



SEQUESTRO DE CIDADANIA: notas acerca da internação compulsória na atualidade

[Artigo]

Andreyna Ferreira Maia

Carlos Dallas de Oliveira Souza

Esther Emanuelle Alves Feitosa

Sobre os autores:

Andreyna Ferreira Maia é estudante do 8º período de graduação em Serviço Social na Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) e bolsista de iniciação científica CNPQ.

Carlos Dallas de Oliveira Souza é estudante do 8º período de graduação em Serviço Social na Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN).

Esther Emanuelle Alves Feitosa é estudante do 8º período de graduação em Serviço Social na Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), bolsista de iniciação científica CNPQ e estagiária na proteção social de alta complexidade do município de Mossoró-RN.

SEQUESTRO DE CIDADANIA: notas acerca da internação compulsória na atualidade

CITIZENSHIP KIDNAPPING: notes about current compulsory hospitalization

Andreyana Ferreira Maia
Carlos Dallas de Oliveira Souza
Esther Emanuelle Alves Feitosa

RESUMO

Previstas em lei, as internações compulsórias são intervenções determinadas pela justiça e destinadas majoritariamente às pessoas em situação de dependência química. Nesse sentido, o presente artigo possui como objetivo apresentar a discussão acerca da internação compulsória associada ao desmonte da política de saúde mental no Brasil, bem como às demandas apresentadas ao movimento de reforma psiquiátrica mediante pesquisa bibliográfica e documental. Com efeito, apreende-se que a utilização da internação compulsória como intervenção e tratamento às pessoas em situação de drogadição apresenta novos desafios na atualidade, além disso, por desconsiderar a autonomia do sujeito, a internação compulsória exprime uma contradição diante dos valores defendidos pela reforma psiquiátrica e pela luta antimanicomial.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; Saúde Mental; Política de Saúde Mental Brasileira.

ABSTRACT

Provided by law, compulsory hospitalizations are interventions determined by justice and intended mostly for people in situations of chemical dependency. In this sense, this article aims to present the discussion about compulsory hospitalization associated with the Brazilian psychiatric counter-reform, as well as the demands presented to the psychiatric reform movement through bibliographic and documentary research. In effect, it is understood that the use of compulsory hospitalization as an intervention and treatment for people in a situation of drug users presents new challenges today, in addition, by disregarding the autonomy of the subject, compulsory hospitalization expresses a contradiction in the face of the values defended by the reform psychiatric care and the anti-asylum struggle.

Keywords: Psychiatric Reform; Mental Health; Brazilian Health Policy.

DATA DE SUBMISSÃO: 16/11/2023
DATA DE APROVAÇÃO: 18/12/2023

1. INTRODUÇÃO

Historicamente, as internações em saúde mental foram utilizadas como instrumentos de exclusão e sequestro da cidadania daqueles considerados como *loucos*. Com isso, os métodos terapêuticos dos manicômios não tinham como objetivo a recuperação da saúde mental e reinserção do indivíduo na sociedade, mas sim, o esquecimento de sua autonomia e estímulo da submissão. Essa conjuntura foi mantida até o fim da década de 1970, quando se deu início ao processo de reforma psiquiátrica no Brasil.

A reforma psiquiátrica ganhou notoriedade enquanto política pública com a Lei 10.216/2001, ao estabelecer a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial. A lei prevê internações voluntárias e involuntárias, que são aplicáveis quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes e devem visar a reinserção do paciente em seu meio social. Nesse aspecto, a luta antimanicomial, pauta presente na reforma sanitária e psiquiátrica, busca o cuidado com o paciente de saúde mental com serviços substitutivos de hospitais psiquiátricos, ao promover a defesa dos direitos humanos, o respeito pela cidadania e a manutenção do convívio comunitário e familiar. Ademais, a atual contrarreforma circunscreve-se como uma situação problemática que apresenta ameaças aos avanços conquistados na política de saúde mental. Isso porque, em 2016 originou-se no Brasil um processo de recuo de investimento e retrocesso na política por meio de instrumentos legais, como a Portaria 3.588/2017 que tinha como objetivo reverter a orientação do modelo biopsicossocial, dentre outras mudanças que culminaram na *Nova Política de Saúde Mental*. Portanto, os desmontes se intensificam no governo Bolsonaro, em que a nova configuração é adepta a um tratamento moralizante e segregador, sendo destinado privilegiadamente aos usuários de drogas ilícitas.

Sendo assim, os retrocessos evidentes na referida política e o avanço da contrarreforma na saúde mental são temas que não podem ser menosprezados, desse modo, suscita-se o interesse de incentivar o debate sobre o tema de maneira crítica. Para tanto, este artigo tem como propósito apresentar a discussão acerca da internação compulsória, da contrarreforma psiquiátrica brasileira e de seus influxos na política de saúde mental mediante pesquisa bibliográfica e documental.

2. REFORMA PSIQUIÁTRICA E LUTA ANTIMANICOMIAL

A Reforma Psiquiátrica brasileira tem sua gênese concomitante à eclosão do Movimento Sanitário, expressão utilizada para se referir às ideias de reformulação do modelo de atenção de saúde em favor do coletivo, equidade na oferta de serviços e protagonismo dos usuários e trabalhadores.

Ainda que se inscreva nas reivindicações do Movimento Sanitário, a Reforma Psiquiátrica tem sua própria trajetória, fundada na crise do modelo asilar e hospitalocêntrico, bem como nos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos (Brasil, 2005).

Em 1978 identifica-se no cenário nacional o surgimento do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), composto por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, sindicalistas, sujeitos que vivenciaram períodos de internação psiquiátrica e seus familiares. Esse movimento social denunciava a violência em instituições manicomiais e a mercantilização da loucura empreendida pela rede privada de assistência. Nesse período ocorrem congressos e conferências para discutir propostas e ações para a reorientação de atendimento, culminando no surgimento de serviços substitutivos à internação do Brasil, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), no estado de São Paulo. As experiências obtidas na execução desses serviços demonstraram, pela primeira vez, que a reforma psiquiátrica seria possível e viável (Brasil, 2005).

Nesse sentido, a reforma psiquiátrica ganhou notoriedade enquanto política pública com o projeto de lei nº3.657/1989, de autoria do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que dispõe sobre a extinção progressiva de manicômios e a sua substituição por outros recursos. Com a promulgação da Constituição Federal em 1988, é criado o Sistema Único de Saúde (SUS) e, posteriormente, é publicada a Lei Orgânica da Saúde (LOS) que reconhece a saúde na perspectiva biopsicossocial, podendo ser influenciada por múltiplos determinantes e condicionantes, como “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.” (Brasil, 1990).

Gradualmente, os documentos do Ministério da Saúde passam a abordar a desinstitucionalização e atenção biopsicossocial, ainda que não tenha se manifestado explicitamente na defesa pela extinção de leitos em hospitais psiquiátricos. A efervescência do movimento reformista é fruto de lutas sociais, mas também de uma conjuntura política favorável a uma política de saúde mental relativamente progressista (Nunes et al., 2019).

Sob essa esfera, a PL que dispõe acerca da saúde mental tornou-se a Lei 10.216/2001, estabelecendo a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionando o modelo assistencial. Sob a égide do novo regimento, instaura-se uma real mudança no cenário assistencial em saúde mental, expressa na construção de rede de serviços extra-hospitalares organizados para ampliar as práticas e projetos de cuidado. Em estudo empreendido por Nunes et al. (2019), foi possível vislumbrar a mudança na curva de recursos destinados

a serviços terapêuticos substitutivas em detrimento voltado aos setores hospitalares: em 1997 os gastos extra-hospitalares eram de 6,86% e hospitalares 93,14%; em contrapartida, no ano de 2013 os gastos extra-hospitalares foram de 79,39% e hospitalares 20,61%.

Não obstante, a legislação vigente ainda considera os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça. (Brasil, 2001)

As internações voluntárias e involuntárias devem, dessa forma, ser autorizadas somente por médico registrado no Conselho Regional de Medicina (CRM), enquanto a internação compulsória é prevista como uma necessidade de intervenção, sendo determinada pelo juiz competente. Por ser involuntária e determinada pela justiça, compreendemos que a legitimação de internações compulsórias representa uma contradição diante da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica, o que vai de encontro aos valores defendidos por estes movimentos, os quais buscam defesa dos direitos humanos, o respeito pela cidadania e a manutenção do convívio comunitário e familiar.

Sob essa perspectiva, Azevedo e Souza (2017) argumentam que a lei regulamentadora da Reforma Psiquiátrica condiciona a internação compulsória aos novos princípios e diretrizes, à medida que altera a sua posição; se antes essa medida era central e prioritária, agora está inserida em um local de retaguarda, podendo ser utilizada em momento oportuno. Por conseguinte, no contexto atual de “guerra as drogas” a internação compulsória tem sido utilizada para justificar a internação de usuários de drogas, contrariando os aspectos alternativos à internação presentes na lei e sua origem progressista.

Ainda conforme Azevedo e Souza (2017), essa conjuntura resulta em uma complexa contradição, ao passo que destaca-se o artigo de uma lei reformista e o utiliza como justificativa para a reprodução de um mecanismo utilizados nos moldes do higienismo e exclusão, plenamente contrário à reabilitação, como estabelece a reforma psiquiátrica.

A controvérsia relativa ao papel da internação também perpassa os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que deve integrar a rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos. Cabe ao CAPS prestar atendimento clínico de atenção

diária, regulando a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na rede básica, logo, articulando de maneira estratégica a política de saúde mental no território (Brasil, 2005). Existem diferentes tipos de CAPS, a depender do porte, capacidade de atendimento e público-alvo, assim, os serviços se diferenciam como: I, II, III, i e ad. O CAPS III é o serviço de maior porte e complexidade, em razão do funcionamento 24 horas todos os dias da semana e dispor de leitos para promover curtas internações quando necessário. Embora a internação de curta duração seja uma prática terapêutica, “as experiências de espaço protegido, internação e intervenção da equipe, não aparecem afastadas das características territoriais e da implicação do usuário, bem como de uma lógica atrelada a projetos de cuidado individualizados.” (Azevedo; Souza, 2017, p. 503). Dessa maneira, a reforma psiquiátrica conseguiu gradualmente alterar a função das internações nos casos de pacientes com transtorno mental, no entanto, o fenômeno das drogas retomou essa medida enquanto elemento fulcral na naturalização do vínculo entre o jurídico e psiquiátrico.

As internações compulsórias em massa praticadas nos últimos anos, para conter cracolândias, principalmente no estado de São Paulo, fornecem respostas imediatas à demanda social de retirar esses sujeitos de circulação, além disso, demonstram a sua insuficiência em sanar uma questão que é estrutural e tem profundas raízes. Sendo assim, as referidas circunstâncias apresentam novos desafios ao movimento reformista, sendo necessário questionar a estratégia de retrocesso e desvalorização da assistência biopsicossocial utilizada. Paralelamente, a política de saúde mental já sofria tensionamentos devido às exigências com ênfase no modelo biomédico e demais interesses contrários ao fortalecimento de ideais democrático e antimanicomiais.

No governo Temer, originou-se o recuo de investimento e retrocesso na política por meio de instrumentos legais, como a Portaria 3.588/2017 que tinha como objetivo reverter a orientação do modelo biopsicossocial, dentre outras mudanças que culminaram na *Nova Política de Saúde Mental*. Posto isso, os desmontes se intensificam no governo Bolsonaro, em que a nova configuração é adepta a um tratamento moralizante e segregador, sendo destinado privilegiadamente aos usuários de drogas ilícitas. Em contraposição à proposta de redução de danos como alternativa de saúde pública para os modelos morais e criminais que abordam o consumo de drogas, a Lei nº 13.840 de 2019 altera a matriz da política acerca das drogas, uma vez que promove a abstinência total como tratamento e a internação enquanto método e, desse modo, tende a fortalecer comunidades religiosas neopentecostais como beneficiárias de financiamento público das comunidades terapêuticas.

3. CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

As iniciativas políticas tomadas após o golpe parlamentar contra a ex-presidenta Dilma Rousseff em maio de 2016 favoreceram a expansão das comunidades terapêuticas em detrimento de estratégias mais inclusivas. Em 2017, o Brasil adotou a chamada *Nova Política Nacional de Saúde Mental* constituída por ações que retrocediam os princípios da reforma psiquiátrica, como direitos individuais do sujeito e os avanços conquistados pela luta antimanicomiais e pelo SUS, na perspectiva de democratização do acesso à saúde.

É importante ressaltar que as políticas de saúde e de saúde mental foram formuladas durante o processo de redemocratização. No entanto, a regulamentação e a implementação ocorrem na década de 1990, num contexto de debate sobre a necessidade da reforma do Estado brasileiro. Em resposta à crise mundial, há o avanço do neoliberalismo e as políticas sociais tendem à privatização, seletividade, focalização e descentralização. (Da Silva; Da Silva, 2020, p. 100)

A ofensiva do neoliberalismo ortodoxo, manifestada no governo Temer, gerou inúmeros ataques à Política Nacional de Saúde Mental, ao passo que visava atender a interesses puramente capitalistas, com cortes orçamentários e ajuste fiscal, conciliando a redução dos gastos com a manutenção do modelo manicomial. Nesse período, houve alterações em pelo menos quinze documentos normativos, entre editais, portarias, resoluções e decretos, que posteriormente vieram a se transformar na nota técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, esta que, por sua vez, instituiu o hospital psiquiátrico enquanto parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020). Duas alterações que merecem destaque foram voltadas para o financiamento de comunidades terapêuticas e incentivo à internação psiquiátrica involuntária, bem como a separação das políticas de álcool e drogas, passando a ser chamada apenas de *política nacional sobre drogas*.

A hegemonia de interesses no governo Temer concretiza as contrarreformas da política de saúde mental, haja vista a abordagem adotada pelo Governo Federal, de caráter punitivista e excludente, fator comum nas gestões em que o interesse econômico se sobressai do social.

Há uma ofensiva neoliberal em curso, pela oferta da cobertura universal de saúde, que caminha ao lado de uma ofensiva neoconservadora, por meio de um ideário moralizante e criminalizador, que visa a retroceder à perspectiva manicomial e filantrópica, no campo da saúde mental, álcool e outras drogas. (Farias, 2019, p.48)

Efetivamente, a contrarreforma na saúde mental no governo de Michel Temer ganhou força a partir da Resolução nº 32 de 14 de dezembro de 2017, instituída pelo Dr. Quirino Cordeiro Júnior. Essa nota, publicada em 22 de dezembro desse mesmo ano no Diário Oficial da União, prioriza como estratégia de cuidado o modelo hospitalocêntrico, por meio do apoio à manutenção dos leitos em hospitais psiquiátricos, quando, em verdade, deveria alimentar a sua redução e substituição por outros serviços da rede.

O texto da Resolução nº 32/2017 apresentado garante: a manutenção dos leitos em hospitais psiquiátricos, ao passo que veta fechamentos e expande valores pagos para a internação nessas instituições de R\$ 49 para R\$ 80; estimula a criação de novas vagas em hospitais gerais; e propõe a ampliação das comunidades terapêuticas ligadas ao setor privado, de caráter religioso, para atender dependentes químicos por meio de um investimento bastante significativo, no valor que poderia chegar a R\$ 240 milhões por ano, contra quase R\$ 32 milhões destinados por ano aos demais dispositivos que compõem a rede de atenção. (Da Silva; Da Silva, 2020, p.108)

Além disso, ocorreu também, nesse mesmo período, em 21 de dezembro de 2017, a publicação da Portaria nº 3.588, que fere tanto os princípios da Reforma Psiquiátrica quanto contribui para a desarticulação da RAPS.

A Portaria nº 3.588/2017, por sua vez, propõe um aumento do valor da diária de internação para aos hospitais psiquiátricos e amplia de 15% para 20% o número de leitos psiquiátricos nessas instituições. Também determina uma taxa de ocupação de 80% dos leitos de saúde mental nos hospitais gerais como condição para que recebam a verba de custeio do serviço, dentre outras medidas que representam juntas, segundo o representante do Conselho Nacional de Saúde, Ronald Ferreira, um sério retrocesso, ao passo que incentivam a cultura da hospitalização que possui uma clara lógica de segregação (Da Silva; Da Silva, 2020, p. 108).

Com base nisso, vemos que essas duas medidas compactuam para o enfraquecimento da rede, pois têm como foco a ampliação dos leitos nos hospitais psiquiátricos, quando estes deveriam ser utilizados apenas em último caso, além do fato de as vagas não poderem mais ser direcionadas para outros serviços substitutivos.

Sob esse prisma, os retrocessos na Política Nacional de Saúde Mental também foram responsáveis por fortalecer as denominadas *comunidades terapêuticas*, que configuram-se como exemplo de entidades não governamentais no cenário brasileiro e que prometem um atendimento mais especializado aos usuários de psicotrópicos. Contudo, o relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, realizado pelo Conselho Federal de Psicologia, revela outra realidade.

O referido relatório foi resultado de visitas técnicas realizadas em 28 instituições, no ano de 2017. O levantamento aponta dessa maneira, que o público-alvo das Comunidades Terapêuticas (CTs) são os dependentes químicos e que, naquele ano, já havia cerca de duas mil comunidades existentes. Um dos trechos do relatório exprime a seguinte realidade:

Em 16 dos locais inspecionados – mais da metade, portanto – foram identificadas situações de sanções e punições, com práticas que variam entre a obrigatoriedade da execução de tarefas repetitivas, o aumento da laborterapia, a perda de refeições e o uso de violência física. Nos casos mais graves, são perceptíveis relatos que denotam casos de arbítrio por parte da equipe da CT, ao fazer uso de sanções para impor poder sobre as pessoas privadas de liberdade. Assim, há fortes indícios de desrespeitos aos direitos individuais e de práticas que podem ser entendidas como tortura. (CFP, 2017, p.114)

Além da privação da liberdade, o sujeito acaba sofrendo diversos tipos de violação de direitos como forma de tratamento. Paralelamente, as CTs apresentavam regras, mas nem sempre explícitas, dado que existiam várias formas de punição pela violação das mesmas. A exemplo das consequências geradas com os desvios das diretrizes das CTs destaca-se: o confinamento, a punição via restrições (inclusive alimentares), punição por meio do trabalho, administração de medicamentos para que o paciente dormisse por longos períodos e até mesmo as agressões físicas. Diante desse cenário, imputou-se a necessidade de questionar os impactos na vida desses sujeitos e o quão primitivas, conservadoras e punitivas são essas comunidades.

Ainda assim, as CTs ganham maior financiamento e notoriedade, reafirmando o cunho neoliberal que as redes de atenção à saúde mental têm assumido. Nessa perspectiva, o que tem acontecido com frequência é a falta de investimentos e a precarização dos serviços e das políticas públicas em detrimento de investimentos em comunidades terapêuticas que, beneficiam pessoas específicas que custeiam essas instituições. Ademais, grande parte das CTs são instituições de caráter religioso, que se apoiam em discursos moralizantes e retomam práticas assistenciais, estas que, por sua vez, impactam na autonomia dos sujeitos, pois levam a sua homogeneização.

A mercantilização da saúde e desmonte dos equipamentos tem o Estado como alicerce fundamental para a sua concretização e materialização graças a todo seu alcance e força ideológica no meio social. Nesse sentido, o Estado brasileiro adota na contemporaneidade um caráter neoliberal conservador privatizante, o que dará amparo as revogações feitas na nota técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, instituída no governo Bolsonaro, como uma das primeiras medidas de

sucateamento da Política Nacional de Saúde Mental. Essa medida não só fortaleceu a lógica dos hospitais psiquiátricos, como também deu ênfase ao modelo asilar, inclusive para crianças e adolescentes.

A nota técnica 11 marca, então, a mudança de discurso, na qual o governo recém-empossado assume, de fato, que se trata de outro modelo, no qual “o Ministério da Saúde não considera mais serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza” (Nota Técnica 11). O texto questiona frontalmente a efetividade do modelo em vigor até 2017 e a direção de uma política pautada no cuidado comunitário, afirma a necessidade de aumento do número de leitos psiquiátricos e repudia a ideia de fechar hospitais. Também afirma ser democrática ao se apoiar em discussões realizadas com mais de 70 entidades “conhecedoras da realidade da saúde mental no país” – o que é facilmente contestável, pois não cita quais seriam estas entidades e nem com qual critério foram escolhidas para participar da construção das mudanças, sendo que as instâncias oficiais do controle social, como o CNS e o CNDH, além dos conselhos profissionais (de psicologia, enfermagem, serviço social etc.), entidades como a Abrasco e a Abrasme e pesquisadores do campo foram completamente alijados de participar das discussões e tiveram seus posicionamentos (amplamente divulgados e/ou registrados em meios oficiais) ignorados. (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020, p. 10-11)

Outro ponto que merece destaque na gestão de Bolsonaro é a criação de uma nova modalidade de CAPS AD, sendo do tipo IV, já iniciado no governo Temer. A proposta dos CAPS AD do tipo IV é que estes funcionem 24 horas, sob a ótica de ampliar o atendimento, mas que, na verdade resulta em internações compulsórias.

O CAPSad IV desvirtua a lógica de cuidado dos demais CAPSs ao se apresentar como um serviço capaz de prestar “assistência a urgências e emergências”, em detrimento da atenção à crise pautada no vínculo terapêutico, como até então. Apresenta a característica estrutural de um pequeno hospital psiquiátrico, uma vez que tem “enfermarias” (e não “acolhimento noturno”, como nos CAPSs III) de até 30 leitos! Uma estrutura com estas características não condiz com o referencial de cuidado pautado nos vínculos, na humanização, no cuidado de base territorial e na construção de projetos terapêuticos singularizados. A indicação de construção dessas unidades “junto a casas de uso” afronta o princípio do território, apontando que o sujeito seria cuidado (ou receberia uma intervenção) no local onde faz uso das substâncias, ignorando o local de moradia, trabalho, lazer, vínculos familiares etc., como se o território, e, portanto, a própria existência do usuário de álcool e outras drogas, só se desse no local de uso. Ainda, como se estas pessoas não fossem mais nada na vida além de usuários de drogas. Esta indicação ainda pode apontar para um projeto de intervenção por meio do recolhimento compulsório destas pessoas, capaz de servir como grande porta de entrada para internações compulsórias em comunidades terapêuticas. (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020, p. 7)

Outrossim, o governo Bolsonaro também financiou as CTs, apoiando o uso da abstinência como forma de tratamento e pondo a política de redução de danos em última instância. Essas e outras medidas integraram o conjunto das mudanças na Política de Álcool e Outras Drogas, que passou a ser administrada pelo Ministério da Cidadania, órgão que, claramente, não apresenta embasamento necessário para dar suporte a mesma. Dito isso, o Governo Federal, nas mudanças emitidas através de resoluções e portarias, feriu a vários princípios da Reforma Sanitária, especialmente a estratégia de desinstitucionalização.

Portanto, esses retrocessos podem se manifestar na alocação desigual de recursos, priorizando instituições residenciais em detrimento de serviços de saúde mental comunitários, o que pode resultar em uma ênfase excessiva em modelos segregadores. Adicionalmente, questões relacionadas aos direitos individuais e à ausência de regulamentação apropriada podem surgir, suscitando preocupações sobre a privacidade e a autonomia dos residentes em comunidades terapêuticas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial foram movimentos substanciais para a mudança sistêmica na concepção do tratamento para pessoas com distúrbios mentais, compreendendo a particularidade biopsicossocial do sujeito. Ainda assim, a Lei 10.213/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial, prevê tipos de internação, dentre elas a compulsória. Dessa forma, a internação compulsória é prevista como uma necessidade de intervenção, sendo determinada pelo juiz competente, logo, é involuntária e determinada pela justiça. À vista disso, entende-se que representa uma contradição diante da luta antimanicomial e reforma psiquiátrica, que por sua vez, buscam o cuidado com o paciente de saúde mental com serviços substitutivos de hospitais psiquiátricos, promovendo a defesa dos direitos humanos, respeito pela cidadania e manutenção do convívio comunitário e familiar.

Em meio a atual contrarreforma, a *Nova Política de Saúde Mental* define um tratamento com tendências moralizantes e segregadoras, em que promove a abstinência total como tratamento e a internação enquanto método. Nesse cenário, as comunidades terapêuticas surgem como instituições não governamentais que, em tese, deveriam fornecer um atendimento especializado às pessoas em situação de dependência química, no entanto, as comunidades adotam diversos tipos de violação de direitos como forma de tratamento, a exemplo do isolamento total, restrições alimentares, punições por meio do trabalho e a evidente privação de liberdade.

Em congruência com o explorado ao decorrer do estudo, averigua-se que a internação compulsória é uma prática estigmatizante e que possui como objetivo central o encarceramento, comprometendo a materialização dos valores previstos na Reforma Psiquiátrica, retrocedendo nas conquistas de abordagens alternativas e interdisciplinares. Em tempos de ameaça e regressão de direitos, cabe aos profissionais de saúde mental e a toda a sociedade manter o compromisso intransigente com os direitos humanos e defesa da autonomia e liberdade, especialmente ao que se refere setores vulneráveis da sociedade, onde se inserem pessoas usuárias de substâncias psicoativas, desse modo, é imprescindível compreender o uso de drogas como um fenômeno complexo e histórico, carregado de raízes sociais e culturais, que vão além da aparência e imediatismo.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, A. O.; SOUZA, T. DE P.. **Internação compulsória de pessoas em uso de drogas e a Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 27, n. 3, p. 491–510, jul. 2017.

BRASIL. **Reforma Psiquiátrica e a política de saúde mental no Brasil: Conferência Regional de Reformas dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Lei n.º 10216, de 06 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 21 jul.2023

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências** (Lei Orgânica da Saúde). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set 1990.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. Brasília: [s. n.], 2018. 172 p. ISBN 978-85-89208-79-6.

CRUZ, Nelson F. O.; GONÇALVES, Renata W.; DELGADO, Pedro G.G. **Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019**. Trabalho, Educação e Saúde, v. 18, n. 3, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxZ6hgQqBH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 Nov. 2023.

FARIAS, Lara Lisboa. **Estado, contrarreforma e as políticas de saúde e saúde mental no Brasil**. Argumentum, v. 11, n. 3, p. 47–66, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/22727>. Acesso em: 15 nov. 2023.

NUNES, Mônica de Oliveira *et al.* **Reforma e contrarreforma psiquiátrica:** análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2019, v. 24, n. 12. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25252019>. Acesso em: 11 nov. 2023.

DA SILVA, B. L.; DA SILVA, A. X. A Política Nacional de Saúde Mental: uma reflexão acerca dos retrocessos nos governos Temer e Bolsonaro. **Serviço Social em Revista**, v. 23, n. 1, p. 99–119, 2020. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/38697>. Acesso em: 15 nov. 2023.