumidor, ou até mesmo como ela retrata no artigo, o desviante.

Como é dito por Costa:

É o fato de que tanto usuário como dependente são ignorados pela sociedade em questão, já que pertencendo aos grupos de usuários não se estar presente no comportamento dominante da sociedade, nisto o desvio vai ser a característica destas pessoas e por serem desviante a sociedade vai encará-los como sendo problemáticos para ela por isso consumo e dependência pertencem ao mesmo grupo, dos repugnados da sociedade (COSTA, Meirelúcia, 2009, p. 02).

Ainda, de acordo com autor:

É o dependente químico que primeiro desorganiza seu cotidiano e afeta todos à sua volta e nem sempre os familiares estão prontos para lidar com o dependente que leva consigo a tranquilidade da família, e a confiança de seus familiares. É o dependente que demonstrando visualmente seu vício é mais estigmatizado pela sociedade e sendo assim mais evitado (COSTA, Meirelúcia, 2009, p. 05).

Nessa perspectiva, a sociedade possui preceitos e, os que não vão de acordo com eles são excluídos. Com isso, pode-se analisar que a sociedade não recebe os usuários de substâncias psicoativas em forma de acolhimento e, sim de recolhimento; fazendo com que, os usuários não sejam acolhidos da melhor forma correta, mas, sejam punidos.

Todavia, a Política Nacional sobre Drogas (PNAD, 2011) prevê nas suas propostas de articulações e a integração entre diferentes políticas, permitindo novos olhares sob as mais diversas perspectivas, partindo do princípio de responsabilidade compartilhada entre os segmentos do governo e da sociedade.

1.2 Sistema Nacional de Política sobre Drogas

Apesar das intervenções governamentais sobre o fenômeno do uso de drogas ter ocorrido no século XX, apenas em 2003 que o Ministério da Saúde vai afirmar seu compromisso de enfrentamento do uso de álcool e outras drogas (Machado e Miranda, 2007).

O Sistema Nacional de Política sobre Drogas é constituído pelo Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos (SENAD), Política Nacional sobre Drogas (PNAD) e Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD), pelos quais visam garantir a diminuição das vendas e consumos de drogas e, assim, diminuição de danos (BRASIL, 2021).

O Brasil se destacou nas relações da Política sobre drogas internacionalmente com a criação da lei nº11.343/06, instaurada durante o governo Lula, no qual se refere à prevenção, reinserção, atenção e proteção do usuário e sua família, além de endurecer mais a questão punitiva da oferta e da demanda de drogas ilícitas. (BRASIL, 2006)

De acordo com a Lei nº11.343/06:

Entre os principais pontos a serem destacados está a distinção clara e definitiva entre usuários / dependentes de drogas e traficantes, colocados em capítulos diferentes. A nova lei não descriminaliza qualquer tipo de droga. Apesar do porte continuar caracterizado como crime, usuários e dependentes não estarão mais sujeitos à pena privativa de liberdade mas, sim, a medidas sócio-educativas aplicadas pelos juizados especiais criminais. (BRASIL, 2010, p. 27)

Acerca da Lei de número 11.343/ 2006, há poderes que compõe a realização do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), são eles, o Poder Executivo Federal, SENAD, CONAD, juntamente com os órgãos de cada município, Estado e Distrito Federal. Buscando, a contenção da comercialização das drogas e do tráfico, além da prevenção e reinserção do usuário de drogadição em seu meio social (BRASIL, 2010).

Ademais, de acordo com a Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil (2010), a PNAD, com seu principal foco na Redução de Danos, redução de

oferta e demanda como principais soluções terapêuticas do uso de drogas, possui como pressupostos fazer com que não haja diferenças entre dependentes químicos e o meio social pelo qual ele vive, ou melhor dizendo, fazendo com que não haja exclusão social, com uma possível causa do preconceito de ser um usuário de drogadição.

Com necessidade de transformar a sociedade para que ela seja mais igualitária e com proteção. Como a Legislação afirma em alguns de seus pressupostos:

- Buscar, incessantemente, atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas.
- Reconhecer as diferenças entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante de drogas, tratando-os de forma diferenciada.
- Tratar de forma igualitária, sem discriminação, as pessoas usuárias ou dependentes de drogas lícitas ou ilícitas.
- Buscar a conscientização do usuário e da sociedade em geral de que o uso de drogas ilícitas alimenta as atividades e organizações criminosas que têm, no narcotráfico, sua principal fonte de recursos financeiros.
- Garantir o direito de receber tratamento adequado a toda pessoa com problemas decorrentes do uso indevido de drogas.
- Priorizar a prevenção do uso indevido de drogas, por ser a intervenção mais eficaz e de menor custo para a sociedade. (BRASIL, 2010, p. 13)

Todavia, o Estado tem como papel principal cuidar do bem estar dos seus usuários, ou seja, o Estado, juntamente com a sociedade possui como dever a estratégia de inserção social promovendo ações para que o usuário e todo o seu meio social tenha uma relação de ética entre eles, além do bem estar do usuário de drogas psicoativas em seu meio social. Como diz em uma das suas orientações gerais:

O Estado deve estimular, garantir e promover ações para que a sociedade (incluindo os usuários, dependentes, familiares e populações específicas), possa assumir com responsabilidade ética, o tratamento, a recuperação e a reinserção social, apoiada técnica e financeiramente, de forma descentralizada, pelos órgãos governamentais, nos níveis municipal, estadual e federal, pelas organizações não-governamentais e entidades privadas (BRASIL, 2010, p. 16).

Ademais, como retrata a Legislação:

O acesso às diferentes modalidades de tratamento e recuperação, reinserção social e ocupacional deve ser identificada, qualificada e garantida como um processo contínuo de esforços disponibilizados, de forma permanente, para os usuários, dependentes e seus familiares, com investimento técnico e financeiro de forma descentralizada (BRASIL, 2010, p. 17).

O Estado possui o dever, como consta acima, de disponibilizar o acesso a tratamentos e às Comunidades Terapêuticas, para que o usuário receba os seus devidos cuidados e, com isso, possa ter de novo oportunidades de ser reinserido no seu meio social. Prevê, ainda, que o usuário e sua família devem ter oportunidades qualificadas de se manter em seu meio social.

A PNAD, com o decorrer dos anos, foi avançando e, com isso, ficando mais visível entre as políticas públicas, sociais e de saúde. Como é visto em 2019, com a lei 13.840/2019, sancionada pelo presidente, na época em questão, Jair Bolsonaro, que foi revogada a partir das pesquisas no aumento de casos. (BRASIL, 2019). Ademais, uma das mudanças, foi no SISNAD, pelo qual integra não somente o SUS como agora o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), visando ainda mais a questão social e realidade social em que o indivíduo vive.

Além de, segundo a lei 13.840/2019:

Art. 8o-D. São objetivos do Plano Nacional de Políticas sobre Drogas, dentre outros:

I - Promover a interdisciplinaridade e integração dos programas, ações, atividades e projetos dos órgãos e entidades públicas e privadas nas áreas de saúde, educação, trabalho, assistência social, previdência social, habitação, cultura, desporto e lazer, visando à prevenção do uso de drogas, atenção e reinserção social dos usuários ou dependentes de drogas;

II - Viabilizar a ampla participação social na formulação, implementação e avaliação das políticas sobre drogas;

III - priorizar programas, ações, atividades e projetos articulados com os estabelecimentos de ensino, com a sociedade e com a família para a prevenção do uso de drogas;

IV - Ampliar as alternativas de inserção social e econômica do usuário ou dependente de drogas, promovendo programas que priorizem a melhoria de sua escolarização e a qualificação profissional;

V - Promover o acesso do usuário ou dependente de drogas a todos os serviços públicos;

VI - Estabelecer diretrizes para garantir a efetividade dos programas, ações e projetos das políticas sobre drogas;

VII - fomentar a criação de serviço de atendimento telefônico com orientações e informações para apoio aos usuários ou dependentes de drogas;

VIII - articular programas, ações e projetos de incentivo ao emprego, renda e capacitação para o trabalho, com objetivo de promover a inserção profissional da pessoa que haja cumprido o plano individual de atendimento nas fases de tratamento ou acolhimento;

IX - Promover formas coletivas de organização para o trabalho, redes de economia solidária e o cooperativismo, como forma de promover autonomia ao usuário ou dependente de drogas egresso de tratamento ou acolhimento, observando-se as especificidades regionais;

X - Propor a formulação de políticas públicas que conduzam à efetivação das diretrizes e princípios previstos no art. 22;

XI - articular as instâncias de saúde, assistência social e de justiça no enfrentamento ao abuso de drogas; e

XII - promover estudos e avaliação dos resultados das políticas sobre drogas.

§ 1o O plano de que trata o caput terá duração de 5 (cinco) anos a contar de sua aprovação.

§ 2o O poder público deverá dar a mais ampla divulgação ao conteúdo do Plano Nacional de Políticas sobre Drogas (BRASIL, 2019, art. 8º).

Ficam responsáveis o Distrito Federal, os municípios e o Estado, por fazer com que a lei de proteção seja aplicada de forma correta. E, a partir disso, dar atenção ao jovem e demonstrar como ter oportunidades, além de impulsionar novas alternativas de vida. Com o intuito de sair desse meio de ansiedade e depressão levados após o pequeno lapso de tempo de prazer que a dependência causa.

1.3 Penalização ou estratégia de cuidado?

Trazemos como objetivo a discussão sobre como as ações do Estado podem ser voltadas para as estratégias de cuidado, como também, medidas de punição. Ao longo do estudo, percebe-se que a trajetória usada pelo Estado brasileiro ao que se refere a atenção e cuidados aos usuários de substâncias psicoativas adentram os campos penal e de saúde.

A ambiguidade de suas ações pode ser discutida a partir de alguns pontos. Dessa forma, apesar de visualizar legislações específicas referente ao tratamento e cuidados dos usuários de drogadição; há contradições. A Lei 10.216/2001, que emerge junto com a Reforma Psiquiátrica, prevê que os pacientes sejam tratados em unidades apropriadas, que promovam ações que busquem a inserção familiar e comunitária.

Assim ela traz em seus artigos:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

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

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

I - Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - Ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - Ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - Ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - Ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - Ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001 art.1 e 2).

Apesar da lei trazer um modelo de tratamento voltado para o cuidado e reinserção familiar e comunitária, ela não transparece a realidade do país. Soares (2009) aponta que, nos países latino americanos as reformas estavam pautadas no modelo liberal. Dessa forma, as reformas sempre foram feitas a partir do desmonte das políticas sociais. Ainda, segundo a autora, o Estado- neoliberal- vai atender às demandas da classe trabalhadora e do capital financeiro. Dessa forma, pensar em uma política que busque se efetivar de fato se torna um papel quase impossível.

Mendes, Carnut e Guerra (2018) traz que, o financiamento da saúde pública no Brasil é marcado por uma trajetória turbulenta, devido ao contexto marcado pelo modo de produção capitalista. Esse processo turbulento e desgastante segundo os autores atinge todos os níveis de atenção à saúde, em especial a atenção básica. O avanço do neoliberalismo e o desmonte das políticas sociais reforçam o retrocesso na Política Nacional de Saúde, afetando diretamente toda a rede que compõem o SUS.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, suas diretrizes e princípios:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012, p.19).

Partindo da Política Nacional de Atenção Básica, podemos visualizar a ambiguidade do Estado em promover políticas públicas já que, o desfinanciamento público é uma realidade a ser discutida. O tratamento e o cuidado das pessoas que fazem o uso nocivo de álcool e outras drogas vai de encontro a duas vias. A

primeira, estaria situada no tratamento abordado pelas leis e políticas, de cuidado, tratamento e reinserção familiar e comunitária. A segunda seria um tipo de recolhimento ou encarceramento, visto que o uso de drogas, é tratado como um problema grave de saúde e de segurança pública.

Para exemplificar, a Lei 10.216/2001 tem sido associada, também, ao tratamento de usuários de álcool e drogas. Pesquisadores apontam que a internação compulsória de usuários de álcool e drogas é vista como uma medida de segurança regulamentada pelo Código Penal³. Paulo Amarantes, pesquisador da área de saúde mental, em entrevista concedida a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), em 2013, afirmou que, a internação compulsória deve ser voltada para pessoas que cometeu um delito ou que está preste a cometer, ou seja quando há uma ameaça visível para a sociedade. Além disso, é necessário a avaliação pericial para a identificação de algum possível transtorno mental.

Dessa forma, deve-se analisar a internação compulsória como uma medida regulamentada que vai buscar o tratamento, como também fazer a retirada dos usuários dos grandes centros urbanos. A dependência química, de certa forma, gera um desconforto social, pois ela torna os indivíduos que a consomem “inúteis” tendo em vista a valorização do trabalho. Os dependentes químicos ocupam as praças, pontes, esquinas, etc. Diversos espaços são ocupados, desde as periferias até as áreas mais nobres, emergindo assim, como um problema grave de saúde pública, que gera discussões acerca das medidas a serem tomadas pelo poder público.

As medidas de tratamento para o uso e a venda de substâncias ilícitas vai se debruçar em tratamentos punitivos devido a estigmatização do usuário. O encarceramento em massa entra como consequência da guerra às drogas promovida pelo Estado. Devido a isso, devemos analisar o controle social exercido pelo Estado sobre as medidas que legitimam a violência estatal.

Segundo Juliana Borges, “Além da privação de liberdade, ser encarcerado significa a negação de uma série de direitos e uma situação de aprofundamento de vulnerabilidades.” (BORGES, 2018, p. 21). Partindo dessa perspectiva, a internação compulsória, sendo analisada como uma medida de encarceramento, pode acarretar

³ As medidas de segurança são definidas no Art. 96 do Código Penal e se constituem de internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou sujeição a tratamento ambulatorial (BRASIL, 1940)

em uma série de negação de direitos, primeiro por não levar em consideração o indivíduo sobre o tratamento ofertado. Segundo por tratar o usuário de substâncias psicoativas como doente.

Sobre a invalidação do usuário ao que se refere a retirada da autonomia do indivíduo do seu tratamento, a assistente social e pesquisadora da área de saúde mental e uso de drogas, Cristina Brites, afirma que:

É preciso desmistificar a afirmação de que o usuário de drogas é incapaz de tomar decisões conscientes. Isso pode ser parcialmente verdadeiro no momento do efeito agudo da droga. Entretanto, sabemos que há momentos de lucidez e consciência, e isso tem que ser reconhecido por parte da equipe de atendimento que está lá para oferecer algum tipo de resposta. Resposta essa que tem que atender as necessidades do usuário, e não a um entendimento de uma equipe que não leva em consideração o que a pessoa dependente quer, às suas necessidades e o que ela quer fazer em relação ao uso de drogas (BRITES, 2013).

Assim, a internação compulsória situa-se em um amplo campo de debate, o uso nocivo de álcool e drogas também vão apresentar lados que defendem a ideia da legalização de algumas drogas consideradas ilícitas- a maconha por exemplo- como também a criminalização. Para compreender o debate sobre as possíveis vias que levam o indivíduo a consumir álcool e drogas é necessário compreender o contexto histórico, social, econômico e político.

A oferta de um tratamento baseado na exclusão do indivíduo da convivência societária e as medidas de criminalização do uso de drogas, levam os governos a adotarem medidas contrárias ao que está posto por exemplo no documento Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2004). O documento reitera a necessidade de uma ampliação da rede de atenção, voltada para a atenção e reinserção de usuários de drogas.

Segundo Caetano e Caixeta (2018), afirmam que o tratamento de um dependente químico deve ser realizado de maneira que o usuário esteja em liberdade e que os casos de internação sejam somente utilizados em casos de extrema necessidade. Como diz Caetano e Caixeta (2018), a seguir:

Seguindo os mesmos princípios orientadores da Lei Antimanicomial, também a Lei de Drogas passou a priorizar o tratamento em liberdade para o usuário ou dependente de substâncias psicoativas, reservando a internação para situações excepcionais (CAETANO, Haroldo; CAIXETA, Mário Henrique; (2018), p. 06).

A criminalização e a proibição das drogas, assim como as legislações voltadas para a responsabilização do tratamento é bem recente no Brasil, como já

apontado anteriormente. Os avanços permitidos através das legislações sofreram modificações, contudo ela ainda manteve o princípio de tratar o usuário como um princípio de vitimização e criminalização. Assim, é necessário analisar que é no espaço de contradições e tensões que as políticas vão ser desenvolvidas.

2. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA: NEGAÇÃO OU GARANTIA DE DIREITOS?

Neste capítulo, buscamos analisar como a internação compulsória pode ser voltada para a garantia de direitos, como também a negação deles. Dessa forma, é necessário compreender as discussões em torno do processo histórico do atendimento em saúde mental no Brasil, apresentando o processo da reforma psiquiátrica, seu processo de luta que se mantém até a atualidade.

Além disso, é necessário analisar os desafios encontrados para o atendimento aos usuários que possuem agravos de saúde em decorrência do uso nocivo de álcool e outras drogas, bem como a dinamicidade societária que implica ao uso recorrente dessas substâncias. Também, serão discutidos os tipos de internação psiquiátricas existentes, especialmente a internação compulsória.

Nesse sentido, partiremos para vislumbrar que, o tratamento como um direito à saúde exige que o Estado, como o portador de instrumentos (políticas, projetos) viabilize a reinserção social e familiar. Além de enxergar que, cada sujeito necessita de tratamento específico, decorrente ao uso e aos aspectos da sua subjetividade.

2.1 Breve histórico do atendimento em saúde mental no Brasil

No Brasil, ao que se refere ao tratamento em saúde mental, vai ter como grande marco a vinda da corte em 1808, provocando uma série de mudanças, como a criação do primeiro hospital psiquiátrico através do decreto 82, de 18 de julho de 1841, o Hospício Pedro II viria a ser inaugurado apenas em 1852 vinculado a Santa Casa de Misericórdia, possuía seu caráter vinculada a ações filantrópicas, não médico (HEIDRICH, 2007).

O caráter filantrópico foi alvo de críticas, em especial por parte dos médicos. Segundo Heidrich (2007) as críticas ocorreram por diversos fatores, entre elas a arquitetura construída aos moldes europeus, passou a ser chamadas pelos críticos de “palácio para guardar loucos”, além dos maiores números de vagas serem disponibilizadas para quem poderia pagar; a assistência estava voltada para a religiosidade e não médica; os diagnósticos eram misturados, como também a assistência entre crianças e adultos e a falta de médicos.

Resende (1987) comenta que, a necessidade de um hospital para os doentes mentais vai partir das circunstâncias que determinaram a loucura como condição de problema social, ou seja, por não conseguirem se adequar a uma nova ordem social, se constituíram um problema para ela. Os hospitais, segundo o autor, vão partir dos objetivos de tratar, remover, excluir; abrigar; alimentar e vestir. Contudo, nota-se que apenas o “remover” e “excluir” foram garantidos. O caráter excludente e segregador vai se manter durante os primeiros quarenta anos.

A partir de 1889, de acordo com Resende, a proclamação da República vai constituir-se como um divisor de águas para a psiquiatria empírica e a psiquiatria científica. O Hospital Psiquiátrico Dom Pedro II vai ser desvinculado da Santa Casa de Misericórdia, passando a ser subordinado ao poder público. Apesar do atraso, o tratamento moral de Pinel⁴ seria instalado no hospício, dessa forma, a assistência aos doentes mentais e o controle das instituições psiquiátricas estariam vinculados aos representantes da classe médica e o papel de porta-voz do Estado (HEIDRICH, 2007, p.76).

Apesar do hospício ter passado a ser uma instituição estatal administrada por médicos psiquiatras a entrada no hospício era justificada pela perturbação a ordem, a moral e aos bons costumes, essa decisão estava ancorado ao decreto 206 A, que criou a Assistência Médico Legal dos Alienados (HEIDRICH, 2007, p.76).

De acordo com Heidrich (2007)

Foi a primeira instituição pública de saúde estabelecida pela república. O primeiro diretor da Assistência e do Hospício Nacional de Alienados foi João Carlos Teixeira Brandão, que caracterizou sua gestão pela ampliação dos asilos de alienados e pela criação da primeira cadeira de psiquiatria e da primeira escola de enfermagem. No que se refere à assistência, foram criadas as primeiras colônias de alienados, denominados Colônia São Bento e de Conde de Mesquita. (HEIDRICH, 2007, p.76 e 77)

De acordo com o autor, as colônias foram criadas por duas razões, para complementar os hospitais tradicionais já existentes ou para serem a única opção. Além disso, a adesão do modelo se dava pelo fato de impor o trabalho como uma obrigação e uma necessidade para o desenvolvimento capitalista no Brasil.

As medidas adotadas aos moldes da experiência europeia traziam a ideia fundamental de fazer os loucos e a comunidade conviverem. Segundo Amarante

⁴ Pinel defendia a cura da loucura por meio do chamado "tratamento moral", que consistia em uma ampla pedagogia normalizadora com horários e rotina rigidamente estabelecidos, medicamentos receitados somente pelo médico e atividades de trabalho e lazer.

(2003) o conjunto de medidas constituiu-se como ele mesmo elucida “a primeira reforma psiquiátrica brasileira”.

Em 1903 a Assistência a Alienados e a gestão do Hospício Nacional foi designado a Juliano Moreira, com ele a gestão teve a continuidade da criação de novos asilos bem como a reorganização dos já existentes e a busca da legitimação jurídico-político da psiquiatria (AMARANTE, 2003, a). Para além, a gestão de Juliano Moreira teve como grande marco a mudança da corrente francesa de psiquiatria para a Alemã que se baseava em biologismo ou organicismo para explicar não só a origem das doenças mentais, mas muitos dos seus fatores éticos, étnicos, políticos e decorrente de múltiplos eventos sociais.

Apesar da questão da loucura de certa forma que já vinha sendo “tratada” desde a criação do Hospício de Pedro II, é a partir de 1920 que vão surgir as primeiras ações em saúde pública no Brasil vinculadas como uma das atribuições do Estado. O sistema de saúde brasileiro estava dividido em dois subsetores: o de saúde pública e o de saúde previdenciária.

Trazendo especificamente a política de atenção à saúde mental, podemos destacar dois instrumentos legais que permeiam a década de 1920, o manicômio judiciário através do decreto 14.831, e o decreto 5148-A que reorganizou a Assistência a Psicopatas no Distrito Federal. O primeiro artigo do decreto 5148-A estabelecia que “Art. 1º—A pessoa que, em consequência de doença mental, congênita ou adquirida, atentar contra a própria vida ou a de outrem, perturbar a ordem ou ofender a moral pública, será recolhida a estabelecimento apropriado para tratamento” (BRASIL, 1927).

Esse artigo estabelecia que a internação deveria ocorrer somente após comprovada a alienação, como também a permissão da pessoa internada em estabelecimento público ou particular, além disso, a pessoa internada tem direito a realizar um novo exame de sanidade mental por outro médico (BRASIL, 1927).

Em 1930, e nas décadas seguintes as políticas sociais passaram a ser usadas como forma de controlar a política e a economia da classe trabalhadora. A ascensão da Era Vargas⁵ modificou a estrutura do país, bem como a forma de organizá-lo. No que se refere à saúde, a principal alteração vai ser posta pela

⁵ Getúlio Vargas assumiu pela primeira vez a presidência da República em 1930 a 1945. Seu governo é dividido em três períodos, o primeiro Governo provisório (1930-1934), o segundo, Governo Constitucional (1934-1937) e o terceiro Estado Novo (1937-1945).

criação do Ministério da Educação e Saúde. De acordo com Heidrich, "Quatro anos mais tarde, uma reorganização ministerial renomeou o Departamento Nacional de Saúde Pública, o qual passou a ser chamado de Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social" (HEIDRICH, 2007, p.87).

A construção de aparatos legislativos na área de saúde mental no ano de 1934 marcou bastante o restante do século XX (PEREIRA, 2004). O decreto nº 24.559, de julho de 1934 dispunha sobre a fiscalização de serviços psiquiátricos, a assistência e proteção à pessoa e bens dos psicopatas. Tal decreto também normatizou as questões relativas ao tratamento de pessoas portadoras de transtorno mental, vigorou até o ano de 2001.

Diante do que já foi posto, as legislações de 1934 estavam voltadas mais para a proteção dos bens dos alienados. Ademais, a proteção ainda estava vinculada a exclusão de vida e tratamento. Em 1960 a situação torna-se mais crítica, iniciou-se várias transformações na área da saúde. De acordo com Braga e Paula (1986) as mudanças no saber e na prática médica passou a utilizar mais medicamentos.

Vale salientar também, de forma breve, o contexto de 1964 marcado pelo golpe militar no qual se instaurou a ditadura no país. O período mencionado vai trazer uma dualidade ao que se refere ao setor de saúde, com a locação de serviços em saúde além das privatizações. Sendo assim, na saúde os investimentos foram destinados a construções de hospitais privados.

Nesse período a psiquiatria passa a ser considerada prática assistencial, marcando a questão da loucura como objeto de lucro. O modelo de saúde implementado pelo Regime Militar entrou em crise no final da década de 1980, abrindo espaço para o processo de redemocratização e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) normatizado em 1990. O SUS marca a vitória do movimento sanitário, que estabeleceu o atendimento à saúde para toda a população como um direito. A conjuntura da construção do SUS constituirá o terreno para a reforma psiquiátrica brasileira.

2.2 Internação compulsória no contexto da Reforma Psiquiátrica

A Reforma Psiquiátrica foi constituída a partir de avanços e retrocessos, caracterizando o processo de luta entre interesses distintos da sociedade brasileira. A Lei 10.216 de 6 de abril de 2001, conhecida popularmente como Lei da Reforma

Psiquiátrica ou Lei Antimanicomial, foi sancionada pelo presidente da época Fernando Henrique Cardoso após 12 anos de tramitação dentro do Congresso Nacional. Proposta pelo então deputado federal Paulo Delgado, o projeto tinha como finalidade tratar a respeito dos direitos das pessoas com transtornos mentais.

A lei tinha como centralidade a extinção dos manicômios, além da proibição de construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento pelo setor governamental.

Com base em Valente (2023), pode-se introduzir que Nise Silveira⁶, foi uma das protagonistas acerca da saúde mental no Brasil, trouxe consigo o método da terapia ocupacional, usando a arte como um modo terapêutico, baseado na sua insatisfação com os métodos psiquiátricos usados, na época de 1946, os considerando inviáveis para a melhora dos pacientes.

Em seu artigo Valente (2023), destaca que Franco Basaglia foi uma das pessoas que impulsionou a Reforma Psiquiátrica na Itália, fazendo críticas a respeito da psiquiatria nos anos 1960, na qual “tratavam” os pacientes com tortura. Diante disso, após anos, Basaglia impulsionou a reforma para outros lugares do mundo. A lei 180, aprovada em 1978, foi nomeada como Basaglia em homenagem a Franco.

O Movimento Antimanicomial, como um ponta pé inicial, tinha como objetivos a equidade, respeitando a diferença de cada indivíduo e acolhimento. Segundo Tenório (2002), a Reforma Psiquiátrica, nasceu durante o período da Revolução Francesa, possui um papel terapêutico, no qual os “loucos” - nomenclatura inadequada nos dias atuais- e indivíduos marginalizados faziam uso dos serviços.

Além disso, a Reforma traz consigo mudanças na questão do atendimento ao usuário, no que se refere ao seu ideal, ou seja, passando de uma questão religiosa para um tratamento terapêutico, com mais ênfase na recuperação.

Com base em Tenório (2002), é importante analisar, que a psiquiatria passou por mudanças e críticas, com mais embasamentos científicos, influenciadas pelo tempo, críticas essas que foram necessárias para desconstruir a imagem do processo manicomial.

Com base nisso, a reforma fez e faz com que o indivíduo seja atendido, entendido, de forma adequada, com base na Constituição, no qual a liberdade e a dignidade são um dos direitos fundamentais, tratando como forma de acolhimento e não de recolhimento.

⁶ Médica psiquiatra reconhecida mundialmente por suas contribuições à psiquiatria.

Todavia, é preciso agir em conjunto, ou melhor dizendo, só a Reforma não apresenta mudanças suficientes para a população, é necessário capacitar os profissionais para que essa mudança seja efetiva.

De acordo com Júnior Bezerra (2007):

Ainda no plano assistencial, há uma dimensão política importante, que se manifesta no esforço de consolidação do poder de indução que os órgãos de coordenação da atenção à saúde mental precisam exercer para estimular transformações nas práticas assistenciais, tanto na rede pública quanto na rede privada. Isto implica defender mecanismos e critérios de financiamento que reforcem as propostas da Reforma - como a construção de redes territoriais de assistência, o estímulo a dispositivos do tipo CAPS, a implantação de programas de moradia e assim por diante (JÚNIOR BEZERRA, 2007, p. 245).

Além disso, segundo Júnior Bezerra. (2007), a Reforma foi um marco importante na política de assistência à saúde mental. Com Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), necessários para a desconstrução de opressões, espalhados pelo território nacional e orientados pelo SUS, sendo uma das maiores redes de apoio às pessoas com doenças mentais.

Com base em Júnior Bezerra (2007):

A construção de um sistema assistencial, um imaginário cultural e uma rede de laços sociais inspirados nos ideais da Reforma exige que a imaginação, a criatividade e a reflexão crítica encontrem uma maneira de delinear com clareza quais são os desafios específicos que este horizonte de transformação enfrenta nas condições de nosso país (JÚNIOR BEZARRA. 2007, p. 243).

Ademais, a Reforma foi um marco, também, para uma nova forma de atender o usuário, respeitando a sua liberdade e individualidade. Com isso, o serviço assistencial é imprescindível para entender melhor a realidade social de cada um, além de melhor atender e intervir no seu transtorno. Como diz, em sua tese, França (2010), “O campo da saúde mental tem se organizado no sentido de lutar pelo resgate da cidadania, pela consolidação dos direitos sociais e humanos, por meio de ações de reabilitação psicossocial” (FRANÇA, 2010, p. 59).

De acordo com Júnior Bezerra (2007):

As noções de rede e território, por exemplo, que são centrais às proposições da Reforma, não podem ser pensadas de forma idêntica em contextos socioculturais tão diferentes como os pequenos municípios do interior do Nordeste e os imensos bairros de São Paulo ou Belo Horizonte (JÚNIOR BEZERRA, 2007, p. 244).

Todavia, mesmo com anseio de uma nova política, a mesma possui dificuldades a respeito da realidade do território brasileiro, no qual não há equidade

e igualdade entre os centros e os interiores de cada estado. Tendo cada um sua própria realidade e demanda social.

A partir de Júnior Bezerra (2007), “Esses profissionais estão na ponta da atenção à saúde mental, e sua atuação pode ser decisiva, não só no encaminhamento precoce e bem-feito de situações clínicas que exijam atendimento especializado.” (JÚNIOR BEZERRA. 2007, p. 247). Mas é importante ressaltar, que o parecer, um encaminhamento inadequado pode fazer com que o usuário não seja tratado da melhor forma, muito menos de forma adequada.

Tenório (2002) traz que, algumas consequências poderiam surgir, uma vez que a lei já estava em vigor:

A primeira é a implementação, nas emergências psiquiátricas, da exigência de notificação ao Ministério Público Estadual das internações involuntárias, isto é, feitas sem o consentimento do paciente. Isso representará maior controle sobre a internação, visando a coibir as internações desnecessárias e abusivas a internação psiquiátrica decidida pelo médico à revelia do paciente continua existindo, e isso é importante enfatizar, pois os adversários da reforma acusam-na, entre outras coisas, de acabar com as internações, mas deixará de ser feita ao largo dos dispositivos de defesa individual (TENÓRIO, 2002, p. 53).

Em relação a isso, dada a regulamentação, as duas das principais consequências, quando a Lei de número 3.657/1989, criada pelo Deputado Delgado de Minas Gerais, foi aprovada e entrou em vigor, foi dada como a primeira sendo a implantação de exigências de notificar o Ministério Público Estadual sobre a internação involuntária, através de terceiros. E, a segunda seria dada pela internação compulsória só deveria ser feita através de uma determinação judicial.

No contexto da Reforma, a internação psiquiátrica compulsória foi regulamentada. O artigo⁷ 6º prevê os tipos de internações, sendo elas: a internação voluntária; internação involuntária e a internação compulsória.

A internação voluntária se dá com o consentimento do usuário, a pessoa que solicita a própria internação voluntariamente deve assinar uma declaração afirmando que optou por esse regime de tratamento. O término da internação se dá por meio da solicitação escrita do paciente ou por determinação médica. A internação involuntária ocorre sem a permissão do paciente, a pedido de terceiros, geralmente são os familiares do paciente que solicitam a internação, mas é possível que o

⁷ Lei 10.216/2001, Ministério da Justiça; Associação Brasileira de Psiquiatria; *Cartilha Direito à Saúde Mental*, do Ministério Público Federal e da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão; governo do estado de São Paulo.

pedido seja feito por outros. O pedido tem que ser feito por escrito e aceito pelo médico psiquiatra. Neste caso, a lei determina que o responsável técnico do estabelecimento de saúde tem o prazo de 72 horas para informar ao Ministério Público os motivos para a internação e seu estado, além disso, o objetivo é evitar que a internação seja posta como possibilidade para o cárcere privado. A internação compulsória não precisa de autorização familiar, ela pode ser feita através do pedido formal de um médico atestando que o indivíduo não possui domínio das próprias condições físicas e psicológicas. Sempre é determinada pelo juiz competente que levará em conta o laudo médico especializado, as condições de segurança do estabelecimento.

A Lei 10.216/2001, além de tratar sobre os direitos das pessoas com transtorno mental, direciona também a atenção ao cuidado havendo a preferência de atendimento dos usuários em serviços comunitários de saúde mental, bem como acesso à informação sobre seu tratamento, aos meios de comunicação e a presença de um médico para a realização de esclarecimento sobre a internação (BRASIL, 2001).

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. § 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio. § 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros. § 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º (BRASIL, 2001).

Conforme destacado, a internação psiquiátrica é sancionada por lei, possuindo legitimidade para sua autorização. Contudo o que se busca observar é que “só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”. Nesse sentido, podemos observar que em alguns casos a internação compulsória pode ser usada como primeira estratégia de cuidado. Essa observação advém da afirmação feita por Britto (2004) que analisa que não existe uma rede assistencial extra-hospitalar abrangente no país. Dessa forma, apesar da Lei 10.217/2001 redirecionar o modelo de atenção em saúde mental, ela não aponta serviços substitutivos para o modelo hospitalocêntrico.

A partir das ideias de Assis, Barreiros e Conceição (2013), é possível dizer que a Reforma não chegou igualitária para todos os usuários, primeiramente

beneficiou as pessoas com doenças mentais e, só então em 2002, com a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental é que os adictos⁸ recebem o apoio do Ministério da Saúde, com a realização do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras drogas.

As autoras ainda afirmam que para a Redução de Danos ser implementada, há concepções pela qual eram usadas para analisar o usuário de drogadição, primeiramente, assimilando a droga como algum mal, ausência do bem, secundamente como uma doença que deveria ser tratada e, por fim, a usada ultimamente como uma forma de entender a realidade social, econômica e política de cada um e, não interferir nos direitos dos mesmos, respeitando a liberdade (ASSIS; BARREIROS; CONCEIÇÃO; 2013).

Mesmo após a Reforma psiquiátrica, os espaços são fechados, cercados por grades, ferindo os direitos dos usuários, em questão da liberdade e da escolha, como uma desculpa de que estão os colocando em algum tratamento de abstinência, além da discriminação separatista, ou seja, separando os indivíduos por “dependente” e “usuário” (ASSIS; BARREIROS; CONCEIÇÃO; 2013).

Além disso, a partir de Assis, Barreiros e Conceição (2013) é possível se fazer um questionamento sobre o porquê de a sociedade associar as drogas a uma forma de criminalização, ou melhor dizendo, associando ao crime e violência no território brasileiro. Pelo fato de haver um preconceito, pelo qual a sociedade não para e pensa na realidade daqueles indivíduos, nem na sua trajetória sociopolítica, como já se sabe, uma sociedade capitalista opressora. Além disso, muitas clínicas ainda esquecem de pensar no usuário e nas suas vontades de melhora.

Todavia, mesmo com todos esses avanços e conquistas, a prática não acontece no mesmo momento. Ainda há dificuldades como, profissionais e pessoas que acreditam na cultura manicomial, nos métodos antigos, como o uso da camisa de força e da cadeira elétrica, além de ser dificultoso o atendimento à saúde mental, tanto no SUS como nas redes privadas. Ainda há necessidade de uma estrutura e capacitação de qualidade. Além de muitas mudanças para a reinserção do indivíduo no seu meio social.

⁸ De acordo com a definição do dicionário do Google Oxford Languages, "adictos" são os indivíduos que têm dependência química de determinadas substâncias.

2.3 Questão de saúde ou moral? as comunidades terapêuticas

A partir das discussões realizadas até aqui, podemos perceber que a busca por soluções para o tratamento das consequências do uso de substâncias psicoativas vai partir de mobilizações que vão trazer visões moralistas e preconceituosas, como se o uso de álcool e drogas fossem um fenômeno que emergem da atualidade e não um processo histórico (BOLONHEIS-RAMOS e BOARINI, 2015).

Apesar da visão moralista e preconceituosa, a preocupação com o uso de substâncias psicoativas não é uma exclusividade atual, as mobilizações higienistas vão ser um fenômeno que remete ao século XX. A Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) era composta por profissionais de diversas áreas, em especial da psiquiatria. As atividades que competiam à LBHM estavam situadas em promover campanhas antialcoólicas por meio da divulgação de estudos, realização de palestras em vários ambientes públicos e privacidade. ((BOLONHEIS-RAMOS e BOARINI, 2015)

O termo Comunidade terapêuticas (CT) de acordo com Feitosa e Filho (2020) emergiu na década de 1940, na Inglaterra, para designar um tipo de tratamento diferenciado e inovador no campo da saúde mental. A princípio as CTs vão ser mencionadas por alguns autores como um lugar que vai ter como característica essencial o envolvimento da comunidade (FEITOSA e FILHO, 2020).

Dessa forma, pode-se observar que, como a maioria dos processos psiquiátricos, as comunidades terapêuticas começaram com um objetivo de tratar usuários com transtornos mentais e, anos após, se expandiu de acordo com as necessidades de tratamentos, incluindo os dependentes químicos. Possuindo, assim, um vínculo com a Política Nacional de Drogas.

De acordo com Damas (2013):

Historicamente, as comunidades terapêuticas (“therapeutic community”) surgiram na década de 1950, com o propósito de tratamento da neurose de guerra em soldados ingleses, a partir das observações clínicas do psiquiatra do exército inglês, Maxwell Jones. A base terapêutica era centrada em abordagens educativas, encenações dramáticas e discussões, dentro de um ambiente pautado por normas de convivência em grupo (DAMAS, 2013, p. 52).

Observa-se, que as comunidades terapêuticas tratavam, em seus primórdios, durante os anos 50, os soldados que tiveram alguns traumas causados pela guerra.

Com base em um tratamento envolvendo, de certa forma, uma convivência em grupo, além de conversas e atividades socioeducativas.

A partir disso, é possível analisar que com o passar dos anos, os tratamentos ficaram complexos de acordo com novas demandas apresentadas, tanto na política como na saúde e na assistência social. Com isso, foi preciso haver a mudança e o aprimoramento para deixar o amadorismo para trás, com o intuito de oferecer um melhor tratamento para seus usuários.

Costa (2009) observa que:

Os tempos mudaram, as demandas ficaram mais complexas, as políticas na área da saúde e da assistência foram definidas, o terceiro setor se configurou e a época do amadorismo no tratamento da dependência química passou. Podemos até entender o fato de que, no passado, muitas dessas comunidades iniciaram os seus trabalhos sem as mínimas condições físicas e técnicas, mas não é concebível que essa situação perdure (COSTA, (2009), p. 6).

Todavia, o começo dos atendimentos de usuários de drogas foi desafiador, pois, se encontrava com poucos recursos físicos e técnicos para poder aplicar o tratamento adequado. Tendo a necessidade de se aprimorar, para que não se torne um atendimento inutilizado e com medidas antigas, trazendo assim, vários problemas para seus usuários.

De acordo com a RDC 29/2011:

Art. 1º Ficam aprovados os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência.

Parágrafo único. O principal instrumento terapêutico a ser utilizado para o tratamento das pessoas com transtornos decorrentes de uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas deverá ser a convivência entre os pares, nos termos desta Resolução. (BRASIL, 2011, art. 1).

Além disso, se encontra necessária a manutenção dos serviços de segurança sanitária para o funcionamento das instituições pelas quais fazem o tratamento de usuários instalados ali, pelo uso exacerbado de substâncias químicas e psicoativas. Além de ser necessário o tratamento com base em uma convivência social com outros residentes.

As CT surgem e, com o passar dos anos, englobam serviços que incluem os dependentes químicos e possuem como dever e objetivo, fazer com que a

reabilitação individual exista para que haja mais chances de reinserir o usuário em seu meio social adequadamente.

Diante disso Fossi e Guareschi (2015) destacam que:

Valores como espiritualidade, responsabilidade, solidariedade, amor e honestidade são criados. As comunidades terapêuticas possuem um modelo residencial e seu funcionamento está pautado na premissa de que, diante da impossibilidade de promover mudanças no indivíduo 'dependente químico', é necessário alterar o meio onde ele vive e o retirar da situação em que acontece o consumo de drogas (FOSSI; GUARESCHI, 2015, p. 99).

Logo, entende-se que o período da permanência de um indivíduo vai depender muito de toda a sua necessidade terapêutica, além de trabalhar a convivência em grupos.

Segundo a RDC 29/2011:

Art. 7º Cada residente das instituições abrangidas por esta Resolução deverá possuir ficha individual em que se registre periodicamente o atendimento dispensado, bem como as eventuais intercorrências clínicas observadas.

§1º. As fichas individuais que trata o caput deste artigo devem contemplar itens como:

I - horário do despertar;II - atividade física e desportiva;III - atividade lúdico-terapêutica variada;IV - atendimento em grupo e individual;V - atividade que promova o conhecimento sobre a dependência de substâncias psicoativas;VI - atividade que promova o desenvolvimento interior;VII - registro de atendimento médico, quando houver;VIII - atendimento em grupo coordenado por membro da equipe;IX - participação na rotina de limpeza, organização, cozinha, horta, e outros;X - atividades de estudos para alfabetização e profissionalização;XI -atendimento à família durante o período de tratamento.XII - tempo previsto de permanência do residente na instituição; eXIII - atividades visando à reinserção social do residente (BRASIL, 2011, art. 7).

As CTs devem conter todas essas recomendações acima, listadas na RDC 29 que entrou em vigor em junho de 2011, para que haja uma qualidade necessária para o usuário dependente de drogadição.

De acordo com o Governo Federal (2023):

Entende-se por Comunidades Terapêuticas, entidades privadas, sem fins lucrativos, que realizam gratuitamente o acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, em regime residencial transitório e de caráter exclusivamente voluntário (espontâneo). O período de acolhimento varia de 3 meses a 12 meses, conforme o projeto terapêutico da entidade. O principal instrumento utilizado nas Comunidades Terapêuticas durante o tratamento é a convivência entre os pares (BRASIL, 2023, p. 1).

É possível afirmar que as CT estão bastante atreladas à questão religiosa e cristã, tanto em seus preceitos como em suas ações, como afirmam Fossi e Guareschi (2015), “No Brasil, as comunidades terapêuticas estão vinculadas, principalmente, às igrejas evangélicas e católicas” (FOSSI; GUARESCHI, 2015, p. 99).

De acordo com Fossi e Guareschi (2015):

No que diz respeito à religião, a moral cristã imposta como cerne do tratamento configura-se como doutrinação, uma vez que a questão religiosa não é uma resposta adequada às necessidades dos residentes na instituição. Tal imposição acaba limitando o desenvolvimento de recursos para que outras opções de vida possam ser feitas para além da questão religiosa (FOSSI; GUARESCHI, 2015, p. 100).

Ainda, segundo os autores, as Comunidades foram criadas com uma visão manicomial, utilizando mais uma forma de isolar o usuário da sociedade como forma de proteção e limpeza das ruas que, como antes mencionamos, os usuários de drogadição estão associados, para o Estado e para a sociedade, a violência e a criminalidade das ruas, o que contraria todo o discurso de proteção aos usuários.

De acordo com Fossi e Guareschi (2015):

As comunidades terapêuticas, por serem instituições fechadas, designadas a dispensar tratamento para usuários através da segregação social, com normas rígidas de funcionamento e controle sobre a vida dos indivíduos, remetem à memória de antigas instituições, como o leprosário e o manicômio (FOSSI; GUARESCHI, 2015, p. 101).

A partir disso, é de considerar que o espaço de um CT, é composto por um indivíduo pelo qual perdeu um de seus direitos primordiais, que é a liberdade e, ainda está sendo submisso a um tipo de dominação pela parte do médico psiquiátrico, no qual está submetido a tratamentos baseados em uma ideologia cristã e separatista, tendo como explicação a denominada abstinência.

A partir de Fossi e Guareschi (2015):

Atividades que envolvem a leitura da bíblia e a prática de orações são rotineiras nessas instituições. Essas práticas configuram, o caráter confessional impondo a responsabilização individual a causa e consequência de seus atos, no caso do uso de drogas. Desta forma, as comunidades terapêuticas em sua natureza social que segue a lógica do internamento são uma das tantas formas históricas contemporâneas do jogo de exclusão dos seres humanos, em que eclodem rituais de segregação e purificação por meio das práticas terapêuticas e dos discursos morais (FOSSI; GUARESCHI, 2015, p. 104).

Diante dos fatos mencionados, as atividades das CTs são moralistas e religiosas, dentro do tratamento são dadas atividades como leitura da Bíblia, pois utilizam de uma reflexão religiosa sobre os atos que desenvolveram o vício. Além de execução de reflexões morais juntamente com o usuário, usando esse método para justificar a segregação e exclusão social.

Damas (2013), pontua que:

No Brasil, as CT são geralmente sítios ou fazendas localizadas em zona rural, com a finalidade de receber indivíduos com problemas relacionados ao uso de drogas. Diferem em relação à metodologia empregada no tratamento da dependência química – em algumas prevalece o modelo religioso-espiritual, noutras a base é a atividade laboral, e ainda outras prevalece o modelo médico, assistencialista, ou com abordagem predominantemente psicológica, podendo haver uma mistura de abordagens (DAMAS, 2013, p. 53).

Outrossim, no território nacional, as Comunidades Terapêuticas, algumas estão localizadas em lugares rurais, pouco afastados do centro da cidade, além disso, as CTs podem utilizar de métodos que diferem umas das outras, algumas podem prevalecer o tratamento moral e religioso e, em outras prevalece o modelo assistencial, primordialmente na saúde psicológica.

Com base em Fossi e Guareschi (2015):

Essa instituição considera que a dependência química é uma doença biopsicossocial e espiritual e, por esse motivo, o usuário de drogas precisa de ajuda externa para redirecionar sua vida, promovendo uma transformação através da mudança de seus valores e do seu estilo de vida. Em outros termos, no tratamento da comunidade terapêutica, opera-se uma constituição de novos valores através de práticas ditas “espirituais” e, portanto, valores advindos de preceitos religiosos (FOSSI; GUARESCHI, 2015, p. 105).

Dessa forma, é possível analisar que os tratamentos, de acordo com a visão deles, são voltados para a questão da moral espiritual e, visto como a questão da cura de uma doença, baseados assim em uma ideologia conservadora cristã.

Diante de Damas (2013):

Embora não exista um consenso de qual seria o público alvo mais indicado para internação em CT, na prática os pacientes que mais buscam este tratamento são aqueles que apresentam um padrão mais grave de dependência química e/ou associados a problemas de ordem social, entre eles: pobreza; menor grau de instrução; subemprego, desemprego ou baixa qualificação profissional; problemas comunitários e familiares; problemas com a justiça; baixo acesso a programas terapêuticos; etc. (DAMAS, 2013, p. 54).

Diante disso, é dada uma reflexão sobre a necessidade da intervenção somente em casos de necessidades extremas, com base nas práticas do dia a dia, é perceptível que os casos mais recorrentes de dependência química, estão entre os indivíduos que estão desempregados e entre a população pobre do país, além de identificar a relação social para com a família e o meio social em que vive, sendo analisado a sua situação de dependência, relacionando a sua realidade socioeconômica.

A partir de Damas (2013):

Mas o que difere as CT das outras formas e ambientes de tratamento é a abordagem comunitária como instrumento primário e facilitador do crescimento e da mudança individual. Enquanto existem instituições com bom padrão de serviços e organização, noutras predominam aspectos negativos, como por exemplo, o fundamentalismo religioso, a exploração de trabalho sob a égide do conceito da "laborterapia", a gestão por grupos focados no lucro ou por indivíduos com mentes pouco sadias (DAMAS, 2013, p. 54).

Logo, percebe-se que algumas CTs usam o tratamento baseados na moral e na religião, com embasamentos antigos, tratamento negativo para com os usuários, entretanto, existem Comunidades que prevalecem o direito do usuário do serviço e, dá incentivo para as realizações individuais, baseadas em um serviço adequado e organizado.

3. O IMPACTO DO CONSERVADORISMO NO DEBATE SOBRE AS DROGAS

De acordo com Alves (2022) o conservadorismo, em termos sociológicos, é uma doutrina política e social baseada na defesa da tradição e na conservação de uma determinada situação ou período histórico referente a manutenção das condições sociais de pessoas e bens.

O conservadorismo no Brasil vai assumir particularidades histórico-estruturais da formação social diante do sistema estruturante do desenvolvimento capitalista brasileiro (AZEVEDO; SOARES; FERREIRA, 2021). O pensamento conservador brasileiro- multifacetado, complexo e contrário a qualquer perspectiva de direitos- vai resultar em uma burguesia historicamente autoritária, oligárquica, elitista e antidemocrática (AZEVEDO; SOARES; FERREIRA, 2021).

Vale salientar que, o Brasil é marcado por uma sociedade historicamente autoritária, conservadora, que carrega características da sociedade colonial escravista, ou seja, a reprodução da “cultura senhorial” ainda persiste nas relações sociais contemporâneas brasileiras. Esta persistência é mostrada através do predomínio do espaço privado sobre o espaço público, na família como modelo central e hierarquizado reproduzido nas demais estruturas da sociedade, nas relações sociais estabelecidas pautadas entre quem manda e quem obedece (CHAUÍ, 2001).

Assim, o pensamento conservador é fundamental para situar o contexto em que se insere as demandas relacionadas ao uso de substâncias psicoativas, bem como o tratamento voltado para elas, pois, no Brasil a concepção de direito apresenta limitações. As Leis, discutidas até aqui, apesar de garantir e tentar minimizar as mazelas historicamente causadas por danos do uso excessivo de álcool e drogas, ela também vai conservar privilégio e legitimar o exercício da repressão.

Ao longo da nossa discussão verificamos que, o uso das drogas em seu processo histórico vai sofrer transformações. Segundo Fiore (2012), as mudanças ocorridas no advento da industrialização e urbanização das cidades em meados do século XX o uso e a dependência de substâncias psicoativas vão emergir como expressão da questão social. Nesse período, as substâncias psicoativas assumiram

novos contornos deixando de ser utilizadas somente em rituais religiosos, passando a assumir padrões de consumo que fugiram do controle das culturas, antecipando o surgimento de sequelas físicas e problemas sociais para os usuários (FIORE, 2012).

Durante esse período dá-se o início da estigmatização das drogas, em decorrência do uso excessivo de substâncias psicoativas elas passam a ser vistas como uma doença ou desordem social (BARBOZA, 2014). O uso de substâncias psicoativas como desordem social vai ter como precursor o movimento de Contracultura. A Contracultura mobilizou jovens americanos durante a guerra do Vietnã, repercutindo no mundo, principalmente na Europa e América Latina.

O movimento de Contracultura propunha uma crítica contra a sociedade, enfatizando a liberdade individual; contestava a autoridade da família e do Estado; valorizavam o erotismo e a liberdade sexual; além disso, criticavam o consumismo da sociedade de massa (BARBOZA, 2014). O movimento hippie foi a expressão mais conhecida desses valores e também do uso de drogas como a marijuana, haxixe, maconha e derivados. Diante dessa conjuntura, o Estado passa a usar de repressão para controlar o uso de substâncias psicoativas, surgindo assim o conceito de dependência ou perda do controle individual (BARBOZA, 2014).

O conservadorismo, por séculos, legitimou uma estrutura autoritária de ordenamento jurídico e político que por meio do mito de uma segurança jurídica tende a identificar o usuário de substâncias psicoativas como criminoso e não como um indivíduo que necessita de uma proteção social do Estado (ALVES, 2022).

Sendo assim, o conservadorismo atinge diversas dimensões da realidade, sendo incorporada no cotidiano, política e economia. No capitalismo contemporâneo, o tratamento do uso das drogas vai ser posto no campo da moral, se esvaziando dos sentidos que carregam as implicações que levam o sujeito ao uso dessas substâncias.

A partir do contexto de crise mundial do capitalismo dos anos 1970, o conservadorismo vai se reatualizar, incorporando princípios econômicos do neoliberalismo, mas sem abrir mão do seu ideário e modo específico de compreender a realidade.

O neoconservadorismo apresenta-se, então, como forma dominante de apologia conservadora da ordem capitalista, combatendo o Estado social e os direitos sociais, almejando uma sociedade sem restrições ao mercado, reservando ao Estado a função coercitiva de reprimir violentamente todas as formas de contestação à ordem social e aos costumes tradicionais (BARROCO, 2015, p. 624-625).

Pinheiro (2017) traz que “os primeiros traços da criminalização da pobreza associada ao estigma do uso de substâncias psicoativas enquanto política oficial também começa a emergir na sociedade capitalista” (PINHEIROS, 2017, p.5). Segundo Rodrigues (2005), houve também a divisão entre os países, colocando-os como países produtores de substância psicoativas e os países consumidores de psicoativos, os países desenvolvidos, eram postos como “vítimas” das substâncias ilegalmente comercializadas, enquanto os países periféricos eram postos como causador do narcotráfico.

Desse modo:

A lógica de guerra às drogas busca combater a produção da substância, dividindo os países entre produtores, exportadores e consumidores, reprimindo a oferta dos países produtores, a procura dos países consumidores e a exportação nas fronteiras, portos e aeroportos. Tal estratégia se baseia numa lógica geográfica e desloca para os países periféricos a fonte causadora dos problemas gerados pelo tráfico de drogas. Tal estratégia bélica e econômica não inclui como problema a ser enfrentado a produção de subjetividade consumista que movimenta o mercado internacional de drogas e que caminha de mãos dadas ao processo de transnacionalização da economia de mercado (PASSOS e SOUZA, p. 155).

A guerra às drogas favoreceu a agudização da expressão da questão social, provocando o aumento da barbárie relacionada ao comércio de substâncias psicoativas ilícitas na sociedade contemporânea, além do aumento do encarceramento e da violência urbana (PINHEIRO, 2017).

O tratamento dado à questão das substâncias psicoativas no pensamento cotidiano impregnado pelo conservadorismo vai ser fundamentado em juízos imediatistas, moralistas e estereotipados. Heller (2016) explica que o cotidiano é o lugar da irreflexão, do imediatismo, da alienação onde tudo se move na lógica do modo de produção capitalista. Dessa forma, o cotidiano na sociedade capitalista produz e reproduz as relações de opressão.

O uso de determinadas substâncias estava associado a segmentos populacionais da classe trabalhadora que sempre foram alvos de ações e práticas moralistas imbricadas na ideologia proibicionista. Dessa forma, podemos salientar, também, que o conservadorismo imbrica nos julgamentos de cunho moral das necessidades humanas através de proibições e de repressão (PINHEIRO, 2017).

Em contexto de crise econômica e política, o conservadorismo aprofunda seus traços, pois o pensamento conservador encontra as condições favoráveis para

avançar com suas práticas e valores que negam a diversidade humana, os direitos humanos e a democracia.

Estes aspectos são indispensáveis para compreender as bases sócio históricas e culturais do capitalismo no Brasil, que possui caráter dependente, desigual, retrógrado e conservador. Tais características nos permitem compreender os tensionamentos e particularidades da luta de classe; o caráter particular das nossas classes dominantes e as conformações e intervenções do Estado brasileiro nesse processo (AZEVEDO; SOARES; FERREIRA, 2021).

Nesse sentido, é fundamental entender que, na sociedade de classes, o discurso moral assume uma função ideológica que contribui para a exclusão. Portanto, os avanços das forças políticas conservadoras e o proibicionismo se retroalimentam, pois ambas difundem a estigmatização do uso de substâncias psicoativas tratando o usuário a partir de perspectivas segregadoras, excludentes e moralistas.

3.1 O debate da internação compulsória no Serviço Social

A Política Nacional de Saúde Mental no Brasil, atualmente, encontra-se apoiada na Lei 10.216/2001. A referida lei buscou valer os direitos das pessoas portadoras de transtorno mentais, além de repelir o modelo de tratamento asilar com a criação de serviços de atenção psicossocial que apresentam-se como modelo substitutivo ao tratamento de pessoas com sofrimento mental e problema com o uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2001).

A partir da década dos anos 2000 as discussões acerca da internação compulsória de usuários de álcool e outras drogas têm mobilizado diversas categorias profissionais, entre essas categorias verifica-se o Assistente Social que vai atuar na defesa dos direitos humanos, além de se preocupar como os modelos de internação que estão sendo efetuando no país.

Como já discutido anteriormente, a origem das internações de usuários de álcool e drogas estavam associadas a condições higienistas e de privação de liberdade. Zimmer (2011) afirma que, na atualidade, a internação compulsória se torna um aparato legal para os espaços de reclusão social, reproduzindo modelos de tratamento asilar.

A internação compulsória configura-se como um retrocesso à política de saúde mental, pois de acordo com Hernandez e Gentili (2015) ela vem atuando na lógica conservadora de uma política de cunho higienista. Dessa forma, ela pode ser pensada como um instrumento de dominação ideológica de classe que teria como alvo os segmentos sociais determinados, como os dependentes químicos pobres e em situação de rua, reforçando o processo de desigualdade e exclusão social.

Diante dessa conjuntura, nosso objetivo é trazer as discussões sobre a internação compulsória no âmbito do Serviço Social a partir de análises das publicações realizadas pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS).

Em entrevista ao CFESS em 20 (vinte) de junho de 2013 a assistente social e pesquisadora Cristina Brites⁹ abordou a temática da internação compulsória baseando-se no processo histórico sobre o uso de drogas no país, trazendo seu posicionamento contrário à internação compulsória ou involuntária. Na entrevista, Cristina Brites expõe que a internação compulsória não resolve o problema do uso de drogas (trazendo especialmente o uso de crack), pois o modelo vigente no país não pauta suas articulações na intersectorialidade das políticas sociais, dessa forma, o modelo proposto pelo governo ignora as determinações que implicam o uso de drogas, ou seja, como o indivíduo se relaciona.

Ela pontua:

A internação compulsória vem atender interesses econômicos e políticos da capital, uma vez que assume caráter higienista, porque se volta somente para os usuários de crack em situação de rua nas chamadas “Cracolândia”, que em sua maioria são territórios de especulação imobiliária, de mobilidade urbana. Não podemos ficar na “aparência humanitária” desse modelo, e sim entender em que medida ele apresenta violação de direitos. E este é outro motivo que fundamenta minha posição contrária à internação compulsória. Ela retira do usuário ou dependente de drogas sua autonomia, já que impõe um modelo único de tratamento (CFESS, 2013).

Trazendo essa visão crítica, a internação compulsória apoia-se no discurso que condena o usuário ao estigma de incapaz de decidir sobre seu próprio tratamento. Além disso, ela vai ser uma medida que viola direitos, se o artigo 4 da Lei 10.216/2001 prevê que *“A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”* na tentativa de evitar as barbaridades como as que foram cometidas na história dos manicômios do país, trazer essa “incapacidade” ou falta de “autonomia” do usuário

⁹ Assistente Social e pesquisadora da área de Políticas Sobre Drogas.

só demonstra que a internação compulsória é uma medida de retirada do indivíduo das ruas, ou seja, uma medida de “limpeza urbana”.

Prosseguindo com a entrevista, Cristina Brites comenta sobre a polêmica causada pela proposta da RD. Ela pontua que:

A redução de danos é polêmica, mas funciona. Se não há, em um determinado momento, a possibilidade de interrupção de uso de drogas, o que posso oferecer de cuidado àquele usuário? Se a pessoa é usuária de droga injetável, e ela ainda não está disposta a tratar do problema, podemos ao menos oferecer equipamento seguro e estéril de injeção, para que ela não compartilhe seringas, e assim evitamos uma série de outros agravos à saúde em decorrência do uso de drogas (como transmissão de doenças) (CFESS, 2013).

A perspectiva da RD vai trazer um olhar mais atento ao cuidado preventivo, além de garantir um tratamento humanizado. Desse modo, há alternativas de tratamento que visem não apenas a retirada do indivíduo dos centros urbanos, mas um cuidado em pensar não apenas no dano social causado pelo uso de drogas, mas como o sujeito está inserido nessa relação. Se o usuário não pretende, de imediato, parar com o uso de substâncias psicoativas oferecer condições mais seguras de uso podem minimizar os efeitos prejudiciais à sua saúde (BRITES, 2013).

Para avançarmos nessa discussão, o CFESS divulgou uma nota técnica¹⁰ sobre a lei que autoriza a internação compulsória de pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas. Publicado em 6 (seis) de junho de 2019 o documento afirma que a lei limita o direito de usuários e não resolve o problema ocasionado pelo uso de álcool e outras drogas.

A Lei 13.840/2019 publicada no dia 05 de junho de 2019 altera trechos importantes da Lei 11.343/2006¹¹. Vale salientar que, a Lei 11.343/2006 já vinha sendo alvo de críticas, pois apesar da lei não determinar o aprisionamento dos usuários de substâncias psicoativas, após a aprovação dessa lei houve um aumento exponencial do encarceramento da população mais pobre. De acordo com a matéria produzida pela BBC News Brasil¹², em 2005 9% dos presos no Brasil haviam sido detidos por crimes relacionados às drogas, em 2014 o número passa para 28%.

¹⁰ AS IMPLICAÇÕES DAS ALTERAÇÕES NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE ASSISTENTES SOCIAIS NO BRASIL.

¹¹ Esta Lei institui o Sistema Nacional de Política sobre Drogas (Sisnad); prescreve medidas para a prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas e repressões à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e define crime.

¹² Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-38590880>

O aumento se dá pela falta de clareza da legislação, o que levou inúmeros usuários a serem condenados como traficantes. O artigo 28 determina que:

Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas: I - advertência sobre os efeitos das drogas; II - prestação de serviços à comunidade; III - medida educativa de comparecimento à programa ou curso educativo (Lei 11.343, 2006).

A falta de critérios bem definidos ocasiona a aplicação da lei com a penalidade mais restritiva e punitiva. Isso faz com que mais pessoas sejam classificadas como criminosas, ou seja, ao invés do indivíduo ser tratado no campo da saúde, ele passa a ser tratado dentro do sistema prisional.

Na contramão dos avanços conquistados a partir da reformulação da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas no final da década de 1980, a nota técnica enfatiza que, as atuais alterações na Política Nacional de Drogas é expressão da onda conservadora presente no país.

A aprovação da Lei 13.840/2019 determina a internação voluntária e involuntária de usuários que fazem o uso abusivo de substância psicoativas, além de incluir as comunidades terapêuticas como instrumento de viabilização dessa política. A partir dessa aprovação podemos notar sistematicamente alterações na Política Nacional de Saúde Mental e de Álcool e outras Drogas, por meio de aprovações de legislações internas do Ministério da Saúde como a Resolução 32/2017¹³ e a Nota Técnica 11/2019¹⁴ (CFESS, 2019).

O Conjunto CFESS/CRESS também enfatiza sua posição contrária à regulamentação das comunidades terapêuticas, afirmando que: ¹⁵

Defendemos que o tratamento de pessoas que consomem drogas de forma abusiva, ou que delas criam dependência, seja realizado no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD), dos hospitais gerais e dos consultórios de rua, conforme deliberado e explicitado nos documentos finais da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010), na XIV Conferência Nacional de Saúde (2011) e, especialmente, na Lei nº 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica) (CFESS, 2014).

¹³ Inclui na Rede de Atenção Psicossocial (Raps), o ambulatório especializado em saúde mental, as comunidades terapêuticas e o aumento dos recursos para a internação psiquiátrica.

¹⁴ Afirma que, não existem serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, afirmando que o hospital psiquiátrico pode ser humanizado.

¹⁵ Sobre a posição do CFESS quanto as comunidades terapêuticas. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/comunidade-terapeutica-2014timbradocfess.pdf>

As comunidades terapêuticas, nos últimos anos, têm conquistado poder político e econômico, preocupando o Conjunto CFESS-CRESS. De acordo com a Nota Técnica as CT se constituem como “pequenos manicômios”, onde os direitos dos usuários são sistematicamente desrespeitados (CFESS, 2014).

Na fiscalização efetuada pelo Conjunto CFESS-CRESS nas comunidades terapêuticas, foi identificado que:

(...) a equipe básica é composta de assistente social e psicólogo/a, com uma reduzida presença de demais profissionais, evidenciando, assim, o caráter segregatório dessas entidades, uma vez que, não contam com uma equipe multidisciplinar para lidar com a complexidade que é o abuso de álcool e outras drogas. Embora se autodenomine “serviço residencial transitório”, as comunidades terapêuticas acabam desenvolvendo ações típicas da saúde (Relatório de Fiscalização, CFESS: 2018,13).

Além disso, foi verificado que as atividades efetuadas nas instituições eram atividades de cunho religioso, como: cultos, aulas, orações e leitura da Bíblia. Por esses motivos o CFESS compreende que “as comunidades terapêuticas não são espaços para tratamento de pessoas que abusam ou criam dependência em substâncias psicoativas (CFESS, 2019, p. 5).

Avançando a discussão, embora a lei traga que o tratamento ambulatorial deve ser priorizado, não há menções no corpo do texto de como o governo pretende reforçar essa modalidade de tratamento. Sobre o tratamento, a lei determina em seu artigo 23-A, que:

O tratamento do usuário ou dependente de drogas deverá ser ordenado em uma rede de atenção à saúde, com prioridade para as modalidades de tratamento ambulatorial, incluindo excepcionalmente formas de internação em unidades de saúde e hospitais gerais nos termos de normas dispostas pela União e articuladas com os serviços de assistência social e em etapas que permitam: I - articular a atenção com ações preventivas que atinjam toda a população pela Lei nº 13.840, de 2019); II - orientar-se por protocolos técnicos predefinidos, baseados em evidências científicas, oferecendo atendimento individualizado ao usuário ou dependente de drogas com abordagem preventiva e, sempre que indicado, ambulatorial; III - preparar para a reinserção social e econômica, respeitando as habilidades e projetos individuais por meio de programas que articulem educação, capacitação para o trabalho, esporte, cultura e acompanhamento individualizado; e IV - acompanhar os resultados pelo SUS, Suas e Sisnad, de forma articulada. (...) (Lei 11.343/2006, trecho incluído pela Lei nº 13.840, de 2019, grifos nossos).

Sobre a internação, a lei diz que haverá duas modalidades de internação, a voluntária e a involuntária. A voluntária determina a necessidade de um documento

escrito, com a aceitação do usuário quanto a sua internação e saída, já a internação involuntária a lei traz:

(...) 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 (Incluído pela Lei nº 13.840, de 2019).

Quando a lei diz que qualquer funcionário público- exceto da área de segurança pública- pode solicitar a internação do usuário de substância psicoativa esse seria mais uma medida que estaria vinculada ao viés punitivo da lei.

Dessa forma, a partir das análises feitas até aqui, podemos verificar que a internação de usuários de drogas não resolve o problema complexo que acompanha os casos de abusos e dependência de substâncias psicoativas. O CFESS traz que, como um problema de saúde pública, o cuidado deve ser feito no território para evitar enclausurar e as longas internações, trazendo a ampliação dos CAPS, dos consultórios na rua. Além disso, os/as assistentes sociais devem assumir posições acerca da internação compulsória levando em consideração as atribuições e competências inscritas no Código de Ética de 1993.

O projeto ético-político (PEP) do Serviço Social foi resultado de um movimento histórico, transformando-se em uma maneira de acumulação teórica mais atualizada, atrelado ao pluralismo (NETTO, 1999). Com base no entendimento de Netto (1999), sabe-se que o pluralismo é um elemento fundamental à vida social e à profissão, de modo que necessita ser observado e respeitado e não confundido com ecletismo, pois o Serviço Social é mais que isso, tendo em vista que a hegemonia permanece na teoria crítica partindo de Marx.

Como afirma os princípios fundamentais do código de ética (2012):

- I. Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais;
- II. Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;
- III. Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras;
- IV. Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida;
- V. Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;

- VI. Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças;
- VII. Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;
- VIII. Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero;
- IX. Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos/as trabalhadores/as;
- X. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;
- XI. Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física (CFESS, 2012, p 23-24).

Ademais o projeto ético-político é constituído pela imagem ideal da profissão, os valores que a legitimam, a função social e objetos da mesma; assim, o Projeto Ético Político do Serviço Social é contextualizado na transição dos anos 70 aos 80, como herança do Movimento de Reconceituação possui a presença de crítica ao conservadorismo profissional. Portanto, o PEP fortifica os direitos humanos e objetiva a equidade e justiça social, sendo declarado um projeto democrático, conquistado somente durante os anos 90 (NETTO, 1999).

O Serviço Social, possui várias atribuições e contribuições no meio social, econômico e político. Com base nisso, pode-se analisar que o debate sobre drogas e a Internação Compulsória faz parte do meio sócio-político.

Como diz Pereira (2018):

O Serviço Social, como profissão, tem a questão social como fundamento da especialização do seu trabalho. Sendo assim, trabalhar com as particularidades das múltiplas expressões da questão social que se apresentam na sociedade contemporânea é tarefa que se encontra no âmbito do exercício profissional do assistente social (PEREIRA, 2018, p. 8).

A partir disso, é possível dizer que toda a problemática das drogas é uma das expressões da questão social estudada e aprofundada pelo Serviço Social.

Em decorrência disso, o Serviço Social possui o dever de estudar o contexto e a realidade social de cada indivíduo e, com isso, muitas vezes achar o que levou as pessoas a estar dependente de drogadição. Assim como diz Pereira (2018) “Nesse contexto, o abuso e dependência de drogas muitas vezes são consequências geradas pela desigualdade capitalista, expressão da questão social e objeto de

intervenção para vários profissionais, incluindo os assistentes sociais” (PEREIRA, 2018, p. 8)

Oliveira (2014) salienta que

O Conselho Federal de Serviço Social afirma seu posicionamento contrário à internação e ao abrigo compulsório, reforçando a luta dos movimentos sociais em defesa dos direitos humanos, pois a internação involuntária viola direitos e não enfrenta o aumento do consumo de drogas (OLIVEIRA, 2014, p. 6)

Acerca do entendimento de Oliveira (2014), é possível analisar, que com base no código de ética e defesa da Constituição Federal de 88, o Serviço Social deve se posicionar contra a IC, no qual contraria um dos principais direitos previstos na CF 88, a liberdade. Com isso, Pereira (2018) confirma “o projeto profissional se coloca contrário a qualquer forma desumanizadora, desrespeitosa, opressora ou discriminadora dos usuários de seus serviços” (PEREIRA, 2018, p.10).

Diante dos fatos mencionados até o momento, é possível entender que o Serviço Social tem a sua participação na Internação Compulsória, com o intuito de proteger os direitos já inseridos na CF de 1988. Com isso, busca maneiras de melhor atender o usuário e visualizar a sua realidade social. Para que ocorra a intervenção social adequada.

3.2 O fazer profissional do assistente social na Internação compulsória

O assistente social faz parte de equipes espalhadas pelo mundo, com um dos intuitos, trabalho de fazer com que os direitos e deveres do cidadão sejam respeitados e inseridos adequadamente.

Como se observa em Iamamoto (2019):

A “prática” — tida como uma relação singular entre o assistente social e o sujeito atendido individualmente, em grupo ou em comunidades — é tratada desvinculada da “questão social” e das políticas sociais correspondentes. Nessa perspectiva, a formação profissional deveria privilegiar a construção de estratégias, técnicas e formação de habilidades — centrando-se no “como fazer” — a partir da justificativa de que o Serviço Social é uma “profissão voltada para a intervenção no social” visando a integração social, sob influxos liberais na compreensão e condução da “prática profissional” (IAMAMOTO, 2019, p. 450).

Seguindo sempre o código de ética do assistente social disponibilizado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), como princípios primordiais a equidade, a defesa pela liberdade e contra qualquer forma de preconceito.

De acordo com o CFESS (2012):

Art. 3º São deveres do/a assistente social:

- a- Desempenhar suas atividades profissionais, com eficiência e responsabilidade, observando a legislação em vigor;
- b- utilizar seu número de registro no Conselho Regional no exercício da Profissão;
- c- abster-se, no exercício da Profissão, de práticas que caracterizem a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando sua ocorrência aos órgãos competentes;
- d- Participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidades (CFESS, 2012, art. 3º, p. 27).

Segundo Oliveira (2014):

Os Assistentes Sociais não desconsiderando as determinações históricas, econômicas e políticas da relação do ser humano com as drogas e não fazendo esse tipo de leitura moralizadora da sociedade, volta seu acervo teórico para realidade que tem sua pedra fundamental a materialidade histórica (OLIVEIRA, 2014, p. 5).

Com isso, o assistente social tem que ser imparcial em sua decisão, desconsiderando todo o seu conservadorismo, que mesmo que já tenha tido ruptura teoricamente, na prática ainda existe. E, para isso, poder analisar toda a trajetória social e econômica do usuário de drogadição.

O CFESS (2012) afirma:

Art. 5º São deveres do/a assistente social nas suas relações com os/as usuários/as:

- a- Contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais;
- b- garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos/as usuários/as, mesmo que sejam contrárias aos valores e às crenças individuais dos/as profissionais, resguardados os princípios deste Código;
- c- democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos/as usuários/as;
- d- Devolver as informações colhidas nos estudos e pesquisas aos/às usuários/as, no sentido de que estes possam usá-los para o fortalecimento dos seus interesses;
- e- Informar à população usuária sobre a utilização de materiais de registro audiovisual e pesquisas a elas referentes e a forma de sistematização dos dados obtidos;
- f- fornecer à população usuária, quando solicitado, informações concernentes ao trabalho desenvolvido pelo Serviço Social e as suas conclusões, resguardado o sigilo profissional;
- g- Contribuir para a criação de mecanismos que venham desburocratizar a relação com os/as usuários/as, no sentido de agilizar e melhorar os serviços prestados;
- h- Esclarecer aos/às usuários/as, ao iniciar o trabalho, sobre os objetivos e a amplitude de sua atuação profissional.” (CFESS, 2012, art. 5º, p. 29-30)

De acordo com Oliveira (2014)

Os assistentes sociais trabalham em equipes de atendimento a usuários de drogas. Sempre lidando no cotidiano com as tragédias humanas e sentindo o desejo de responder imediatamente aos anseios destes infortúnios, ao lidar com usuários de drogas, o Serviço Social empiricamente analisa crianças, jovens e adultos que estão abandonando a escola, o trabalho seus vínculos afetivos e familiares em decorrência do vício, e isso é uma verdadeira tragédia humana que sensibiliza, e que mobiliza a solidariedade. E diante dessa emergência que gera dor e pânico, assistentes sociais sentem necessidade de oferecer uma solução diferente à internação compulsória, em vista do apelo “humanitário” que ela não oferece (OLIVEIRA, 2014, p. 10).

Com base no entendimento do Serviço Social sobre a questão da IC, o fazer profissional de um assistente social deve ser bem crítico-analítico, ou seja, deve se atentar a todas as informações coletadas possíveis, para poder efetuar a sua intervenção. Como Pereira (2018) também afirma, “profissional crítico, interventivo, que atenta para o contexto socioeconômico e político bem como para as peculiaridades das comunidades atendidas e as implicações sociais desta nova política” (PEREIRA, 2018, p. 8).

A prática de um assistente social sempre vem em conjunto com a parte teórica da profissão, levando sempre em conta os pressupostos principais. Como fez Pereira (2018) “Observa-se então que o trabalho do assistente social na redução de danos tende a incorporar os pressupostos éticos e políticos que compõem o projeto profissional do Serviço Social” (PEREIRA, 2018, p. 9).

Além disso, a atuação e participação do assistente social em equipes voltadas para a redução de danos e/ou dependência química, se trata de uma forma de analisar a problemática como um todo de cada usuário de droga. Buscando entender cada situação social de uma maneira individualizada e em grupo, com a família.

Percebe-se que o CFESS (2012), possui várias regulamentações que demonstram as responsabilidades do assistente social no meio sócio-político atual. Fazendo com que o usuário tenha convicção e efetividade de seus direitos, juntamente a órgãos públicos. Nesse caso, é necessária uma parceria para que ambos consigam efetuar seu propósito e, superar suas dificuldades, sejam elas sociais, políticas e/ou econômicas. Pereira (2018) pontua que:

Problemas causados pelo consumo de álcool e drogas começa no primeiro contato entre a equipe de profissionais e o indivíduo e/ou sua família, buscando identificar os fatores associados ao consumo de drogas pelo

indivíduo e obter informações mais precisas possíveis sobre a totalidade do contexto em que ele se insere. Utilizar a noção de vulnerabilidade é essencial para ampliar o campo de reflexões para além do comportamento individual, compreendendo os problemas associados ao consumo de drogas como produto da interação de múltiplos fatores psicológicos, sociais, econômicos e culturais (PEREIRA, 2018, p. 13).

Nessa relação, a equipe profissional que tem o primeiro contato com o usuário, sempre deve fazer um questionário, procurando saber todas as informações possíveis, para que logo após possa ser feita uma análise e uma reflexão a respeito da realidade em que vive.

Como afirma Pereira (2018):

Os assistentes sociais podem participar no planejamento, coordenação, execução e avaliação das ações de educação e aconselhamento, que têm como conteúdo necessário a promoção de ações para a educação dos usuários em relação aos riscos do uso de cada tipo de droga, prevenção abusos e infecções, prover informações sobre seus direitos e os serviços de saúde disponíveis e facilitar o acesso a itens que tornam o uso de substância menos nocivo, bem como preservativos, garantindo que os usuários se mantenham seguros e saudáveis (PEREIRA, 2018, p. 14) .

Essa ideia corrobora o que já está previsto na Política Nacional de Assistência Social (PNAS):

A segurança da vivência familiar ou a segurança do convívio é uma das necessidades a ser preenchida pela política de assistência social. Isto supõe a não aceitação de situações de reclusão, de situações de perda das relações. É próprio da natureza humana o comportamento gregário. É na relação que o ser cria sua identidade e reconhece a sua subjetividade. A dimensão societária da vida desenvolve potencialidades, subjetividades coletivas, construções culturais, políticas e, sobretudo, os processos civilizatórios. As barreiras relacionais criadas por questões individuais, grupais, sociais por discriminação ou múltiplas inaceitações ou intolerâncias estão no campo do convívio humano. A dimensão multicultural, intergeracional, interterritoriais, intersubjetivas, entre outras, devem ser ressaltadas na perspectiva do direito ao convívio (PNAS, 2004, p. 32).

Logo, pode-se perceber que o papel do assistente social é trabalhar, juntamente com uma equipe, pela defesa dos direitos dos usuários de substâncias psicoativas, para que ocorra a Internação Compulsória, somente em casos extremos, pois de algum modo ofende o direito à liberdade, causando perda das relações sociais, ou melhor dizendo o jovem mesmo que seja reinserido, na sociedade em que se vive nos dias atuais, não será a mesma coisa.

CONCLUSÃO

Neste trabalho, foi discutido e pesquisado a questão da Internação Compulsória como uma medida de exclusão de usuários de drogas ilícitas e lícitas, com uma visão crítica da relação da internação compulsória de pessoas que fazem uso de drogas psicoativas e a sociedade. Além disso, foi visualizado todo o contexto social, econômico e político do usuário de drogadição e, como o Estado e o Serviço Social estão atrelados nesse contexto, trazendo estratégias legais e adequadas. Com isso, analisamos as leis já existentes e os papéis desempenhados nas Comunidades Terapêuticas e na legislação.

Dessa forma, foi visto que o consumo de drogas é baseado em uma grande influência das transformações societárias, no qual há legislações que criminalizam o uso e comercialização das drogas no Brasil, que levam à exclusão social dos usuários de drogas. Desde o início do século XX, os indivíduos que consomem drogas são punidos com uma ordem de prisão, baseados em uma prática proibicionista. Dessa maneira, os indivíduos que consomem drogas são vistos de uma forma criminalizada e, vistos como desviantes do padrão da sociedade.

E, com o passar dos anos e das leis sancionadas, o Estado como regulador da vida social, buscando alternativas para a redução de danos, adentrou os serviços assistenciais encarregados por demandas de caráter social, econômico e de saúde pública, com base nisso, se deu a necessidade de criar políticas e conselhos específicos para ficarem encarregados dos direitos e deveres dos usuários de drogadição, dentre eles estão, COFEN, SENAD, CONAD e PNAD. Diante dos fatos analisados, foi possível perceber que mesmo havendo uma política para a reinserção e cuidado do usuário, essas teorias diferem da realidade prática social, tendo em vista a questão das internações e retiradas dos usuários das ruas, analisadas como uma medida de encarceramento e limpeza das ruas.

Diante dos fatos analisados, é perceptível que as CTs dizem possuir uma política de reinserção social, todavia, violam um de direitos principais de um cidadão, o direito à liberdade, justificando métodos como de abstinência e segregação; em suma, as Comunidades possuem um caráter moralista e religioso, usando princípios bíblicos como método orientador de suas ações.

Dessa maneira, foi analisado que o projeto ético político do Serviço Social, envolve valores que justificam e legitimam a função sociopolítica e o objetivo da

profissão, fortalecendo os direitos humanos, a equidade, a universalidade e a justiça social. Com isso, é possível perceber que o Serviço Social possui várias contribuições para com a defesa do usuário durante o período da Internação Compulsória, já que se entrelaçam na questão sócio-político de seus usuários atrelados a questão social, visando analisar o meio social e familiar que o usuário se encontra, para obter uma melhor intervenção. Além disso, foi analisado que há um debate sobre o serviço social ser contra a internação compulsória, pelo fato de inviabilizar o direito à liberdade e individualidade, presentes na CF de 88, além de incapacitar o usuário a tomar suas próprias atitudes e escolhas. Logo, pode-se perceber que a internação compulsória só resolve parte da problemática, pois além de violar a individualidade do indivíduo, ela não engloba o foco do problema, o que preocupa o CFESS.

Diante disso, foi necessário analisar que amoralidade e conservadorismo estão adentrados nessa situação, sendo de bastante influência para a exclusão e ações punitivas para com o usuário. Com isso, os assistentes sociais possuem um trabalho de maneira crítica e perspectiva, além de que devem ser contrários a toda forma de preconceito, defendendo assim, a equidade e universalidade dos direitos dos usuários. Com o dever de entender e visualizar o meio social, político e econômico que o usuário se encontra, com base no que diz no código de ética, o assistente social deve ser imparcial em sua decisão, precisando desconstruir suas ideias conservadoras, para que haja uma intervenção adequada e precisa. Com isso, o assistente social, juntamente com uma equipe necessária, tem o dever de analisar a demanda de maneira individualizada, ou melhor dizendo de cada usuário com sua família, devendo possuir maior atenção para que a internação seja efetuada só em casos extremos.

Tendo em vista o exposto, concluímos que, a internação compulsória pode ser vista como uma medida de exclusão, já que ao longo dos estudos verificamos que a depender do Estado e das mudanças societárias as legislações que visem o tratamento e a reinserção familiar e comunitária do usuário de substâncias psicoativas vai adentrar vias punitivas, como medidas de assilamentos. Dessa forma, verificamos que, baseando-se na CF de 88, a internação compulsória é uma medida que viola direitos, visto que ela nega ao usuário um direito fundamental, direito à liberdade.

Para além, verificamos que compete à nossa formação identificar as manifestações da questão social, permitindo que a prática profissional não se debruce no imediatismo, contribuindo para as transformações societárias, onde a garantia de direitos não conduza com a negação de outros.

REFERÊNCIAS

ALVES, Fernando Antonio da Silva. **Conservadorismo e Política Criminal de Drogas no Estado Democrático de Direito**. Disponível em:

<http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=fd4f21f2556dad0e>. Acesso em: 06 mar. 2023.

AMARANTE, Paulo. **Bases conceituais e históricas do campo da saúde**. In: Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação a distância. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003.

ASSIS, J; BARREIROS, G; CONCEIÇÃO M. **A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica**. Revista Latino-americana de

Psicopatologia Fundamental. Dezembro de 2013. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/S1415-47142013000400007>. Acesso: 17 mar. 2023.

BARBOZA, Fernanda Lima Guilherme. **Internação compulsória individual ou coletiva dos dependentes de crack: o discurso do Estado e do Serviço Social**. Dissertação (Mestre em Serviço Social) - Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco. Recife, p. 132. 2014.

BARROCO, M. L. **Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos**. 8.ed. São Paulo, Cortez, 2010.

BITTENCOUR, Ligia Maria. **Do discurso jurídico à ordem médica: os**

descaminhos do uso de drogas no 1986 Brasil. Dissertação (Mestrado) –

Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. dezembro de 1986.

BOLONHEIS-RAMOS, Renata Cristina Marques; BOARINI, Maria Lucia.

Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. História, Ciências, Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro, v.22, n.4, out.-dez. 2015, p.1231-1248.

BORGES, Juliana. **O que é encarceramento em massa?**. Belo Horizonte: Letramento, 2018.

BRAGA, José Carlos; PAULA, Sergio. **Saúde e Previdência**: estudo de política social. São Paulo: CEBSS-HUCITEC, 1986.

BRASIL. **Comunidades Terapêuticas**. Serviços e informações do Brasil. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/acessar-comunidades-terapeuticas>. Acesso em: 20 mar. 2023.

BRASIL. Decreto-Lei Nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm. Acesso em: 08 mar. 2023.

BRASIL, Decreto Nº 5.148-A, de 10 de janeiro de 1927. **Reorganiza a Assistencia a Psychopathas no Districto Federal**. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-5148-a-10-janeiro-1927-563139-publicacaooriginal-87269-pl.html#:~:text=Art.,a%20estabelecimento%20apropriado%20para%20tratamento>. Acesso em: 20 mar. 2023.

BRASIL, **Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil**. Brasília. Governo Federal. 2010.

BRASIL, Lei de número 11.343, 23 de agosto de 2006. **Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas**. Planalto. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

BRASIL, Lei de número 13.840, 05 de junho de 2019. **Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas**. Planalto. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13840.htm. Acesso em: 09 mar. 2023.

BRASIL, Ministério da Justiça e Segurança Pública. **A Política Nacional Sobre DROGAS**, 11 nov. de 2021. Disponível em:

<https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/a-politica-nacional-sobre-drogas>. Acesso em: 04 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL, Resolução número 29, de 30 de junho de 2011. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Ministério da Saúde. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html.

Acesso em: 24 mar. 2023.

BRITES, Cristina Maria. **Política de Drogas no Brasil: usos e abusos**. In: BOKANY, Vilma (Org.). *Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça proximidades e opiniões*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2015.

BRITTO, Renata Corrêa. **A Internação Psiquiátrica Involuntária e a Lei 10.216/01: Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental**. 2004. 210 p. Dissertação (Mestrado). Mestrado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: 2004.

BUCHER, Ricardo. **VISÃO HISTÓRICA E ANTROPOLÓGICA DAS DROGAS**. *Psicologia: teoria e pesquisa*. (UnB). Brasília, 2(2): 132-144, 1986.

CAETANO, Harold; CAIXETA, Mario Henrique. **INTERNAÇÃO FORÇADA DO USUÁRIO OU DEPENDENTE DE DROGAS: FUNDAMENTOS JURÍDICOS E LIMITES À ATUAÇÃO JURISDICIONAL**. Rio de Janeiro. [200-?]. Disponível em: https://www.mprj.mp.br/documents/20184/540394/internacao_forcada_na_lei_de_drogas.pdf. Acesso em: 09 mar. 2023.

CARNEIRO, Henrique. **As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX**. *Revista Outubro*, n 06, 2002 (pp.115-128): São Paulo, SP.

CHAUÍ, M. S. **Escritos sobre a universidade**. São Paulo: UNESP, 2001.
CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Código de ética Profissional do Assistente Social. Brasília, 2012. Disponível em:
https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em: 05 abr. 2023.

COSTA, Meirelúcia. **Consumo de Drogas e Dependência Química: Qual dos dois é o verdadeiro vilão para a sociedade ?**. Rio Grande do Norte: Universidade Estadual do Rio Grande do Norte; 2009. Disponível em:
<https://cchla.ufrn.br/humanidades2009/Anais/GT12/12.4.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2023.

COSTA, Selma Frossard. **As políticas públicas e as comunidades terapêuticas nos atendimentos à dependência química**. Serviço Social em Revista, v.11, n.2, p.1-14. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/ssrevista>. Acesso em: 24 mar. 2023.

DAMAS, Fernando Balvedi. **Comunidades Terapêuticas no Brasil: Expansão, Institucionalização e Relevância Social**. Revista Saúde Pública. V6. N1. p. 50 a 65. Santa Catarina- Florianópolis. jan/ março de 2013. Disponível em:
https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=comunidade+terap%C3%AAutica&oq=comunidade+tera#d=gs_qabs&t=1679665690483&u=%23p%3Dit3N-wFTJusJ. Acesso em: 20 mar. 2023.

FEITOSA, Ana N. de Castro; FILHO, Carlos G. **Processo de trabalho em comunidade terapêutica e a política sobre drogas no Brasil**. Fortaleza: Quipá Editora, 2020.

FIORE, Maurício. **A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos**. São Paulo, Alameda Editorial. 2005.

FIORE, Maurício. **O lugar do Estado na questão das drogas: O paradigma proibicionista e as alternativas**. Revista Novos Estudos: Cebrap, São Paulo, n. 92, mar. 2012.

FOSSI, Luciana; GUARESCHI, Neuza. **O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos.** Estudos e Pesquisas em Psicologia, vol. 15, n 1, pp. 95-115. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2015. Disponível em:

https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=comunidade+terap%C3%AAAutica&oq=comunidade+tera#d=gs_qabs&t=1679666080620&u=%23p%3D9aunFyZ8reUJ. Acesso em: 21 mar. 2023.

FRANÇA, A. **Reabilitação Psicossocial: Estratégias e Desafios de Implantação em Serviços Substitutivos de Saúde Mental.** Monografia, Curso de Especialização em Serviço Social. Universidade de Brasília. Brasília. 71 páginas. 2010.

HEIDRICH, Andréa Valente. **Reforma psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização.** 2007. 205 f. Tese (Doutorado). Programa de Pós Graduação em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, PUC-RS, 2007.

HERNANDES, Lincon Fricks; GENTILLI, Raquel De Matos Lopes. **Internação compulsória: um desafio à política antimanicomial.** Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2015.

HELLER, Agnes. **O cotidiano e a história.** 11.ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e terra, 2016.

JÚNIOR BEZERRA, Benilton. **Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil.**

PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(2):243-250, 2007. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/physis/v17n2/v17n2a02.pdf. Acesso em: 13 mar. 2023.

LIMA, L.M. **Redução de danos e prevenção do uso de drogas: plano de ação da ESF São Francisco de Conceição das Alagoas.** [Trabalho de Conclusão de Curso]. Uberaba: Universidade Federal de Minas Gerais; 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Glossário de termos de álcool y drogas, 1994. Disponível em:

https://sgmd.nute.ufsc.br/content/sgmd-resources-conselheiros/ebook/medias/pdf/Glossario_alcool_drogas.compressed.pdf. Acesso em: 04 mar. 2023.

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. **Fragments da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.801-821, jul.-set. 2007.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo; GUERRA, L. D. S. **Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro, V. 42, NÚMERO ESPECIAL 1, P. 224-243, SETEMBRO 2018.

NETTO, José Paulo. **A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**, Brasília - DF, CFESS/ABEPSS/CEAD/UnB, p. 1-22, 1999. Disponível em: https://www.ssrede.pro.br/wp-content/uploads/2017/07/projeto_etico_politico-j-p-netto_.pdf . Acesso em: 31 abr. 2023

OLIVEIRA, Keila. **Visões alternativas do Serviço Social na Internação Compulsória de dependentes químicos**. Universidade da Amazônia- UNAMA. 2014. Disponível em: https://semanaacademica.org.br/system/files/artigos/visoes_alternativas_do_servico_social_na_internacao_compulsoria_de_dependentes_quimicos.pdf. Acesso em: 03 abr. 2023.

PASSOS, E. H. e SOUZA, T. P. **Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”**. Psicologia & Sociedade; n. 23, v. 1. pág. 154-162, 2011

PEREIRA, Fabiano. **O trabalho do assistente social na redução de danos em relação aos usuários de álcool e outras drogas**. XVI ENPESS (2-7 de dezembro). 2018. Disponível em:

<https://periodicos.ufes.br/abepss/article/download/22463/14961>. Acesso em: 03 abr. 2023.

PEREIRA, Rosemary. **Política de saúde mental no Brasil**. O processo de formulação da reforma psiquiátrica (10.216/01). 2004. Tese (Doutorado em Ciência na área de saúde pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

PINHEIRO, Samya K. M. **A guerra as drogas no Brasil**: conservadorismo e criminalização da população negra. Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2017, ISSN 2179-510X.

RESENDE; H. **Políticas de saúde mental no Brasil**: uma visão histórica, pp. 15-73. In Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Vozes-Abrasco, Petrópolis-Rio de Janeiro, 1987.

RODRIGUES, Thiago. **Narcotráfico**: um esboço histórico. In: CARNEIRO, H. e VENÂNCIO, R. P. Álcool e Drogas na História do Brasil. São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: PUC Minas, 2005.

TELLES, A.; AROUCA, L.; SANTIAGO, R. **Do #vidasnasfavelasimportam ao #nóspornós**: a juventude periférica no centro do debate sobre política de Drogas. [s.l:s.n.]. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/4807-181206bapi18cap12.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2023.

TENÓRIO, Fernando. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais**: história e conceito. História, Ciências, Saúde Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002.

VALENTE, Pablo. **Franco Basaglia, a figura-símbolo da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. CENAT- Centro Educacional Novas Abordagens Terapêuticas. 2023. Disponível em: <https://blog.cenatcursos.com.br/franco-basaglia/>. Acesso em: 15 mar. 2023.

VALENTE, Pablo. **Nise da Silveira, a Mulher que revolucionou a Saúde Mental no Brasil**. CENAT - Centro Educacional Novas Abordagens Terapêuticas. 2023.

Disponível em:

<https://blog.cenatcursos.com.br/nise-da-silveira-a-mulher-que-revolucionou-a-saude-mental-no-brasil/>. Acesso em: 15 mar. 2023.

ZIMMER, Fernanda. **A internação compulsória: uma nova porta de entrada legal para o asilo**. Dissertação de Mestrado Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional do Centro de Ciências Humanas da Universidade Federal do Espírito Santo, 2011.