



FACULDADE BAIANA DE DIREITO

CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

VINÍCIUS SANTANA CARDOSO

**UMA ANÁLISE DA INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA DE
DEPENDENTES QUÍMICOS A PARTIR DA LEI N°
13.840/2019**

Salvador

2021

VINÍCIUS SANTANA CARDOSO

**UMA ANÁLISE DA INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA DE
DEPENDENTES QUÍMICOS A PARTIR DA LEI N°
13.840/2019**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Direito, Faculdade Baiana de Direito, como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Direito.

Orientador: Prof. Dr. Maurício Requião de Sant'ana

Salvador

2021

TERMO DE APROVAÇÃO

VINÍCIUS SANTANA CARDOSO

**UMA ANÁLISE DA INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA DE
DEPENDENTES QUÍMICOS A PARTIR DA LEI N°
13.840/2019**

Monografia aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Direito,
Faculdade Baiana de Direito, pela seguinte banca examinadora:

Nome: _____

Titulação e instituição: _____

Nome: _____

Titulação e instituição: _____

Nome: _____

Titulação e instituição: _____

Salvador, ____/____/2021.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Ira e Mozart, por terem me proporcionado tudo, sempre com muito amor e dedicação. Obrigado por acreditarem em mim, pela paciência e apoio durante todo esse período.

À minha irmã Maria Luiza, minha avó Iraci e à Ludmila, pela companhia e palavras de incentivo nos momentos mais difíceis.

Ao grande amigo Wagner Teles, pelas conversas intermináveis e pelos conselhos ao longo do curso.

A todos os professores que tive a honra de ter sido aluno ao longo da minha formação na Faculdade Baiana de Direito, em especial ao meu orientador, Doutor Maurício Requião, agradeço pela assistência, ensinamentos e sugestões durante a produção da monografia.

Esses agradecimentos se estendem aos demais funcionários da Baiana de Direito, sejam da secretaria, limpeza, biblioteca, T.I, segurança, e outros setores, que são a razão da proficiência da instituição.

Aos amigos conquistados nesses cinco anos em âmbito acadêmico e às amizades de toda a vida.

“A minha alucinação é suportar o dia a dia
E meu delírio é a experiência com coisas
reais”. (Alucinação - Belchior

RESUMO

A monografia tem como finalidade discutir a questão da internação involuntária de dependentes químicos e a efetividade dessa prática como instrumento para combater o problema das drogas no país, bem como a sua relação com a autonomia privada do sujeito de direito. O tema será abordado com base na Lei 13.840 que alterou a Lei de Drogas nº11.343/2006 e que no inciso II do parágrafo 3º Artigo 23-A introduziu na legislação a possibilidade da internação involuntária de usuário de drogas e dependentes químicos como modalidade de tratamento. Abordar-se-á o conceito de autonomia privada, a sua importância para o universo jurídico como elemento da dignidade da pessoa humana. Ato contínuo, analisa-se e as limitações impostas a ela. Discorre-se sobre a situação do dependente químico frente ao ordenamento jurídico e à sociedade brasileiras. Apresenta-se a sua condição de estigmatizados e vulnerados e as semelhanças e diferenças do sujeito em dependência química com o portador de transtorno mental. Assim, torna-se necessário discorrer brevemente sobre a Lei 10.216/2001. Em seguida, passa-se a discussão sobre os critérios adotados pela Lei 13.840/2019 para realizar a internação involuntária de dependentes químicos como modalidade de tratamento, e também um breve histórico do ordenamento jurídico brasileiro em regulamentações sobre o tema. Analisa-se a prática da internação involuntária como violação à autonomia privada do sujeito de direito. Reflete-se sobre as comunidades terapêuticas como unidade de acolhimento aos dependentes químicos e a sua eficácia. Apresenta-se a discussão em relação às políticas públicas a serem seguidas pelo Estado para lidar com o problema das drogas e ao tratamento dos dependentes químicos. Encerra-se com a crítica do autor sobre o tema, concluindo que a prática da internação involuntária se configura como uma violação à autonomia privada. Propõe-se também medidas alternativas a serem utilizadas como tratamento ao dependente químico.

Palavras-chave: internação involuntária, autonomia privada, dependentes químicos, lei 13.840/2019, drogas.

ABSTRACT

The purpose of the monograph is to discuss the issue of the involuntary hospitalization of drug addicts and the effectiveness of this practice as an instrument to fight the drug problem in the country, as well as its relationship with the private autonomy of the legal subject. The topic will be addressed based on Law 13.840, which amended the Drug Law No. 11.343/2006 and which in item II of paragraph 3 Article 23-A introduced in the legislation the possibility of involuntary hospitalization of drug users and drug addicts as a modality of treatment. It will address the concept of private autonomy, its importance for the legal universe as an element of human dignity. Continuous act, it analyzes itself and the limitations imposed on it. It discusses the situation of drug addicts in the Brazilian legal system and society. It presents their condition of stigmatized and vulnerable and the similarities and differences of the subject in chemical dependency with the person with a mental disorder. It is necessary to briefly discuss Law 10216/2001. Then, there is a discussion on the criteria adopted by Law 13.840/2019 to carry out the involuntary hospitalization of drug addicts as a treatment modality, as well as a brief history of the Brazilian legal system in regulations on the subject. The practice of involuntary hospitalization is analyzed as a violation of the private autonomy of the subject of law. It reflects on therapeutic communities as a shelter unit for drug addicts and their effectiveness. The discussion is presented in relation to public policies to be followed by the State to deal with the drug problem and the treatment of drug addicts. It ends with the author's criticism of the subject, concluding that the practice of involuntary hospitalization is configured as a violation of private autonomy. Alternative measures are also proposed to be used as treatment for drug addicts.

Keywords: involuntary treatment, private autonomy, substance dependence, law 13.840/2019, drugs.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

Art.	artigo
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CC/02	Código Civil de 2002
CETAD	Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas
CT	Comunidades Terapêuticas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PL	Projeto de Lei
PRD	Política de Redução de Danos
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 DA AUTONOMIA PRIVADA	11
2.1 CONCEITO	11
2.2 LIMITAÇÕES À AUTONOMIA.....	16
3 DO DEPENDENTE QUÍMICO	22
3.1 DEPENDÊNCIA QUÍMICA E ESTIGMA.....	28
3.2 A VULNERABILIDADE DO DEPENDENTE QUÍMICO	31
3.3 A LEI Nº 10.216/2001	34
4 DA INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA DE DEPENDENTES QUÍMICOS A PARTIR DA LEI 13.840/2019	40
4.1 A LEI DE DROGAS (11.343/2006).....	41
4.2 A INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA E AS CONTROVÉRSIAS EM TORNO DAS DIRETRIZES DA LEI 13.840/2019.....	47
4.3 A INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA DOS DEPENDENTES DE CRACK EM SITUAÇÃO DE RISCO.....	53
4.4 AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS	58
4.5 A POLÍTICA PÚBLICA DE COMBATE ÀS DROGAS NO BRASIL	65
4.6 A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS COMO ALTERNATIVA À INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA.....	71
5 CONCLUSÃO	77
REFERÊNCIAS	80

1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem como finalidade discutir a questão da internação involuntária de dependentes químicos e a efetividade dessa prática como instrumento para combater o problema das drogas no país, bem como a sua relação com a autonomia privada do sujeito de direito.

O ponto de partida para a discussão desse tema será a análise dos critérios adotados pela Lei Federal nº 13.840/2019 recentemente aprovada pelo Congresso Nacional Brasileiro e posteriormente sancionada pelo Presidente Jair Bolsonaro em junho de 2019.

A alteração mais importante e objeto de estudo do trabalho em tela foi aquela introduzida no inciso II do Parágrafo 3º do Artigo 23-A da Lei de Drogas, esse dispositivo passou a prever a possibilidade do dependente químico ser internado de forma involuntária, ou seja, o toxicômano que supostamente se encontre em situação de vulnerabilidade poderá ser internado sem o seu consentimento, a pedido de um familiar, de um responsável legal ou por laudo médico. A discussão em torno deste trabalho é justamente discutir se essa modalidade de tratamento constitui uma violação à autonomia do dependente químico.

A presente pesquisa, do ponto de vista metodológico, é exclusivamente bibliográfica e terá como base as diversas fontes que discorrem sobre a temática desenvolvida, sejam livros, artigos, revistas jurídicas, periódicos, trabalhos acadêmicos em geral, e leis. Sendo essa bibliografia composta por obras dos mais diversos autores que abordam o tema.

Do ponto de vista jurídico, trata-se de um tema que se reveste de relevância, tendo em vista que é uma discussão que está bastante em voga no universo do Direito, uma vez que uma lei direcionada ao assunto é bastante contemporânea e foi sancionada recentemente. Ademais, a matéria em questão não diz respeito somente à Lei 13.840/19, mas também busca estabelecer diretrizes para as autoridades lidarem com um problema social e de saúde pública. Além disso, é notório o interesse do meio jurídico em discutir se os parâmetros adotados para a prática da internação involuntária interferem em direitos fundamentais dos cidadãos brasileiros.

Quanto à relevância social, diz respeito a um tema que já está em evidência há um bom tempo e que despertou ainda mais interesse a partir da promulgação da nova Lei de Drogas. Trata-se de uma discussão delicada, porém, de extrema importância para a sociedade, já que o seu problema está diretamente associado à questão da saúde pública. A política de combate às drogas e as inovações em relação ao tratamento dos usuários e dependentes químicos concernem a uma questão social e o seu enfrentamento deve contar com o envolvimento de diversas instituições e profissionais de diferentes setores, e da própria sociedade civil como um todo.

Na primeira parte do presente trabalho será apresentado o que representa a noção de autonomia privada para o universo jurídico. Serão elucidadas a sua conceituação, com o entendimento de múltiplos autores que apontam as suas similitudes e diferenças com a autonomia da vontade, e até mesmo a superação do termo. Ainda nesse capítulo, serão discutidos quais são os critérios estabelecidos pela norma jurídica e legislação brasileira para determinar os limites impostos à autonomia do indivíduo.

O capítulo seguinte será responsável por estudar a figura do dependente químico, desde a sua caracterização por entidades técnicas do meio médico, mas também o tratamento que o ordenamento jurídico lhe confere, incluindo os seus direitos e meios de proteção. Também serão analisadas as diferentes formas como os dependentes químicos são vistos socialmente, a sua imagem estigmatizada e a condição de vulnerabilidade em que vivem também serão objetos de estudo, bem como as semelhanças técnicas e jurídicas entre os sujeitos que sofrem de dependência química e os portadores de transtornos mentais. Será analisada brevemente a Lei 10.216, que no ano de 2001 introduziu a prática da internação não-consentida como modalidade de tratamento às pessoas com deficiência.

Por fim, no quarto e último capítulo, esta monografia se dedicará a se aprofundar nas inovações trazidas pela Lei 13.840 de 2019 e a sua importância para o universo jurídico e para toda a sociedade. Primeiramente, serão retratados o contexto e os parâmetros estabelecidos pela Lei 11.343/2006 que foi alterada pela nova legislação sobre o tema, como é o caso da inclusão da internação involuntária como medida de tratamento aos dependentes químicos. Em seguida, será abordado o tópico principal que diz respeito à internação involuntária dos dependentes químicos e a discussão se essa prática viola ou não a autonomia privada do sujeito de direito, com base no entendimento de diversos autores. Em seguida, será descrita especificamente a

possibilidade de internação não-consentida dos dependentes de crack em situação de risco. Será discutida ainda a finalidade das comunidades terapêuticas e se as práticas adotadas nessas instituições são eficazes e respeitam a autonomia do dependente químico. Serão apresentados também os pontos de vista divergentes na doutrina e entre especialistas da área, bem como o entendimento destes sobre qual seria a melhor forma de o Estado resolver o problema das drogas na sociedade. Por fim, será analisada a prática da redução de danos como meio de tratamento alternativo ao tratamento da dependência química.

2 DA AUTONOMIA PRIVADA

Nesse momento, será trabalhado o entendimento em relação ao que seria a autonomia do sujeito de direito, sabendo que se trata de um termo dotado de diversos sentidos no âmbito do Direito Civil, a principal abordagem a ser discutida aqui será sobre a autonomia privada. Desde a conceituação do instituto, passando pela compreensão da sua importância para o universo jurídico, a superação do termo até então empregado e, em seguida, a análise dos critérios estabelecidos pela norma jurídica e legislação brasileira para determinar os limites à autonomia do indivíduo.

2.1 CONCEITO

De acordo com o Dicionário Aurélio (2004, p. 155), há algumas definições para a palavra autonomia, sendo as seguintes: “faculdade de se governar por si mesmo”, ou “liberdade ou independência moral ou intelectual” e, por fim, “condição pela qual o homem pretende escolher as leis que regem a sua conduta”

Em que pese não haver dúvidas quanto ao papel fundamental da autonomia para o ramo do Direito Civil, ou talvez justamente por conta dessa importância, é termo polissêmico. Por conta dessa abrangência de sentidos e da área de atuação, é que é iniciada a análise sobre a autonomia. (REQUIÃO, 2018, p. 26)

O exercício da autonomia está intimamente vinculado à ideia de responsabilidade, a qual atua como requisito para o pleno exercício das liberdades existenciais a sanidade mental ou discernimento necessário, de modo a se dimensionar todas as consequências dos atos autorreferentes. Logo, a autonomia está inequivocamente atrelada às noções de responsabilidade e discernimento. (TEIXEIRA, 2010, p. 243)

Ao se aprofundar no âmbito jurídico, é possível afirmar que até pouco tempo atrás havia uma grande discussão em relação ao termo correto a ser utilizado. Muitos defendiam que deveria continuar usando o termo autonomia de vontade. Contudo, o entendimento majoritário da doutrina foi que a expressão mais adequada a ser utilizada é autonomia privada.

Segundo Maurício Requião (2015, p.39), não existe um consenso quanto ao conteúdo da autonomia privada. Embora, indiscutivelmente, trate do valor da vontade humana e do poder de autodeterminação do sujeito, é por alguns identificada com a liberdade humana ou um aspecto desta, enquanto outros a enxergam como verdadeiro poder de criar normas jurídicas. Tamanha polissemia talvez se deva ao fato de a autonomia privada ter sofrido transformações de ordem histórica até alcançar sua atual configuração.

Ana Prata (1982, p. 192) entende que essas transformações estiveram diretamente vinculadas à questão do modo de produção, a noção de autonomia acaba sendo adequada de acordo com as necessidades do sistema vigente. Nesse sentido, a autora acredita que tal concepção da autonomia acaba por associar a autonomia privada a um dos seus efeitos, que é a produção de negócios jurídicos, momento em que passa a se distanciar da ideia exata da liberdade do sujeito.

Há uma distinção entre autonomia jurídica individual, autonomia privada e autonomia da vontade. Enquanto a primeira tem uma maior aproximação com a ideia de liberdade, de faculdade de ações lícitas, e por isso é uma categoria mais abrangente. A autonomia privada, apesar de se identificar com uma ideia de liberdade negocial, de realizar negócios jurídicos, não se restringe às questões meramente patrimoniais, uma vez que alcança também situações subjetivas e existenciais. (BORGES, 2007, p. 47)

Luigi Ferri (2001, p. 6) destaca que a autonomia privada se encontra por vezes relacionada como sinônimo de autonomia da vontade, noutros momentos vista como o poder do indivíduo em criar normas para si, ou ainda confundida com a própria iniciativa privada.

Numa linha geral, a autonomia é o conteúdo ético do princípio da dignidade humana. Ela é o fundamento que determina a liberdade de um indivíduo, permitindo-o fazer suas próprias escolhas, de modo a gerir a sua vida conforme seu livre arbítrio. (MASSAÚ; KARCK, 2020, p. 251)

A definição do que é autonomia privada termina passando necessariamente pela análise do que seria autonomia da vontade, por conta da forte relação entre ambos na abordagem doutrinária. A maior parte dos autores, ressalte-se, costuma apresentar

a autonomia privada como sendo uma espécie de evolução da autonomia da vontade. (REQUIÃO, 2015, p. 41)

Na autonomia da vontade havia a crença do uso da vontade de forma absoluta e irrestrita, onipotente, podendo a liberdade negocial ser exercida de forma ilimitada. Tal paradigma teria sido superado com a ideia da autonomia privada, pela qual o negócio jurídico nasce, na verdade, de uma manifestação ou declaração ou comportamento concludente disciplinado pelo ordenamento jurídico e que, por isso, deve obedecer a todos os pressupostos de validade que este exige. (BORGES, 2007, p. 248).

Gustavo Tepedino (2004, p. 167-168) aponta para a superação do termo autonomia de vontade para autonomia privada. O autor argumenta que as alterações, se dão tanto no aspecto subjetivo como no objetivo e formal. No aspecto subjetivo a modificação se daria por se passar do sujeito abstrato para se buscar a pessoa considerada em concreto. Não é mais a autonomia do cidadão genérico, mas sim a de cada indivíduo, considerado em suas singularidades e vulnerabilidades que deve ser realizada.

No mesmo sentido, Daniel Sarmiento (2005, p. 188) afirma que se materializa a evolução da autonomia da vontade para a autonomia privada como uma releitura da primeira, embora a última se aproxime mais das modificações do sistema jurídico e das transformações constitucionais contemporâneas que norteiam o homem como fim de todas as coisas e que vinculam a autonomia ao poder de criar regras jurídicas dentro dos limites legais.

Em que pese ter ocorrido a superação do termo, Ana Carolina Paul (2008, p. 25) surge com a valorosa observação de que a importância da vontade jamais foi eliminada do ordenamento jurídico brasileiro. Pelo contrário, ela continuou e continua até os tempos atuais a ser fator essencial para a existência de diversas operações do direito, principalmente os negócios jurídicos.

Rafael Santana (2019, p. 59) entende que a autonomia privada representa uma mutação evolutiva do conceito correlato anteriormente verificado no ordenamento jurídico. Há a superação do modelo individualista e voluntarista de criação de direitos intersubjetivos pela possibilidade jurídica de autorregramento de acordo com a lei.

Ana Carolina Paul (2008, p. 27) traz a ideia de que a autonomia privada pode ser analisada ao se considerar dois planos distintos, um plano horizontal, que diz respeito

à abrangência desta com relação aos atos praticados pelas pessoas, e um plano vertical, que no entendimento da autora, é o plano que determina a profundidade que ela poderá ser exercida, ou seja, os limites da autonomia privada.

Para Wesllay Ribeiro e Renata Júlio (2009, p.38), a autonomia privada, considerada em sentido mais amplo, pode ser entendida como a possibilidade do indivíduo de conformar a sua vida - inclusive em suas relações sociais e jurídicas segundo o seu interesse e disponibilidade jurídica.

Em sentido mais restrito, a doutrina tem entendido a autonomia privada como aquela relacionada ao direito transacional. Esse sentido restrito importa uma diminuição do espectro de aplicação da autonomia privada, se bem que não só no direito das obrigações a pessoa exercerá sua discricionariedade, mas também nas relações sociais e nas crenças existenciais que professar. A autonomia privada, dessa forma, é considerada como instrumento de realização do princípio da liberdade e, conseqüentemente, da própria dignidade da pessoa humana, vez que negar ao homem o poder de decidir de que modo vai conduzir a sua vida privada é frustrar sua possibilidade de realização existencial. (FARIA, 2007, p. 61)

Janaína Reckziegel e Roni Fabro (2014, p. 175) chegam a conclusão de que a autonomia privada se constitui no gênero, enquanto que a autonomia da vontade pode ser a espécie, considerando a autonomia da vontade vinculada à vontade interna (psíquica) e à liberdade de atuação de cada pessoa, com a possibilidade de escolha do tipo de obrigação a que se pretende aderir, enquanto a autonomia privada, por sua vez, tem relação direta com a liberdade de contratação, ou seja, com a criação de normas para si.

Não obstante, a aproximação do conceito entre autonomia privada e autonomia da vontade não é uma unanimidade na doutrina. Luigi Ferri (2001, p. 5) entende que na verdade, a autonomia da vontade trata da vontade real ou psicológica dos sujeitos como raiz ou causa dos efeitos jurídicos. Ou seja, na opinião do autor, essa autonomia seria uma discussão sobre como se relaciona a vontade e a sua declaração, sendo, portanto, algo totalmente diferente do que diz respeito à autonomia privada, que envolveria o poder de criar normas jurídicas individuais.

Para não causar nenhum tipo de confusão no que diz respeito ao seu conceito, Maurício Requião (2018, p. 32) sugere que é possível apresentar um outro sentido a

palavra autonomia, retirando-a de um contexto meramente patrimonialista, a transportando para uma esfera identificada com as liberdades pessoais do sujeito. E é a partir desse ponto que ele introduz a ideia de autonomia existencial.

Conceituar autonomia é um exercício lógico extremamente complexo em razão da fluidez dos componentes basilares do instituto. O intérprete incorreria em grave equívoco ao tentar equalizar a autonomia da vontade oitocentista à moderna autonomia existencial, que são conceitos distintos, distantes no tempo e no espaço. (SANTANA, 2019, p. 49)

A autonomia existencial, se identifica com a liberdade do sujeito em gerir sua vida e sua personalidade de forma digna. É nesse momento que se encontram questões mais delicadas como o uso ativo dos direitos da personalidade também em situações não negociais e as discussões sobre o direito à morte digna, eutanásia, aborto, manipulação de embriões, direitos pessoais de família, sexualidade e identidade de gênero. (REQUIÃO, 2018, p. 32)

A autonomia privada enquanto conceito jurídico significa auto-regulamentação de interesses patrimoniais e não patrimoniais, sendo princípio que confere juridicidade ao conteúdo do regramento definido pelo seu titular, considerando as vicissitudes jurídicas relacionadas às situações subjetivas. Enquanto forma de manifestação da liberdade, a autonomia é um meio de concretização da dignidade da pessoa humana, é uma forma de efetivação de escolhas simples ou escolhas complexas, é um atributo essencial ao desenvolvimento da existência plena do ser humano. (AGUIAR; MEIRELLES, 2018, p. 136)

O exercício da razão equivale ao exercício da liberdade, um elemento-chave para a autonomia individual. Nesse caso, o romance da soberania baseia-se na crença de que o sujeito é o principal autor controlador do seu próprio significado. (MBEMBE, 2018, p. 10)

Em sua dimensão econômica, a sua autonomia privada, corresponde à autonomia negocial, ou seja, à possibilidade jurídica do sujeito se autodisciplinar, de estipular com observância aos limites fixados pela ordem jurídica, as ordens pertinentes aos seus negócios que envolvam bens patrimoniais. (PAUL, 2008, p. 29)

A autonomia privada, mais do que garantir a autonomia da vontade, mostra-se relevante para assegurar a autonomia existencial, decorrente da própria dignidade da

pessoa humana e firmemente alinhada com o fenômeno da repersonalização do direito privado. (REQUIÃO, 2015, p.45)

A autonomia privada constitui-se, portanto, no âmbito do direito privado, uma esfera de atuação jurídica do sujeito, mais propriamente um espaço de atuação que lhe é concedido pelo direito imperativo, o ordenamento estatal, que permite, assim, aos particulares, a auto-regulamentação de sua atividade jurídica. Os particulares tornam-se, desse modo, e nessas condições, legisladores sobre sua matéria jurídica, criando normas jurídicas vinculadas, de eficácia reconhecida pelo Estado. (AMARAL, 1989, p. 213)

Daniel Sarmiento (2005, p. 182) declara a autonomia privada não apenas como um valor instrumental da democracia, mas como indissociavelmente relacionado à proteção da dignidade humana. Negar ao homem o poder de decidir de que modo vai conduzir sua vida privada é frustrar sua possibilidade de realização existencial.

Massaú e Karck (2020, p. 252) ainda trazem o conceito de autonomia pública e apontam que esta depende da autonomia privada, uma vez que para os autores, sem a autodeterminação do indivíduo, o mesmo não poderá participar livremente da sociedade, exercendo suas liberdades.

Ana Carolina Paul (2008, p. 28) se debruça mais sobre os conceitos e afirma que a autonomia pública está relacionada à concepção democrática de liberdade e corresponde ao poder de o cidadão contribuir ativamente, pelos meios de participação constitucionalmente previstos, com os direcionamentos políticos que o Estado do qual é jurisdicionado irá rumar, pelo que se confunde com a noção de soberania popular. Enquanto que, para a autora, a autonomia privada diz respeito à tutela dos interesses das pessoas em interferência subjetiva, mediante autorização conferida pelo ordenamento para que as pessoas possam agir conforme os limites traçados pela moral, bons costumes e as normas vigentes.

2.2 LIMITAÇÕES À AUTONOMIA

Pontes de Miranda (1984, p. 6) entende que por mais que a autonomia se constitua como importante meio de realização da personalidade do sujeito, é natural que o

direito, enquanto processo social de adaptação, a regulamente vedando alguns comportamentos.

A lei, tomada aqui num sentido mais amplo, é responsável não apenas pela concessão dos direitos, mas também pela definição dos seus limites e restrições. Assim, se por um lado concede aos sujeitos a possibilidade de regulamentar suas vidas, seja na esfera patrimonial ou na esfera pessoal, por outro também traça limites a essa liberdade. (REQUIÃO, 2015, p. 48)

Luigi Ferri (2001, p. 6) defende que o estudo da autonomia é antes de tudo um problema de limites.

Caberia, portanto, limitação da autonomia em função da ordem pública quando, através de uma análise principiológica, se constatasse que o ato autônomo individual, ainda que proveitoso ao sujeito, acabasse por trazer prejuízo social proporcionalmente injustificado. (REQUIÃO, 2015, p. 49)

A autonomia privada compreende as liberdades individuais, como as escolhas feitas pelo sujeito relacionadas à política, religião, expressão e associação, direitos sexuais, de reprodução, entre outros. Todavia, a autonomia privada não se trata de um direito absoluto, na medida em que sofre restrições legais e sociais (MASSAÚ; KARCK, 2020; p. 258)

Na mesma linha, Daniel Sarmiento (2005, p.182) argumenta que a autonomia privada não é absoluta. Em primeiro lugar, tem de ser conciliada com o direito das outras pessoas a uma idêntica quota de liberdade, e, além disso, com outros valores igualmente caros ao Estado Democrático de Direito, como a autonomia pública, a igualdade, a solidariedade e a segurança. Se a autonomia privada fosse absoluta, toda lei que determinasse ou proibisse qualquer ação humana seria inconstitucional.

A autonomia e a liberdade pessoal de ação são valores fundamentais a serem preservados pelo ordenamento. No entanto, o que se pretende comprovar é que a autonomia não pode reinar em todas as situações como direito absoluto, sendo, em alguns casos, possível mitigá-la e suprimi-la quando em confronto com outros princípios e institutos. (COSTA, 2015, p. 89)

Maurício Requião (2018, p. 37) chama a atenção para o fato de que qualquer limitação à liberdade, e, em consequência, à autonomia, só pode se dar por duas formas: por determinação constante no próprio ordenamento jurídico; ou então, levando em conta

o processo histórico do seu desenvolvimento para determinada população. Sob pena de ser arbitrária, e, portanto, ilegítima. Uma vez que, a liberdade não é um direito natural, mas sim um direito conquistado fruto de um processo histórico, sendo enquadrado no ordenamento jurídico brasileiro como direito fundamental.

Para Roxana Borges (2007, p. 61), o entendimento de ordem pública como fator de limitação da autonomia, se apresenta, em regra, como a ideia da primazia do interesse social sobre o individual. Então, seria possível encontrar os fatores para a limitação da autonomia próximos a noções como as apreendidas na função social. Sendo assim, não se pode ofender direitos transindividuais, sejam difusos ou coletivos. Porém, a autora salienta que não há uma prevalência abstrata do interesse público sobre a autonomia.

Desta forma, é inevitável que o Estado intervenha em certos casos, restringindo a autonomia individual, seja para proteger a liberdade dos outros, de acordo com uma “lei geral de liberdade”, como diria Kant, seja para favorecer o bem comum e proteger a paz jurídica de toda sociedade. Numa democracia, essas intervenções estatais no campo da autonomia privada são viabilizadas, sobretudo, por intermédio da lei editada pelos representantes do povo, traduzindo manifestação da autonomia pública do cidadão. Com isso, tais intervenções se reconciliam com a ideia de liberdade num sentido mais amplo. No conceito de lei, incluímos também, como não poderia deixar de ser, a mais importante dentre todas, que é a Constituição, uma vez que ela não depende da mediação do legislador ordinário para incidir diretamente sobre situações de fato. (SARMENTO, 2005, p. 183)

Os limites da autonomia privada são graduados levando-se em consideração as dimensões econômica e existencial que ela assume. Na autonomia econômica, os limites negativos são mais evidentes que os positivos, embora existam para a criação de deveres jurídicos e assumam grande importância para conter os abusos de direito e consequente subordinação de uma parte à outra. Em sua dimensão existencial, o controle da autonomia privada é mais rigoroso, em virtude da proteção ao pleno desenvolvimento da personalidade. Há uma espécie de escala de intensidade da autonomia privada, sendo o exercício desta ainda mais forte quanto mais próxima estiver de interesses meramente patrimoniais. (PAUL, 2008, p. 37)

Os limites clássicos à autonomia, como a lei, a ordem pública, a moral e os bons costumes, não são mais suficientes para resolver os impasses decorrentes da

complexidade que pode envolver uma situação de natureza existencial. É necessário partir do pressuposto da conformação do sentido interpretativo da dignidade da pessoa humana, com o objetivo de extrair disso a relação evidente com a autonomia. (AGUIAR; MEIRELLES, 2018, p. 136)

Em relação aos fundamentos da limitação da autonomia, Maurício Requião (2018, p. 47) aduz que as limitações podem ser objetivas, subjetivas e relacionais. No tocante a limitação objetiva, o autor argumenta que ela incide por conta do repúdio do ordenamento a certas práticas. O que ocorre é o impedimento da prática de certas condutas, ou do modo de realizá-las pelos sujeitos, independentemente das condições pessoais destes. No final das contas, o que se almeja na limitação objetiva é tão somente obstar que certas condutas sejam recepcionadas pelo ordenamento, uma vez que são consideradas prejudiciais pelos mais diversos motivos. O autor aponta os Arts. 426; 104, II; e 187 do Código Civil Brasileiro de 2002 como exemplos de limitações objetivas incluídas no ordenamento jurídico.

A limitação subjetiva é aquela que se dá em função do sujeito que pratica o ato. Tradicionalmente seu fundamento é colocado como sendo o da proteção do próprio sujeito. A limitação subjetiva decorre de juízos de valor feitos pelo ordenamento com o, ao menos declarado, objetivo de proteção humana. Ou seja, decorre de condições ligadas ao estado do sujeito. (MELLO, 2008, p. 142)

No entendimento de José de Oliveira Ascensão (2010, p. 120), “Estados são posições ocupadas pela pessoa na vida social, de que resultam graduações de sua capacidade.”

O indivíduo autônomo age livremente em conformidade com um plano de ação que ele mesmo escolheu. Existem pessoas, em contrapartida, cuja autonomia está diminuída, o que admite que sejam, ao menos em parte, controladas por outras pessoas haja vista não estarem em condição de deliberar conforme seus desejos. Quando estas não conseguem decidir de modo autônomo são justificadas intervenções que reverberam na sua esfera decisória. (FERRER; ALVAREZ, 2005, p. 127)

A ideia para a implantação da limitação subjetiva é que determinadas pessoas, por conta de deficiência na sua capacidade de compreensão da realidade, que se dá seja devido a sua inexperiência, seja por conta de problemas de saúde, não estão aptas

para a prática de certos atos. Por conta dessa inaptidão, é que incidiria a limitação da sua autonomia, com o objetivo de proteger as pessoas do seu próprio uso impensado da autonomia. Sendo assim, surge a limitação na autonomia desse sujeito para impedi-lo de realizar atos que sejam danosos à sua própria dignidade enquanto pessoa humana. (REQUIÃO, 2018, p. 52)

No direito brasileiro, a teoria geral da liberdade de ação sustenta que a autonomia individual do sujeito deve ser mantida, exceto em casos ultra-excepcionais, de absoluta falta de discernimento. E, mesmo nestas hipóteses, a restrição à capacidade civil não deve ser integral. Na medida do possível, há que se resguardar a possibilidade de praticar os atos ainda compatíveis com o seu discernimento. Isto porque, mesmo acometido por algum transtorno, o indivíduo persevera no direito ao desenvolvimento de sua personalidade, consectário da dignidade da pessoa humana. (GESSER; MENEZES, 2012, p. 105)

Ainda sobre a limitação subjetiva, Maurício Requião (2018, p. 52) introduz que ela poderá ser genérica, quando atua para ampliar o rol de atos, como no caso da determinação da incapacidade, que impede que o incapaz pratique de modo válido os atos da vida civil. Os Arts. 3º e 4º do CC (2002) são exemplos de limitação subjetiva genérica. Além disso, segundo o autor, pode também haver a limitação subjetiva pontual, que é quando é restringido a um ou a um pequeno conjunto de atos, como é o caso da limitação da escolha do regime patrimonial de matrimônio do maior de setenta anos (Art. 164, II, CC/2002), ou da proibição de doação de todos os bens que possua um sujeito, sem reserva de parte para a sua subsistência (Art. 548, CC/2002). Para o autor, o importante é que, sendo genérica ou pontual a limitação subjetiva, o seu fundamento tem o propósito de proteger a pessoa que poderia praticar o ato.

Por fim, ainda há a limitação relacional, quando se limita a autonomia não com o intuito de proteger quem pratica o ato, mas sim de proteger um terceiro que por esse ato poderia ser atingido. Destarte, essa limitação não se dá por condições propriamente do sujeito que pratica o ato, mas sim do fator relacional subjetivo, no qual é importante a proteção de interesses de terceiros em relação ao ato praticado. (REQUIÃO, 2018, p. 50)

É inegável a constatação de que a autonomia é um valor precípuo para a preservação da dignidade da pessoa humana, sendo saliente a sua importância histórica não só para a esfera do direito, mas também para a compreensão da autodeterminação do

ser humano, afinal, todos são livres para manifestar as suas próprias vontades e fazer as suas próprias escolhas. Entretanto, há um consenso que entende que, por mais que a autonomia seja um dos direitos mais fundamentais para o ordenamento jurídico brasileiro, não se trata de um direito absoluto, logo, se faz necessário que em determinadas situações que colocam em perigo a integridade do próprio sujeito de direito ou terceiros, sejam empregadas medidas no sentido de limitar a autonomia do sujeito de direito.

Sem embargo, é imperativo que essas limitações impostas não ultrapassem as normas legais e éticas e sempre tenham como diretriz o respeito à integridade não só do sujeito que venha a ter a sua autonomia limitada, mas também de toda a coletividade.

3 DO DEPENDENTE QUÍMICO

Em 1977, a OMS passou a rever os conceitos e definições existentes considerando não só a dependência de álcool, mas também o uso abusivo de outras drogas como um problema social e uma doença, também admitindo como ideia de síndrome com relação a outras substâncias. Nos anos de 1980, a Saúde Pública passou por uma reformulação assumindo programas de combate à dependência, com caráter primário e epidemiológico, pois era crescente o número de casos de pacientes alcoolistas, com tuberculose, envolvidos em acidentes de trânsito, detidos ou internados, todos em situação de uso abusivo. (MOREIRA, 2012, p. 104-105)

Em relatório publicado no início deste século, a Organização Mundial da Saúde (2001, p. 73) afirmou que é muito difícil determinar com precisão quando uma pessoa se torna dependente de uma substância, seja qual for o seu estatuto legal, havendo indicações de que, ao invés de ser uma categoria claramente definida, a dependência instala-se de forma progressiva do uso inicial, sem dependência significativa, à dependência grave, com consequências físicas, mentais e socioeconômicas.

A dependência química está atrelada a uma doença representada pelo CID 10, que se refere aos “Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas”. As subdivisões associadas a doença se referem a uma maior ou menor gravidade do quadro clínico, tendo em vista que os pacientes apresentam gravidade variável e, por isso, sintomatologia diversa, compreendendo: Intoxicação aguda; Uso nocivo para a saúde; Síndrome de dependência; Síndrome [estado] de abstinência; Síndrome de abstinência com delirium; Transtorno psicótico; Síndrome amnésica; Transtorno psicótico residual ou de instalação tardia; Outros transtornos mentais ou comportamentais e Transtorno mental ou comportamental não especificado. (COSTA, 2015, p. 57)

A OMS destaca que a dependência química deve ser tratada simultaneamente como uma doença médica crônica e como um problema social. Pode ser caracterizada como um estado mental e, muitas vezes, físico que resulta da interação entre um organismo vivo e uma droga, gerando uma compulsão por tomar a substância e experimentar seu efeito psíquico e, às vezes, evitar o desconforto provocado por sua ausência. (PRATTA; SANTOS, 2009, p. 208)

As drogas são substâncias naturais ou sintéticas que, ao penetrarem no organismo humano sob qualquer forma – ingeridas, injetadas, inaladas ou absorvidas pela pele alteram as suas funções. Este termo é utilizado, inclusive, em referências às substâncias naturais, como por exemplo o café e o açúcar, bem como aos fármacos prescritos pelos médicos e também às substâncias ilícitas. (COSTA, 2015, p. 48)

Embora não exista conexão direta, a dependência química e a doença mental podem estar associadas. Inclusive, diversas evidências apontam que o uso, mesmo sendo pouco frequente e em pequenas doses, pode levar o indivíduo com algum tipo de psiquiátrico a consequências mais sérias do que as observadas na população em geral. (BENCHAYA; BISCH, 2013, p. 113)

Jéssica Hind Costa (2015, p. 120) analisa que apesar de haver características que permitam a analogia entre a condição do portador de doença mental e quem sofre de dependência química, ainda mais ao se levar em consideração o rol de internações previsto na lei 10.216/01, a autora ressalta que se faz necessário a existência de grandes diferenças entre essas duas condições. A doença mental e o vício em drogas apresentam causas, consequências e tratamentos distintos e não devem ser tratados da mesma maneira sob pena de violar direitos e garantias desses pacientes.

Uma situação comum no tratamento para a dependência química decorrente da sua associação com a doença mental, se estabelece quando os pacientes acometidos apenas pela dependência química são hospitalizados em clínicas especializadas para o tratamento de pessoas com transtornos mentais. Isso faz com que eles recebam o mesmo procedimento terapêutico e medicamentos que aqueles. Este tipo de tratamento, em regra, não diminui os seus problemas com o consumo abusivo das drogas, sendo que em muitos casos, inclusive, prejudica ainda mais desajuste físico, mental e social dos mesmos. (COSTA, p. 122)

Como o vigente diploma civil pátrio trata o dependente químico? De acordo com o direito brasileiro, não existe incapacidade de direito, porque todos se tornam, ao nascer, capazes de adquirir direitos. Há, portanto, uma incapacidade de fato ou de exercício, aos que realmente necessitam de proteção, isso seria a exceção, pois a regra é a capacidade. O Código Civil Brasileiro, em seu artigo 4º, II, estabelece que os ébrios habituais e os viciados em tóxico são relativamente incapazes a certos atos ou à maneira de os exercer. (SILVA; NETO; BOECHAT; NOVAIS; CABRAL, 2016, p. 64)

Em tempos remotos, a sociedade em geral e, conseqüentemente, o mundo médico-legal, entendia os pacieyntes dependentes de substâncias como desprovidos de vontade própria em função dessa dependência. Tratavam a dependência química em semelhança aos outros transtornos mentais em geral, cerceando e limitando a autonomia do dependente. O próprio Código Civil Brasileiro, de 1916, incluía, no rol dos absolutamente incapazes, os “loucos de todos os gêneros”, albergando nesta condição todos aqueles sujeitos que fugissem à compreensão da normalidade, dentre os quais, os dependentes de substância. (GESSER; MENEZES, 2012, 104)

Ainda sob a égide do CC-1916, já se encontra na doutrina a afirmação de que o regime das capacidades cria duas categorias de pessoas: uma, dos capazes, que é livre, possuindo plenitude de si e juridicamente igual aos seus pares; e outra, dos incapazes, que está submetida ao poder de outrem, não possuindo o mesmo grau de igualdade jurídica que a primeira. (REQUIÃO, 2018, p. 133)

Aproximar o vício em drogas da conceituação de doença ou incapacidade tem sentido histórico. Ao analisarmos que o positivismo vigorava na segunda metade do século XIX e, enquanto o biodeterminismo de Lombroso seduzia adeptos de todos os continentes, a teoria da defesa social começava o seu domínio na justificação de encarceramentos e prisões. Sendo assim, enquanto se buscava uma teoria biológica e causal para o cometimento de crimes, os drogodependentes eram equiparados a doentes incapazes. (CORREIA JÚNIOR; VENTURA, 2013, p. 258)

Nesta senda é valioso trazer a impressão de autores mais antigos como Erving Goffman (1988, p.154) acerca do tema, ao contextualizar que a sociedade da época em que ele vivia enxergava certos indivíduos como os viciados em drogas, as prostitutas, os criminosos, os boêmios e os homossexuais como portadores de “comportamentos desviantes”. Nesse contexto, seriam essas as pessoas consideradas engajadas numa espécie de negação coletiva da ordem social. Elas são percebidas como incapazes de usar as oportunidades disponíveis para o progresso nos vários caminhos aprovados pela própria sociedade, mostrando um desrespeito evidente pelos outros indivíduos, faltando-lhes moralidade, uma vez que representariam defeitos nos esquemas motivacionais da sociedade.

Até boa parte do século passado, o usuário de drogas era bastante marginalizado e visto como um indivíduo desprovido de senso moral, sendo visto, majoritariamente através de um olhar com viés moralista pela sociedade. Marcelo Ribeiro (2004, p. 1)

aponta que a dependência química só passou a ser discutida com mais profundidade na segunda metade do século XX, quando, a partir desse momento, a dependência deixou de ser enfocada como um desvio de caráter, ou apenas como um conjunto de sintomas, para ganhar contornos de transtorno mental com características específicas.

A farmacodependência não é uma falta de vontade nem de força de caráter, mas um transtorno médico que pode afetar qualquer ser humano. A dependência é um transtorno crônico e recorrente, ocorrendo muitas vezes juntamente com outras afecções físicas e mentais. (OMS, 2001, p. 33)

A dependência de drogas é mundialmente classificada entre os transtornos psiquiátricos, sendo considerada como uma doença crônica que acompanha o indivíduo por toda a sua vida; porém, a mesma pode ser tratada e controlada, reduzindo-se os sintomas, alternando-se, muitas vezes, períodos de controle dos mesmos e de retorno da sintomatologia. (AGUILAR; PILLON, 2005, p. 790)

Joyceane Menezes e Wagner Gesser (2012, p. 96) ressaltam que o paciente portador de dependência química é um ser humano, dotado de direitos e titular de uma dignidade a ser considerada. Mesmo no estado de saúde psíquica comprometido, é necessário acatar os efeitos de sua autodeterminação. Logo, a intervenção do médico deverá ter limite na autonomia privada do sujeito paciente, de modo a respeitar-lhe os direitos de personalidade.

Elizângela Pratta e Manoel dos Santos (2009, p. 209) alertam que o diagnóstico de uma dependência química exige a avaliação de diversos aspectos, uma vez que os padrões de consumo de drogas na atualidade são diversificados, sendo a dependência o último estágio. Além disso, o tratamento da drogadição é algo prolongado. Por isso, os autores sustentam que romper o ciclo de dependência é algo muito difícil e delicado, pois os indivíduos que se tornam dependentes vivenciam um sofrimento físico e psíquico intensos, uma vez que acabam tendo a sua vida afetada, bem como suas famílias, amigos e a comunidade de uma forma geral.

O dependente químico deve ser informado do seu diagnóstico, assim como de todos os dados relativos ao tratamento proposto, especialmente dos efeitos positivos e negativos. Tendo juízo crítico para avaliar todos os dados e formular a sua escolha, discernindo o que entende melhor para si, caberá ao médico acatar a sua vontade. É

certo que essa volição do paciente deve estar livre de qualquer condicionante externo como pressão familiares, a coação ou a ameaça, por exemplo. Caso contrário, a manifestação volitiva vem eivada de vício, daí a necessidade de uma visão complexa por parte do médico. (MENEZES; GESSER, 2012, p. 108)

Carl Hart (2014, p. 22) chama a atenção para a necessidade de se definir qual seria a verdadeira natureza dos problemas relacionados às drogas. O autor entende que a droga não é sempre a causa do problema, e alerta que o fato de alguém fazer uso de drogas, ainda que regularmente, não significa que esta pessoa seja um “viciado”. Muitas vezes, não significa sequer que essa pessoa tenha um problema com as drogas. O vício surgiria a partir do momento que a utilização que uma pessoa faz das drogas passa a interferir reiteradamente em funções vitais importantes, como o cuidado com os filhos, o trabalho e as relações íntimas.

O consumo de drogas não é, por si só, elemento caracterizador de doença. Trata-se de mero sintoma a ser analisado de forma associada a outros fatores e contextos. O erro comum de tentar compreender a dependência química de forma isolada faz com que falsas respostas de tratamentos que oferecem a abstinência como exclusiva intervenção terapêutica sejam aplicados, conforme será visto em momento oportuno, em capítulo posterior. No entanto, a resposta está na análise e na intervenção dos múltiplos aspectos envolvidos na origem do problema. (QUINDERÉ; JORGE, 2013, p. 133)

Se a pessoa gasta a maior parte do seu tempo para obter, usar, ou pensar na droga; quando, apesar das consequências negativas a sua saúde, mentais ou físicas, a pessoa continua a usá-la; quando após a suspensão, o consumidor ainda tem tendência a recomeçar o uso, isso sim, é denominado de vício. A partir desse momento, o consumidor perde, então, o controle do uso da droga e a substância torna-se a coisa mais importante da sua vida. (COHEN; INABA, 1991, p. 216)

Jéssica Hind Costa (2015, p. 59) conclui que, uma vez constatada a dependência química e as suas peculiaridades, se faz imperativo examinar o paciente buscando consequências físicas associadas ao seu transtorno. Isto porque, para a autora, dependendo da substância, da frequência de uso e do tempo de uso abusivo, múltiplas e graves poderão ser as lesões do indivíduo.

Apesar da tendência de encarar o uso de drogas como um problema reduzido à segregação e ao afastamento dos usuários, os efeitos gerados no cotidiano dos agrupamentos humanos são imensos. A condição de um usuário de drogas pode se constituir em ameaça constante e real ao bem-estar da família, da escola, da sociedade e, principalmente, dos próprios jovens usuários, na medida em que limita suas oportunidades de desenvolvimento e, em certas circunstâncias, os conduz à situação de criminalidade e degradação humana. Isso porque a dependência de drogas é potencial geradora de uma série de contextos de risco ao desenvolvimento psicossocial dos indivíduos que se encontram em processo de amadurecimento cognitivo e emocional, constituindo fatores adversos relacionados à exclusão social. (BARTOLOMEI; REZENDE, 2016, p; 108)

O indivíduo usuário, e até mesmo dependente, se mantém autônomo e a sua liberdade, no sentido de agir sem interferências externas, deve ser preservada, inclusive como reflexo da dignidade deste sujeito. No entanto, esse direito de agir livremente não pode ser tido como absoluto, devendo ser confrontado com outros subprincípios como a solidariedade e a vulnerabilidade no caso concreto, a depender do quadro clínico apresentado pelo sujeito. (AGUIAR, 2008, p. 85)

Quanto mais o indivíduo se aproxima da dependência, mais problemas decorrentes deste tipo de uso irão atingi-lo. Uma vez na condição de dependente químico, quanto mais agressivo se torna seu uso, maior a influência deste abuso irá acarretar na sua autonomia. (COSTA, 2015, p. 90)

É característica recorrente do imaginário popular acreditar que existe uma estreita ligação entre o vício em drogas e a propensão a cometer crimes. Carl Hart (2014, p. 113) pondera que, de fato, as pessoas envolvidas em crimes como arrombamentos, roubos e assaltos à mão armada têm maior probabilidade de serem viciadas em drogas do que as que não cometem esses crimes, e vice-versa. Todavia, de acordo com estudo realizado pelo autor, cerca de metade das pessoas viciadas em drogas tem emprego de tempo integral, e muitas delas sequer cometeram crimes relacionados ao fato de suas drogas preferidas serem ilegais.

O uso de drogas é um fato tão antigo quanto à própria humanidade, e o seu consumo deve ser encarado como uma manifestação cultural e humana. No entanto, a estigmatização de dependentes, assim como as internações compulsórias e

involuntárias, são acontecimentos recentes historicamente. (CORREIA JÚNIOR; VENTURA, 2013, p. 256)

Nesse ponto, é importante apresentar uma breve explicação sobre o que seria o estigma e a sua relação com o dependente químico.

3.1 DEPENDÊNCIA QUÍMICA E ESTIGMA

Para Erving Goffman (1988, p. 14), o estigma é a situação do indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena. O autor aponta que diversas são as situações causadoras de estigma. Algumas se dão por conta de deformidades físicas; outras, por questões tribais, de raça, de religião; por fim, aquelas tidas como culpas de caráter individual, lidas como fruto da fraqueza da vontade, dentre as quais se incluem os transtornos mentais, alcoolismo e vícios, dentre outros. Todas, entretanto, têm em comum a consequência de não aceitação do sujeito como igual no corpo social.

Quando o indivíduo tem uma imagem pública, ela parece estar constituída a partir de uma pequena seleção de fatos sobre ele que podem ser verdadeiros e que se expandem até adquirir uma aparência dramática e digna de atenção, sendo posteriormente usados como um retrato global. Como consequência, pode ocorrer um tipo especial de estigmatização. (GOFFMAN, p. 82)

Antônio Nery Filho e Marcos Messeder (2004, p. 63) entendem que uma etapa fundamental na consolidação de um comportamento desviante é a experiência pública da transgressão, ou seja, ser flagrado em ato desviante. Tal situação tem consequências para a vida social e para a autoimagem do sujeito. Estigmatizado, marcado, o sujeito passa a carregar o fardo da identidade marginal, que, aos poucos, vai se construindo. Sendo associado ao seu comportamento um conjunto de sinais que passam a estabelecer o status do sujeito, articulando, assim, um conjunto de mecanismos capazes de fazer o sujeito encarnar a identidade que lhe foi atribuída de maneira radical e profunda.

Até os dias atuais ainda é bastante comum que muitos dos usuários de substâncias psicoativas façam seu uso sem que a sociedade esteja ciente da sua situação de dependência; ou seja, ocultam seu estigma social dos colegas de trabalho e até

mesmo de familiares, para que assim não sejam julgados e marginalizados pela sociedade como pessoas diferentes e incapazes de se inserirem no mercado de trabalho, por exemplo. (SCHEFFER; QUIXABA, 2015, p. 86)

O estigma pode colocar o sujeito tanto na situação de desacreditado como de desacreditável. No primeiro caso, o estigmatizado assume que as características que o tornam diferente são já conhecidas ou facilmente verificáveis pelos outros sujeitos. No segundo, ao contrário, acredita que tais características não são conhecidas nem verificáveis de imediato e, via de regra, procurará ocultar a existência do seu estigma. (GOFFMAN, 1988, p. 17)

O doloroso de uma estigmatização repentina, então, pode ser resultado não da confusão do indivíduo sobre sua identidade, mas do fato de ele conhecer suficientemente a sua nova situação. (GOFFMAN, 1988, p. 143)

A rotulação e a “estereotipização” de drogodependentes se perpetuaram na década de 1960 com o consumidor sendo considerado um vulnerável ao contato delinquente. Neste período, a “patologia” ou o “vício” foram utilizados na justificação e estigmatização de determinada parcela da sociedade. Conclusivamente, o que predominava então eram o estereótipo moral e a hospitalização ou internação do usuário abusivo de drogas. (CORREIA JÚNIOR; VENTURA, 2013, p. 267)

Necessário para melhor compreender o uso desmedido e o dependente químico, se desvestir da dicotomia que associa a droga ao mal e a abstinência ao bem. Essa noção acaba por gerar estigmas com relação aos usuários e dependentes, e uma suposta superioridade dos abstêmios, o que sustenta abusos em nome da busca pela abstinência, que são desconsiderados em prol de um suposto “bem maior”. (COSTA, 2015, p. 69)

Quando o sujeito dependente químico é estigmatizado como um “criminoso” ou “doente”, ele naturalmente será visto e considerado pela sociedade como uma pessoa incapacitada para desenvolver qualquer função ocupacional, ou seja, ele não terá a oportunidade de mostrar sua capacidade e produtividade. O uso abusivo de drogas infelizmente traz consigo a característica de rebeldia e irresponsabilidade, acarretando, assim, prejuízos financeiros para o dependente químico, pois, querendo ou não, a sociedade discrimina como “diferente” algo que não conhecem e as oportunidades de uma inserção no mercado de trabalho serão diminuídas; o sujeito

pode até ter vontade e disponibilidade para o trabalho; porém, o estigma de “drogado” lhe trará algumas consequências diante do modelo societário vigente. (SCHEFFER; QUIXABA, 2015, p. 87-88)

A característica central da situação de vida do indivíduo estigmatizado é uma questão do que é com frequência, embora vagamente, chamado de “aceitação”. Aqueles que têm relações com ele não conseguem lhe dar o respeito e a consideração que os aspectos não contaminados de sua identidade social os haviam levado a prever e que ele havia previsto receber, ele faz eco a essa negativa descobrindo que alguns de seus atributos a garantem. (GOFFMAN, 1988, p. 18)

O estigma, enquanto construção social é elemento que perpassa desde a verificação atual e imediata dos interesses e traços comumente valorados dos detentores do poder, mas também por uma análise histórica dos fatores que tornaram o sujeito estigmatizado em um outro desvalorizado. (SANTANA, 2019, p. 13)

O indivíduo estigmatizado, assim, se vê numa arena de argumentos e discussões detalhados referente ao que ele deveria pensar de si mesmo, ou seja, à identidade de seu eu. A seus outros problemas, ela deve acrescentar o de ser simultaneamente empurrada em várias direções por profissionais que lhe dizem o que deveria fazer e pensar sobre o que ela é e não é, e tudo isso, pretensamente, em seu próprio benefício. (GOFFMAN, 1988, p. 136)

A visibilidade de um estigma em meio a uma sociedade preconceituosa e excludente, em tempos atuais gera discriminação e opressão, obrigando as pessoas a adequar-se os comportamentos impostos. Os sujeitos que se “desviam” desses padrões se deparam com as dificuldades no seu cotidiano e de inserção no mercado de trabalho. (SCHEFFER; QUIXABA, 2015, p. 94)

Uma vez “desviados” estes indivíduos se afastam da estrutura social daqueles que estão bem integrados, constituindo uma “anomia”. Onde a “anomia” prevalece há pouca ou nenhuma “estrutura social”, seu lugar é tomado pelo caos cultural, ou, talvez, social, a previsibilidade e a regularidade do comportamento social ficam reduzidas a nada. (ELIAS, SCOTSON, 2000, p. 90)

Paulo Henrique Quinderé e Maria Jorge (2013, p. 17) refletem sobre como o alarde midiático contribui para que os dependentes químicos sejam estigmatizados. Segundo o autor:

“O uso de drogas na sociedade brasileira assume contornos de uma discussão falaciosa, através de mitos e com forte carga de preconceito, utilizando-se de ideias falsas e/ou deturpadas para fomentar o discurso do medo.”

A essa altura, é evidente que o sujeito que sofre com a dependência química, carrega com si um estigma perante o restante da sociedade. Erving Goffman (1988, p. 91) apresenta duas fases no processo de aprendizagem da pessoa estigmatizada: a aprendizagem do ponto de vista dos normais e a aprendizagem de que ela está desqualificada. A fase seguinte consistiria na aprendizagem de como lidar com o tratamento que os outros dão ao tipo de pessoa que ele demonstra ser.

A dependência química, como um grave problema de saúde pública, necessita de atenção especial. Portanto, a área de saúde tem muito a realizar no que diz respeito ao uso de drogas e à promoção de saúde. Assim, trabalhar essa questão na nossa realidade exige um conjunto de ações específicas que envolvam melhorias tanto no tratamento em si, no caso da dependência já instalada, quanto em termos de prevenção ao uso de drogas. (PRATTA; SANTOS, 2009, p. 210).

3.2 A VULNERABILIDADE DO DEPENDENTE QUÍMICO

Existe definição de vulnerabilidade por parte do Conselho Nacional de Saúde que, em sua Resolução de nº 466/12, seção II, 25 a definiu como o “estado de pessoas ou grupos que, por quaisquer razões ou motivos, tenham a sua capacidade de autodeterminação reduzida ou impedida, ou de qualquer forma estejam impedidos de opor resistências, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido”. (REQUIÃO, 2018, p. 134)

Importa aqui diferenciar a noção de risco da vulnerabilidade, sendo o risco um conhecimento analítico e probabilístico, enquanto que a vulnerabilidade aponta para um conhecimento sintético de plausibilidade. Ou seja, enquanto o risco se apresenta como um fator pontual, a vulnerabilidade se apresenta como condição inerente ao sujeito durante toda a vida. (COSTA, 2015, p. 97)

A palavra vulnerabilidade, de origem latina, se refere à possibilidade de ser ferido. Os seres humanos, em sua totalidade, são suscetíveis de serem atingidos tanto fisicamente quanto na esfera de sua dignidade. A vulnerabilidade, a partir da análise

etimológica do termo, se refere a todos os seres (vivos e humanos), sendo inseparável da noção de fatuidade da vida. (CARNEIRO, 2008, p. 46)

Jônia Lacerda Felício e Léo Pessini (2014, p. 714) apresentam a vulnerabilidade em três sentidos diferentes. O primeiro, como sendo característica inerente do ser humano, ou seja, algo decorrente da sua própria condição de ser vivo. No segundo sentido, tratada como característica particular de pessoas ou grupos de pessoas, são, segundos os autores, “aqueles com capacidade ou liberdade diminuída para consentir ou abster-se de consentir”. Por fim, o terceiro sentido é como um princípio bioético que visa garantir o respeito pela dignidade humana nas situações em relação às quais a autonomia e o consentimento se mostram insuficientes.

Ao abordar a vulnerabilidade de algum sujeito, serão analisadas, concomitantemente, a suscetibilidade do sujeito em ser ferido mais facilmente do que os demais indivíduos, bem como a vulneração dos sujeitos frente a uma situação de fato ou de direito. (SANTANA, 2019, p. 49)

A vulneração tem relação imediata com as circunstâncias sociais que aumentam a vulnerabilidade em decorrência de processos sociais que discriminam e estigmatizam grupos, segmentos ou populações, sendo característica associada a um determinado grupo e/ou contexto. (SIQUEIRA; PORTO; FORTES, 2007, p. 167)

No entanto, é preciso se atentar que apesar de a pessoa em situação de vulnerabilidade geralmente ter a sua autonomia reduzida, a vulnerabilidade não decorre necessariamente da diminuição da autonomia, porém a falta ou diminuição desta é fator de extrema relevância para a caracterização do sujeito enquanto vulnerado. (REQUIÃO, 2018, p. 137)

Antônio Nery Filho et al (2014, p. 132) afirma que existem situações de vulnerabilidade agravadas por circunstâncias especiais de vulneração, transitórias ou não, nas quais a capacidade de entendimento e determinação autorizam a redução ou a inteira supressão da autonomia, exigindo a presença de terceiros no exercício da proteção do desses sujeitos.

Para que seja atribuída a característica de vulnerável a um indivíduo este deve ser considerado em seu contexto e nas suas condições específicas. A partir da análise situacional dos sujeitos alguns serão classificados como vulneráveis, no sentido de caracterizar, em decorrência de sua condição de inferiorizados ou desfavorecidos.

Esta avaliação da vulnerabilidade como característica é necessária porque se refere a uma questão sindrômica, com sintomas e sinais variáveis. Por isso, a vulnerabilidade deve ser avaliada quanto à sua etiologia, à sua fisiopatologia, ao seu quadro clínico, ao seu diagnóstico, aos seus fatores desencadeantes, para que se tomem as medidas mais adequadas quanto à terapêutica, ao seu prognóstico e às medidas profiláticas (COSTA, 2015, p. 98)

Heloísa Helena Barboza (2013, p. 115) identifica alguns grupos como pertencentes à categoria dos vulnerados, como as pessoas com deficiência física, a população LGBT, os portadores de transtorno mental e os dependentes químicos.

Se por um lado se reconhece o dependente químico como vulnerável, por outro o mesmo argumento é utilizado como justificativa para a pretensão de estabelecer sobre ele o controle, entendido enquanto proteção. Tal conduta, entretanto, tem sido apontada como desfavorável ao desenvolvimento do sujeito, já que enfraquece a sua capacidade de defesa, e, por conseguinte, o seu desenvolvimento. (MAGALHÃES, 2010, p. 124)

Há um grupo de indivíduos que desenvolve extrema compulsão dentre aqueles já caracterizados como dependentes químicos. Trata-se de um grupo clínico de toxicômanos que, devido ao uso expoente, passam a modular sua vida exclusivamente em torno da droga. Estes casos são marcados por uma evidente redução na vida psíquica e material destes sujeitos, refletindo na sua autonomia. (COSTA, 2015, p. 90)

O processo pelo qual o consumo de substâncias para alguns indivíduos se torna compulsivo é gradual e, em alguns casos, a dependência acarreta a incapacidade de autocontrolar-se, como o resultado, não apenas do uso da droga, mas sim como uma combinação que abrange fatores psicofísicos, neurobiológicos e social de difícil apreensão, que permeia todos os setores da esfera do indivíduo enfermo. (ALARCON, 2012, p. 133)

Maurício Requião (2018, p. 151) alerta para o fato de que muitos se aproveitam da condição de vulnerabilidade do sujeito para praticar atos com o intento de exercer algum tipo de dominação sobre ele. Por isso, o autor aduz que não se pode argumentar da vulnerabilidade para exercer sobre o indivíduo um controle que o leve para o isolamento. Os riscos da vida em sociedade estão presentes para todos os

sujeitos, sejam eles capazes ou incapazes, com deficiência ou não. O isolamento social, por sua vez, tende a tornar o sujeito ainda mais vulnerável, diante da impossibilidade de desenvolvimento da experiência.

Nesse sentido, Jéssica Hind Costa (2015, p. 60) entende que o vício em drogas deve ser visto, pois, como uma doença que agrava o grau de fragilidade e vulnerabilidade do indivíduo, expondo-o também a um maior risco de morte, a qual deve ser caracterizada pelo uso continuado de substâncias psicoativas que provocam alterações na estrutura e funcionamento do cérebro. Sendo assim, essa se apresenta como a primeira, e mais importante, vulnerabilidade do grupo ora abordado, o fato de serem dependentes químicos e terem suas funções alteradas substancialmente pelo abuso de drogas.

3.3 A LEI Nº 10.216/2001

A lei 10.216/2001, também conhecida como Reforma Psiquiátrica Brasileira, é oriunda do projeto de lei 3.653/89, de autoria do então Deputado Federal de Minas Gerais, Paulo Delgado, que se inspirou na Reforma Psiquiátrica Italiana. Verificando o tempo que levou do início do projeto, no ano de 1989, até a promulgação da lei, no ano de 2001, imagina-se o quanto foi polêmica a aprovação da citada lei, pois vários interesses econômicos e empresariais estavam sendo afetados. (FRANÇA, 2012, p. 19)

Desde meados da década de 1980, apareceram movimentos que visavam extinguir os hospitais psiquiátricos ao fundamento de que o doente deveria receber tratamento fora de instituições psiquiátricas. É a chamada “luta antimanicomial”. Esse movimento foi embrionário para o surgimento da Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. (LIMA; SÁ, 2009, p. 85)

A entrada do século XXI viu ser sancionada a Lei 10.216, em 06/04/2001 que reorienta o modelo assistencial em Saúde Mental e também de novas portarias do Ministério da Saúde. O argumento da “atenção psicossocial” foi estabelecido pela Lei Federal 10.216, colocando a Reforma Psiquiátrica em outra fase, já que trazia o debate sobre cidadania e as políticas públicas. A internação deixou de ser involuntária e passou a

ser voluntária, salvo em casos em que se justifiquem os motivos. O respeito à capacidade civil do louco que antes era desconsiderada, passou a existir. O paciente ao solicitar um benefício por incapacidade de executar suas atividades laborais perdia seus direitos civis, ficando sob curatela. A lei 10.216 possibilita argumentar sobre a garantia de determinados direitos, afirmando que a capacidade civil não necessariamente precisa ser anulada por conta da incapacidade de trabalho. (AMANCIO; ELIA, p. 35)

Maurício Requião (2018, p. 179) aponta que a Lei nº 10.216/2001 foi fruto do resultado legal do movimento pela reforma psiquiátrica. Como tal, segundo o autor, a lei buscou romper com o paradigma anterior vinculado à internação, para privilegiar o atendimento ambulatorial, buscando assim adequar as políticas de tratamento de transtorno mental às ideias mais contemporâneas sobre o tema.

No Artigo 2º, inciso II, da referida lei, é definido que o indivíduo em tratamento deve ser acompanhado com humanidade e respeito, no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade. No inciso III do mesmo Artigo, a lei garante que o indivíduo em tratamento deve ser protegido contra qualquer forma de abuso e exploração. (PERRONE, 2013, p. 577)

Os incisos II e III do Art. 6º da Lei nº 10.216 de 2001 (BRASIL, 2001) foram responsáveis por introduzir a prática da internação não-consentida como técnica de tratamento psiquiátrico para os portadores de transtorno mental no ordenamento jurídico brasileiro. Também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, a lei foi promulgada com a intenção de modernizar a política de proteção e garantia de direitos dos portadores de transtorno mental à época.

A partir desse ponto, Maurício Requião (2018, p. 182) argumenta que o foco da lei seria resignificar o papel da internação no tratamento da pessoa com deficiência mental. A internação deixa de ser a política padrão de tratamento, para se tornar apenas medida pontual.

Por muito tempo, até o advento do Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), aquele que portasse transtorno mental considerado suficiente para torná-lo incapaz, ainda que não interditado, se encontraria numa posição mais fraca em relação ao dito sujeito normal, e, portanto, capaz. (REQUIÃO, 2018. p. 134)

A Lei prevê três tipos de internação psiquiátrica: a internação voluntária, que conta com o consentimento do paciente; a internação involuntária que se dá a pedido de terceiro, mas sem o consentimento do paciente; e a internação compulsória que é determinada pelo Estado, por meio do Poder Judiciário. Tanto a internação voluntária quanto a internação involuntária exigem a autorização de médico registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado onde se situa o estabelecimento hospitalar. No entanto, devem ser atendidos requisitos legais específicos que objetivamente procuram preservar a personalidade do paciente e a sua autonomia. A internação tem como fim permanente, a reinserção do paciente ao seu meio de convívio e somente se realizará por meio de laudo médico circunstanciado que caracterize os motivos da medida. (MENEZES; GESSER, 2012, p; 98-99)

Dentre as três modalidades de internação, a involuntária, sem dúvida, é aquela que se coloca como a que exige maior fiscalização. Isto porque, acontecendo a pedido de terceiros, ao contrário da voluntária que parte do interesse do próprio sujeito, bem como da compulsória em que houve anteriormente o devido processo legal, abre maior espaço para internações indevidas. (REQUIÃO, 2018, p. 183)

No tocante aos trâmites burocráticos da prática da internação compulsória, Jéssica Hind Costa (2015, p. 119) reforça que os médicos que admitem pacientes em internações compulsórias por motivo clínico devem fazer constar do prontuário uma justificativa detalhada para o procedimento e comunicar o fato ao diretor clínico, que submeterá o caso à Comissão de Revisão de Internações Compulsórias, a qual cabe avaliar as internações compulsórias e decidir, em parecer, sobre a pertinência do procedimento a ser anexado no prontuário do paciente.

Nesse instante, Joyce Menezes e Wagner Gesser (2012, p. 102) alertam que, em razão do respeito à integridade da pessoa, no ato de admissão do paciente na clínica onde ele será submetido a internação, o médico não poderá se valer de práticas que provoquem a alteração da sua personalidade ou da sua consciência, com o fito de reduzir-lhe a resistência física ou mental em investigação policial ou de qualquer outra natureza. Responderá civil, penal e administrativamente por seus atos lesivos à personalidade e à saúde física e/ou mental do paciente.

Segundo o parecer do Conselho Federal de Psicologia (2013), trata-se de uma lei que tem como objetivo a “desinstitucionalização” e “desospitalização” para a garantia dos direitos individuais dos portadores de transtorno mental.

A Lei 10.216/2001 também abarca situações de “ébrios habituais e viciados em tóxicos”, dado que as substâncias viciantes podem reduzir o discernimento do indivíduo, afetando sua saúde mental. (LIMA; SÁ, 2009, p. 94)

Apesar de se preocupar com a viabilidade da internação involuntária na Lei nº 10.216/2001, Maurício Requião (2018, p.121) reconhece que a sua aprovação teceu importantes modificações na política de saúde mental brasileira. A começar com a utilização da própria expressão utilizada no texto da lei: “portador de transtorno mental”, que na visão do autor e de boa parte da doutrina, representa um significativo ganho em relação à expressão anteriormente utilizada: “doente mental”.

Em que pese boa parte da doutrina reconheça o avanço na expressão introduzida, uma vez que muitos passaram a utilizar o termo “portador de transtorno mental” ou “pessoa com deficiência”, atualmente, está surgindo um novo entendimento no sentido de aplicar uma nova terminologia, como por exemplo, “pessoa em sofrimento psíquico”.

É possível perceber a adoção do novo termo em trabalhos mais atuais, como em trecho de obra recentemente publicada por Laércio Martins (2021, p. 9), em que ele celebra a promulgação do Estatuto da Pessoa com Deficiência:

No caminho de promover a autonomia, a independência e emancipação das pessoas em sofrimento psíquico, o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei n.º 13.146/15), denominado de Lei Brasileira de Inclusão, com base na Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU (e seu Protocolo Facultativo), ratificado na forma do art. 5º, §3º, da Constituição Federal de 1988, estabeleceu diretrizes e normas gerais, bem como os critérios básicos para assegurar, promover e proteger o exercício pleno e em condições de igualdade dos direitos fundamentais individuais e sociais pelas pessoas com deficiência.

Voltando à lei 10.216/2001, é possível dizer que a partir do instante que ela passou a vigorar, se rompeu com o padrão do sistema asilar, o que abriu as portas para o fortalecimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), regulamentados através da portaria nº 336/2002, do Ministério da Saúde, na gestão de José Serra. Destinam-se os CAPS ao atendimento tanto do sujeito com deficiência mental, como também àquelas que estejam com grave comprometimento psíquico, por conta da dependência de álcool e demais drogas. (REQUIÃO, 2018, p. 121)

A trajetória da Reforma Psiquiátrica e do Movimento de Luta Antimanicomial no Brasil marca o início de um profundo processo de mudança no que diz respeito ao atendimento em Saúde Mental, visando tratamentos mais humanizados, que

considerem a individualidade e a cidadania do portador de transtornos mentais de qualquer espécie. Neste intuito muitos hospitais psiquiátricos foram fechados e, concomitantemente, foram abertas inúmeras vagas para atendimento nos setores da atenção primária, buscando modelos alternativos de atendimento, preferivelmente fora de o ambiente hospitalar, altamente iatrogênico na maior parte dos casos. (PERRONE, 2013, p. 577)

Magda Dimenstein (2011) aponta que, em que pese os avanços ocorridos após a Lei n. 10.216/2001, que promoveu o tratamento não asilar, faz-se necessária a atenção para que não ocorram retrocessos num movimento de contrarreforma. No Brasil, esse movimento encontra fundamento em alguns fatores. Um deles seria o fato de existir parcela da sociedade que se poderia dizer, por preferência ideológica, pretende manter o antigo sistema de poder psiquiátrico, asilar, de enclausuramento, como a resposta adequada ao tratamento do transtorno mental. O outro, diretamente vinculado, é o fato de esses atores encontrarem respaldo numa política neoliberal, que visa atender aos interesses corporativos de profissionais e empresários donos de hospital.

Em que pese a mudança de paradigma que afastou a internação como tratamento padrão, e ainda diante do reconhecimento da sua necessidade em momentos pontuais, não há como negar que se constitui como um violento processo de rompimento da relação do sujeito com o mundo. (REQUIÃO, 2018, p. 157)

Infelizmente, não é possível afirmar que o olhar sobre o dependente químico se modificou ao longo dos anos. Apesar de ter havido alguns avanços sobre a recepção do sujeito que sofre dependência química em meios científicos e no ordenamento jurídico, a visão sobre ele ainda padece de profundo preconceito, em que sua imagem continua sendo bastante marginalizada. Principalmente por noticiários e determinados setores políticos e da sociedade civil que retratam o dependente a ponto de reforçar o estereótipo de “drogado” nocivo à civilidade. Poucos se preocupam em entender as causas da dependência, se importando apenas com as suas consequências e os estragos que elas cometem para terceiros, raramente diferenciando o usuário eventual de drogas, que faz apenas uso recreativo das substâncias, do cidadão que faz uso compulsivo e se encontra em situação de perigo.

É notório que a figura do dependente químico em situação de risco se assemelha à pessoa que sofre com deficiência em muitos pontos, especialmente no que diz

respeito à sua capacidade e à situação de vulnerabilidade em que se encontram, como dispõe o Art. 4º do Código Civil, trazido pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência. Por isso, se concluiu essencial discorrer sobre a Lei 10.216/2001 nesta monografia, uma vez que os critérios adotados para o tratamento psiquiátrico dos sujeitos portadores de transtorno mental serviram de inspiração direta para o tratamento de usuários e dependentes de drogas, conforme determina o Art. 23-A da Lei 13.840/2019, a qual este estudo se propõe a analisar.

4 DA INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA DE DEPENDENTES QUÍMICOS A PARTIR DA LEI 13.840/2019

Após seis anos de tramitação no Senado, o Projeto de Lei da Câmara (PLC) 37/2013 foi aprovado com alterações pelas comissões de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ) e de Educação, Cultura e Esporte (CE). O PLC 37/2013 é um projeto de autoria da Câmara dos Deputados, que teve iniciativa pelo então Deputado Federal Osmar Terra, do PMDB do Rio Grande do Sul. A decisão do projeto foi aprovada pelo Plenário, gerando a norma jurídica da Lei nº 13.840 aprovada em 06 de junho de 2019, sendo transformada em norma jurídica com veto parcial. (MOREIRA; ARAÚJO; REIS, 2020, p. 8)

A Lei 13.840/2019 altera as Leis de nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei de nº 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas (Brasil, 2019).

O Projeto de Lei foi apresentado pela primeira vez em julho de 2010 sob o nº 7663/2010. Após a apresentação de requerimentos de diversos deputados e do parecer do Relator, o Deputado Federal de Alagoas, Givaldo Carimbão, que modificou parte do texto original, o PL foi aprovado em votação apertada no Plenário da Câmara dos Deputados no dia 28 de maio do ano de 2013, quando passou a ser conhecida como PLC 37/2013. Os pontos mais controvertidos da votação foram os dispositivos que pretendiam aumentar a pena mínima do chefe de organização criminosa de cinco para oito anos, e também o que versava sobre internação involuntária. Ambos passaram pela votação do Plenário. Posteriormente, a Mesa Diretora da Câmara remeteu a matéria para o Senado Federal.

Após anos de tramitação, o PL foi aprovado no Plenário do Senado Federal em 15 de maio de 2019, ou seja, nove anos depois da sua proposição pelo Deputado Osmar

Terra, que nesse meio tempo veio a ser Ministro do Desenvolvimento Social e Agrário no Governo Michel Temer e, posteriormente, Ministro da Cidadania no Governo Bolsonaro. Quando o PL foi aprovado na Câmara dos Deputados, o Brasil ainda se encontrava na vigência do primeiro mandato da Presidente Dilma Rousseff.

Originada pelo PLC 7663/2010 e subsequentemente pelo PLC 37/2013, a Lei 13.840 foi finalmente publicada em 5 de junho de 2019. Do texto chancelado pelo Congresso Nacional, o Presidente Jair Bolsonaro apresentou 27 vetos. Entre eles, está a alteração dos órgãos integrantes da SISNAD, os quais definiam competências dos Estados e do Distrito Federal e dos Municípios em relação à criação de um conselho de políticas sobre drogas. Outro veto importante foi a possibilidade de reservar 3% das vagas ocasionadas em contratos de licitação de obras e serviços públicos que gerem mais de 30 postos de trabalho dependentes em tratamento, com a finalidade de reinserção econômica destes.

Antes de discorrer sobre a internação involuntária e outros dos pontos importantes incluídos na Lei 13.840/2019, faz-se imprescindível que seja apresentada uma breve contextualização da Lei 11.343/2006, a Lei de Drogas.

4.1 A LEI DE DROGAS (11.343/2006)

Além de instituir o SISNAD, a Lei 11.343/2006 revogou integralmente a Lei 6.368/1976 que dispunha sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes. A norma instituída na vigência da ditadura militar pelo então presidente Ernesto Geisel ficou conhecida como “Lei Anti-tóxico”.

Na sociedade brasileira, o consenso proibicionista acerca da questão das drogas culminou na elaboração da Lei no 11.343/2006, a chamada “Lei de Drogas”, e baseia-se em dois elementos principais: de um lado, prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; de outro, a repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas. Assim, a lei que sintetiza os principais referenciais da política nacional de drogas articulou dois discursos principais: um discurso criminalizante, direcionado aos comerciantes de drogas, e um discurso médico-social, que contemplaria os usuários de drogas. Essa articulação

objetivava asseverar as punições para o tráfico de drogas e deslocar o usuário das prisões para a rede de atenção à saúde e assistência social. (TÓFOLI, 2019)

De acordo com a lei antiga, o tratamento e a recuperação dos dependentes químicos tinham como medidas previstas as redes dos serviços de saúde dos Estados, Territórios e Distrito Federal contando, sempre que necessário e possível, com estabelecimentos próprios para tratamento dos dependentes de substâncias a que se refere a Lei atual. O tratamento sob regime de internação hospitalar passou a ser obrigatório quando o quadro clínico do dependente ou a natureza de suas manifestações psicopatológicas assim o exigirem. (MOREIRA; ARAÚJO; REIS, 2020, p. 7)

Além de revogar inteiramente a Lei Antitóxica, a então Lei de Drogas, sancionada no final do segundo mandato do Presidente Luís Inácio Lula da Silva também fixou as penas previstas para os crimes envolvendo o uso e o tráfico ilícito de entorpecentes.

O Artigo 28 da Lei 13.343/06 estipulou as medidas a serem adotadas contra aqueles que adquirirem, guardarem, deixarem em depósito ou transportarem drogas para consumo pessoal. A maior parte das penas a serem cumpridas pelos usuários de drogas compreende penas socioeducativas, como prestação de serviços às comunidades ou comparecimento a programas ou cursos socioeducativos, além de advertências sobre os efeitos das drogas. O parágrafo 3º do referido artigo determina que as penas devem ser cumpridas no período máximo de cinco meses, e o parágrafo 4º aponta que em caso de reincidência, serão aplicadas por dez meses no máximo. (BRASIL, 2006)

O Art. 33 determina que importar, exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda, oferecer, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar, entregar a consumo ou fornecer drogas, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar. (MOREIRA; ARAÚJO; REIS, 2020, p. 8)

A pena mínima para o crime disposto acima é de cinco anos e a máxima pode chegar a quinze anos, além do pagamento de quinhentos a mil e quinhentos dias-multa. Ao prosseguir no capítulo II da Lei de Drogas que versa sobre os crimes, há uma robusta definição de diferentes delitos envolvendo crimes como o tráfico ilícito de drogas e a sua produção não autorizada. As normas de repreensão e a duração das penas

especificadas para os crimes são as mais diversas possíveis. Sem embargo, essas disposições foram e ainda são alvo de muitos especialistas e doutrinadores que se dedicam ao tema, uma vez que as penas são consideradas extremamente rígidas, chegando a até vinte anos de reclusão a depender do crime.

Luís Fernando Tófoli (2019, p. 5) ressalta que a Lei no 11.343/2006 não faz nenhuma referência à descriminalização de qualquer substância até então ilícita, sendo modificado somente o fato de que usuários de drogas deixaram de estar sujeitos a penas privativas de liberdade. Já os crimes relacionados ao comércio de drogas tiveram sua pena asseverada, passando a receber a punição mínima de cinco anos de reclusão. O autor também chama a atenção que tal distinção não parece estar operando de forma efetiva na prática, especialmente quando aplicada a grupos específicos como os negros e os mais pobres. Existem evidências de que um considerável número de sujeitos encarcerados por tráfico pode ser usuário ou pequeno varejista, cuja atividade não está associada à violência.

Na mesma linha, Luciana Boiteux e João Pedro Pádua (2015, p.7) refletem sobre a desproporcionalidade aplicada pela lei, além de denunciar a falta de sistematicidade das incriminações e violação à adequação da pena cominada. Um dos meios que os autores utilizam para justificar o seu ponto de vista é comparar a pena cominada ao tráfico de drogas com a do delito de estupro, o qual se efetiva pela violação sexual de uma pessoa, mediante violência ou grave ameaça, originalmente o segundo mais severamente apenado pelo direito brasileiro, os autores apresentaram que, na avaliação da dinâmica histórica, no Código Penal, a pena máxima para o estupro jamais passou de dez anos, um aumento de menos de cem por cento em relação à sanção máxima inicialmente prevista, enquanto que sua pena mínima aumentou significativamente. Ainda assim, apontam os autores, o resultado final é uma pena mínima apenas um ano maior do que a mínima prevista para o tráfico de drogas, e uma pena máxima um terço menor (dez contra quinze anos), destacando que, na linha histórica, a pena média para o crime de tráfico de drogas supera a prevista para o estupro.

O importante a ser assinalado é que a Lei de Drogas no Brasil emerge como fruto de uma “média de conhecimento” sob a metade médico-preventiva destinada aos usuários de drogas e a metade criminal destinada aos traficantes. O dispositivo médico criminal de drogas teve por objetivo governar atrelando dois discursos centrais

de modo que tal divisão enunciativa na linha do dispositivo, dentro da divisão entre severidade e moderação, teve como principal consequência algo que pode ser comparado com a do copo meio vazio e meio cheio: um copo meio vazio de médico, mas cheio de prisão. (CAMPOS, 2015, p. 74)

Apesar de a lei pregar penas mais suaves para aqueles que são classificados como usuários de drogas, sendo que estas, em sua maioria, são de caráter socioeducativo, não é o que acaba se sucedendo no mundo real, como revelam Luciana Boiteux e João Pedro Pádua (2015, p. 13) ao argumentarem que a Lei 11.343 não estabelece critérios claros de diferenciação entre as condutas do usuário e do traficante de drogas. Essa é uma das causas que os autores indicam para o aumento da quantidade do número de presos nos crimes envolvendo entorpecentes:

A razão para esse crescimento dos presos por tal delito nos últimos anos é atribuída à política repressiva prevista na Lei de Drogas de 2006, ao aumentar a pena mínima prevista para tal delito, ao mesmo tempo em que despenalizou a posse de drogas para uso pessoal. Esse fator explica o grande aumento no contingente carcerário, pois as pessoas condenadas por tráfico passaram a ficar mais tempo presas, além da hipótese de que muitos usuários possam estar sendo condenados por tráfico pela nova lei, diante da falta de critérios claros de diferenciação entre tais condutas, como dados empíricos já indicaram.

Ainda sobre o fenômeno do encarceramento em massa no Brasil em decorrência dos critérios fixados na Lei de Drogas de 2006, Marcelo Campos (2015, p. 103) trouxe dados colhidos em pesquisa para a sua tese de doutorado na USP. O autor indica que no ano de 2005, o Brasil tinha 32.880 homens e mulheres presos por tráfico de drogas, o que representava 13% do total de todos os indivíduos presos no sistema carcerário. Já em 2013 esse número passou para 146.276 homens e mulheres presos por tráfico de drogas, representando um total de 27,2% do total de presos no Brasil. Com a sua promulgação, a Lei de Drogas trouxe ao sistema de justiça criminal implicações reversas do esperado pelos formuladores do dispositivo: ao despenalizar o uso de drogas e estabelecer um sistema nacional de política sobre drogas – SISNAD – os parlamentares e formuladores, segundo o autor, argumentaram que o Brasil deslocaria o usuário do sistema de justiça criminal para o sistema médico. O autor relata que esse era o objetivo “oficial” da política pública sancionada em 2006, sob o argumento de reduzir a população prisional relacionada às drogas, sobretudo, de usuários presos.

No Brasil, terceira maior população prisional do mundo com mais de 700 mil presos, a taxa de encarceramento foi de 352,6 pessoas presas por 100 mil habitantes em

2016, com tendência crescente. O tráfico de drogas, embora não seja ainda o tipo penal mais frequente nas prisões, é o que mais contribui isoladamente para o aumento do encarceramento no Brasil, sendo atualmente responsável pela privação de liberdade de 26% da população carcerária masculina e 62% da feminina. Os dados demonstram, além disso, que o aprisionamento resultante de crimes relacionados às drogas envolve, na maior parte das vezes, pequenas quantidades de substâncias: até 19% das prisões relacionadas à cocaína e 54% das relacionadas à maconha ocorrem por quantidades de drogas que seriam consideradas de uso pessoal em outras legislações. (TÓFOLI, 2019)

Assim, no território brasileiro, o grande aumento de sua população carcerária registrado nos últimos anos vem trazendo graves consequências, tanto econômicas, em relação ao aumento de gastos penitenciários, como humanitárias, já que um maior número de pessoas são submetidas às péssimas condições da vida carcerária. (BOITEUX; PÁDUA, 2015, p. 15)

No que diz respeito à falta de critérios objetivos para a diferenciação entre usuário e traficante de drogas, Jordana Rölke (2018, p. 21) chama atenção para o fato de que o Art. 28 § 2º da referida lei deixa a critério do magistrado a determinação se a droga apreendida é ou não para consumo pessoal, levando em conta a condição social e pessoal do sujeito, além da situação em que a droga foi encontrada, por exemplo. Fica claro a ausência de critérios objetivos claros. A descrição do delito é feita, mas a sua definição não, pois essa estará na mão da autoridade competente, seja a polícia, seja o magistrado. Sendo assim, a autora denuncia que há uma enorme margem de discricionariedade para o juiz determinar se o acusado será indiciado como usuário ou traficante de drogas.

A lei 11.343/06 é omissa ao definir concretamente o que é tráfico e o que é consumo próprio, não apresenta em nenhum momento uma definição, uma quantidade específica de droga para caracterizar tráfico ou consumo, atribuindo tão somente ao juiz a análise das circunstâncias da infração, perfil do agente, indícios de traficância, entre outros, resultando em uma insegurança jurídica. (COSTA; MARCELINO, 2017, p. 12)

Destaca-se como essa diferenciação é difícil de ser realizada, em muitas situações práticas, com um mínimo de segurança, mormente diante dos termos de ampla textura aberta presentes no art. 28, §2º, da Lei nº 11.343/06. Eis que a suposta

discricionariedade permitida pela norma, sem o devido cumprimento do ônus argumentativo, abre margem para verdadeiros autoritarismos na definição de quem é traficante, o que reforça a seletividade inerente às práticas penais brasileiras. Abre-se, pois, a discussão sobre a viabilidade de determinar limites máximos para posse e uso pessoal de entorpecentes, não sendo esses valores vinculantes apenas quando for para beneficiar o réu. (DINU; MELLO, 2017, p. 197)

O referido dispositivo ainda sofre críticas pelo fato de que, utilizando-se de elementos objetivos da conduta criminosa, ele pretende conferir a base para se inferir o elemento subjetivo, o dolo de uso ou de tráfico. Daí o cuidado que se deve ter para que esses critérios não sejam tomados de forma absoluta, tangenciando uma espécie de responsabilização penal objetiva. Nesse sentido, “as circunstâncias objetivas de tempo, local e forma de agir servem apenas como *critérios indiciários* do elemento subjetivo, sendo fundamental aos operadores do direito avaliar criteriosamente os aspectos referentes à vontade, à previsibilidade, à representação e à consciência” (DINU; MELLO, 2017, p. 205)

A manutenção do uso como crime denota um claro resquício da repressão histórica infligida pelo Estado brasileiro aos usuários das drogas tidas como ilícitas. A conduta, apesar de não culminar em sanções restritivas de liberdade, mesmo que de forma subsidiária, ao ser tornada crime traz um enrijecimento em matéria processual penal como, por exemplo, para fins de reincidência apesar de, na prática, o sistema tratar o usuário como um autor de contravenção penal. (DANTAS, 2017, p. 26)

A promulgação da Lei 13.840 em 2019 não provocou a alteração de nenhum dos artigos da Lei de 2006 que se referiam às penas aplicadas aos crimes envolvendo o consumo ou o tráfico de drogas, tampouco formulou parâmetros objetivos que possibilitassem distinguir com mais precisão o que seria um usuário de drogas e um traficante de entorpecentes na sua redação, muito pelo contrário, o presidente Bolsonaro vetou os parágrafos 4º, 5º e 6º do Art. 33 do projeto de lei que entre outras propostas, intentava estabelecer critérios de diferenciação nas penas dos traficantes e usuários de drogas, como o inciso II do parágrafo 4º que almejava reduzir a pena de 1/6 a 2/3 daquele que praticasse delito no qual “as circunstâncias do fato e a quantidade de droga apreendida demonstrarem o menor potencial lesivo da conduta” (BRASIL, 2019). A justificativa do presidente para vetar esse dispositivo foi que a proposta acabaria sendo mais benéfica ao agente do crime do tráfico de drogas.

Esse fato acabou sendo responsável pela continuidade das críticas aos pontos mais controversos da Lei 13.343/2006. Contudo, o maior objetivo deste trabalho não é discutir os dispositivos intocados da Lei de Drogas, mas sim as novidades trazidas pela Lei 13.840/19, principalmente as que dizem respeito ao tratamento dispensado ao dependente de drogas e ao acolhimento em comunidades terapêuticas.

4.2 A INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA E AS CONTROVÉRSIAS EM TORNO DAS DIRETRIZES DA LEI 13.840/2019

Primeiramente, cumpre salientar que o Art. 23-A da Lei 13.840/2019 possui caráter análogo ao Art. 6º da Lei 10.216/2001. Não é novidade o fato de que antes mesmo da introdução da Lei 13.840, já era comum a internação de dependentes químicos em centros de tratamento, fosse por vontade própria, a pedido de terceiros ou por determinação judicial, uma vez que os efeitos jurídicos da Lei 10.216 que previa a possibilidade de internação para as pessoas portadores de transtornos mentais eram expandidos para os dependentes químicos.

Tal fato foi discutido por Isabel Coelho e Maria Helena de Oliveira (2014, p. 361), em ensaio publicado cinco anos antes da nova Lei de Drogas ser sancionada:

Todavia, muito embora seja essa a única situação prevista em lei para a internação compulsória no direito brasileiro - e atente-se: de portadores de doença mental e não de dependentes químicos -, na prática, os atores jurídicos ignoram a regra basilar do princípio da legalidade e ampliam as hipóteses para os dependentes químicos.

No que se refere ao tratamento do usuário e dependente de drogas, a Lei traz na Seção IV do Art. 23-A que para a realização do tratamento é dada prioridade para as modalidades de tratamento ambulatorial, baseados em evidências científicas. Diante disso, fica em evidência que para obter resultados positivos durante o tratamento de dependência química é necessário que se tenha uma equipe multiprofissional especializada e qualificada na área como médicos, enfermeiros, psicólogos, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, para o qual deve ser desenvolvido um projeto individual para cada paciente. E priorizando que esses atendimentos sejam realizados e que ocorram em locais como CAPS, Hospitais-Dia, NASF e consultórios de rua. (MOREIRA; ARAÚJO; REIS, 2020, p. 9)

Inspirada na Lei de Reforma Psiquiátrica, a Lei 13.840 do ano de 2019 (BRASIL, 2019), no inciso II, Parágrafo 3º do seu Artigo 23-A incluiu a possibilidade da internação involuntária como medida de tratamento do usuário ou dependente de drogas. A lei foi promulgada para alterar parâmetros da Lei 11.343/2006, também conhecida como Lei de Drogas.

Jéssica Hind Costa (2015, p. 140) se preocupa com a utilização da expressão “usuário ou dependente” já no caput do artigo, tendo em vista que o primeiro grupo não deveria ser internado em hipótese alguma, sendo uma faculdade do usuário tratar-se ou manter-se em utilização de uma dada substância. Já no que concerne aos dependentes, a autora traz que o artigo se assemelha bastante ao tratamento já conferido às pessoas com doença mental, o qual já era utilizado para permitir e disciplinar as internações dos toxicômanos. No entanto, a autora salienta que a Lei 10.216/01 trouxe em seu bojo uma série de garantias que não são repetidas no projeto, tornando temerário o seu conteúdo não só pela abrangência do público a ser internado como pela falta de cuidado em assegurar-lhes garantias.

A internação involuntária é aquela em que o dependente não está disposto a fazer o tratamento, mas, a pedido dos familiares ou de um terceiro, ele é internado involuntariamente, ou seja, sem o seu consentimento, por trazer risco para a sua saúde e para a sociedade. Deve ser feito um pedido por escrito, com a solicitação da internação, e tal pedido deve ser aceito por um médico psiquiatra, que enviará o requerimento ao Ministério Público no prazo de 72 horas, para comunicar a internação. Nesse caso, a desinternação ocorre por solicitação escrita do familiar ou do responsável legal, ou ainda por determinação do médico especialista que responde pelo tratamento. (SILVA; NETO; BOECHAT; NOVAIS; CABRAL, 2016, p. 67)

A modalidade batizada como “involuntária” peca, pois, além de legitimar qualquer pessoa a fazer o pedido de internação, e ainda que exija a comunicação ao Ministério Público no prazo de setenta e duas horas, não garante os direitos constitucionais do internando, já que não deixa clara a necessidade de ordem ou homologação judicial da internação, o que pode permitir graves violações no direito de ir e vir das pessoas. (KELTER; SILVA, 2013, p. 552)

Anteriormente, a Lei de Drogas de 2006 havia criado o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e além disso, criou um sistema de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes, sendo também responsável

por elencar os crimes relacionados à posse para consumo pessoal e ao tráfico e dispõe acerca do procedimento penal aplicado (SANTANA; HERNANDES, 2017, p. 55)

Lino Rampazzo e Márcio Nahur (2020, p. 342) reforçam que a Lei 11.343/2006 foi responsável por estabelecer um Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas com o fim de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com a prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas, bem como a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas. Para os autores, esse sistema compreende o conjunto ordenado de princípios, regras, critérios e recursos materiais e humanos que envolvem políticas, planos, programas, ações e projetos sobre drogas. Ele não deve atuar isoladamente, mas em articulação com o Sistema Único de Saúde (SUS), e com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Além disso, traz metas e balizas a serem obedecidas a fim de coibir e prevenir o uso ilícito de drogas ou diminuir suas consequências deletérias, seja educando e tratando o usuário e o dependente, seja punindo o traficante.

Retornando a nova Lei de Drogas e ao seu ponto mais controverso, logo que ela foi aprovada no Congresso Nacional, o seu teor acabou agradando alguns especialistas como Ronaldo Laranjeira (2019, p. 53) que sustenta que:

A maior parte dos países democráticos adota a intervenção involuntária. Então, esse é um assunto razoavelmente pacificado. Em casos extremos, em que a pessoa apresenta risco a si mesma ou ao outro, tem de haver uma internação que a proteja. O que varia entre os países é o instrumento legal que se utiliza para fazer isso. A internação salva vidas em casos extremos. Não é questão de ser a favor ou contra.

Na mesma direção, Fernando Capez (2011), em artigo publicado em veículo midiático de grande circulação quando ainda estava sendo elaborado o projeto de lei, argumenta que o dependente químico que se encontrar em situação de vulnerabilidade já perdeu a sua capacidade de autodeterminação, e, por conta disso, o poder público deve agir através da internação involuntária para afastá-lo do ambiente nocivo e deletério em que convive. A internação, segundo o autor, seria utilizada como um meio para fazer prevalecer o direito à vida do dependente químico.

Sabrina Presman (2019, p.1) segue uma linha de raciocínio parecida ao defender a possibilidade da internação involuntária, no entendimento dela, ser uma forma de preservar a vida. Segundo a pesquisadora, deixar uma pessoa se matando, sem

condições psiquiátricas, sem autopreservação, sem tratamento, seria uma afronta aos direitos humanos.

Em que pese alguns doutrinadores enxergarem os parâmetros adotados pela lei 13.840/2019 com bons olhos, a maior parte da doutrina analisa os seus desdobramentos com cautela, é o caso de Wagner Gesser e Joyceane Menezes (2012, p. 106) que refletem que na medida em que o indivíduo tiver um mínimo discernimento para escolher entre a aceitação ou recusa de uma intervenção médica e/ou hospitalar, terá a liberdade de optar, deverá ser respeitado na sua decisão. Ou seja, para os autores, a autodeterminação quanto à opção pelo tratamento ou internação não pode ser cerceada pelo Estado ou pelo particular sob pena de prejuízo aos direitos de personalidade, da autonomia privada, do direito geral de liberdade.

Para Antônio Nery Filho (2013), Diretor do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) da UFBA, a internação involuntária é um retrocesso e um desvio de foco de problemas mais sérios como o do abuso de álcool, tabaco e medicamentos e psicoativos voláteis. Segundo o autor, os usuários de crack, assim como o de outras drogas não perderam seu entendimento, tampouco sua capacidade de autodeterminação por estarem em situação de rua, a não ser no caso de estarem psicóticos. A autonomia do paciente é raramente negociável.

Jéssica Hind Costa (2015, p. 141) denuncia que os critérios de internação adotados na Lei 13.840/2019 estabelecem uma postura muito mais gravosa do que aquela já instituída a partir da aplicação analógica da lei nº 10.216/2001, representando um verdadeiro retrocesso no campo do tratamento, violando frontalmente direitos do dependente químico, como o direito à saúde e à sua reintegração social.

Ao questionarmos essas instituições como dispositivo central de “tratamento”, a psiquiatria como saber e poder absoluto e a internação e o isolamento como única saída, é possível afirmar que está sendo colocado em xeque uma das formas de controle dos corpos, comportamentos e subjetividades mais perversa existente na sociedade. Em nome da ordem, da moral, dos bons costumes, da higienização, do patriarcado, do racismo e etc., internou-se inúmeros sujeitos que foram considerados desviantes, anormais, doentes e insanos pela psiquiatria, ou seja, todos foram vistos como transgressores. (PASSOS, 2017, p. 55)

Michel Foucault (2014, p. 145) apresenta uma profunda crítica ao quanto a invenção de disciplinas modernas, como é bem o caso da medicina psiquiátrica, trata-se de construir paradigmas que fundamentam a distinção entre normal e anormal, compreendendo este como aquilo que é marginal, aquilo que está situado à margem do normativo. A tudo aquilo que está situado à margem do normal, assim, destina-se a correção, que não se dá sem o exercício de mecanismos excludentes. A necessária correção por meio da qual se pretende ajustar o que foge à norma não ocorre sem vigilância e punição.

Luís Fernando Tófoli (2019, p. 54) aponta que a internação involuntária só deverá ser necessária em casos de exceção. É prevista na lei brasileira que regula a internação psiquiátrica. Está prevista nas situações nas quais não tem como fazer outro tipo de tratamento. O mero fato de ser um dependente químico não configura necessariamente a condição para haver a internação.

A internação é, sem dúvidas, fator de limitação da privacidade da pessoa. A necessidade de convívio com outros pacientes, somado ao corpo de profissionais hospitalares, diminui, sobretudo, o espaço para que se possa o sujeito exercer o seu direito de estar só. Situação essa que se agrava tanto mais quanto maior for o contexto da dependência. (REQUIÃO, 2018, p. 159)

A intromissão na esfera da privacidade na área da saúde, se dá em diversos contextos, como do corpo, da informação, do espaço pessoal, do território, no campo psicológico e moral, já que normalmente há não apenas a falta de um espaço em que o paciente possa estar só, mas também existe a busca por informações pessoais, muitas vezes íntimas, com o objetivo de buscar o tratamento mais adequado. (PUPULIM, 2009, p. 17)

A internação dos dependentes químicos em unidades de tratamento terapêuticos pode ser considerado um instrumento caracterizador do poder disciplinar, uma das modalidades de poder mais recorrente nas obras de Michel Foucault.

Para o autor, os métodos que permitem o controle rigoroso das operações do corpo humano, que produzem a resignação constante de suas forças e lhes impõem uma relação de utilidade-docilidade, são reunidos sob o nome da “disciplina”. Ele esclarece que os processos disciplinares existiam desde sempre, porém, no decorrer dos anos, as disciplinas se tornaram formas gerais de dominação. Diferentes da escravidão, as

normas disciplinares não se fundamentam numa relação de apropriação dos corpos, já que a elegância da disciplina dispensa a relação custosa e violenta que obtém efeitos de utilidade igualmente grandes. Diferentes também da vassalidade, uma vez que esta é uma relação de submissão amplamente codificada, entretanto, longínqua e que se realiza menos sobre as operações do corpo que sobre os produtos de trabalho e as marcas costumeiras da obediência. (FOUCAULT, 2014, p. 135)

O poder disciplinar é, com efeito, um poder que, ao invés de se apropriar, tem como função maior "adestrar"; ou sem dúvida adestrar para retirar e se apropriar ainda mais e melhor. Ele não amarra as forças para reduzi-las, procura ligá-las para multiplicá-las e utilizá-las num todo. Em vez de dobrar uniformemente e por massa tudo o que lhe está submetido, separa, analisa, diferencia, leva seus processos de decomposição até às singularidades necessárias e suficientes. "Adestra" as multidões confusas, móveis, inúteis de corpos e forças para uma multiplicidade de elementos individuais - pequenas células separadas, autonomias orgânicas, identidades e continuidades genéticas, segmentos combinatórios. A disciplina "fabrica" indivíduos; ela é a técnica específica de um poder que toma os indivíduos ao mesmo tempo como objetos e como instrumentos de seu exercício. (FOUCAULT, 2014, p. 136)

Erving Goffman (1988, p. 31) invoca que a perda de privacidade é característica comum nas instituições totais que praticam a internação. Não há espaço para fronteiras entre o indivíduo e o seu ambiente, sendo tais violações perpetradas de diversas maneiras. Desse modo, na visão do autor, não haveria espaço para a reserva de informação sobre o eu, sendo todos os fatos sobre o sujeito, notadamente os desabonadores, reunidos em dossiê a disposições daqueles que exercem controle sobre eles.

Nesse diapasão, é possível concluir a relação da redução da autonomia com a perda da privacidade, como aponta Jussara Pupulim (2009, p. 81). A autora sustenta que, em que pese a necessidade de formulação de procedimentos de rotina por parte dos profissionais de saúde, a garantia da privacidade deve passar pela consulta ao paciente sobre os seus limites, que são influenciados pelos mais diversos fatores de sua vivência pessoal.

No fim das contas, resta claro que os autores da supracitada lei se basearam na Lei da Reforma Psiquiátrica para estabelecer o critério destinado ao tratamento dos dependentes químicos, uma vez que eles simplesmente se basearam nas

modalidades de internação previstas na lei de 2001 e as aplicaram especificadamente aos drogadictos.

Um dos motivos de discussão da edição da nova Lei de Drogas foi que apenas as internações voluntárias e involuntárias foram trazidas para a sua redação, ignorando a outra modalidade existente na norma que ela se inspirou, a internação compulsória. Essa escolha resultou em diversas críticas por parte de especialistas da área e de atores do universo do direito. Muitos julgam que essa decisão foi pensada no sentido de retardar o controle judicial da medida, uma vez que, apesar de ser uma modalidade onde também não há o consentimento do paciente, a internação compulsória só poderá ser efetivada mediante determinação da Justiça. Enquanto que na internação involuntária, além de prescindir de decisão judicial, na modalidade, tanto o Ministério Público quanto a Defensoria Pública só são informados da internação em até 72 horas, o que acaba caracterizando o afastamento do Poder Judiciário da medida.

4.3 A INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA DOS DEPENDENTES DE CRACK EM SITUAÇÃO DE RISCO

Existem também àqueles autores que enxergam a internação involuntária como uma medida que interfere na autonomia privada do sujeito de direito, porém, ainda assim, julgam que a adoção da prática se faz necessária em casos extremos, quando se trata da proteção ao próprio dependente químico.

Jéssica Hind Costa (2015, p. 62), por exemplo, acredita que esse seja o caso dos dependentes em crack que se encontram em situação crítica. A autora entende que o consumo dessa substância merece ênfase, uma vez que se trata de uma droga com alto poder de devastação, a qual prejudica, de forma significativa, a capacidade psicomotora do indivíduo, provocando lesões irreversíveis em órgãos vitais. Dentre essas lesões, a autora ressalta a iminência da overdose, e complicações pulmonares e cardíacas.

Regina Medeiros (2008, p. 79-80) elucida que os efeitos psicológicos gerados pelo consumo de crack podem desencadear quadros de ansiedade, raiva, medo, alucinações e solidão. A autora explica que aqueles acometidos por uma situação grave de dependência costumam apresentar quadros tão agudos que em várias

ocasiões os pacientes são conduzidos a atitudes extremas, entre elas, as tentativas de suicídio.

Há ainda o agravante de que devido ao baixo custo da droga e da facilidade de acesso a maior parte dos viciados nessa substância, ela está inserida nas camadas mais pobres e vulneráveis da sociedade. Muitos dos moradores de rua têm acesso ao crack e muitos deles se viciam, o que gera uma aglomeração de pessoas em situação de rua dependentes dessa substância. Assim, passam a viver num ambiente marginalizado, reunindo-se nas ruas em espaços denominados como *cracolândias*. (COSTA, 2015, p. 64)

As *cracolândias* se estabelecem como consequência da marginalidade daqueles indivíduos que estão em situação de rua, o que caracteriza a sua exclusão. No entanto, é preciso ressaltar que a exclusão desses indivíduos não se processa exclusivamente no campo do visível. Ocorre também sob formas apenas perceptíveis porque não excluem nem materialmente nem simbolicamente: os excluídos estão simplesmente ausentes ou invisíveis. (NERY FILHO; MESSEDER, 2004, p. 55)

Múltiplos e graves são os reflexos da situação de rua para que se classifique estes indivíduos como vulnerados. O fato de viverem na rua, por si só, tem o condão de torná-los vulneráveis, tendo em vista as implicações que a vida na rua traz para estes sujeitos. São diariamente confrontados com dificuldades para banhar-se, receber atendimento médico e principalmente ter acesso a uma alimentação adequada. (COSTA, 2015, p. 71)

A população em situação de rua, apesar da diversidade e pluralismo que não permite tratá-los como grupo homogêneo, tem, inegavelmente, traços comuns que marcam a própria identidade desse grupo: estar sem moradia, sem alimentação adequada, sem água potável disponível, sem lugar para sua higiene pessoal, sem acesso aos necessários tratamentos de saúde, enfim, sem cidadania. (TARACHUQUE; SOUZA, 2013, p. 152)

O reflexo mais evidente da vulnerabilidade daqueles que residem nas *Cracolândias* é o fato de viverem na rua. O estado de mendicidade, por si só, já faz com que certos segmentos sociais tratem os indivíduos que vivem nas ruas como “descartáveis”. Quando estes se associam às drogas, essa repulsa só aumenta, o que se apresenta,

paradoxalmente, como causa e consequência deste problema social. (COSTA, 2015, p. 65)

Esses indivíduos socialmente excluídos encontram-se em uma situação de completa ruptura de vínculos com a sociedade. São pessoas que vivem na rua, sujeitos que não portam documentos, não têm ocupação definida, em sua maioria analfabetos, sem acesso à saúde, se alimentam de restos, comem lixo, recebem doações ou, às vezes, roubam, mais frequentemente para comprar drogas do que para comprar comida. De tão precária, a existência física torna-se prescindível, já que há mais, muito mais esforço para as necessidades básicas do corpo, bem como as inevitáveis feridas da alma. (NERY FILHO; MESSEDER, 2004, p. 64)

Um dependente químico inserido nesses ambientes, quando acometido pela dependência química em grau avançado, não consegue estabelecer vínculos saudáveis, tampouco realizar atividades corriqueiras relacionadas aos direitos fundamentais inerentes à sua pessoa, como a cidadania e a educação. Isto porque o uso de drogas recorrente, interrompe etapas importantes de aprendizagem, mitigando a capacidade do indivíduo de raciocinar e discernir de maneira clara e equilibrada. (COSTA, 2015, p. 73)

É nesse momento que, por conta da condição de extrema vulnerabilidade e profundo descaso em que o dependente químico em situação de rua, Jéssica Hind Costa (2015, p. 95) defende a prática da internação involuntária nos casos considerados muito graves, sendo essas as únicas hipóteses que deverão ser válidas para o âmbito de aplicação de tal modalidade de internação em alguns residentes da *cracolândia*. Na opinião da autora, nesses casos, o tratamento involuntário tem por finalidade secundária assegurar ao indivíduo a possibilidade de resgatar a autonomia. Tratando assim de um curto período de mitigação da liberdade de agir como condição necessária para amenizar o quadro clínico do paciente e também para que este resgate da capacidade de autodeterminação afeta em face do consumo abusivo de crack.

Se faz necessário estabelecer limites à autonomia quando esta é confrontada com extrema vulnerabilidade física e social, não apenas decorrente da dependência em crack, mas também, e principalmente, pela situação de rua e seus prejuízos associados. Isto porque, não se deve compreender por autonomia apenas a tolerância à situação de degradação. Na medida em que se agigantam as vulnerabilidades se

impõe uma ação no sentido de proteger aquele sujeito vulnerado mesmo que em alguns casos esta proteção confronte com a decisão autônoma do indivíduo. (COSTA, 2015, p. 99)

Em direção semelhante, Paul Kelter e Nilson Silva (2013, p. 556) avaliam que nos casos das pessoas em situação de rua, o Estado não deve deixar os dependentes de crack jogados à sua própria sorte, e por conta disso, devem agir, cautelarmente, preservando a integridade daquele que não possui mais condições de gerir a sua vontade e se encontra em risco iminente.

A internação não se apresenta, nesse contexto, como penalidade, tampouco como punição, é uma forma de tratamento que deve ser aplicada sempre pelo menor tempo possível, e que tem por finalidade o empoderamento do sujeito, conforme se verá adiante. Até mesmo porque, após o curto período necessário o paciente restabelece a capacidade de decidir sobre as próximas etapas do tratamento, não sendo todo o terapêutico aqui proposto reduzido à internação forçada. (COSTA, 2015, p. 96)

Considerando a vulnerabilidade e o risco inerentes à condição do sujeito numa situação extrema que possibilite a intervenção forçada, a interação que dela decorre deve refletir o esforço dos sujeitos responsáveis pelo cuidado para que o sujeito em sofrimento reconstrua sua autonomia. Significa entender o cuidado como reconstrução da ajuda para o fortalecimento da autonomia do outro, baseada em relações que possibilitem a emancipação, e não a opressão. (QUINDERÉ; JORGE, 2013, p. 35)

Maria Cristina Lavrador (2006, p. 194) determina que é a consciência real do problema que deverá definir as estratégias eficazes de internação. Nesse ponto, a autora argumenta que não se pode perder de vista que é possível construir saídas das *cracolândias* que não incluam a internação, tampouco a intervenção na autonomia do paciente. Existem inúmeras possibilidades de agir nesse espaço. No entanto nada justifica o imobilismo, o descaso, a indiferença, assim como, nada justifica a arrogância de um suposto heroísmo com suas bravatas salvacionistas

Jéssica Hind Costa (2015, p. 73) alerta para discursos oportunistas e extremados que podem surgir no terreno da defesa da internação não-consentida dos viciados em crack. Principalmente aqueles discursos que afastam a noção de proteção do sujeito e acabam servindo a uma lógica perversa produtora de posturas inerentes ao racismo

que uma sociedade vai exercer sobre ela mesma, sobre os seus próprios elementos, sobre os seus próprios produtos.

Desconsiderando os discursos extremados e considerando as especificidades do caso concreto, o diagnóstico deve versar sobre a influência do meio ambiente no início e na manutenção da dependência e sobre a possibilidade de certas instituições sociais auxiliares participarem do processo terapêutico. A maior ou menor facilidade com que se adquirem as drogas por meios ilícitos poderá influir, por sua vez, na eleição da intervenção. Assim, pois, é requerida grande variedade de conhecimentos especializados para determinar o tipo de intervenção apropriada a cada indivíduo. (AMAR; 1988, p. 86)

Joyceane Menezes e Wagner Gesser (2012, p. 110) chamam a atenção que mesmo nas circunstâncias que envolvam viciados em crack, há uma minoria de casos em que o dependente não está sob efeito direto da substância, e se apresenta lúcido e coerente, sem indícios de sinais psicóticos. Sendo assim, muitas vezes ele é conduzido à instituição por familiares, sob maior ou menor grau de coerção e, ao ser examinado, manifesta-se irredutivelmente contrário à internação. Os familiares exigem a internação, geralmente de forma extremamente enérgica. Por conta disso, diante do cenário belicoso formado, os autores ressaltam que cabe ao profissional atuar eticamente, respeitando os desejos e preservando autonomia do paciente, mesmo ante as opiniões contrárias dos seus familiares.

Jéssica Hind Costa (2015, p. 107) sustenta que, a despeito de julgar necessário a aplicação da internação involuntária em algumas situações, ela não defende, em hipótese alguma a internação involuntária como política pública de tratamento mais adequada para a dependência química. Sem embargo, considerando a drogadição do ponto de vista do dependente químico, demandando essa uma atenção específica, a autora entende que, possuindo características peculiares que devem ser reconhecidas e avaliadas para que seja aplicado o tratamento mais adequado ao caso concreto, o que pode se constituir em internamento, afastando-se da noção macroscópica da política pública para voltar-se à individualidade do sujeito atingida.

A internação compulsória deve ser vista como exceção, não como um meio de afastar o dependente de crack das ruas e da própria droga em si, sendo apenas uma etapa do tratamento daqueles que já não mais têm controle de seus atos. Qualquer medida em sentido oposto, mesmo respeitando-se as formalidades, violará gravemente os

direitos do dependente, uma vez que essa prática deve ser adotada apenas em caráter excepcional. (KELTER; SILVA, 2013, p. 554)

Este processo de internação deve ocorrer em clínica terapêutica especializada nesse tratamento, não num ambiente carcerário, tampouco dopando os indivíduos com doses maciças de psicofármacos, o que, inclusive, acarreta novos vícios. A partir do tratamento adequado, num ambiente propício, esses pacientes conseguem recuperar sua capacidade de acreditar na vida e de serem livres, ou aprender a tê-la, quando já se esquecerem desses sentimentos ou potenciais humanos, devido ao fato de desde muito jovens, terem vivido sob os efeitos das substâncias que ocasionaram a dependência. (COSTA, 2015, p. 111)

Em contrapartida, Leiliane Carneiro e Marlize Rêgo (2012, p. 392) defendem as ações da estratégia da Redução de Danos aos usuários de crack, por acreditarem que ao serem empreendidas para abordá-los, elas contemplam um leque de alternativas e possibilidades as mais variadas, em função da deterioração física, social e subjetiva. Desse modo, segundo as autoras, não se trataria apenas da utilização de estratégias de prevenção ou de tratamento, mas da necessidade de um suporte social e comunitário que deve estar presente na filosofia e na atuação.

Por fim, Jéssica Hind Costa (2015, p. 97) aduz que a partir do momento em que é finalizado o tratamento e o indivíduo resgata a sua autonomia este passa a ter capacidade de decidir, inclusive, acerca da continuidade ou não do uso de drogas. Sendo assim, o sujeito pode escolher entre continuar o uso, se não quiser ou não puder parar, mas, para isso, a autora explica que é preciso que ele adquira conhecimento dos modelos de uso menos agressivo.

4.4 AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

O acolhimento em comunidades terapêuticas foi outra inovação controversa introduzida na Nova Lei de Drogas. O Artigo 26-A da Lei 13.840 (BRASIL, 2019) dispõe dos elementos para que o dependente químico em tratamento seja acolhido por um desses centros.

As comunidades terapêuticas no Brasil são instituições regulamentadas por lei e compõem a política pública de drogas do país. Desta forma, estão formalmente inseridas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), recebendo financiamento público para seu funcionamento. (PASSOS; ARAÚJO; GOMES; FARIA, 2020, p. 128)

As CT são instituições de acolhimento voluntário a dependentes de substâncias psicoativas. Não integram o SUS, mas são consideradas equipamentos da rede suplementar de atenção, recuperação e reinserção social de dependentes (Ministério da Saúde, 2019)

Jéssica Hind Costa (2015, p. 79) acrescenta que essas instituições são locais de atendimento ao dependente químico, não governamentais, em ambiente não hospitalar, com orientação técnica e profissional, nas quais o principal instrumento terapêutico é a convivência entre os residentes. Segundo a autora, elas passaram a se multiplicar no cenário brasileiro, ao longo dos últimos quarenta anos, antes mesmo de existir qualquer política pública de atenção à dependência química no país. Elas passaram a ocupar espaços na medida em que inexistiam programas e projetos de caráter público que oferecessem alternativas para o atendimento às pessoas dependentes que buscavam tratamento.

Essas comunidades existem há mais de 60 anos, tendo-se consagrado nas duas últimas décadas como um dos modelos mais procurados para a recuperação da dependência do álcool e outras drogas, tanto no Brasil como em muitas partes do mundo, por oferecerem uma inovadora forma de tratar o problema, tão implacável e urgente, independentemente da cultura e do nível de desenvolvimento das populações atingidas. (PERRONE, 2013, p. 572)

Maurício Requião (2018, p. 119) apresenta o contexto do surgimento das CTs no Brasil. Segundo o autor, a reforma psiquiátrica, em conjunção com o movimento de redemocratização do país, teve sua nascente em dois mananciais que foram a psiquiatria comunitária e o movimento das comunidades terapêuticas nas décadas de 1960 e 1970. O autor alerta que isso se materializou mais como fruto da indignação com o tratamento desumano que dá brecha a uma ideologia revolucionária, do que a partir da construção de um novo saber científico.

Em 1990, foi criada a Federação Brasileira das Comunidades Terapêuticas (FEBRACT). A partir do momento da sua criação, foi estipulado que elas seriam

entidades que realizariam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, sendo respaldados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que as CTs ofereceriam um “serviço de atenção a pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial”. Isto é, reconhecendo a existência e o trabalho destas instituições e estabelecendo um modelo básico para o seu funcionamento: o psicossocial, na intenção de garantir o caráter terapêutico de suas ações. Com o advento da Lei 13.343/2006 foi instituído que as comunidades terapêuticas seriam regulamentadas pelo Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) no território brasileiro. (MOREIRA; ARAÚJO; REIS, 2020, p. 6)

Pablo Kurlander Perrone (2013, p. 578) contextualiza informando que uma das razões para a criação das comunidades terapêuticas foi justamente o problema do álcool e de outras drogas que vinha se alastrando de forma assustadora nas últimas décadas, o que, em função da ausência de políticas públicas, acabou provocando a proliferação de uma série de locais de internação para este público, dentre estes as próprias comunidades terapêuticas. Sem embargo, o autor enfatiza que embora em sua origem histórica, conceitual e metodológica, o movimento do surgimento das comunidades terapêuticas tenha muito mais semelhanças do que diferenças com o proposto pela Reforma Psiquiátrica e o Movimento de Luta Antimanicomial, na prática, pelo menos no Brasil, a realidade é diferente.

Nesse horizonte, Luis Fernando Tófoli (2019, p.8) pondera que, no caso das políticas de saúde mental, o grande vácuo deixado pelo Estado nas políticas de atenção a usuários problemáticos de álcool e outras drogas até o início do século XXI foi ocupado pelas CTs , ou ainda pelas internações psiquiátricas e grupos de mútua ajuda, como os Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA). Chama a atenção o fato de que as abordagens médicas e sociais hegemônicas neste período, influenciadas por valores médicos e morais, eram todas focadas na ideia da abstinência como a única solução para o uso problemático de drogas.

No Brasil atual, a modalidade de tratamento oferecida pelas CTs está fortemente associada a grupos religiosos católicos, evangélicos e espíritas que visam converter os pacientes. Um dos maiores problemas é que se está colocando dinheiro público, do Estado laico, em serviços que vão fazer ação confessional. Outro problema é que

há pouquíssima fiscalização adequada, temos relatos de diversos abusos. Além disso, boa parte das CT apresentam práticas terapêuticas pouco convencionais, muito heterogêneas e frequentemente conflitantes com as diretrizes da política nacional de saúde mental. (TÓFOLI, 2019, p. 9)

Nesse sentido, Pablo Kurlander Perrone (2013, p. 579) chama a atenção para o fato de que a grande maioria das supostas comunidades terapêuticas não recebe nenhuma forma de fiscalização, não se encontrando cadastrada em nenhum serviço de referência que regulamente sua prática, o que facilita ainda mais a proliferação e a atuação indiscriminada de instituições de caráter religioso.

Michel Foucault (2008, p. 104) põe em relevo a forma como os mecanismos de exclusão social que se apoderam dos corpos dos loucos, dos viciados e dos doentes, e os mecanismos de vigilância sempre evidenciaram, a partir de determinado momento, que por trás do funcionamento instituições, havia a pretensão pelo lucro econômico e por uma utilidade política, do que resultaria, de uma hora pra outra, a situação em que os excluídos seriam naturalmente colonizados e sustentados por mecanismos globais do sistema do Estado

Anteriormente, acreditava-se que as comunidades terapêuticas faziam com que a psicanálise passasse a ocupar um papel não somente junto aos doentes, mas também aos médicos e à equipe, buscando desnudar como não são tão nítidos os limites entre a normalidade e a enfermidade mental. Embora não tenham logrado êxito em resolver o problema manicomial, por suas limitações práticas e teóricas, serviram como uma referência positiva, tendo gerado uma experiência de maior aproximação da realidade dos pacientes. (REQUIÃO, 2018, p. 2019)

Apesar da mudança assistencial do cuidado em saúde mental, o sentido da busca pela concretização da liberdade da pessoa em sofrimento psíquico ainda está em pauta e em luta. Logo, essa liberdade que se pretende alcançar não será possível porque ela só pode ser concebida através de escolhas concretas. O isolamento através da internação a longo prazo ainda não foi encerrado, entretanto, estão sendo instituídas outras formas de isolamento e exclusão que caracterizam a ausência ou negação da liberdade. (PASSOS, 2017, p. 63)

Nesse ponto, Michel Foucault (2014, p. 217) aponta que muitas vezes, o poder psiquiátrico se estabeleceu mais como uma maneira de gerir, de administrar, os indivíduos indesejados do que uma terapia ou intervenção terapêutica.

Quando o estigma de um indivíduo se instaura nele durante uma estadia em uma instituição, e quando a instituição conserva sobre ele uma influência desacreditadora durante algum tempo, após a sua saída, pode-se esperar o surgimento de um ciclo específico de encobrimento. (GOFFMAN, 1988, p. 105)

É importante entender que ao entrar em uma comunidade terapêutica o indivíduo não irá se recuperar imediatamente, ele não deixa de ser um dependente químico para se transformar em uma pessoa “normal”, desprendida de vícios subitamente. Se faz necessário que todo esse processo seja acompanhado por especialistas para avaliar o seu desenvolvimento.

Nesse ponto, Erving Goffman (1988, p. 143) aponta que a mudança de *status* de estigmatizado para o status de normal é feita, presumivelmente, numa direção desejada, sendo por isso, compreensível que a mudança, quando ocorrida, possa ser psicologicamente sustentada pelo próprio indivíduo. Mas, para o autor, é muito difícil compreender como aqueles que sustentam uma transformação súbita de sua vida de pessoa normal para pessoa estigmatizada podem sobreviver psicologicamente a essa mudança, ainda assim, isso ocorre com muita frequência.

Entre outros aspectos a serem destacados, chama-se atenção para o fato de a realização do tratamento nestas instituições pode implicar, na maioria das vezes, a assimilação pelo usuário e por sua família da base religiosa da instituição. Acredita-se que a relação entre a base fortemente moral e religiosa utilizada no tratamento em algumas destas instituições e as práticas de violação de direitos civis precisa ser objeto de outros estudos e pesquisas para melhor compreensão. Em levantamento recente, foi apontado que a maior parte do investimento da União Federal em empresas que realizam tratamento com internação de dependentes químicos são destinados para CTs de matriz religiosa, especialmente as católicas e evangélicas. (PASSOS; ARAÚJO; GOMES; FARIA, 2020, p; 129)

Em relação à influência das entidades religiosas na estrutura dessas instituições, Tereza Costa (2019, p. 174) demonstra preocupação, ao afirmar que essa operacionalização implica, na maioria dos casos, a aceitação por parte do paciente da

religião que está ofertando o cuidado. Para a autora, essa questão é bastante polêmica, pois as Comunidades Terapêuticas tentam se defender dizendo que as pessoas não são obrigadas a seguir o credo religioso, mas que a aceitação pode ser importante para o tratamento. A questão é que o Estado brasileiro é laico, portanto, o que tem sido questionado é o financiamento dele às Comunidades Terapêuticas, ademais, elas não são instituições de saúde e não se enquadram em regras e orientações sanitárias, ao mesmo tempo, figuram nebulosamente entre unidades de acolhimento da saúde e da assistência social.

De fato, uma boa parte das comunidades terapêuticas no Brasil possui práticas tão desumanas e danosas quanto às das antigas instituições asilares manicomiais, sem garantir minimamente a preservação dos direitos humanos mais básicos. (PERRONE, 2013, p. 578)

Os usuários de crack não perderam seu entendimento, tampouco sua capacidade de autodeterminação por estarem na rua, a não ser no caso de estarem psicóticos. Por trás disso tem o movimento das comunidades terapêuticas. A maioria é de caráter religioso. (NERY FILHO, 2013)

Ao contrário do determinado legalmente, metade das instituições não determina a capacidade de vagas e o tempo de internação. Nestas, seguia-se um tempo de internação determinado, segundo os entrevistados, pela “vontade de Deus”. Nessas comunidades terapêuticas as condições do ambiente físico eram precárias, sendo os residentes acomodados, por exemplo, em varandas ou estábulos. (SILVA; FROTA; SILVA, 2017, p. 12)

As clínicas religiosas são iniciativas pioneiras para o tratamento da dependência química no Brasil, geralmente elas funcionam em fazendas distantes dos grandes centros urbanos. Costumam em alguns casos obter bons resultados no tratamento, no entanto, a carência de recursos materiais e profissionais obriga muitas vezes seus administradores a improvisar os atendimentos e “terapias”, ocorrendo relutância quanto à contratação de profissionais especializados. Além da falta de recursos, essa hesitação se estabelece ainda por prevalecer a crença de que “Jesus resolve tudo”, afastando-se dos padrões típicos do tratamento hospitalar, medicamentoso, e afins, com a intenção de “curar com o poder da oração”. O que, muitas vezes, apresenta resultados insatisfatórios por não associar as crenças religiosas aos inegáveis

prejuízos físicos associados às drogas, os quais devem ser também tratados. (COSTA, 2015, p. 78)

Por outro lado, Leonardo Mota (2009, p. 61) aponta que ao estar na companhia de semelhantes, o paciente poderia, no interior desses grupos, nutrir um sentimento comunitário no qual as CT representariam um espaço em que uma “energia especial” é partilhada entre eles como forma de incentivo para largar o vício e se manter abstinente, fazendo com que retornem para casa, após as reuniões, mais tranquilos, pois realizaram seu tratamento a partir da partilha de dificuldades comuns e exemplos dos seus colegas de grupo.

Nessa linha, Tatiana Reis (2012, p. 193) aduz que ajuda mútua é um tipo de prática que se estabelece a partir da formação de grupos, como os Alcoólicos Anônimos, por exemplo, que compartilham vivências e experiências em torno do problema comum da dependência. São uma organização autônoma que fortalece os laços entre os pacientes como forma de combater os sintomas da abstinência e fomentar a continuidade do processo de total ruptura do uso de drogas.

O que resta evidente é a necessidade de uma sistemática de fiscalização e regulamentação das CT, a fim de que somente permaneçam em atividade aquelas que, de fato, sigam o modelo proposto originalmente, nascido no mesmo berço da Reforma Psiquiátrica. Desta forma, as CTs poderão sim fazer parte das estratégias de atenção integral aos dependentes do álcool e outras drogas, consolidando-se como um excelente instrumento nos casos em que outras alternativas se mostrem ineficazes. (PERRONE, 2013, p. 579)

Um dos pontos vetados pelo Presidente Bolsonaro na publicação da Lei 13.840/2019 dizia respeito à determinação de prioridade absoluta no SUS às pessoas que passassem pelas Comunidades Terapêuticas. Na visão dele, tal ato violaria a regra da seletividade na prestação dos serviços e romperia com o comando de isonomia e acesso igualitário em comparação aos demais usuários do SUS. (BRASIL, 2019)

4.5 A POLÍTICA PÚBLICA DE COMBATE ÀS DROGAS NO BRASIL

É importante destacar, inicialmente, que as drogas são consideradas um problema de saúde pública, e como tal demandam a instituição de políticas públicas, as quais vêm sendo aos poucos implementadas e aprimoradas. (COSTA, 2015, p. 106)

No Brasil, a primeira lei que tratou sobre drogas foi o Decreto-Lei 891/1938, sancionado durante o governo de Getúlio Vargas, denominada de Lei de Fiscalização de Entorpecentes, era de caráter extremamente repressivo em relação aos dependentes químicos. O decreto proibia o cultivo, a colheita, o consumo e a exploração de drogas. Resguardava a cultura limitada para fins terapêuticos, desde que favorável o parecer do órgão fiscalizador vigente à época. (MOREIRA; ARAÚJO; REIS, 2020, p. 11)

O desafio de formular uma boa política de proteção contra as drogas é um dos mais complexos e difíceis para as instâncias governamentais na sociedade contemporânea. O risco maior está no acantonamento dessas instâncias em visões ideológicas enviesadas a favor ou contra, com grande paixão e pouca informação. (RAMPAZZO; NAHUR, 2020, p. 338)

As organizações responsáveis poderiam compensar um grande vazio de conhecimento geral caso promovessem campanhas de educação a fim de elevar o nível intelectual no trato de questões relacionadas às drogas, que têm considerável peso na saúde pública. (HART, 2014, p. 297)

A legislação brasileira aborda o tema do usuário de drogas como caso de segurança pública, tipificando em leis penais a conduta do usuário. A vasta maioria dos especialistas no assunto afirma que a dependência química deve ser tratada como problema de saúde pública, e ainda que a legislação dê autorização expressa para a internação involuntária ou compulsória do dependente químico, assim como no caso da pessoa com deficiência mental, o tratamento de ambos não deveria ser da mesma forma, nem o local de internação poderia ser o mesmo, tendo em vista que muitos médicos psiquiatras não são preparados para lidar com a situação do dependente químico e ao invés de tratá-los como doente, ainda os tratam como marginais. (FRANÇA, 2012, p. 43)

No que tange às políticas públicas de drogas adotadas pelo Estado Brasileiro, Alvarenga, Silveira e Teixeira (2018, p. 132) atentam para o avanço do conservadorismo e pelo caráter higienista por trás da sua execução, ao afirmar que mentalidades conservadoras e práticas de violação de direitos vêm afetando especialmente a juventude negra e periférica, o que configura uma realidade que, ao mesmo tempo, interpela e mobiliza a sociedade civil e os organismos que atuam na defesa dos direitos humanos. Sobressai o desafio na implantação de políticas públicas efetivas no propósito de universalizar direitos com respeito à dignidade humana, construídos com e pela sociedade civil.

A questão das drogas é frequentemente explorada de maneira demagógica e sensacionalista por vários setores da sociedade, que fazem coro ao tema “guerra às drogas” promovida no Brasil, apelando para o pânico que os psicoativos ilícitos suscitam entre a população, o que dificulta a compreensão e o tratamento do problema. A “demonização” das substâncias psicoativas é mero reflexo desta realidade. (MACRAE; SIMÕES, 2000, p. 127)

Assim, a via de resistência se mostra urgente para a reversão do conservadorismo instalado na esfera pública do Estado.

Nessa linha, utilizando essa compreensão para a problemática em questão específica da política proibicionista das drogas, o discurso tradicional operado aponta como funções declaradas para a política de drogas a defesa e tutela da saúde pública, ou mesmo a proteção de um bem abstrato/genérico, que é a própria integridade da organização social que seria ameaçada pela suposta epidemia proporcionada pelo abuso de substâncias entorpecentes; entretanto, as funções que não assume ou explica é a irracionalidade da seletividade primária a justificar a seleção de algumas drogas em detrimento de outras, independentemente do seu potencial lesivo; ou ainda que essa política serve ao processo de limpeza social e controle desmedido de determinados segmentos sociais. (LEAL; ROSA, 2019, p. 94-95)

A histeria emocional decorrente da péssima informação a respeito das drogas ilegais encobre os verdadeiros problemas enfrentados pelas pessoas marginalizadas, o que também contribui para graves equívocos na utilização de recursos públicos que geralmente já são bastante limitados. (HART, 2014, p. 9)

Muitos enxergam o debate sobre drogas como problema de direitos humanos, ou seja, a sociedade deveria parar de “demonizar” os usuários e de criminalizar a posse e uso das drogas ilícitas por ser opressivo e desumano, um tipo de perseguição social que penaliza o desafortunado. Defendem a redução de danos como uma forma de cuidado com o usuário. A chave desse pensamento é a crença de que o uso de drogas deveria ser regido como qualquer outro comportamento, pois os usuários não são nem mais nem menos racionais em suas escolhas do que qualquer outra pessoa. A chamada redução de danos representa uma mala eclética cheia de propostas políticas. No nível mais geral, consiste em defender a ideia de que, se não é possível eliminar as drogas, pelo menos, há a possibilidade de diminuir os danos. (RAMPAZZO; NAHUR, 2020, p. 341)

Gey Espinheira (2009, p. 14) conclui que “A demonização das drogas é mais que um erro, torna-se terrorismo, na medida em que se desvia do sujeito e o torna ‘coisa’; como são, de fato, as drogas”

Nessa linha, Jéssica Hind Costa (2015, p. 77) entende que ao se atribuir à droga um poder muito maior do que elas efetivamente têm, pode acabar resultando em uma inversão de papéis a partir da qual, a droga passa a ser sujeito do tratamento e o indivíduo é transformado em objeto. Sendo assim, os tratamentos, a partir desses valores, passam então a definir estratégias para lidar com as drogas, sem uma devida análise das importantes distinções entre os sujeitos.

As atuais políticas destinadas ao combate do consumo de drogas baseiam-se, em grande medida, em ficção e desconhecimento. A farmacologia, ou, em outras palavras, os reais efeitos das drogas já não desempenham papel tão relevante quando se estabelecem essas políticas. (HART, 2014, p. 310)

Investigar os aspectos patológicos do consumo de drogas é importantíssimo para desenvolver tratamentos eficazes do vício. Mas a atenção desproporcional hoje concedida aos danos tende a nos atrelar a uma perspectiva distorcida, contribuindo para uma situação na qual certas drogas são consideradas um mal absoluto, e em que o uso de qualquer delas é visto como algo mórbido. (HART, 2014, p. 293)

O que se tem observado na realidade das grandes cidades é a volta de práticas que antecedem à reforma psiquiátrica no Brasil, capitaneada pelos interesses das grandes corporações privadas de saúde e pelas comunidades terapêuticas. As intervenções

violentas nas chamadas *cracolândias* começaram a se proliferar, apoiadas por discursos conservadores e preconceituosos, que autorizam a violência contra os cidadãos usuários de drogas. Muitos profissionais no campo da atenção psicossocial preocupam-se com a possibilidade do retorno de práticas manicomiais e com a violação sistemática dos direitos humanos das pessoas com dependência de álcool ou outras drogas, principalmente considerando as mudanças propostas pelo governo federal que alteraram a política brasileira de saúde mental. (ALVARENGA; SILVEIRA; TEXEIRA, 2018, p. 131)

Indo na mesma direção, Valdene Amâncio e Luciano Elia (2017, p. 37) refletem que não é possível apenas celebrar a criação de Centros de Atendimento Psicossociais para tratamento de álcool e drogas que deu início na última década, uma vez que tem aumentado consideravelmente as determinações acerca da internação compulsória em jovens usuários de crack em situação de rua nos grandes centros do Brasil e a inclusão das Comunidades Terapêuticas para o tratamento de álcool e outras drogas na Rede de Atenção Psicossocial, marcando uma mudança do eixo das políticas públicas construídas ao longo dos anos, onde a direção era a redução de danos, os consultórios de rua e sobretudo o tratamento em regime aberto em Centros de Atendimento Psicossociais. Os autores indicam que as propostas concretizadas em 2012 e mantidas atualmente são de saneamento, limpeza, ordem, desintoxicação e abstinência. Tal direção é a “remanicomialização” do campo de Saúde Mental pelo viés das drogas e como consequência, a violação dos direitos humanos de pacientes com grave sofrimento psíquico e/ou em uso prejudicial de drogas.

Como foi possível observar, desde a primeira lei que tratou sobre drogas no Brasil, o Decreto-Lei 891/1938, até à atual lei 13.840, o método adotado foi de sustentação no movimento higienista e proibicionista do uso das drogas. Sempre foi visado a abstinência, principalmente nas comunidades terapêuticas e tratando na lei em vigor, sendo esse o tratamento indicado para todos os usuários. (MOREIRA; ARAÚJO; REIS, 2020, p. 11)

Qualquer política pública séria e consequente que queira efetivamente enfrentar com eficiência a questão do uso abusivo de drogas saberia muito bem o que fazer. E, se não o faz, não é por desconhecimento, mas porque não quer, e isso já é suficiente para entendermos que o desejo político prevalente é o de manter a situação do uso abusivo de drogas na condição em que ele se encontra, e até piorá-la, agravá-la, a

fim de continuar sustentando as práticas de segregação e extermínios desses que a ordem neoliberal, diferentemente da ordem capitalista clássica que os denominava de mão-de-obra excedente ou temporariamente imprestável ou de reserva, condena como *indesejáveis*. (AMÂNCIO; ELIA, 2017, p. 46)

Ainda que não seja o cerne da discussão deste trabalho monográfico, cumpre aludir brevemente a uma das pautas mais recorrentes em relação à política públicas de drogas não só no Brasil, mas em todo o Mundo. Sendo este o debate que diz respeito a legalização e/ ou discriminação das drogas tidas até então como ilícitas.

Sobre o assunto, é importante trazer a exposição de Carl Hart (2014, p. 308) para informar a diferença entre os dois institutos. O autor explica, que apesar da descriminalização das drogas ser constantemente com a legalização, elas não são a mesma coisa. Na legalização, a venda, compra, uso e posse de drogas são legais. Já na descriminalização, por outro lado, a compra, venda, o uso e a posse de drogas poderiam ser punidos por intimação judicial, assim como acontece com o próprio tráfico. Acontece que, apesar de as drogas continuarem sendo ilegais nos países que adotam a descriminalização, as infrações relacionadas a elas não seriam convertidas em condenações penais.

Ainda sobre o referido tema, Rhael Dantas (2017, p. 44), utilizando como parâmetro os relatórios disponibilizados pelos órgãos responsáveis, conclui que, no que concerne aos números do sistema carcerário nos países que adotaram a política da legalização ou descriminalização das drogas, houve uma queda contínua em relação à quantidade de indivíduos condenados pela lei de drogas. A esse respeito, Portugal é um exemplo por ter adotado a política de descriminalização de drogas em 2001, e o Uruguai, um país que aprovou a política de legalização das drogas no final do ano de 2013.

Apesar de ainda não contar com uma política nacional que rompa com o ultrapassado paradigma da proibição e da repressão como estratégias prioritárias, o que vem ocorrendo em diversos países com resultados importantes, o Brasil empreendeu mudanças na legislação penal aplicada às drogas, abrindo precedente para a inserção de novos modelos de atuação. (SANTANA; HERNANDES, 2017, p. 73)

Nesse ponto, cabe a reflexão de Rubens Correia Júnior e Carla Ventura (2013, p. 275) que afirmam que o consumo de drogas fatalmente não será extinto em nossa

sociedade. Sendo assim, as políticas públicas devem se desprender das concepções repressivas e se atentarem para as intervenções que cuidem e privilegiem o sujeito, e não a substância na relação de consumo de drogas.

Carl Hart (2014, p. 311) acredita que para haver um debate nacional sério sobre a questão das drogas, é necessário em primeiro lugar, que o público seja reeducado sobre elas, separando-se os verdadeiros riscos em potencial das intervenções monstruosas ou cáusticas. O autor ainda aduz que, ao se considerar o quanto certos mitos sobre as drogas estão arraigados, a sociedade não deve esperar mudanças a curto prazo, tendo em vista que esse comportamento causaria desapontamento e frustração.

O caminho para o bom enfrentamento do problema do uso prejudicial de drogas é a via da Atenção Psicossocial. Porém, o atual cenário político e o sanitarismo tecnicista dificultam que isso ocorra. A Rede de Atenção Psicossocial precisa antes de mais nada criar dispositivos de acolhimento de crianças, adolescentes e adultos em uso abusivo de drogas, e isso implica o movimento de ir para a rua. Não se trata exatamente de propor a criação de mais Centros de Atenção Psicossocial, pois tais dispositivos precisariam ser completamente reestruturados em sua proposta, sobretudo quando voltados para o segmento infanto-juvenil. É preciso criar dispositivos de abordagem, acolhimento e intervenção na rua. (AMANCIO; ELIA, 2017, p. 40)

O primeiro passo para que a legislação e as autoridades brasileiras produzam uma política de drogas mais eficiente é deslocá-la do campo da segurança pública para o da saúde, uma vez que é a saúde pública o bem jurídico tutelado quando se diz respeito às políticas de drogas. O direito à saúde é um dos princípios basilares do nosso ordenamento jurídico e é tido como um direito social no Art. 6º da Constituição Federal. Sendo a promoção do direito à saúde disciplinada no Art. 196 da Carta Magna: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988)

A insistência em manter a política antidrogas sob uma perspectiva da segurança pública leva os representantes dos poderes a adotarem uma política autoritária e repressiva que tem a única finalidade a penalização dos usuários e dos fornecedores

de drogas, essas práticas acarretam em medidas que tem como consequência as internações, o encarceramento em massa, mortes. No final das contas, esse sistema repressivo em muito pouco contribui para solucionar a raiz do problema.

É bem verdade que o cenário atual requer bastante atenção e decisões a serem tomadas para promover a segurança interna da população brasileira, porém, é praticamente um consenso não só no Brasil, mas também na maior parte do mundo que a “Guerra às Drogas” fracassou. As reiteradas operações deflagradas em comunidades e nos morros só servem para elevar o número de presos e mortos no país, não sendo responsáveis pela diminuição do consumo, tampouco do tráfico e da circulação de substâncias ilícitas em território brasileiro. Pode ser que o caminho também não seja a descriminalização ou legalização das drogas, mas todas as opções precisam ser postas em discussão como alternativa à malfadada “Guerra às Drogas”, inclusive a possibilidade de se retomar com mais amplitude a política de redução de danos. O fato é que a discussão em torno da política pública de drogas no Brasil deve adotar uma postura cada vez menos moralista, e cada vez mais inclusiva e construtivista.

4.6 A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS COMO ALTERNATIVA À INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA

Atualmente existem dois discursos contrapostos sobre o consumo de drogas, uma que diz respeito a práticas repressivas, focada na criminalização do usuário de drogas ilegais, e a outra, a Redução de Danos (RD), que objetiva minimizar os efeitos prejudiciais do consumo de Substâncias Psicoativas (SPAs), com o foco no sujeito e na sua saúde. (VALÉRIO, 2012, p. 209)

Previamente utilizada com a intenção de prevenir o HIV/AIDS, a redução de danos também passou a ser utilizada para o tratamento de dependentes químicos no Brasil no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPSad) a partir dos anos 1990.

Os CAPS foram constituídos na esteira de reforma do modelo de saúde mental no Brasil, conforme disposição da Portaria da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (SNAS) nº 224, de 29 de janeiro de 1992 bem como da Portaria nº 189, de 20 de

março de 2002, como “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adstrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional”. (COSTA, 2015, p. 80)

Estes passaram a ser considerados como a principal estratégia de tratamento da dependência química, atuando como ferramentas também nas ações de prevenção e promoção da saúde. O CAPSad representa uma das unidades especializadas em saúde mental que atende os dependentes de álcool e drogas dentro das diretrizes determinadas pelo Ministério da Saúde, tendo como objetivo o tratamento ambulatorial do paciente, utilizando estratégias combinadas à perspectiva de redução de danos. É considerado por muitos a principal alternativa adotada, com sucesso, em contraposição à internação involuntária. (BRASIL, 2003, p. 37)

Os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS-ad) foram criados para prestar atendimento, de modo interdisciplinar, aos seus pacientes, respeitando a particularidade de cada caso e com o objetivo de expandir sua atuação para o território do usuário. Entre os pressupostos que sustentam as ações do CAPS-ad estão aqueles baseados na RD que mostram um olhar mais ampliado para as questões do contexto sócio-político-cultural, imprimindo um tratamento que não tem a abstinência como condição e objetivo, mas que privilegia cada indivíduo e seu contexto de vida. (CARNEIRO; RÉGO, 2012, p. 393)

O CAPS também tem o objetivo de estimular a rede de assistência do usuário, enfatizando a reabilitação e reinserção social amparada em dispositivos comunitários, integrados ao meio cultural, articulados à rede de saúde mental e aos princípios da Reforma Psiquiátrica. Com isso, a participação familiar no cotidiano dos serviços também é um dos objetivos do CAPS, as ações dirigidas às famílias procuram estimular a construção de projetos voltados à reinserção familiar. (COELHO; SILVEIRA, 2018, p. 4)

O CAPSad atende usuários de álcool e outras drogas, e busca a diminuição do estigma e preconceito associados ao uso de substâncias psicoativas utilizando medidas que permitem projetos terapêuticos flexíveis que se adequam a singularidade de cada indivíduo, o que se dá através de atividades de caráter preventivo/educativo baseadas na lógica de RD (Delbon, Ros & Ferreira, 2006).

Considerando que ambos constituem modelos de atenção psicossocial que tentam superar o modelo abstencionista asilar, necessário sempre relacionar o trabalho dos CAPS com a política de redução de danos. São, pois, duas estratégias que se contrapõem à internação, embora não deixem de reconhecer, em determinados momentos a importância desse tratamento. (COSTA, 2015, p. 84)

Inicialmente, os Programas de RD, através da estratégia dos Programas de Troca de Seringas (PTS), visavam evitar a infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis, por meio da distribuição de seringas estéreis que deveriam ser trocadas para que não houvesse o compartilhamento ou a reutilização das mesmas, com o que se reduziria a contaminação. (CARNEIRO; REGO, 2012, p. 388)

Andréa Valério (2012, p. 210) contextualiza ao informar que o primeiro Estado brasileiro a implantar, oficialmente, as ações que se constituem como Redução de Danos foi a Bahia, através do Programa de Redução de Danos (PRD), do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), serviço da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA), em 1995. A autora explica que as estratégias redutoras de riscos e danos não exclui o dependente de nenhum tipo de droga, uma vez que elas são utilizadas para usuários de todos os tipos de substâncias. Entre outras práticas, o programa adotado no território baiano preconizava atividades de prevenção e informação sobre as drogas.

Em um primeiro momento, a política não visa a abstinência total do uso de drogas lícitas e ilícitas, mas sim minimizar as consequências do seu consumo. A RD se tornou uma política pública oficial do Ministério da Saúde do Brasil e foi respaldada pela Portaria nº 1.028, assinada pelo Senador Humberto Costa, enquanto Ministro da Saúde, no ano de 2005.

A portaria concebe as ações da RD como “estratégias da saúde pública dirigidas à proteção da vida”, devendo estas serem desenvolvidas em consonância com a promoção dos direitos, prevendo a articulação intersetorial, a distribuição de insumos e a contratação prioritária de pessoal da comunidade em que as ações serão implementadas, independentemente do grau de instrução. (BRASIL, 2005)

De 2003 a 2018, tivemos uma política nacional sobre drogas que considerava a RD como a principal abordagem terapêutica do uso problemático de psicoativos e, ao mesmo tempo, incluía as CTs voltadas para a abstinência, na Rede de Atenção

Psicossocial (RAPS). Assim, configurou-se concretamente uma política de saúde em que um Estado laico com uma política de saúde mental baseada na Reforma Psiquiátrica financiava, sob regulamentação frouxa, CTs nas quais o tratamento baseava-se em doutrinação religiosa e, por vezes, desrespeito aos Direitos Humanos. Contudo, vale frisar que como em qualquer processo de formulação ou modificação de políticas públicas, a inserção das Comunidades Terapêuticas na RAPS não aconteceu sem tensionamento político e a resistência de trabalhadores e usuários da rede e seus familiares. (TÓFOLI, 2019, p. 10)

Cabe ao CAPSad prestar atendimento psicossocial a indivíduos e seus familiares com transtornos decorrentes do uso e da dependência de substâncias psicoativas, dentro da lógica da Redução de Danos, reconhecendo as especificidades de cada situação e de cada indivíduo, e acolher o que está sendo solicitado, na perspectiva de que o objetivo da assistência prestada deve ser construído com o sujeito e não sobre ele. O CAPSad tem por objetivo maior promover a reabilitação psicossocial através de ações que envolvam o trabalho, a cultura, o lazer e a educação popular, mediante a utilização de recursos intersetoriais, acionando a rede de serviços de saúde e saúde mental e os recursos existentes no território de atuação do mesmo. (VALÉRIO, 2012, p. 212)

A redução de danos deve ser compreendida enquanto uma estratégia política de saúde pública que se apresenta diante da impossibilidade de uma sociedade sem substâncias que alterem de alguma forma a consciência, apresentando-se como uma forma pragmática para lidar com aqueles sujeitos que estão em situação de risco ou sofrimento em decorrência do seu uso. (NERY FILHO ET AL, 2012, p. 220)

A Redução de Danos, enquanto política e modelo de abordagem, por adotar como pressuposto a diversidade dos indivíduos e dos grupos humanos, pode oferecer indicações de uma maneira mais íntegra de lidar com o uso de drogas e de uma forma mais complexa de entendimento do fenômeno. (MACRAE; SIMÕES, 2000, p. 376)

O tratamento com base na RD tem como pilar a liberdade de escolha do indivíduo, visando a sua responsabilidade e colaboração no gerenciamento do seu consumo de forma menos prejudicial à sua saúde e é implementado pelos chamados redutores de danos, os quais são capacitados para dialogar com o dependente em busca de um avanço na sua situação de vulnerabilidade e sofrimento. (COSTA, 2015, p. 85)

Tarcísio Andrade (2004) avalia a RD como uma estratégia bidirecional, pois trabalha as demandas da população e fornece subsídios e dados científicos para um maior conhecimento das diversas possibilidades de uso de determinada substância, naquele tempo histórico e com aquela comunidade específica. O autor apresenta os três princípios fundamentais da estratégia na sua visão sendo: o pragmatismo, a tolerância e a diversidade.

A perspectiva da RD como método para solucionar o problema das drogas está prevista expressamente no caput do Art. 20 da Lei de Drogas. O Art. 22 estabelece a exigência da definição de um projeto terapêutico individual, sendo orientado para a inclusão e a redução de riscos e danos sociais e à saúde. (BRASIL, 2006)

Andréa Valério (2012, p. 215) alerta para a necessidade de os profissionais que trabalham no campo de desenvolvimento do CAPSad tenham a compreensão das diversas formas de uso das substâncias, bem como das possibilidades de reduzir os danos, de modo que o usuário possa ter acesso a informações pragmáticas e livres de juízos de valor para decidir e mudar estilos de vida que comprometam sua saúde e a vida em sociedade. A autora argumenta que só seria possível admitir que existe liberdade de escolha, quando se sabe o que se está escolhendo, porém, na sociedade contemporânea, baseada nos valores de consumo e no individualismo e com contrastantes desigualdades sociais, por vezes, poucos usuários que buscam CAPSad conhecem as possibilidades para lidar com as drogas de que fazem uso.

Sérgio Trad (2004, p. 56) se preocupa em relação à forma como as ondas de “pânico moral” que transpassam o debate sobre drogas no Brasil podem se transformar em um entrave às estratégias da redução de danos, uma vez que muitas vezes elas são confundidas como um modelo permissivo ou até mesmo de fomento e instigação ao consumo das drogas. O autor condena essa associação, considerando-a um fruto de profunda ignorância, que acaba colocando em risco as importantes e inovadoras medidas dessa prática implementada no país, e que ainda tem um longo caminho a percorrer.

Por mais que a estratégia da RD não possua o intento de promover a abstinência absoluta do uso de drogas, Sérgio Alarcon (2012, p. 149) ressalta não ser incompatível com a abstinência, e tampouco com a internação. O autor argumenta que uma política pautada na RD não inviabilizaria, sem parecer contraditória, qualquer abordagem

racional que vise à proteção do usuário, como uma internação de curta ou média permanência.

Leiliane Carneiro e Marlize Rêgo (2012, p. 401) assinalam que apesar do modelo sustentado nos princípios da RD não visar a abstinência total da droga, ele aponta para a necessidade de o dependente refletir e cuidar de si. Para as autoras, o que realmente está em jogo é o modo como se usa a droga para não prejudicar a si mesmo e ao outro. Estando nessa proposta, embutido o respeito ao usuário, tratado como cidadão comum, com direitos e deveres, inclusive o direito de escolher continuar fazendo uso da droga, de modo responsável e com minimização dos danos.

As estratégias da RD são variadas e dependem de interpretações diferentes. Alguns pensam essa prática como apenas um modo de facilitar, evitar a contaminação de certas doenças, outros já trabalham na perspectiva de responsabilização do usuário. Esta discussão é ampla e abrange aspectos éticos. (CANEIRO; RÊGO, 2012, p. 402)

Para Rogério Gomes (2012, p. 367), a RD é um modelo de abordagem ao uso e abuso de psicoativos que possui suas especificidades e que pode contribuir de forma decisiva para o seu entendimento e para aperfeiçoar o estudo do fenômeno sobre o consumo de drogas e as suas consequências no Brasil.

Paulo Henrique Quinderé e Maria Jorge (2013, p. 175) são otimistas quanto à abordagem envolvendo a RD. O autor a enxerga como um trilho promissor, por reconhecer o usuário com suas singularidades, propondo estratégias que se adequem aos seus interesses, protegendo a sua vida e mitigando seu sofrimento. Entretanto, o autor observa que não se pode considerar esse método como único caminho a ser adotado, na medida em que, em sua essência, ele não estabelece qualquer contradição ao tratamento associado a outras estratégias. É possível traçar planos terapêuticos que compatibilizam a RD com outros tratamentos, como por exemplo os grupos de ajuda mútua, não havendo qualquer prejuízo ou empecilho a esta (ou outra) associação.

5 CONCLUSÃO

O tema que foi objeto de discussão ao longo desta monografia é bastante sensível, dado que envolve questões de difícil análise, porém relevantes às diversas áreas da sociedade, como o direito, a psiquiatria, a saúde pública, o convívio social, entre outros.

Ao final da pesquisa, restou evidente que também se trata de um tema controverso, tendo em vista a posição conflitante da doutrina em relação a prática da internação involuntária e outros parâmetros da Lei 13.840/2019, tal como não há um entendimento consolidado de qual seria a política ideal para ser adotada no combate ao problema das drogas.

Infelizmente, é difícil acreditar que diante do caótico cenário político e epidemiológico nacional atual, a discussão em torno da internação involuntária volte a ser tratada como uma pauta prioritária num futuro próximo.

Por mais que o momento atual exija que a atenção dos governantes seja desviada para outras situações emergenciais, a questão do tratamento dos dependentes químicos também deve ser apreciada com prioridade pelo Estado, uma vez que se trata de uma questão de saúde pública e muitos cidadãos brasileiros continuam sendo vitimados, tendo os seus direitos lesados em decorrência da errática política de combate às drogas gestada no país.

É bem verdade que o vício em drogas é uma doença crônica que põe em sofrimento não só os indivíduos acometidos por ela, mas também arrasa o ambiente de diversas famílias e comunidades. Por isso, faz-se necessário que atitudes sejam tomadas no sentido de ao menos, mitigar essa adversidade e a busca pelo tratamento dos dependentes químicos está aí incluído.

Uma das principais intenções da Lei 13.840/2019 desde a sua projeção foi justamente introduzir medidas que se entendiam capazes de contribuir para o processo de cura do usuário ou dependente de drogas, sendo a principal delas a adoção da internação involuntária.

Sem embargo, diante de todas as argumentações trazidas nesta produção monográfica, bem como em consideração à exposição dos diferentes autores

presentes nela, é possível afirmar que a internação involuntária caracteriza-se como uma violação substancial à autonomia privada do sujeito de direito.

Nada justifica a adoção da internação não-consentida como alternativa de tratamento para quem possui problema de adição em substâncias psicoativas. Jamais essa prática deveria surgir como uma opção válida no mundo atual.

A introdução dessa modalidade no bojo da Lei 13.840/2019 se constitui como mais um capítulo do modelo proibicionista e repressivo praticado pelo Estado Brasileiro no que diz respeito às drogas, e que até o momento não demonstrou resultados satisfatórios, ainda mais quando os que mais sofrem com essas medidas é a população desamparada e vulnerável que, em regra, é quem mais precisa da proteção do Estado. Em reiteradas ocasiões, práticas como essas agem a serviço de uma política com fortes elementos moralistas e higienistas que pouco se importa com quem realmente está sofrendo com os problemas em torno das drogas.

A internação involuntária como solução primária não é compatível com uma nação que preza pelo Estado Democrático de Direito, em que as liberdades e o respeito aos direitos fundamentais são princípios basilares. Mesmo se encontrando em situação de angústia, o dependente químico deve ter a sua capacidade de autodeterminação respeitada, podendo ter o direito de escolher se deverá submeter-se ou não ao tratamento.

Talvez, e esta não é uma opinião plenamente constituída, a internação involuntária possa ser utilizada em caráter excepcional para o tratamento de dependentes de crack em situação de extrema vulnerabilidade, uma vez que a sua autonomia e capacidade de discernimento já se encontram bastante reduzidas. Mas mesmo nessas situações, as circunstâncias devem ser analisadas minuciosamente em cada caso para se comprovar a real necessidade da medida, e se faz imperativo que sejam estabelecidos limites para que os direitos daqueles que sofrerão a intervenção sejam respeitados.

No tocante às comunidades terapêuticas, conclui-se que elas precisam passar por rigorosa fiscalização, que se investigue desde as condições do seu financiamento até o procedimento adotados internamente, especialmente aquelas de natureza religiosa, sem distinção da matriz seguida na instituição, para se observar se a autonomia dos seus pacientes está sendo violada.

Nos últimos anos, os brasileiros têm testemunhado uma desastrada onda reacionária assolar o país sob o disfarce de defesa da ordem pública, da moral, dos bons costumes e do “cidadão de bem”. Esse movimento vem sendo responsável por impor inúmeros retrocessos até então inimagináveis nas mais diversas áreas da sociedade como a cultura, saúde, ciência, economia, a política sanitária, educação, as relações diplomáticas e comerciais, entre muitos outros.

Pelos motivos expostos acima, é lamentavelmente muito difícil imaginar que a discussão em relação ao tratamento mais adequado ao dependente químico e sobre a política de drogas em geral seja abordada com o devido cuidado e responsabilidade necessários.

Seguindo essa linha, é impensável que pautas como a viabilidade da política de redução de danos como alternativa ao tratamento aos dependentes químicos, em respeito à sua autonomia, seja aceita com naturalidade pela sociedade e pela classe política. Há um longo caminho a ser percorrido, e muitas discussões sobre o tema precisarão ser aprofundadas até lá, porém, por se tratar de uma questão que concerne à saúde pública é de elevado interesse coletivo, é importante que seja conferido a esse debate o merecido prestígio o quanto antes.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Monica Neves. A proteção do direito à diferença como conteúdo do princípio da dignidade humana: a desigualdade em razão da orientação sexual. *In*: ALENCAR, R. A. R. C. D. **Direitos Fundamentais na Constituição de 1988 (org.)**. Porto Alegre: Núria Fabbis, 2008.

AGUIAR, Monica Neves; MEIRELLES, Ana Thereza. Autonomia e alteridade como fundamentos da construção do sentido de dignidade existencial diante do direito à vida. **Revista Brasileira de Direito Animal**, Salvador, p. 123-147, Jan-Abr 2018. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/25a9/3014cbec13a7e63d6958fa9f9e2112aa1409.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2020.

AGUILAR, Lucio Rodriguez; PILLON, Sandra Cristina. Percepción de tentaciones de uso de drogas en personas que reciben tratamiento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, p. 790-797, set./out. 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/VyZWJFxFVsmBhg7ZxdL7dsdm/?lang=es&format=pdf>>. Acesso em: 9 jun. 2021.

ALARCON, Sérgio. A Síndrome de Elêusis: considerações sobre as políticas públicas no campo de atenção ao usuário de álcool e outras drogas. *In*: ALARCON, S.; JORGE, M. A. S. **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

ALVARENGA, Rodrigo; SILVEIRA, Jucimeri Isolda.; TEIXEIRA, Dygiane da Silva G. Política de Drogas no Brasil no cenário de violação aos Direitos Humanos. **Argumentum**, Vitória, p. 123-136, ago./dez. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/20841/15679>>. Acesso em: 7 nov. 2020.

AMANCIO, Valdene Rodrigues.; ELIA, Luciano. Panorama histórico-político da Luta Antimanicomial no Brasil: as instabilidades do momento atual. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, p. 22-49, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69616/41690>>. Acesso em: 23 mai. 2020.

AMAR, Ayush Morad. **A verdade sobre drogas**. v.1. São Paulo: Ícone, 1988.

AMARAL NETO, Francisco dos Santos. A autonomia privada como princípio fundamental da ordem jurídica : perspectivas estrutural e funcional. **Revista de Informação Legislativa**, p. 207-230, abr./jun. 1989. Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/181930>>. Acesso em: 9 jun. 2021.

ANDRADE, Tarcísio Matos de. Redução de danos: um novo paradigma? *In*: NERY FILHO, Antonio, *et al.* **Drogas: Tempo, lugares e olhares sobre seu consumo**. Salvador: Editora da Universidade Federal da Bahia, 2004. p. 87-98. Disponível em:

<<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/16167/1/drogas,%20tempos%20e%20lugares.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2020.

ARAÚJO, Giulia de Castro Lopes, *et al.* Comunidades Terapêuticas e a (Re)comunalização da Cidade do Rio de Janeiro. **Argumentum**, Vitória, p. 125-140, mai./ago. 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/29064/21411>>. Acesso em: 14 set. 2020.

ASCENÇÃO, Antonio Junqueira de. **Direito Civil: Teoria Geral**. 3ª ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

BARBOZA, Heloísa Helena. Proteção dos vulneráveis na Constituição de 1988: uma questão de igualdade. *In*: NEVES, Thiago Ferreira Cardoso. **Direito & Justiça Social**: por uma sociedade mais justa, livre e solidária. São Paulo: Atlas, 2013.

BARTOLOMEI, Josiara Rabello.; REZENDE, Laura Ferreira. Judicialização da Saúde e Internação Compulsória de Jovens Usuários de Drogas. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, p. 92-11, Jul/Out 2017. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/142025/137264>>. Acesso em: 15 nov. 2020.

BENCHAYA, Mariana Canellas; BISCH, Nádia Krusbaya. Fatores preditores e uso de substâncias psicoativas. *In*: FERNANDES, Simone, *et al.* **Abordagem Multidisciplinar da Dependência Química**. São Paulo: Santos, 2013.

BOITEUX, Luciana.; PÁDUA, João Pedro. **A desproporcionalidade da Lei de Drogas**: os custos humanos e econômicos da atual política no Brasil. 2013. Disponível em: <<https://www.tni.org/files/publication-downloads/proporcionalidad-brasil.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2020.

BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. **Direitos de Personalidade e Autonomia Privada**. 2ª ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

BRASIL. **Lei nº 11.343**, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm#art19a>. Acesso em: 7 set. 2020.

_____. **Lei nº 13.840**, de 5 de junho de 2019. Altera as Leis nos 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, jun 2019. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13840.htm#art4>. Acesso em: 7 set. 2020.

_____. **Lei nº 10.216**, de 6 de abril 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Brasília, DF. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 10 set. 2020.

_____. **Lei nº 13.146**, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm>. Acesso em: 20 jun. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html#:~:text=Determina%20que%20as%20a%C3%A7%C3%B5es%20que,sejam%20reguladas%20por%20esta%20Portaria.>. Acesso em: 23 mai. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Recomendação nº 018, de 12 de abril de 2019**. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2019/Reco018.pdf>>. Acesso em: 9 jun. 2021.

CAMPOS, Marcelo da Silveira. **Pela metade**: as principais implicações da nova lei de drogas no sistema de justiça criminal em São Paulo. 2015. Tese (Doutorado em Sociologia) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas; Universidade de São Paulo - USP. Orientador: Marcos Cesar Alvarez. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8132/tde-31072015-151308/publico/2015_MarceloDaSilveiraCampos_VOrig.pdf>. Acesso em: 7 mai. 2021.

CAPEZ, Fernando. Drogas: Internação compulsória e Educação. **Folha de São Paulo**, 19 julho de 2011. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniaofz1907201108.htm>>. Acesso em: 29 set. 2020.

CARNEIRO, Leiliane.; RÉGO, Marlize. O crack na perspectiva da religiosidade e da redução de danos. *In*: NERY FILHO, Antonio, *et al.* **As Drogas na Contemporaneidade**: perspectivas clínicas e culturais. Salvador: Editora da Universidade Federal da Bahia, 2012. p. 385-404. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/7895/1/As_drogas_na_contemporaneidade_RI.pdf>. Acesso em: 17 mai. 2021.

CARNEIRO, Paula Jacinta Moreira Gonçalves. Vulnerabilidade da pessoa com doença mental: apela a uma ética da hospitalidade. *In*: CARVALHO, Ana Sofia.; OSSWALD, Walter. **Ensaio de Bioética**. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2008.

COELHO, Isabel.; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, p. 359-367, abr/jun 2014. Disponível em: <https://egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/internacao_compulsoria_e_crack_um_d_esservico_a_saude_publica.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2021.

COELHO, Tais Munique Guimarães Silva. **Redução de Danos no CAPSAD: impasses e perspectivas sob o ponto de vista dos familiares dos usuários.** 2018. Monografia (Graduação em Psicologia) - Curso de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia - UFU. Orientador: Ricardo Wagner Machado da Silveira. Disponível em: <<https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/23550/1/ReducaoDanosCAPSAD.pdf>>. Acesso em: 9 jun. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Parecer do Conselho Federal de Psicologia (CFP) sobre o Projeto de Lei nº 7663/2010.** Parecer, 2010. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/03/Parecer-Conselho-Federal-de-Psicologia-PL-7663-2010.pdf>>. Acesso em: 9 jun. 2021.

CORREIA JÚNIOR, Rubens; VENTURA, Carla Aparecida Arena. As internações involuntárias de drogodependentes frente a Legislação Brasileira. **Revista de Direitos Fundamentais e Democracia.** Curitiba, p. 250-280, Jan-Jun 2013. Disponível em: <<https://revistaeletronicardfd.unibrasil.com.br/index.php/rdfd/article/view/352/320>>. Acesso em: 12 nov. 2020.

COSTA, Jéssica Hind Ribeiro. **A internação compulsória no âmbito da cracolândia: Implicações bioéticas acerca da autonomia do dependente químico.** 2015. Dissertação (Mestrado em Direito) - Faculdade de Direito, Universidade Federal da Bahia - UFBA. Orientadora: Mônica Neves Aguiar da Silva. Disponível em: <<http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/17240>>. Acesso em: 20 abr. 2020.

COSTA, Raphael Prado Meira; MARCELINO, Heitor Felipe Ramineli. Pesquisa de Iniciação Científica (Graduação em Direito) - Faculdade de Direito, Centro Universitário Toledo Prudente (UniToledo). **Estudo sobre as obscuridades presentes nos critérios de distinção entre usuários e traficantes de drogas à luz da Lei 11.343/2006,** 2017. Disponível em: <<http://intertemas.toledoprudente.edu.br/index.php/ETIC/article/view/6297/5998>>. Acesso em: 20 mai. 2021.

COSTA, Tereza Cristina Ribeiro. A Política de Saúde Mental na Atualidade e o Avanço do Conservadorismo. **Argumentum,** Vitória, p. 163-178, Mai/Ago 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/index.php/argumentum/article/view/20848>>. Acesso em: 17 nov. 2020.

DANTAS, Rhael Vasconcelos. **Criminalização das drogas no Brasil: evolução legislativa, resulta-dos e políticas alternativas.** 2017. Monografia (Graduação em Direito) - Faculdade de Direito, Universidade de Brasília - UNB. Orientadora: Beatriz Vargas Ramos Gonçalves de Rezende. Disponível em: <https://bdm.unb.br/bitstream/10483/16947/1/2017_RhaelVasconcelosDantas_tcc.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2021.

DELBON, Fabiana, *et al.* **Avaliação da disponibilização de Kits de redução de danos,** 2006. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/QC3FB683KsqSXQ3NX8VTxkf/?lang=pt>>. Acesso em: 9 jun. 2021.

DIMENSTEIN, Magda. Reforma psiquiátrica: integrando experiências brasileiras e espanholas no cuidado integral e territorializado em saúde mental. **Estudos de Psicologia**. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal: UFRN, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/epsic/a/czBVct4djhVYPwZJwRgGR5F/?lang=pt>>. Acesso em: 9 jun. 2021.

DINU, Vitória Caetano. Dreyer.; MELLO, Marília Montenegro Pessoa de. Afinal, é usuário ou traficante? Um estudo de caso sobre discricionariedade e ideologia da diferenciação. **Revista Brasileira de Direito**, Passo Fundo, p. 194-212, mai./ago. 2017. Disponível em: <<https://seer.imed.edu.br/index.php/revistadedireito/article/view/1155/1217>>. Acesso em: 27 abr. 2021.

ELIAS, Norbert; SCOTSON, Jhon L. **Os estabelecidos e os outsiders**: Sociologia das relações de poder e as participações nas pequenas comunidades. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

ESPINHEIRA, Gey. Geometrias do Movimento: Prefácio. *In*: NERY FILHO, Antonio, *et al.* **Toxicomanias**: Incidências clínicas e socioantropológicas. Salvador: EDUFBA; CETAD, 2009.

FELÍCIO, Jônia Lacerda; PESSINI, Leo. Bioética da Proteção: vulnerabilidade e autonomia dos pacientes com transtornos mentais. **Revista Bioética**, p. 203-220, 2009. Disponível em: <https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/162/167>. Acesso em: 7 jun. 2021.

FERRER, Jorge José.; ÁLVAREZ, Juan Carlos. **Pra fundamentar a bioética**: Teoria e paradigmas teóricos na história da bioética. São Paulo: Loyola, 2005.

FERRI, Luigi. **La Autonomia Privada**. Albolote: Comares, 2001.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Mini Aurélio - Dicionário da Língua Portuguesa**. 6. ed. Rio de Janeiro: Positivo, 2004.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 5ª ed. São Paulo: Paz & Terra, 2008.

_____. **Vigiar e Punir**. 42ª ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2014.

FRANÇA, Genival Luiz de. **Internação Compulsória do Dependente Químico**: violação do direito de liberdade ou proteção do direito à vida? 2012. Monografia (Graduação em Direito) - Faculdade de Direito, Faculdades Integradas "Antônio Eufrásio de Toledo" - Presidente Prudente. Orientador: Márcio Ricardo da Silva Zago. Disponível em: <<http://intertemas.toledoprudente.edu.br/index.php/Direito/article/view/3066/2828>>. Acesso em: 9 jun 2021.

GESSER, Wagner Pinheiro; MENEZES, Joyceane Bezerra de. A Autonomia Privada DO Paciente Dependente de Substância no Brasil e a Discussão sobre a Internação Involuntária. **Revista do Direito - Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)**, Santa Cruz do Sul, v. 38, Jul-Dez 2012. 95-112. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/direito/article/view/854/2268#>>. Acesso em: 15 nov. 2020.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GOMES, Rogério Rodrigues. Caminhos sobre a especificidade da redução de danos frente aos modelos de abordagem ao uso de psicoativos no Brasil. In: NERY FILHO, Antonio, *et al.* **As Drogas na Contemporaneidade**: perspectivas clínicas e culturais. Salvador: Editora da Universidade Federal da Bahia, 2012. p. 367-384. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/7895/1/As_drogas_na_contemporaneidade_RI.pdf>. Acesso em: 17 mai. 2021.

HART, Carl. **Um Preço Muito Alto**: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas. 1ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

INABA, Darryl; COHEN, Willian. **Drogas**: Estimulantes, Depressores, Alucinógenos – Efeitos físicos e mentais das drogas psicoativas. Rio de Janeiro: Zahar, 1991.

KELTER, Paul Jurgen.; SILVA, Nilson Tadeu Reis Campos. Legalidade e Finalidade da Internação Compulsória dos Dependentes de Crack. **Revista Jurídica Cesumar**, Maringá, p. 541-559, Jul/Dez 2013. Disponível em: <<https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/revjuridica/article/view/3058>>. Acesso em: 16 nov. 2020.

LAVRADOR, Maria Cristina Campello. **Loucura E Vida Na Contemporaneidade**. 2006. Tese (Doutorado em Psicologia) - Curso de Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo - UFES, Vitória. Orientadora: Angela Nobre de Andrade. Disponível em: <<https://psicologia.ufes.br/pt-br/pos-graduacao/PPGP/detalhes-da-tese?id=448>>. Acesso em: 9 jun. 2021.

LEAL, Jackson da Silva; ROSA, Alex. Direitos Humanos e Política de Drogas: Uma Análise do Uso Funcional do Ideário Tradicional de Direitos para justificar a Política de Drogas de São Paulo. **Revista Transgressões**: Ciências Criminais em Debate, Natal, v.7, jun. 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/transgressoes/article/view/18006/11787>>. Acesso em: 17 nov. 2020.

LIMA, Taisa Maria Macena de; SÁ, Maria de Fátima Freire. **Autonomia Privada e Internação não-consentida**. 2009. Disponível em: <<https://pos.direito.ufmg.br/rbep/index.php/rbep/article/view/99>>. Acesso em: 9 set. 2020.

MACRAE, Eduard; SIMÕES, Julio Assis. **Rodas de fumo**: uso da maconha entre camadas médias urbanas. Salvador: Editora da Universidade Federal da Bahia, 2000. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/4702/1/Rodas%20de%20fumo.pdf>>. Acesso em: 9 jun. 2021.

MAGALHÃES, Erica Barreto. **O Corpo Rebelado**: dependência física e autonomia em pessoas com paralisia cerebral. 2012. Tese (Doutorado em Direito) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Ceará - UFCE. Orientador: Daniel Soares Lins. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/6640/1/2012_Tese_EBMagalhaes.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2021.

MARTINS, Laércio Melo. Previsão constitucional do direito social à saúde mental: novos caminhos para a Reforma Psiquiátrica brasileira. **Revista de Ciência Jurídicas**, Fortaleza, v. 26, n. 1, p. 1-13, jan/mar 2021. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/rpen/article/view/10722/pdf>>. Acesso em: 3 jun. 2021.

MASSAÚ, Guilherme Camargo; KARCK, Liege. A Autonomia como Elemento Fundamental da Dignidade Humana. **Revista Jurídica Direito & Paz**, São Paulo, v. 1, n. 42, p. 251-267, 1º Semestre 2020. Disponível em: <<http://revista.unisal.br/lo/index.php/direitoepaz/article/view/1200/520>>. Acesso em: 7 nov. 2020.

MBEMBE, Achilles. **Necropolítica**. Tradução de Renata Santini. São Paulo: n-1 Edições, 2018.

MEDEIROS, Regina. **Redes sociais**: reflexões sobre as redes informais dos usuários de álcool e de crack. Belo Horizonte : Sigma, 2008.

MELLO, Marcos Bernardes de. **Teoria do fato jurídico**: plano da eficácia. 8ª ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

MOREIRA, João Victor Moreaes, *et al.* **As políticas públicas sobre internação e tratamento de usuários de álcool e outras drogas no Brasil**. 2020. Monografia (Graduação em Direito) - Faculdade de Direito, Centro Universitário de Anápolis. Disponível em: <<http://repositorio.aee.edu.br/jspui/handle/aee/10494>>. Acesso em: 13 mai. 2021.

MOREIRA, Leonardo Gomes. Conceitos gerais de dependência, uso abusivo, intoxicação e abstinência. *In*: COSTA, Ilene Ivídeo da (org). **Dimensões e Desafios do Enfrentamento do Crack**. Brasília: Universidade de Brasília – UNB, 2012.

MOTA, Leonardo. **Dependência Química e representações sociais**: Pecado, crime ou doença. 1ª ed. Curitiba: Juruá, 2009.

NERY FILHO, Antonio. Droga não é a lepra do Século XXI. **Conversando com Nery**. 19 jun. 2013. Disponível em: <<https://conversandocomnery.wordpress.com/>>. Acesso em: 7 nov. 2020.

NERY FILHO, Antonio, *et al.* Usos e usuários de substância psicoativas: considerações bioéticas. *In:* BRASIL. Sistema Nacional de Política Sobre Drogas. **Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas:** capacitação para o conselheiros e lideranças comunitárias. Brasília: SENAD, 2014.

NERY FILHO, Antonio.; MESSEDER, Marcos Luciano Exclusão ou Desvio? Sofrimento ou Prazer? *In:*

NERY FILHO, Antonio, *et al.* **Drogas:** Tempos, lugares e olhares sobre seu consumo. Salvador: Editora da Universidade Federal da Bahia, 2004. p. 59-70. Disponível em:

<<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/16167/1/drogas,%20tempos%20e%20lugares.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2020.

PASSOS, Rachel Gouveia. Luta Antimanicomial no cenário contemporâneo: desafios atuais frente a reação conservadora. **Revista Saúde em Debate**, Pelotas, p. 55-75, jul/dez 2017. Disponível em:

<<https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/1678/1043>>. Acesso em: 7 jun. 2021.

PAUL, Ana Carolina Lobo Gluck. **Limites à Autonomia Privada**. 2008. Mestrado em Direito - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC, São Paulo.

Orientadora: Maria Helena Diniz. Disponível em:

<<https://tede2.pucsp.br/handle/handle/8078>>. Acesso em: 13 nov. 2020.

PERRONE, Pablo Andres Kurlander. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? **SciELO**. 2013. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/gJzS9QGqKpdgVLBJrLKBHzg/?lang=pt>>. Acesso em: 27 abr. 2021.

PONTES DE MIRANDA, Francisco Cavalcanti. **Tratado de direito privado**. 3ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1984.

PRATA, Ana. **A Tutela Constitucional da Autonomia Privada**. São Paulo: Coimbra: Almedina, 1982.

PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antonio dos. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, p. 203-211, abr/jun 2009. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/ptp/a/fvMV4H47vTXFg9GxxXS4dtb/?lang=pt>>. Acesso em: 14 abr. 2020.

PUPULIM, Jussara Simone Lenzi. **Satisfação do paciente hospitalizado com sua privacidade física:** construção e validação de um instrumento de medida. 2009.

Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo - USP, Ribeirão Preto. Orientador: Namie Okino Sawada. Disponível em:

<<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-01042009-112211/publico/JussaraSimoneLenziPupulim.pdf>>. Acesso em: 9 jun. 2021.

QUINDERÉ, Paulo Henrique Dia; JORGE, Maria Salete Bessa. **Experiência do uso e sua interlocução com a clínica**: disposições para o cuidado integral com o usuário. 1ª ed. Fortaleza: EdUECE, 2013.

RAMPAZZO, Lino.; NAHUR, Március Tadeu. Maciel. Bioética de Proteção e Biodireito Nacional: Questões Éticas e Políticas sobre as Drogas. **Revista Direito & Paz**. São Paulo, p. 328-347, 1º Semestre 2020. Disponível em: <<https://www.revista.unisal.br/lo/index.php/direitoepaz/article/view/1221/524>>. Acesso em: 16 nov. 2020.

RECKZIEGEL, Jananína.; FABRO, Roniedson. E. Autonomia da Vontade e Autonomia Privada no Sistema Jurídico Brasileiro. **Revista de Direito Brasileira**, p. 161-177, mai/ago 2014. Disponível em: <<https://www.indexlaw.org/index.php/rdb/article/view/2888/2690>>. Acesso em: 8 nov. 2020.

REIS, Taniana Rangel. Empoderamento e Grupos de ajuda mútua. *In*: ALARCON, Sérgio; JORGE, Marco Aurélio Soares. **Álcool e outras drogas**: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

REQUIÃO, Maurício. **Estatuto da Pessoa com Deficiência, Incapacidades e Interdição**. 2ª ed. Tirant lo Blanch: Salvador, 2018.

_____. **Autonomia, Incapacidade e Transtorno Mental**: Propostas pela Promoção da Dignidade. 2015. Tese (Doutorado em Direito) - Faculdade de Direito, Universidade Federal da Bahia - UFBA, Salvador, Orientadora: Profa. Roxana Cardoso Brasileiro Borges. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/17254/1/Tese%20Maur%C3%ADcio%20Requi%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2020.

RIBEIRO, Marcelo. Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2004.

RIBEIRO, Weslley Carlos; JÚLIO, Renata Siqueira. Autonomia privada e a ética médica: novos fundamentos. **Revista Faz Ciência**, p. 33-56, jan/jun 2009. Disponível em: <<http://e-revista.unioeste.br/index.php/fazciencia/article/view/7606/5598>>. Acesso em: 11 set. 2020.

RÖLKE, Jordana Costa. **A falta de critérios objetivos na Lei de Drogas para a distinção entre usuários e traficantes**. 2018. Monografia (Graduação em Direito) - Curso de Graduação em Direito, Faculdade de Direito de Vitória. Orientador: Raphael Boldt de Carvalho. Disponível em: <<http://repositorio.fdv.br:8080/bitstream/fdv/537/1/JORDANA%20COSTA%20R%C3%96LKE.pdf>>. Acesso em: 14 mai. 2021.

SANTANA, Rafael da Silva. **Estigma da Doença Mental e Capacidade Civil**: perspectivas de dissociação. 2019. Dissertação (Mestrado em Direito) - Faculdade de Direito, Universidade Federal da Bahia - UFBA. Orientador: Maurício Requião de

Sant'ana. 2019. Disponível em: <<http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/30208>>. Acesso em: 7 abr. 2021.

SANTANA, Selma Pereira.; HERNANDES, Camila Ribeiro. Aplicabilidade da Justiça Restaurativa a Usuários e Dependentes Químicos. **Revista do Programa em Pós-Graduação em Direito da UFBA**, Salvador, p. 52-82, Julho 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufba.br/index.php/rppgd/article/view/23346/14774>>. Acesso em: 16 nov. 2020.

SARMENTO, Daniel. Os princípios constitucionais da liberdade e da autonomia privada. **ESPMU**, p. 167-217, jan/mar 2005. Disponível em: <<https://escola.mpu.mp.br/publicacoes/boletim-cientifico/edicoes-do-boletim/boletim-cientifico-n-14-janeiro-marco-de-2005/os-principios-constitucionais-da-liberdade-e-da-autonomia-privada>>. Acesso em: 10 set. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Relatório Mundial da Saúde - Saúde mental: nova concepção, novas esperanças**. OMS. 2001. Disponível: <>. Acesso em: 10 set. 2020.

SCHEFFER, Graziela; QUIXABA, Auriane. Trabalho, Estigma e uso de drogas: encruzilhadas da inserção ao mercado atual. **Serviço Social & Realidade**, Franca, p. 79-108, 2015. Disponível em: <<https://ojs.franca.unesp.br/index.php/SSR/article/view/2498/2204>>. Acesso em: 15 mai. 2020.

SILVA, Isabella de Paula. *et al.* Internação Compulsória para Dependentes Químicos. **Anais VI Seminário e II Congresso Direito E Medicina**, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.17115/2358-8411/v3n5a5>>. Acesso em: 23 mai. 2021.

SIQUEIRA, José Eduardo de, *et al.* Linhas temáticas da Bioética no Brasil. *In*: ANJOS, Marcio Fabri dos. SIQUEIRA, José Eduardo de. **Bioética no Brasil: tendências e perspectivas**. São Paulo: Ideias e Letras, 2007.

TARACHUQUE, Jorge; SOUZA, Waldir. Bioética e vulnerabilidade da população em situação de rua: um estudo a partir da realidade da cidade de Curitiba. **Revista Teocomunicação**, Porto Alegre, p. 145-169, jan/jun 2013. Disponível em: <<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/teo/article/view/14190/9428>>. Acesso em: 7 jun. 2021.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. **Saúde, Corpo e Autonomia Privada**. 1ª ed. São Paulo: Renovar, 2010.

TEPEDINO, Gustavo. **Normas Constitucionais e Direito Civil**. Rio de Janeiro: Renovar, 2004.

TÓFOLI, Luis Fernando. Política de drogas e Saúde Coletiva: diálogos necessários. **Cadernos de Saúde Pública**. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/JJ5FM4Lk4RctsyTwbhFpfdk/?lang=pt>>. Acesso em: 23 mai. 2021.

TÓFOLI, Luis Fernando; LARANJEIRA, Ronaldo. Ronaldo Laranjeira e Luis Fernando Tófoli divergem sobre a alteração na Lei das Drogas aprovada pelo Congresso. **Revista Época**, 2019. Disponível em: <<https://epoca.globo.com/laranjeira-tofoli-divergem-sobre-alteracao-na-lei-das-drogas-aprovada-pelo-congresso-23669767>>. Acesso em: 22 mai. 2021.

TRAD, Sérgio. Mídia e drogas: confrontando texto e contexto da publicidade comercial e de prevenção. *In*: NERY FILHO, Antonio, *et al.* **Drogas: Tempos, lugares e olhares sobre seu consumo**. Salvador: Editora da Universidade Federal da Bahia, 2004. p. 49-59. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/16167/1/drogas,%20tempos%20e%20lugares.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2020.

VALÉRIO, Andrea Leite Ribeiro. Redução de riscos e danos na saúde mental: a experiência do Caps AD. *In*: NERY FILHO, Antonio, *et al.* **As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais**. Salvador: Editora da Universidade Federal da Bahia, 2012. p. 209-222. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/7895/1/As_drogas_na_contemporaneidade_RI.pdf>. Acesso em: 17 mai. 2021.